

GUÍA PRÁCTICA DE LESIONES



Valoración clínica
y sus implicaciones legales

Esteban Fernández Arribas
Zeres Arredondo Fortuny



GUÍA PRÁCTICA DE LESIONES

Valoración clínica y sus implicaciones legales

GUÍA PRÁCTICA DE LESIONES

Valoración clínica y sus implicaciones legales

Esteban Fernández Arribas

Médico Forense del Institut de Medicina Legal de Catalunya, Reus; Médico Especialista en Medicina de la Actividad Física y Deporte, Unitat de Medicina Esportiva, Hospital de Sant Pau i Santa Tecla, Tarragona

Zeres Arredondo Fortuny

Médico Forense del Institut de Medicina Legal de Catalunya, El Vendrell



ELSEVIER

Ámsterdam Barcelona Beijing Boston Filadelfia Londres Madrid
México Milán Múnich Orlando París Roma Sídney Tokio Toronto



ELSEVIER

© 2014 Elsevier España, S.L.

Travessera de Gràcia, 17-21 - 08021 Barcelona, España

Fotocopiar es un delito (Art. 270 C.P.)

Para que existan libros es necesario el trabajo de un importante colectivo (autores, traductores, dibujantes, correctores, impresores, editores...). El principal beneficiario de ese esfuerzo es el lector que aprovecha su contenido.

Quien fotocopia un libro, en las circunstancias previstas por la ley, delinque y contribuye a la «no» existencia de nuevas ediciones. Además, a corto plazo, encarece el precio de las ya existentes.

Este libro está legalmente protegido por los derechos de propiedad intelectual. Cualquier uso fuera de los límites establecidos por la legislación vigente, sin el consentimiento del editor, es ilegal. Esto se aplica en particular a la reproducción, fotocopia, traducción, grabación o cualquier otro sistema de recuperación de almacenaje de información.

ISBN (versión impresa): 978-84-9022-417-5

ISBN (versión electrónica): 978-84-9022-494-6

Depósito Legal (versión impresa): B. 21826-2013

Depósito Legal (versión electrónica): B. 21827-2013

Servicios editoriales: Foletra S.A.

Advertencia

La medicina es un área en constante evolución. Aunque deben seguirse unas precauciones de seguridad estándar, a medida que aumenten nuestros conocimientos gracias a la investigación básica y clínica habrá que introducir cambios en los tratamientos y en los fármacos. En consecuencia, se recomienda a los lectores que analicen los últimos datos aportados por los fabricantes sobre cada fármaco para comprobar la dosis recomendada, la vía y duración de la administración y las contraindicaciones. Es responsabilidad ineludible del médico determinar las dosis y el tratamiento más indicado para cada paciente, en función de su experiencia y del conocimiento de cada caso concreto. Ni los editores ni los directores asumen responsabilidad alguna por los daños que pudieran generarse a personas o propiedades como consecuencia del contenido de esta obra.

El Editor

A Noa y Mario

Agradecimientos

Al Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC) y al Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, por proporcionarnos el medio de trabajo que ha permitido la elaboración de esta *Guía práctica de lesiones*.

A la Dra. Aina Estarellas Roca, subdirectora del Institut de Medicina Legal de Catalunya, Divisió de Tarragona, por las gestiones realizadas y por su apoyo.

A los Dres. Eneko Barbería Marcalain, Francisco Miró García y Carlos Laguna Galve, médicos forenses del Institut de Medicina Legal de Catalunya y compañeros de trabajo de Reus, por colaborar con fotografías, por ayudarnos, apoyarnos y por sufrirnos durante la elaboración de la guía.

Capítulo 1

Introducción

Esteban Fernández Arribas • Zeres Arredondo Fortuny

Las lesiones corporales suponen un gran número de intervenciones médicas y de personal sanitario debido a su frecuencia, en cualquiera de sus diferentes etiologías (accidental, suicida y homicida/dolosa). De la misma manera, forman parte de la mayoría de informes periciales generados por el médico forense, el médico evaluador o perito, ya que como alteraciones violentas que son, todas ellas, de la superficie corporal, acabarán de una forma u otra interaccionando con los órganos judiciales.

Desde un punto de vista clínico, el interés de las lesiones radica en su identificación, valoración de la gravedad y establecimiento del tratamiento más adecuado para su pronta restitución. Sin embargo, desde el punto de vista médico-legal, las lesiones son de gran interés, no sólo por la alteración de la integridad física y psíquica de la persona, sino por las repercusiones legales que pueden generar, tanto en la propia víctima como en el agresor (en caso de que exista).

El conocimiento de los diferentes tipos de lesiones y la correcta descripción de éstas por parte del médico asistencial es de vital importancia a nivel médico-legal, ya que, además de informar sobre el tipo de lesión, la localización y la gravedad de ésta, aportarán al juez y/o al médico forense elementos esenciales para su valoración y calificación. Un diagnóstico escasamente acertado (confundir un tipo de lesión con otra), una deficiente descripción de la lesión o una mala localización, si bien tendrá escasa o nula repercusión desde el punto de vista clínico, sí que podría conllevar repercusiones médico-legales importantes que podrían suponer desde la generación de controversias sobre la producción de una lesión concreta, hasta la exculpación de un supuesto agresor. En este sentido se ha de tener en cuenta que en la mayoría de las ocasiones el médico asistencial es el primer facultativo que se pone en contacto con la lesión, y que durante el proceso de interacción con la lesión probablemente produzca alteraciones en ella, con finalidad curativa (suturas, tratamientos, etc.), pero que interferirán en las características de la lesión y condicionarán la valoración posterior por parte del perito. El médico perito va a realizar su tarea pasadas horas o días (en el mejor de los casos), semanas, incluso meses o años después de la fecha de producción de la lesión, lo que supone que ésta probablemente ya no exista, al haber alcanzado una curación íntegra,

o bien se observen las repercusiones de la lesión en forma de secuelas, pero no la lesión en sí misma.

Existe un preocupante desconocimiento en la nomenclatura de algunas lesiones, así como errores frecuentes en su correcta catalogación, incluso en su localización y descripción. Así, consideramos necesario e imprescindible dar al estudio médico-legal de las lesiones la relevancia que merecen, tanto a nivel formativo y práctico como posteriormente a nivel laboral, partiendo de una buena formación universitaria y concienciación del futuro facultativo de la importancia de esta materia, y continuando con programas formativos de reciclaje.

Entre los diferentes tipos de lesiones, las que mayor controversia generan y las que mayor confusión originan entre los clínicos son las contusiones y las heridas.

Desde el punto de vista médico-legal, se entiende como lesión toda alteración física o psíquica causada por un agente externo, el cual puede actuar mediante diferentes mecanismos de producción (mecánico, físico, químico, biológico o psíquico). Sin embargo, médicamente la lesión es entendida como cualquier alteración anatómica o funcional de un órgano o sistema ocurrida por mecanismos exógenos o endógenos. Así, desde el punto de vista médico, las repercusiones de una obstrucción de la arteria coronaria izquierda por una placa de ateroma calcificada y trombosada producirán una alteración anatómica e incluso funcional del músculo cardíaco (lesión miocárdica). *A priori*, dicha alteración no tendrá la consideración médico-legal de lesión al no existir un factor exógeno imputable a una tercera persona causante de ella. Por tanto, la diferencia esencial entre ambos conceptos de lesión sería la existencia de un factor externo atribuible a otro como productor de la lesión (concepto médico-legal) o la producción de la lesión, tanto de forma externa como de forma endógena, que podríamos denominar como «natural», por un proceso patológico propio del organismo.

Centrándonos en las lesiones desde el punto de vista médico-legal, éstas originan un gran número de asistencias médicas en el ámbito clínico, sea cual sea su mecanismo de producción. La mayoría de éstas se atienden en el contexto de accidentes de tráfico, laborales o domésticos, agresiones o intoxicaciones (voluntarias o no). La repercusión de las lesiones sobre la persona pueden ser varias, desde una nula repercusión sobre la anatomía y funcionamiento del organismo, a la producción de secuelas (lesiones permanentes), incapacidades temporales o permanentes o incluso la muerte. De la misma manera, las lesiones pueden originar repercusiones legales, ya sea por la condena del presunto autor por un delito o falta de lesiones, o incluso por un delito de aborto o de homicidio, o por la necesidad de reparar económicamente las repercusiones de las lesiones causadas.

