

HOSPITAL UNIVERSITARIO  
"ARNALDO MILIÁN CASTRO"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

MUERTE POR INHIBICIÓN. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Por:

Dra. Bárbara Lugo Jáuriga<sup>1</sup>, Dr. Baldomero Loy Vera<sup>2</sup> y Dra. Olga María Díaz Pérez<sup>3</sup>

1. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Medicina Legal. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Santa Clara, Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Medicina Legal. Policlínico "Chiqui Gómez Lubíán". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. ISCM-VC.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Policlínico "Chiqui Gómez Lubíán". Santa Clara, Villa Clara. Instructora. ISCM-VC.

*Descriptor DeCS:*

MUERTE SUBITA  
SINCOPE VASOVAGAL

*Subject headings:*

DEATH, SUDDEN  
SYNCOPE, VASOVAGAL

La muerte por inhibición constituye uno de los problemas más controvertidos de la práctica médico-legal, pues se trata de una muerte súbita, y en la inmensa mayoría de los casos no existen antecedentes patológicos. La inhibición fue introducida por Brovardel para explicar la repentina pérdida de conocimiento que acontece tras traumatismos ligeros<sup>1</sup>.

El síncope vasovagal puede ser premonitorio de muerte súbita por un reflejo bradicárdico, se asocia con traumas, es el más común de los existentes y aparece cuando el paciente está en posición erguida; cabe señalar, además, que este síncope vasovagal produce una de las respuestas de vasodilatación más poderosas en los humanos<sup>2-4</sup>.

En algunas personas existe un desequilibrio constitucional del sistema autónomo, a favor de un predominio del tono simpático o parasimpático; el primero estimula la función cardíaca en situación de estrés físico y emocional, así como en emergencias, mientras el segundo tiene acción inhibitoria sobre el sistema cardíaco<sup>1,5-7</sup>.

En la causa del síncope mortal, se considera, en primer lugar, la aplicación de una fuerza constrictiva sobre el cuello y se produce la muerte como consecuencia de un paro cardíaco reflejo, debido a la presión ejercida sobre los barorreceptores existentes en los senos carotídeos, cuerpos carotídeos o la vaina carotídea. Es discutido si el reflejo vagal produce el paro cardíaco instantáneo o si este está precedido de intensa bradicardia, con gasto cardíaco bajo o de un episodio de fibrilación ventricular; sea cual fuere la combinación, el colapso y el estado de muerte ocurren de forma inmediata a la aplicación de la presión en el cuello. En segundo lugar, un golpe inesperado en la laringe, no necesariamente intenso, es capaz de producir la muerte por paro cardíaco reflejo<sup>8,9</sup>.

Una respuesta autónoma exagerada e inadecuada puede contribuir a la muerte súbita<sup>5</sup>.

#### Presentación del caso:

El 24 de abril de 2004 se presentó en la Unidad de la Policía Nacional Revolucionaria, la madre de una adolescente de 18 años de edad, para formular la denuncia de la ausencia de su hija al domicilio, desde el día 22 del mismo mes.

Se comenzó de inmediato el trabajo operativo de búsqueda en varios municipios de la provincia, con resultados negativos. Durante el proceso investigativo se pudo conocer que el novio era obsesivo compulsivo con su pareja, sin embargo, refería desconocer el paradero de la misma. El 28 de abril de 2004 fue detenido dicho ciudadano, y cuatro días después, tras un minucioso y exhaustivo interrogatorio, declaró haberla enterrado en el patio de su casa desde el día de su desaparición, ya que después de una discusión por no estar de acuerdo con la ruptura de su vínculo amoroso, hubo de provocarle un traumatismo con el mango del machete en la región anterolateral izquierda del cuello.

A las 15:00 horas del 2 de mayo del propio año, por disposición del Puesto de Mando Provincial del Ministerio del Interior de Villa Clara, se conformó la guardia operativa de Especialistas de Medicina Legal, que fungen como Peritos Titulares del Departamento Provincial de Medicina Legal.

En la diligencia de levantamiento del cadáver, se procedió a delimitar la zona posible del enterramiento, que se hallaba cubierta parcialmente con losas de canto, la tierra removida y sobre el nivel real de la superficie, en un lugar húmedo. Se inició la excavación, y a 20 cm se observó una porción corporal correspondiente a la región deltoidea derecha y se continuó dicho procedimiento hasta quedar totalmente expuesto el cadáver, que se encontraba en decúbito lateral izquierdo (Fig1).



Fig1 Levantamiento del cadáver en el lugar del hecho.

En el acto de la necropsia médico-legal se comprobó que se trataba del cadáver de una adolescente del grupo racial europeo-negroide, del sexo femenino, tipo constitucional normolíneo, cabellos lanosos trenzados, de 58 kg de peso y 160 cm de longitud, con un vestuario conservado y signos tanatológicos correspondientes a una putrefacción en período enfisematoso, pero con un adecuado margen de conservación; ello permitió examinar con nitidez el exterior del cadáver (Fig 2), en el cual se observó equimosis redondeada de color negro azulado de 2 cm de diámetro en la región deltoidea derecha, cuadrante superoexterno de la mama derecha y cara externa del tercio medio del muslo izquierdo. En el interior del cadáver, a nivel del cuello, no se hallaron infiltrados hemorrágicos en tejido celular subcutáneo, músculos, estructuras perivasculares ni vasculares, como yugulares y carótidas (Figs 3 y 4); tampoco se evidenciaron infiltrados hemorrágicos en la

retrofaringe, ni existía fractura de la columna cervical. Los órganos de las cavidades se encontraban en adecuado estado de conservación, a pesar de la putrefacción (Fig 5).