Debido a esta interrelación constante entre la lesión y su repercusión legal, es de vital importancia el correcto conocimiento

de éstas por parte del personal sanitario encargado de la atención, diagnóstico y curación de la lesión. Ya no sólo porque supone una garantía de la buena praxis asistencial, sino porque también supone una garantía médico-legal para el perito que posteriormente interactuará en la valoración de la lesión. Desde el punto de vista pericial, teniendo en cuenta que la valoración se va a realizar, en la mayoría de los casos, *a posteriori*, es esencial contar con un correcto informe médico en el que se describan de la forma más exacta posible las características de la lesión, la localización, la extensión, la evolución cronológica, la afectación o alteración anatómica y funcional que supone, y el tratamiento instaurado, así como cualquier otra apreciación que el médico considere oportuna. Esto es de fácil comprensión si ponemos el ejemplo de una herida que va a precisar sutura. Una vez suturada, las características médico-legales de la lesión se perderán totalmente y sólo podremos observar el resultado de la intervención médica. Se va a perder la extensión exacta de la lesión así como sus características propias (bordes de la herida, puentes de unión, signos de contusión en tejido celular subcutáneo, etc.) e incluso se van a modificar las características evolutivas propias de la lesión, lo que supone una dificultad a la hora de realizar la evaluación pericial de la lesión.

De los informes médicos de los servicios de urgencias, centros de atención primaria y/o mutuas de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, destacan dos situaciones con las que se puede encontrar el médico evaluador o perito (incluidos los médicos forenses). Por un lado, la escasa descripción de la lesión y la poca exactitud en su localización topográfica, y por otro las frecuentes confusiones entre los diferentes tipos de heridas, atendiendo al mecanismo lesional referido por la víctima. Si una herida ha sido causada por un arma blanca, difícilmente se producirá una herida contusa, salvo que se golpee con el mango de la misma. Si alguien es agredido con un bate de béisbol, es imposible que éste le produzca heridas incisas, salvo que lleve incrustada una hoja de afeitar, por ejemplo.

El médico asistencial no debería descuidar la correcta descripción de las lesiones. Al igual que ante un proceso patológico describe síntomas y signos que le permiten llegar al diagnóstico, ante las lesiones también debería hacer una correcta descripción de las características, localización, extensión, evolución, etc. En este sentido, y ya que no es un especialista en medicina legal y forense, no se le debe exigir una descripción de tratado de medicina legal, pero sí que exprese con sus palabras, o mejor con su terminología médica, todos aquellos aspectos referentes a la lesión que ha atendido.

Respecto a las confusiones, es de vital importancia el conocimiento de los diferentes tipos de lesiones y sobre todo el mecanismo de producción de cada una. Si se entiende el mecanismo lesional, es más fácil comprender por qué se trata de una lesión y no de otra. Como la mayor confusión se produce entre las heridas contusas

y las heridas por arma blanca, es necesario, a modo de introducción, tener claros los siguientes puntos:

- Un objeto contundente actúa mediante un borde romo, nunca punzante o cortante, y puede producir heridas («abiertas») cuando la energía aplicada supera el límite de elasticidad de la piel. Las heridas son de más fácil producción cuando se impacta contra un reborde o saliente óseo (p. ej., el reborde orbitario o la bóveda craneal). Cualquier «objeto» de bordes romos puede ser un arma contusa, desde los propios puños o pies, a palos, el suelo, un teléfono, el borde de un mueble, etc. Como la agresión se produce aplicando una energía sobre la superficie corporal, las heridas se van a caracterizar por presentar bordes irregulares, tumefactos y/o equimóticos.
- Un arma blanca lesiona mediante una punta, un filo o ambos. En este caso, la piel se «perfora» o se «corta», pero no «explota» como en el caso de las heridas contusas. Son armas blancas desde un alfiler a cuchillos, navajas, sables, catanas, hachas, etc. Son lesiones de bordes limpios, netos, de morfología habitual lineal u oval (herida en ojal).
- Aquellos instrumentos que actúan mediante filo cortante y energía (peso, por ejemplo) producen heridas incisocontusas, las cuales combinan las características de ambos tipos de heridas (incisas y contusas), predominando unas u otras en función de qué mecanismo de producción predomine. El prototipo sería una herida producida por un hacha, donde existirán tejidos seccionados por el filo y tejidos contundidos por el peso del hacha.

Introducción a las lesiones

Esteban Fernández Arribas • Zeres Arredondo Fortuny

2

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

CONCEPTO

Definición de la Real Academia

Española

Concepto médico

Concepto legal

Análisis del artículo 147 del Código

Penal

Concepto médico-legal

CONCEPTO

Definición de la Real Academia Española

La Real Academia Española (RAE) considera términos sinónimos de lesión, los de daño, disminución, defecto, etc. Asimismo, define la acción de dañar como «causar menoscabo, perjuicio, dolor, detrimento o molestias». Por otra parte, el origen etimológico de daño es incierto; puede proceder tanto de la partícula *da*, que indica la presencia de una pérdida, como de la partícula *demere*, que quiere decir quitar; así, es definido por Tommaseo como «cualquier privación que padezca un ser, sea en el cuerpo o en el espíritu».

Concepto médico

Hecha esta breve introducción, los términos lesión y daño, desde el punto de vista médico, se asemejan. Así, daño o lesión es un concepto amplio que viene a corresponderse con los de enfermedad o síntomas.

Por lesión entendemos «*toda alteración anatómica o funcional del organismo de carácter físico o psíquico ocasionadas por agentes externos e internos*» (Gisbert Calabuig) (figs. 2-1 y 2-2), bien «*toda alteración de la integridad corporal, física o psíquica*», bien «*toda alteración apreciable de los caracteres anatómicos e histológicos de un órgano o tejido con la consiguiente alteración de su función*».

Hoy en día, el concepto de lesión se enmarca dentro del daño corporal, entendido éste como «*la consecuencia de toda agresión exógena o endógena sobre cualquier parte de la geografía del cuerpo humano*», resultando la manifestación básica del daño sobre el cuerpo, la lesión.

Concepto legal

La lesión en medicina presupone siempre un daño para la integridad de las personas, que en cuanto puede afectar al derecho penal, civil, laboral y/o administrativo, está en relación directa con el daño jurídico.



FIGURA 2-1

Lesión exógena (producida por un agente externo; en este caso, un accidente de tráfico).

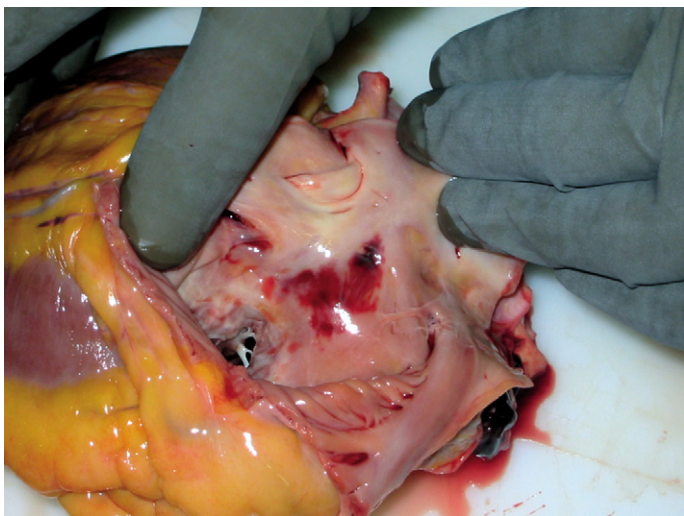


FIGURA 2-2

Lesión endógena. Hemorragia endocárdica auricular (sin intervención de agentes externos).

En el momento en que en su mecanismo de producción lesional interviene la conducta de una tercera persona, ya sea intencionadamente porque haya querido causar dicha lesión o porque, sin tener la intención de producirla, su conducta se ha caracterizado por una negligencia, culpa o imprudencia de suficiente entidad como para ser causa de responsabilidad penal, nace el concepto de culpabilidad.

En el orden jurisdiccional penal, el término lesión ha sufrido una evolución conceptual marcada por la jurisprudencia; de esta forma, *Cuello Calón* ya decía que el concepto legal de lesión debe ser lo suficientemente amplio para abarcar todas las posibles alteraciones incluíbles en el concepto y lo bastante preciso para evitar confusionismos.

Reflejo de esta evolución es que, hasta la reforma de 1989, el Código Penal (CP) no aportaba una definición de lesión, únicamente se mencionaba el término lesión, pero sin aportar su concepto; los distintos conceptos de lesión que se fueron vertiendo por la jurisprudencia y los juristas terminaron reflejándose en la reforma del CP de 1989 al definir el concepto de lesión en su artículo 420, concepto que reproduce textualmente el actual CP aprobado por la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, dentro del *Libro II, Título III «De las lesiones»*, en el artículo 147 donde dice que «el que por cualquier medio o procedimiento cause a otro una lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental será castigado como reo del delito de lesiones ..., siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico». Además, se especifica que la simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión no se considera tratamiento médico.

Análisis del artículo 147 del Código Penal

El artículo 147 del CP, para hablar de lesión jurídico-penal dice que debe haber, entre otras cuestiones, un menoscabo de la integridad corporal o de la salud física o psíquica. Nos define lesión, pero no nos dice qué debe entenderse por menoscabo de la integridad; por tanto, se trata de conceptos jurídicos indeterminados que debemos definir a partir de la jurisprudencia y desde otros orígenes.

Menoscabo es sinónimo de deficiencia y de impedimento, y así es entendido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y por la propia American Medical Association (AMA). La OMS define el menoscabo como «toda pérdida o anormalidad en una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica». Para la AMA y sus guías de evaluación del menoscabo permanente, deficiencia es una «alteración del estado de salud de la persona»; desde esta segunda definición, el concepto representa una desviación de la normalidad de una región, aparato o sistema del organismo y su funcionamiento. Esta desviación de la norma del individuo puede tener un origen endógeno (p. ej., congénito) o adquirido, y a su vez puede ser temporal o permanente. Penalmente nos interesan esas desviaciones de la

normalidad adquiridas exógenamente, por la posible participación de la voluntad de terceras personas.

Por otra parte, una deficiencia o menoscabo se considera permanente cuando está detenida o estabilizada durante un espacio de tiempo suficiente para permitir la reparación óptima de los tejidos y, además, no es probable que varíe a pesar de la instauración de nuevas medidas terapéuticas.

Por tanto, la expresión del menoscabo puede tener, básicamente, dos expresiones:

1. Una expresión anatómica, cuando el menoscabo se refiere a la integridad corporal y representa la medida del grado en que afecta a la totalidad del cuerpo humano. En esta línea anatómica se sitúa el concepto de impedimento, que es entendido como *«defecto en la estructura del organismo originado por una enfermedad o traumatismo»*.
2. Una expresión funcional, en línea con el marco conceptual de salud de la OMS, al medir la influencia o impacto de las deficiencias sobre la salud, entendida como bienestar físico o mental y no sólo como ausencia de enfermedad.

Las consecuencias del menoscabo, deficiencia o impedimento sobre las diversas actividades y funciones del ser humano nos llevan a definir otra serie de conceptos que completan el estudio global del daño a las personas. Estos conceptos son los siguientes: discapacidad/incapacidad y minusvalía.

Discapacidad/incapacidad: en discapacidad se compara la disminución del rendimiento o actividad de tareas, actitudes y conductas de las personas. Concretamente, se define como «toda ausencia o restricción, debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad dentro del margen que se considera normal para una persona» (OMS). De forma más sencilla, también podríamos definirla como «la dificultad para realizar, sin ayuda, una actividad en el entorno propio del sujeto».

Minusvalía: se compara con una desventaja frente al entorno; la Organización Mundial de la Salud la define como «una situación desventajosa para un individuo determinado a consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita el desempeño de un rol, que es normal en su caso, en función de la edad, el sexo, y de factores sociales y culturales». Mientras la discapacidad la relacionamos con las actividades habituales de la persona en cuanto a una preparación determinada, la minusvalía se refiere a las consecuencias de la deficiencia que limita de forma sustancial una o más de las actividades básicas de la vida, que sólo podrán superarse a partir de adaptaciones en la persona (silla de ruedas, elevadores, etc.). Son sinónimos de minusvalía los conceptos de invalidez y hándicap.

De forma simple la repercusión laboral de una deficiencia la asimilamos con la discapacidad mientras la repercusión social y sobre las actividades

básicas de la vida diaria la asemejamos con la minusvalía. De esta forma encontramos tres niveles del daño a la persona:

1. Nivel lesional: deficiencia, menoscabo o impedimento.
2. Nivel funcional: discapacidad/incapacidad.
3. Nivel situacional/social: minusvalía, invalidez o hándicap.

La relación entre el menoscabo y la restricción de la actividad propia del individuo es una cuestión que no se puede generalizar, ya que depende de la propia actividad del individuo y, por tanto, iguales deficiencias tendrán distintas consecuencias discapacitatorias. Por ejemplo, la pérdida de la última falange del dedo meñique izquierdo es la misma deficiencia para todas las personas (implica una deficiencia del dedo, de la mano, de la extremidad superior y, por tanto, del cuerpo), pero su repercusión no es la misma en un concertista de piano (al que ocasiona una gran discapacidad) que en un comercial (cuya discapacidad es escasa).

Respecto a la expresión contenida al principio del artículo 147 del CP «*originada por cualquier medio o procedimiento*», podemos entender que hace referencia tanto a la comisión del hecho por acción como su comisión por omisión. Es decir, la acción típica puede ser debida a dos tipos de conductas:

1. Una conducta o actuación positiva, acción propiamente dicha, utilizando cualquier tipo de agente lesivo (mecánico, físico, etc.) (fig. 2-3).
2. Una actuación negativa o comisión por omisión, si bien, para que se equipare con la actuación positiva, el que omite un hecho tiene la posición de garante. Piénsese en unos padres negligentes que producen una desnutrición del bebé por la falta de los cuidados



FIGURA 2-3

Filo de arma blanca introducida en el cuello. Conducta activa o positiva de tercera persona.

**FIGURA 2-4**

Caquexia por desnutrición.

debidos (p. ej., alimentación), o la falta de alimentación por abandono de un anciano (fig. 2-4).

En definitiva, la referencia legal a «por cualquier medio o procedimiento» incluye también las conductas de comisión por omisión y, en general, las formas no estrictamente violentas del hecho o acción.

El artículo 147 del CP hace referencia a una serie de «*conceptos jurídicos indeterminados*», que son los de primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico, lesión de menor gravedad, simple vigilancia o seguimiento facultativo del curso de la lesión. El problema de estos conceptos es que los conceptos clínicos y los conceptos jurídicos o médico-legales no son coincidentes y, por tanto, el juzgador habrá de concretarlos a cada caso. En estos casos resulta trascendental la intervención del perito médico o del médico de familia, ya que debe traducir esas actuaciones clínicas (a partir de documentos, estimaciones y exploraciones) en términos que sirvan para la interpretación jurídica, y de esta interpretación va a depender, en la mayoría de las ocasiones, que un hecho sea calificado como delito o falta de lesiones o que ni siquiera sea catalogado como infracción penal.

PRIMERA ASISTENCIA FACULTATIVA. En principio, resulta lógico que siempre, en la atención al enfermo o lesionado, exista un acto médico

que podríamos calificar de inicial; la existencia de este acto médico inicial es la que nos marca la frontera entre la infracción o no infracción penal; si este acto médico inicial se ve complementado o no con otros posteriores, nos serviría para determinar si se trata de un delito o no.

Esto, que en principio puede parecer sencillo, en la práctica no lo es tanto, y sobre el tema se han vertido ríos de tinta para que se exija un criterio más o menos uniforme en su interpretación y calificación. Así, la Circular 21/90 de la Fiscalía General del Estado la entiende como «*la atención inicial prestada al lesionado, sea o no contemporánea del hecho causante de la lesión*», estableciendo a su vez una serie de requisitos para ser reconocida como tal:

- Necesidad clara de prestar la asistencia en el sentido de ineludible.
- Titularidad del que la presta. En este sentido, algunos entienden como «asistencia facultativa» la prestada por un profesional de la medicina, englobando en dicho concepto no sólo a los médicos, sino también al personal de enfermería (postura discutida por otro sector de la doctrina).

Desde un criterio médico-legal, Arroyo Urieta la entiende como «*un conjunto de actos médicos encaminados al diagnóstico, prevención de complicaciones y tratamiento, de manera que tras esta primera asistencia pueda contemplarse la vigilancia y cuidados de personal auxiliar*».

Para clarificar, podríamos decir que en la pluralidad de actos médicos que se plantean muchas veces en el momento inicial, todos aquellos destinados a un mismo fin diagnóstico deben constituir una sola asistencia facultativa, aunque haya pluralidad de actuaciones o se hagan de modo interdisciplinario o sean diferidos en el tiempo. Cuando los actos médicos cambien de finalidad, estaremos ante otras asistencias facultativas (ejemplo de los traumatismos craneoencefálicos). Es decir, la primera asistencia facultativa comprende tanto el acto médico inicial como las actuaciones médicas subsiguientes y derivadas que tiendan a asegurar su eficacia, sin que ello signifique la existencia de varias asistencias.