Fig 2 Putrefacción en período enfisematoso.

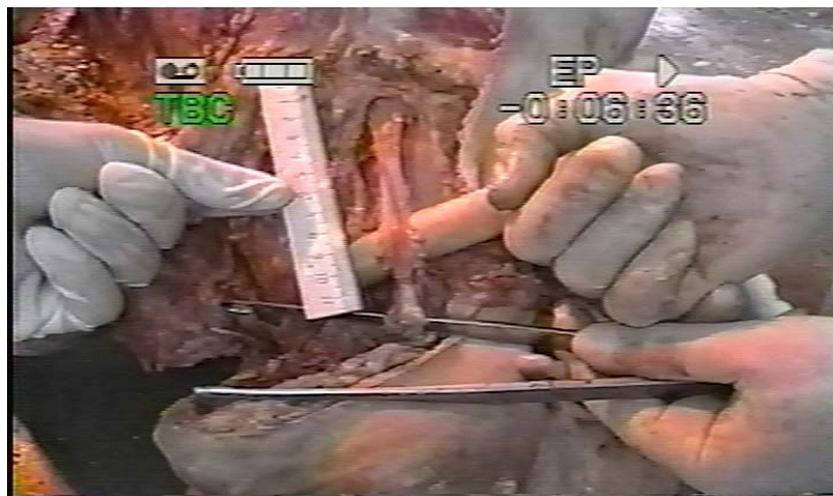


Fig 3 Incisión del cuello, donde se observa la vena yugular.



Fig 4 Estructuras del cuello, con la arteria carótida izquierda.



Fig 5 Estructuras viscerales bien conservadas.

En la abertura de las cavidades, disecciones viscerales, exploraciones óseas, técnicas especiales dadas por incisiones músculo-esquelética y raquimedular, además de los estudios toxicológicos e histológicos realizados, no se observaron lesiones agudas o crónicas que pudieran justificar la muerte.

Comentario:

Los cambios de presión en los senos carotídeos pueden producir importantes alteraciones de tipo reflejas en la circulación; así pues, un aumento de tensión a ese nivel, producido por presión aplicada sobre dicho seno, puede causar una intensa estimulación parasimpática. Tanto la estimulación simpática, como la parasimpática, pueden conducir a un fallo circulatorio súbito y fatal, que no produce alteraciones anatomopatológicas específicas<sup>1</sup>.

Si se excluyen otras causas de muerte súbita y los datos anamnésticos reflejan que ha ocurrido una muerte con rapidez, entonces se puede hacer el diagnóstico de muerte por inhibición. Desde el punto de vista médico-legal, estamos ante un caso donde hay una historia de colapso súbito, ausencia en la autopsia de lesiones internas y externas del cuello, carencia de signos generales de asfixia u otros traumatismos que justifiquen la muerte; solo un pequeño trauma a nivel del cuello nos hace posible admitir que esta se produjo por inhibición cardíaca refleja.

## **Referencias bibliográficas**

1. . Villanueva Cañadas E, Lachica López E. Muerte por inhibición. En: Gisbert Calabuig JA. Medicina legal y toxicología. 5<sup>ta</sup> ed. Barcelona: Masson; 1998. p. 434-7.
2. Aldana Vilas L, Lima Manpó G, Casanova Sotolongo P, Casanova Carrillo P. Sincope vasovagal como fenómeno médico frecuente. Rev Cubana Med Milit. 2002;31(4):1-9.
3. Julu PO, Cooper VL, Hansen S, Hains Worth R. Cardiovascular regulation in the period preceding vasovagal syncope in conscious humans. J Physiol. 2003;159(1):299-311.
4. Casanova Sotolongo P, Aldana Vilas L, Lima Mampó G. Sincope vasovagal en la atención médica primaria. Rev Cubana Med Milit. 2002;31(4):9-12.
5. Julu PO, Kem AM, Apartopoulos F. Characterization of breathing and associated central autonomic dysfunction in the Rett disorder. Arch Dis Child. 2001;85(1):129-37.
6. La Rovere MT. Baroreflex sensitivity as a new marker for risk stratification. Z Kardiol. 2000;89(3):44-50.
7. Alboni P, Dinelli M, Gruppillo P. Haemodynamic changes early in prodromal symptoms of vasovagal syncope. Europace. 2002;4(3):333-8.
8. Flammang D, Antiel M, Church T. Is a pacemaker for vasovagal patients with severe cardioinhibitory reflex identified by the ATP test? A preliminary randomized trial. Europace. 1999;1(2):140-5.
9. Shirayama T, Hadase M. Swallowing syncope: complex mechanisms of the reflex. Intern Med. 2002;41(3):267-10.