TRATAMIENTO MÉDICO O QUIRÚRGICO. Su importancia es capital, ya que es el verdadero elemento diferencial entre delito y falta de lesiones. Podríamos definirlo como «*toda conducta destinada a curar, aliviar o favorecer el estado de salud mediante la aplicación de métodos psicoterápicos, físicos, farmacológicos o naturales*». Los límites fijados por la fiscalía a este concepto son los siguientes:

- Conjunto de actos médicos que sea distinto y posterior a la asistencia facultativa. Puede ser un solo acto, o varios continuados en el tiempo, todos ellos destinados a lograr la sanidad y como continuación o resultado lógico de la primera asistencia facultativa.
- Necesidad. El tratamiento ha de considerarse objetivamente idóneo para lograr la final curación del paciente, no pudiendo ser obviado.

- Finalidad curativa. Aquél que actúa sobre la noxa que motiva la enfermedad.
- En principio, prescrito por un titulado en medicina.

En estos casos, el mayor problema radica en la finalidad del tratamiento:

- Tratamiento curativo. Puede parecer en un principio que los tratamientos curativos siempre serían necesarios, aunque esto no es del todo así. Hay procesos que pueden curar espontáneamente o por efecto del tiempo, sin tratamiento. ¿Cuándo consideramos necesario el tratamiento curativo? Cuando sea el único modo de llegar a la curación o la favorezca en el tiempo o en los resultados (p. ej., que acorte el tiempo de ésta o disminuya las secuelas o la gravedad).
- Tratamiento paliativo. Aquellos destinados a paliar los efectos de la enfermedad (efectos inmediatos —síntomas o complicaciones— o tardíos, como las secuelas). Si el tratamiento paliativo surge de una necesidad para ahorrar costes de dolor, complicaciones, secuelas, etc., debe considerarse tratamiento a efectos médico-legales.
- Tratamiento sintomático. Desde el punto de vista médico-legal es el más controvertido o discutido; el criterio que hay que seguir para considerar a efectos legales una terapéutica sintomática como tratamiento es el siguiente:
 - Que el síntoma sea objetivable por sus manifestaciones o por las de la lesión.
 - Que el síntoma sea más o menos uniforme en su manifestación e intensidad de unas personas a otras.
 - Que constituya una molestia o efecto que por sus características o intensidad requiera una actitud terapéutica.

Lesión de menor gravedad: el artículo 147.2 prevé una atenuación de la pena cuando las lesiones sean de menor gravedad. Requiere un criterio valorativo basándose en dos cuestiones: por el medio empleado y por el resultado producido.

1. Por el medio empleado. Quiere decir que el medio por el que se han producido las lesiones era poco idóneo para producirlas pero, a pesar de todo, se han producido.
2. Por el resultado producido. Porque en este caso las lesiones han tenido menor entidad pese a que el medio era el idóneo.

De cualquier modo, en ambos casos las lesiones habrán precisado tratamiento médico o quirúrgico.

SIMPLE VIGILANCIA O SEGUIMIENTO FACULTATIVO DEL CURSO DE LA LESIÓN. Redunda lo expresado para la primera asistencia facultativa, en el sentido de que si esa vigilancia o seguimiento persigue el mismo fin que la primera asistencia facultativa, independientemente de la pluralidad de actuaciones

médicas, de su carácter interdisciplinario o de su diferencia en el tiempo, no reviste tratamiento médico o quirúrgico.

Concepto médico-legal

Finalmente, del concepto médico y del concepto jurídico de lesión nace el concepto médico-legal de lesión, que varía de acuerdo con los diversos autores:

- Para Villanueva y Hernández es *«toda alteración física, mental o psíquica, causada por agentes mecánicos, químicos, físicos o biológicos, derivados de una acción exógena de carácter doloso o no»*.
- Para Chaval es *«la alteración de la integridad física o perturbación funcional provocada por un traumatismo de cualquier orden»*.
- Pérez Pineda y García Blázquez la entienden como *«la consecuencia de toda agresión, exógena o endógena, sobre cualquier parte de la geografía del cuerpo»*.

Clasificación de las lesiones

Esteban Fernández Arribas • Zeres Arredondo Fortuny

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

SEGÚN SU ETIOLOGÍA, ORIGEN O NATURALEZA

SEGÚN EL MECANISMO DE PRODUCCIÓN

Lesiones violentas de origen mecánico

Lesiones violentas de origen físico

Lesiones violentas de origen químico

Lesiones violentas de origen biológico

Lesiones violentas de origen psíquico

SEGÚN SU VITALIDAD

Lesiones vitales y lesiones posmortales

SEGÚN EL RESULTADO

SEGÚN EL CÓDIGO PENAL

Lesiones dolosas constitutivas de delito

Tipo básico

Tipo cualificado agravado

Tipo atenuado

Lesiones dolosas constitutivas de falta

Lesiones imprudentes constitutivas de delito

Lesiones imprudentes constitutivas de falta

Las lesiones se pueden clasificar de diversas formas. Según un criterio temporal, se habla de lesiones agudas, subagudas o crónicas.

Según su gravedad, de lesiones leves, moderadas o graves. Según el tipo de lesión, de simple y compleja, abierta y cerrada.

Desde un punto de vista médico-legal interesa especialmente la clasificación etiológica, es decir, si se trata de lesiones naturales o violentas, y dentro de las violentas, la clasificación puede realizarse según el mecanismo de producción. Es también de interés clasificar las lesiones según su vitalidad y según el resultado. Por último, hablaremos de la clasificación de las lesiones según el Código Penal (CP) (lesiones constitutivas de delito y lesiones constitutivas de falta).

SEGÚN SU ETIOLOGÍA, ORIGEN O NATURALEZA

Desde el punto de vista médico-legal y de acuerdo con su origen o naturaleza, las lesiones se clasifican en dos grandes apartados:

1. Los debidos a procesos patológicos, naturales, en cuya producción no se encuentra ninguna violencia o agente violento externo.
2. Los originados por agentes violentos que actúan sobre el organismo produciendo una alteración de la integridad corporal.

SEGÚN EL MECANISMO DE PRODUCCIÓN

Centrándonos en los agentes violentos, éstos pueden tener básicamente cinco orígenes, que son los de mayor interés médico-legal y por tanto los que vamos a desarrollar. Así, los agentes

violentos pueden ser de origen mecánico, físico, químico, biológico y psíquico.

Lesiones violentas de origen mecánico

Las lesiones de origen mecánico corresponden, en general, al efecto de un cuerpo animado de movimiento —energía cinética— al contactar con el sujeto (traumatismo activo) o, a la inversa, cuando es el sujeto el que está animado de movimiento (traumatismo pasivo). El cuerpo sólido con el que se contacta se denomina agente vulnerante, y de acuerdo con su naturaleza, las lesiones mecánicas pueden ser:

- Contusiones. Son aquellas lesiones producidas por el contacto con un objeto romo. Aunque habitualmente se identifican con los traumatismos cerrados, esto no es exactamente así, ya que existe la posibilidad de las heridas contusas. Las contusiones pueden ser, a su vez:
 - Simples, tanto superficiales con solución de continuidad (erosiones) y sin solución de continuidad (equimosis, hematomas) (figs. 3-1 y 3-2) como contusiones simples profundas (roturas viscerales, fracturas) (fig. 3-3).
 - Complejas (arrancamientos, aplastamiento [*crush syndrome*], atropellos, caídas, etc.) (fig. 3-4).
- Lesiones por efecto explosivo, debidas a las ondas explosivas (*blast injury*); este *blast* puede ser por transmisión aérea o por transmisión hidráulica (*blast immersion*), y dependiendo de diversos factores puede ser total, torácico-pulmonar, abdominal, auditivo o cerebral.



FIGURA 3-1

Erosión con equimosis en mucosa interna central de labio superior. Erosión redondeada de escasos milímetros en cara dorsal de articulación interfalángica proximal de segundo dedo de la mano izquierda.

**FIGURA 3-2**

Erosión lineal de 3 cm en aleta nasal izquierda. Hematoma palpebral izquierdo.

**FIGURA 3-3**

Fractura craneal (fractura parietooccipital).

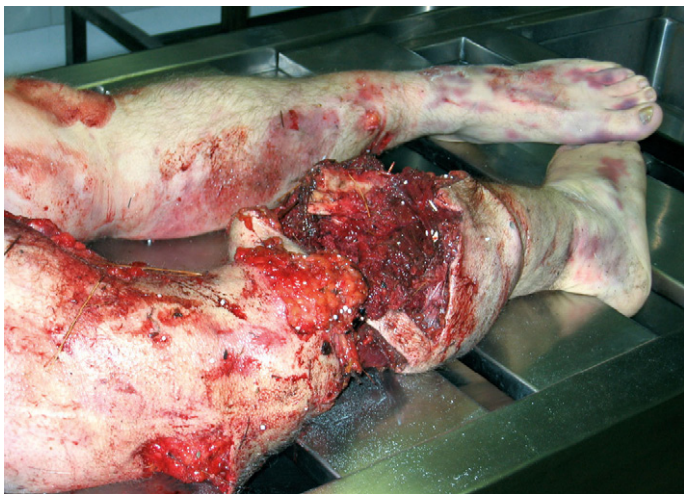


FIGURA 3-4

Atropello (erosiones múltiples, fracturas abiertas y cerradas, y arrancamiento o amputación parcial de extremidad inferior derecha).



FIGURA 3-5

Heridas por arma blanca y erosiones en cara anterior del cuello.

- Lesiones/heridas por arma blanca (fig. 3-5). Las debidas a objetos que actúan por una punta, un filo o ambas.
- Lesiones/heridas por arma de fuego (fig. 3-6A, B y C; fig. 3-7). Debidas a artificios que desplazan un proyectil dotado de energía cinética.

**FIGURA 3-6**

A) Dos heridas por arma de fuego, en región externa ciliar derecha y en unión entre el tercio medio y el externo de región infraclavicular derecha a hemitórax derecho. B) Detalle de la herida en región externa ciliar derecha. C) Detalle de la herida en región infraclavicular derecha a hemitórax derecho.

**FIGURA 3-7**

Disparo de escopeta de etiología suicida (cañón en el interior de la cavidad oral).

Lesiones violentas de origen físico

Las lesiones de origen físico pueden tener, a su vez, diversas variantes:

- Debidas a la acción del calor que, a su vez, puede adoptar diversas formas: por contacto con cuerpos sólidos incandescentes, por la llama/fuego, por líquidos inflamables o en ebullición, por gases recalentados.
- Debidas a la acción del frío, quemaduras habitualmente locales por congelación.
- Por acción de la electricidad natural o artificial ([fig. 3-8A y B](#)).
- Debidas a las radiaciones, que pueden ser no ionizantes (radiaciones ultravioletas) o ionizantes (rayos X), que generan lesiones tanto locales, denominadas radiodermitis, como cuadros generales por la exposición masiva.

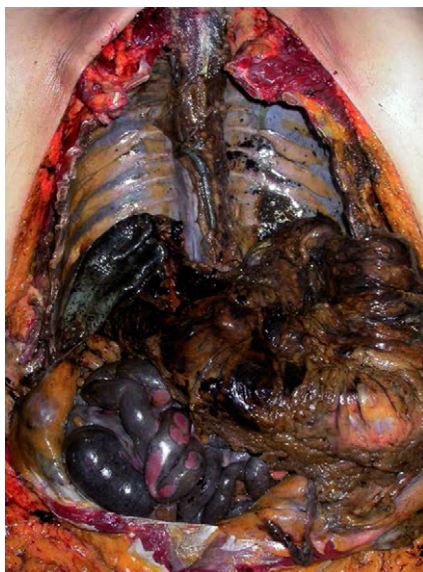
Lesiones violentas de origen químico

Las lesiones de origen químico tienen dos orígenes: aquellos casos de lesiones fundamentalmente locales por su poder cáustico (existen

**FIGURA 3-8**

A) Electrocución: marca eléctrica o lesión electroespecífica de Jellinek en el punto de entrada (cara palmar de tercer dedo de mano derecha). B) lesión de salida (quemadura en cara externa de tercio medio de tríceps sural).

diversos ácidos [fig. 3-9] y álcalis que pueden actuar como cáusticos a nivel cutáneo o cutaneomucoso), y las lesiones generales, de las cuales es prototipo cualquier tipo de intoxicación que podamos pensar (por alcohol metílico, metales, insecticidas organofosforados, etc.), por absorción y distribución dentro del organismo a través de distintos mecanismos de acción (fig. 3-10A, B y C).

**FIGURA 3-9**

Mediastinitis y peritonitis química por ingesta de ácido cáustico (aspecto característico negruzco).

Lesiones violentas de origen biológico

Las lesiones de origen biológico también deben ser tenidas en cuenta, y así es recogido repetidamente por la jurisprudencia cuando estos agentes infecciosos alcanzan el organismo por medios dolosos o imprudentes. Serían el caso de enfermedades infectocontagiosas con posible responsabilidad jurídica (transmisión maliciosa del virus de la hepatitis B [VHB] o del virus de la inmunodeficiencia humana [VIH] (fig. 3-11), o contagio imprudente por determinados alimentos).

Lesiones violentas de origen psíquico

Hoy en día también se admiten las lesiones de origen psicológico; piénsese en el estrés continuado por acoso laboral, conocido como *mobbing*.

SEGÚN SU VITALIDAD

Lesiones vitales y lesiones posmortales

La diferencia morfológica o rasgos macroscópicos entre las lesiones vitales y posmortales sigue el esquema clásico de Legrand du Salle acerca de las lesiones con solución de continuidad. Este esquema se basa en el estudio de tres parámetros: los bordes de la herida, la existencia de hemorragia y la coagulación de la sangre.

**FIGURA 3-10**

A) Intoxicación suicida por monóxido de carbono (CO). Habitáculo cerrado: coche.
B) Fuente de intoxicación: brasero-barbacoa.
C) Hongo de espuma característico de las asfixias.

**FIGURA 3-11**

Empiema en infección por virus de la inmunodeficiencia humana.

El estudio de los bordes de la herida en las lesiones vitales muestra unos labios engrosados, infiltrados de sangre, endurecidos, separados por la retracción de la dermis o de los tejidos subyacentes, con exudación de linfa y supuración más tarde, con evolución a costra. En las lesiones posmortales, los labios están aproximados, blandos, no engrosados ni retraídos, con ausencia de exudación de linfa y supuración.

En las heridas vitales existe hemorragia abundante con infiltración de sangre de los tejidos de alrededor, mientras en las heridas posmortales no existe hemorragia arterial ni venosa ni infiltración. El valor de la hemorragia como medio diagnóstico de la vitalidad presenta una serie de limitaciones que deben tenerse en cuenta.

En las heridas con solución de continuidad se deben hacer las siguientes consideraciones: la hemorragia externa puede faltar (p. ej., en una lesión por instrumento punzante de gran finura). La hemorragia puede producirse por una lesión posmortal si ésta se produjo inmediatamente después de la muerte o asienta sobre zonas hipostáticas.

Las hemorragias internas sólo pueden considerarse mortales si alcanzan cierto volumen o si comprometen estructuras vitales en un espacio cerrado (cráneo).

En las contusiones, la hemorragia tiene lugar en el tejido celular originando equimosis o hematomas; la producción de equimosis

posmortales es posible si el traumatismo actúa sobre zonas hipostáticas, aunque debe completarse mediante el estudio de la coagulación de la lesión.

En las heridas vitales, la sangre está coagulada en el fondo de la herida o sobre la piel (fig. 3-12), mientras que en las posmortales no lo está (fig. 3-13). Respecto a la coagulación de la sangre, desde antiguo se comprobó que la sangre derramada en vida coagulaba con rapidez, mientras que la derramada después de la muerte no coagulaba o lo hacía de forma incompleta. Aunque la sangre no pierde la capacidad de coagularse en el mismo momento de la muerte (unas 6 h), sí que el proceso de coagulación vital es más completo, formándose una red de fibrina mejor organizada, proceso que se puede evidenciar por dos métodos: la prueba de lavado y la investigación de los elementos de fibrina.

La prueba de lavado consiste en que el lavado con un chorro fino de agua a poca presión es incapaz de arrastrar un coágulo vital del lugar donde asienta, mientras que sí lo puede hacer con un coágulo posmortal.

La investigación de los elementos de fibrina se realiza al microscopio. El estudio se complementa con pruebas de laboratorio, de tipo histológico, histoquímico y bioquímico, las cuales no son objeto del presente trabajo.



FIGURA 3-12

Lesión vital en cara anterior de muñeca izquierda (coagulación sanguínea organizada y adherida que indica vitalidad).

**FIGURA 3-13**

Lesiones posmortales en cara anterior y externa de antebrazo izquierdo.

SEGÚN EL RESULTADO

Desde el punto de vista jurídico-penal, las lesiones se clasifican en mortales (tipificadas en principio como homicidio) y no mortales (tipificadas como delito de lesiones). De acuerdo con el anterior criterio, las lesiones no mortales se clasificarían en lesiones dolosas y lesiones imprudentes.

SEGÚN EL CÓDIGO PENAL

El CP, aprobado por la Ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre, se refiere a las lesiones dentro del Libro II, Título III en cuanto a los delitos de lesiones, y dentro del Libro III en cuanto a las faltas por lesiones. Es interesante destacar que la reforma del CP acontecida por la Ley Orgánica 14/1999 de 9 de junio modificó precisamente uno de los artículos del delito de lesiones (el art. 153 acerca de la violencia habitual en el ámbito familiar).

A la hora de clasificar las lesiones según el CP, podemos atender básicamente a dos criterios: el de su intencionalidad y el de su gravedad.

- De acuerdo con su intencionalidad, distinguiremos entre lesiones dolosas y lesiones imprudentes.
- De acuerdo con el criterio de gravedad, serán lesiones constitutivas de delito y lesiones constitutivas de falta.

Basándonos en esos dos criterios sistematizamos en cuatro grupos las lesiones como infracción penal:

1. Lesiones dolosas constitutivas de delito.
2. Lesiones dolosas constitutivas de falta.
3. Lesiones imprudentes constitutivas de delito.
4. Lesiones imprudentes constitutivas de falta.

Lesiones dolosas constitutivas de delito

Dentro de las lesiones dolosas constitutivas de delito distinguiremos entre: tipo básico, tipo cualificado agravado y tipo atenuado.

Tipo básico

El tipo básico es el representado por el artículo 147, que establece el concepto general de delito de lesiones como *«causar, por cualquier medio o procedimiento, a otro lesión que menoscabe su integridad corporal o su salud física o mental, siempre que la lesión requiera objetivamente para su sanidad, además de una primera asistencia facultativa, tratamiento médico o quirúrgico»*, donde, además, no se considera como tales la simple vigilancia o seguimiento facultativo de la lesión.

Tipo cualificado agravado

Los tipos cualificados agravados se refieren (arts. 148-150) a:

- Los medios empleados (art. 148), como son:
 - Utilización de armas, instrumentos, objetos, medios o métodos o formas concretamente peligrosas para la vida o la salud.
 - El ensañamiento.
- La víctima del delito (sujeto pasivo); citando el artículo 148, que la víctima sea menor de 12 años o incapaz.
- Por último a lesiones específicas (arts. 149 y 150) como son: la pérdida o inutilidad de un órgano o miembro principal o no principal, o de un sentido; la deformidad grave o no grave; la impotencia y la esterilidad o una grave enfermedad somática o psíquica.

PÉRDIDA O INUTILIDAD. A efectos penales se equiparan los términos pérdida e inutilidad a pesar de tener diferente significación médica:

- *Pérdida* se refiere a la falta, ausencia o carencia de un órgano o miembro desde un criterio anatómico, equiparable con el término de mutilación.
- *Inutilidad* se refiere a la falta de un órgano o miembro desde un criterio funcional.

Es decir, pérdida se refiere a pérdida anatómica, e inutilidad se refiere a pérdida funcional. El CP equipara tanto la pérdida anatómica de un órgano o miembro con su pérdida funcional, pero, de acuerdo con la jurisprudencia, esta equiparación puede realizarse siempre que la pérdida funcional sea permanente e incurable.

Pérdida de un órgano o miembro principal o no principal. Los términos *miembros u órgano* deben entenderse como el conjunto de partes anatómicas que concurren a una función.

Términos principal y no principal a los que hace referencia el texto penal, pero que tampoco define:

Principal: se define como «la extremidad u órgano, externo o interno, del cuerpo humano que posea independiente y relevante actuación funcional para la vida, para la salud o para el normal desenvolvimiento del individuo» (fig. 3-14). También podríamos entenderlo como *aquel cuya función sea esencial o preeminente en la vida, que tenga una importancia fundamental y cuya elevada dignidad funcional sea tal que su pérdida acarree al que la sufre una gran depreciación en sus actividades*. Desde esta perspectiva, el Tribunal Supremo ha considerado como miembro principal: el brazo y mano derechos, el acortamiento de una pierna, la semiparálisis de una pierna, etc.

No principal: Lo podemos definir como «*aquel que carece de función autónoma por hallarse al servicio de otros miembros u órganos principales y que no resulte plenamente indispensable para la vida o la salud*» (fig. 3-15). También sería análogamente *aquel cuya pérdida anatómica o funcional no acarree al que la sufre una gran depresión en alguna de sus actividades o funciones*. Ejemplos de pérdidas consideradas por la jurisprudencia como miembro no principal son: falange del dedo meñique, primer dedo del pie, pérdida de un incisivo, etc.

Por tanto, la diferencia entre miembro principal y no principal es un criterio valorativo que se refiere, normalmente, a algo esencial, pero no vital para el miembro principal y no esencial para el miembro no principal.

Pérdida o inutilidad de sentido. Desde el punto de vista médico, se entienden como órganos de los sentidos, cinco: el equilibrio, el tacto, el gusto, la visión y la audición.



FIGURA 3-14

Pérdida de miembro principal (extremidad superior derecha).

**FIGURA 3-15**

Pérdida completa de segundo, cuarto y quinto dedos de mano izquierda, y pérdida parcial de tercer dedo.

A pesar de ser cinco, la jurisprudencia ha venido apreciando, y así se entiende, que esta circunstancia calificadora/agravante del delito de lesiones expresada en el artículo 149 debe entenderse, únicamente, como la pérdida total del sentido de la visión o de la audición, no bastando con un debilitamiento de ambos por grave que sea, ya que de tratarse de una pérdida parcial no cabría englobarlo en el artículo 149, sino que simplemente se calificaría como menoscabo de la integridad corporal y se tipificaría dentro del artículo 147.

© Elsevier. Fotocopiar sin autorización es un delito.

DEFORMIDAD. *Antecedentes legales:* razones de política criminal dieron lugar a la creación de una pena especial para cierto tipo de delitos (políticos, amorosos), que intencionadamente perseguían la finalidad de desfigurar la cara de la víctima, razón que mereció un trato penal especial y una persecución con el máximo rigor. Ejemplo de estas lesiones es el conocido *vitriolaje* como forma de venganza de finales del siglo XIX, que consistía en que el hombre despedido o sobre el que se había cometido adulterio, echaba ácido sulfúrico (*aceite de vitriolo*) sobre la cara de la mujer con el fin de provocarle quemaduras químicas que dejaban unas cicatrices incurables y un rostro desfigurado (esto hoy en día se practica de la misma forma en determinados lugares del mundo como Bangladesh y es utilizado como forma de escarmiento por determinadas mafias).

En la actualidad entendemos por deformidad «toda alteración de la forma permanente y visible de cualquier parte del cuerpo». Se equipara con el concepto de fealdad visible y permanente, y lleva implícita la pérdida de la forma normal (euritmia) y de la disposición armónica de las partes; en definitiva, una alteración que rompa la armonía natural armónica.

Jurisprudencialmente se ha apreciado como «*la fealdad visible resultante de una irregularidad física permanente y definitiva*» o «*lo que es desfigurado, feo e imperfecto*».

Para la interpretación de la deformidad existen básicamente dos criterios: un criterio puramente estético y otro plurifactorial.

Criterio puramente estético: si bien la peritación de la deformidad tiene un carácter médico, existen otros muchos factores sentados por la jurisprudencia, por lo que deben ser los jueces y los tribunales los que la aprecien y valoren según las circunstancias.

El *criterio plurifactorial* defiende la existencia de otros aspectos, además del puramente estético, que deben ser tenidos en cuenta a la hora de la peritación médica; dichos aspectos son los siguientes:

- Criterio cuantitativo: pone en relación el concepto de deformidad con la extensión superficial de ésta (p. ej., una cicatriz).
- Criterio anatomofuncional: se refiere a la disfunción que origina la imperfección o fealdad.
- Visibilidad de la alteración: es una condición *sine qua non* que podríamos calificar como criterio topográfico, ya que la visibilidad estará en estrecha relación con su localización.
- Circunstancias personales del ofendido: pueden producir mayor repercusión de la imperfección: edad, sexo, profesión (mujer joven que es modelo de belleza).
- Agente traumático: el agente vulnerante puede hacer variar la naturaleza del daño (quemaduras químicas, el fuego, un arma blanca, etc.).
- Valor psicosocial: se consideran también deformidad aquellas alteraciones que producen rechazo, asco, repugnancia, burla, etc., y que no están basadas en alteración de la forma, es decir, que no son perceptibles por la vista, pero que afectan a otros sentidos, principalmente el olfato y la audición. Ejemplos de ello serían: voz gangosa, voz varonil en una mujer, atildada en un hombre, malos olores consecutivos a la incontinencia de esfínteres, etc.

El papel del perito médico consiste en precisar la importancia, naturaleza y localización de las lesiones deformantes o molestas, apreciar el carácter indeleble (permanente) de éstas, y valorar la posibilidad de su corrección médica.

IMPOTENCIA Y ESTERILIDAD. Desde el punto de vista médico, definimos impotencia como la incapacidad para realizar el acto sexual, y esterilidad como incapacidad para concebir descendencia. La impotencia siempre

presupone esterilidad (por cuanto no se puede realizar el coito vaginal y no puede haber fecundación), mientras que esterilidad no tiene por qué asimilarse a la impotencia.

La impotencia y la esterilidad, para que sean consideradas como lesiones, también deben ser absolutas y permanentes.

Respecto a la esterilización, debe tenerse presente el subtipo privilegiado del artículo 156, que recoge la exención de la responsabilidad criminal en los siguientes supuestos:

- El consentimiento válido, libre, consciente y expresamente emitido por mayor de edad y capaz para esterilizaciones realizadas por facultativo (al igual que ocurre con la cirugía transexual y el trasplante de órganos).
- La esterilización de persona incapacitada que adolezca de grave deficiencia psíquica, cuando la esterilización haya sido autorizada por el juez y sea el criterio rector el de mayor interés del incapaz. Siempre a petición del representante legal del incapaz y oído el dictamen de dos especialistas, el ministerio fiscal y previa exploración del incapaz.

GRAVE ENFERMEDAD SOMÁTICA O PSÍQUICA. La apreciación de la grave enfermedad somática o psíquica requiere el cumplimiento de tres criterios:

- El criterio cualitativo, la existencia de una enfermedad física o psíquica.
- El criterio cronológico, en el sentido de permanencia, cronicidad de esa enfermedad.
- Un criterio cuantitativo se establecerá en función del riesgo que esta enfermedad supone:
 - Bien para la vida, como por ejemplo lesiones que supongan a medio/largo plazo un acortamiento de la vida o que le hayan privado de disfrutar de parte de ésta (coma prolongado que se recupera).
 - Bien para la calidad de vida, cuando las secuelas incidan sobre las actividades diarias de la persona (persona que va a necesitar adaptaciones del entorno, dependencia de otras personas o necesidad de seguir un tratamiento médico de por vida).

Tipo atenuado

Los tipos atenuados son los siguientes:

- Cuando la lesión sea menos grave de acuerdo con el medio empleado o resultado producido (art. 147.2).
- Cuando existe consentimiento de la víctima, excepto que sea incapaz o menor de edad (art. 155).

Finalmente, el art. 156 recoge la exención de la responsabilidad criminal (de tipo privilegiado) en los siguientes supuestos:

- Cuando exista consentimiento válido ante esterilizaciones, cirugía transexual y trasplante de órganos.
- La esterilización de persona incapacitada con grave deficiencia psíquica, cuando el criterio rector sea el mayor interés del incapaz.

Lesiones dolosas constitutivas de falta

Son las conductas tipificadas en el artículo 617 del CP y se divide en dos subtipos:

1. La propia falta de lesiones; aquella lesión que requiere primera asistencia pero no tratamiento médico o quirúrgico.
2. Los maltratos o golpes que no provocan lesión, que se agrava ligeramente con ocasión de parentesco o relación análoga de afectividad.

Lesiones imprudentes constitutivas de delito

Es la figura recogida en el artículo 152 cuando las infracciones previstas en los artículos 147 a 151 se lleven a cabo por imprudencia grave o imprudencia profesional.

Lesiones imprudentes constitutivas de falta

Son las recogidas en el artículo 621 que, de forma novedosa, las tipifica de acuerdo no sólo con la gravedad del resultado, sino también con el grado de imprudencia de la siguiente forma:

- Son faltas:
 - Las lesiones menos graves (art. 147.2) ocasionadas por imprudencia grave.
 - Las lesiones graves ocasionadas por imprudencia leve.
- No son faltas ni infracción penal las lesiones menos graves ocasionadas por imprudencia leve.

Estudio específico de las contusiones

Esteban Fernández Arribas • Zeres Arredondo Fortuny

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

4

DEFINICIÓN

CLASIFICACIÓN

Contusiones simples superficiales sin solución de continuidad

Eritema
Petequias
Equimosis
Equimoma

Sugilaciones

Hematomas

Bolsa sanguínea

Contusiones simples superficiales con solución de continuidad

Erosiones y excoriaciones
Heridas contusas

DEFINICIÓN

Quirúrgicamente las contusiones se definen como traumatismos cerrados, sin efracción de la piel; desde el punto de vista médico-legal se definen como *«aquellas lesiones provocadas por la acción sobre el cuerpo de instrumentos duros de superficie roma u obtusa que actúan sobre el organismo por intermedio de una fuerza viva»*. También podemos decir que estas contusiones pueden ser debidas a la acción de un objeto romo dotado de fuerza dinámica que actúa sobre el cuerpo, puede ser el cuerpo el que dotado de esa energía golpea contra el objeto contundente o pueden combinarse ambas situaciones.

Los mecanismos de producción de las contusiones y heridas contusas son los siguientes:

- Por percusión o presión: un instrumento dotado de cierta fuerza dinámica que se ejerce perpendicularmente y cesa su acción en cuanto encuentra la superficie corporal (golpe de bastón, latigazo, puñetazo, presión de la mano, etc.).
- Por frotamiento, cuando la fuerza se ejerce de manera tangencial.
- Mecanismo mixto: frecuentemente se combinan ambos mecanismos (p. ej., en los aplastamientos).
- En otras ocasiones se puede producir un mecanismo de tracción que dé lugar a lesiones más complejas.

Los instrumentos contundentes son tan abundantes y variados que algunos autores, como Gisbert Calabuig, afirman que todos los objetos que rodean al hombre son susceptibles de dicha acción. Este autor divide estos instrumentos en tres grupos:

- Instrumentos expresamente contruidos y empleados como tales para la defensa y el ataque (armas contundentes propiamente dichas): guantes de boxeo, porras, etc.
- Órganos naturales de defensa y ataque del hombre y los animales: las manos.
- Objetos de uso habitual para otros fines, que esporádicamente pueden ser utilizados como armas contundentes: palos, bastones, martillos, etc.

CLASIFICACIÓN

Siguiendo un criterio descriptivo, las contusiones se clasifican en dos grandes grupos:

- Simples: en las que participa un único mecanismo de acción.
- Complejas: en las que se asocia más de un mecanismo de acción e incluso se asocian a otro tipo de violencias (arrancamientos, aplastamientos, mordeduras, caída, precipitación, etc.).

A su vez, las contusiones simples se dividen en dos grupos: superficiales (afectan fundamentalmente a la piel o planos subcutáneos) y profundas (entre las que se incluyen las fracturas óseas, los estallidos y desgarros viscerales, etc.).

Finalmente, centrándonos en las contusiones simples superficiales, éstas se dividen en:

- Contusiones simples superficiales sin solución de continuidad.
- Contusiones simples superficiales con solución de continuidad.

Contusiones simples superficiales sin solución de continuidad

Son las siguientes: eritema, petequias, equimosis, equimoma, sugilaciones, hematomas y bolsas sanguíneas.

Eritema

Es el enrojecimiento de la piel causado por congestión de los capilares en las capas superficiales de la piel. Si bien es una reacción cutánea provocada por diversas situaciones (infecciones, quemaduras de primer grado, exposición a rayos ultravioleta, vergüenza), también se produce como reacción cutánea a contusiones de baja intensidad; un ejemplo característico es la lesión producida por el impacto de la mano abierta («bofetada»), generalmente unilateral. En estos casos, el eritema es transitorio y desaparece en poco tiempo, minutos u horas. En ocasiones se observa la impronta de los dedos.

Petequias

Se trata de equimosis de mínimo tamaño por pequeñas extravasaciones capilares, tienen aspecto puntiforme, y cuando se agrupan se las denomina *punteado equimótico* (fig. 4-1).

**FIGURA 4-1**

Punteado equimótico en conjuntiva por aumento de presión tras asfixia mecánica.

Equimosis

Comúnmente denominada cardenal, es la contusión simple por excelencia y su estudio reviste un extraordinario interés médico-legal. Las equimosis se producen por el efecto de la laceración del tejido celular subcutáneo, generando un derrame sanguíneo —extravasación sanguínea— característico por estar localizado debajo de la piel, a la que da una coloración especial. En este caso, la extravasación sanguínea adopta una disposición laminar ya que la sangre infiltra los tejidos (figs. 4-2A y B).

Equimoma

Son equimosis de mayor extensión (fig. 4-3).

Sugilaciones

Se trata de equimosis originadas por un mecanismo especial, como es el mecanismo de succión (ejercido por ejemplo al aspirar fuertemente con la boca). También se denominan *equimosis de succión* (fig. 4-4). Tienen importancia porque su motivación médico-legal está asociada a las agresiones sexuales con localizaciones características (cuello, senos, región interna de los muslos, etc.).

Hematomas

En este caso, la sangre, en vez de infiltrar los tejidos, se colecciona entre sus planos a modo de bolsa subcutánea, dando clínicamente



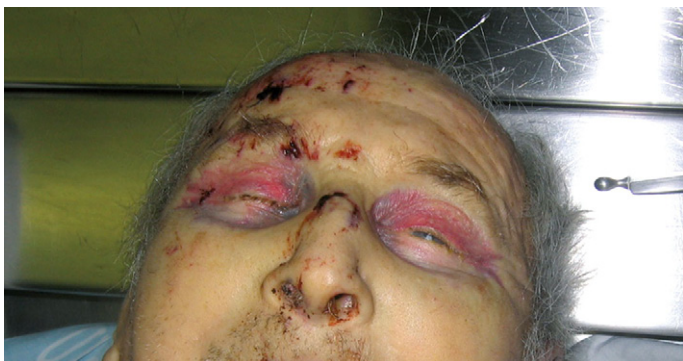
FIGURA 4-2

A) Pequeña equimosis en región dorsal izquierda. B) Sección de la equimosis anterior (demostración del derrame sanguíneo).

una tumefacción prominente, fluctuante y con coloración característica (fig. 4-5). Es más frecuente en los traumatismos tangenciales y requiere que se rompan vasos de mayor calibre que en las equimosis.

Bolsa sanguínea

Se trata de un hematoma de gran tamaño cuya prominencia sobre la piel es mucho más evidente.

**FIGURA 4-3**

Equimosis «en antifaz» (característico de fractura de la base de cráneo).

**FIGURA 4-4**

Sugilación en cuello.

**FIGURA 4-5**

Hematoma orbitario.

Contusiones simples superficiales con solución de continuidad

Se trata de contusiones con lesión cutánea: son las erosiones y excoriaciones y las heridas contusas.

Erosiones y excoriaciones

Las erosiones y excoriaciones son lesiones superficiales de la piel que se producen cuando el cuerpo contundente actúa preferentemente por un mecanismo de *frotamiento*.

La erosión es la pérdida de tejido cutáneo que interesa sólo la epidermis sin descubrir el cuerpo papilar (fig. 4-6), mientras que en la excoriación existe ya un levantamiento de la dermis con denudamiento del corion (fig. 4-7) y, a veces, interesa el cuerpo papilar y la parte reticular de la dermis.

El rasgo clínico definitorio de ambas es la existencia de costra, que puede ser:

- Serosa: de color amarillo debido al derrame de linfa; se deseca sin sobrepasar habitualmente los límites de la lesión.
- Serohemática: de color rojo-amarillento, debido a una mezcla de sangre y linfa cuando la lesión alcanza las papilas dérmicas.
- Hemática: formada únicamente por sangre (fig. 4-8).

**FIGURA 4-6**

Erosiones lineales en ambas nalgas.

**FIGURA 4-7**

Excoriaciones por atropello en abdomen.



FIGURA 4-8

Costra hemática. Excoriación en fase de cicatrización (5 días de evolución).



FIGURA 4-9

Erosiones y excoriaciones en cara anterior y lateral del cuello (estigmas ungueales).

Su pronóstico es leve desde el punto de vista médico y cura en un término medio de 10 días. Sin embargo, aunque médicamente no tiene relevancia, sí la tiene extraordinariamente en medicina forense.

Una forma particular son los arañazos, erosiones y excoriaciones debidas a la acción traumática de las uñas y que también se conocen como estigmas ungueales (fig. 4-9). Pueden asumir tres formas:

- Excoriación arqueada o semilunar: reproduce el borde libre de la uña y se produce por presión de la misma (muchos autores califican a esta forma como el verdadero estigma ungueal).
- Arañazo lineal: debido a presión y deslizamiento tangencial sobre la piel, delgada, alargada y más o menos profunda.
- Excoriaciones en rasguño: se producen cuando la uña tras haber profundizado en la piel se desliza por ella por su forma más ancha; sus bordes laterales son poco netos y tiene una morfología alargada y habitualmente paralela.

Heridas contusas

Se analizan con detalle en el capítulo siguiente.

Estudio específico de las heridas

Esteban Fernández Arribas • Zeres Arredondo Fortuny

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

HERIDAS CONTUSAS

HERIDAS ORIGINADAS POR ARMA BLANCA

Heridas punzantes

Heridas incisivas o cortantes

Heridas incisopunzantes

Heridas incisocontusas

Diagnóstico diferencial con las heridas incisivas

Diagnóstico diferencial con las heridas contusas

5

HERIDAS CONTUSAS

Son lesiones producidas por la acción de instrumentos contundentes en las que, además de la acción contusa superficial o profunda, tiene lugar una solución de continuidad en la piel, cuya elasticidad es vencida por la acción del instrumento.

Los mecanismos de producción de las heridas contusas son los siguientes:

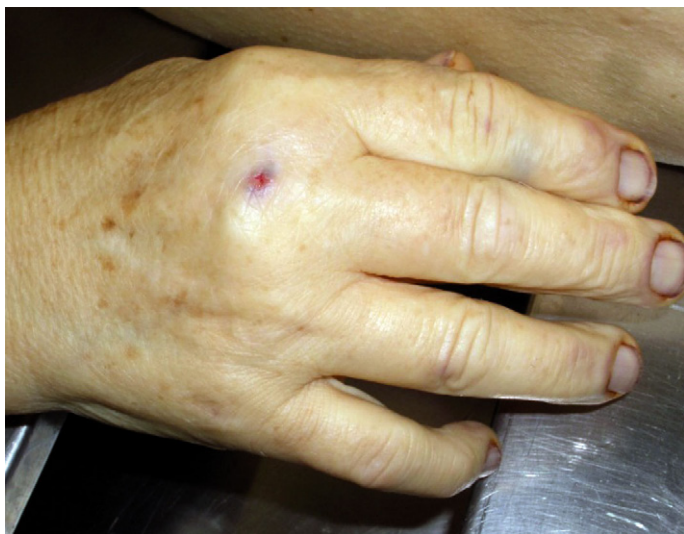
- El cuerpo contundente actúa por medio de un ángulo o un sobresaliente, nunca cortante ni punzante, y su fuerza se concentra sobre un sitio limitado de la piel venciendo su elasticidad.
- La piel resulta comprimida entre el instrumento y una zona ósea (frecuentemente la región orbitaria ciliar o el cuero cabelludo), produciéndose una herida pero de dentro hacia fuera (fig. 5-1).
- Pueden unirse ambos mecanismos.

Las características básicas de las heridas contusas son las siguientes:

- La gran irregularidad de los bordes de la herida, que son ondulados y dentellados (no son bordes limpios).
- Frecuentemente sus bordes y el tejido que la rodea se encuentra equimótico.
- Existen puentes de unión en el fondo de la herida formados por vasos o fragmentos de tejidos debido a lo desigual de la herida.

HERIDAS ORIGINADAS POR ARMA BLANCA

Herida es toda solución de continuidad de la piel provocada por un agente traumático; arma es todo objeto fabricado o utilizado para la defensa y/o el ataque, y armas blancas son aquellas que lesionan por un mecanismo directo y ejercen su acción lesiva por la actuación de una punta,

**FIGURA 5-1**

Herida contusa sobre cabeza de tercer metacarpiano de mano derecha. Bordes irregulares y evertidos hacia el exterior (herida de dentro afuera). Tejido perilesional equimótico.

un filo o la acción conjunta de ambos. Por tanto, heridas por arma blanca son aquellas soluciones de continuidad en la piel provocadas por instrumentos que actúan por un filo, una punta o ambos.

Las heridas por arma blanca pueden clasificarse atendiendo a diversos criterios:

- Por su profundidad pueden ser superficiales (no lesionan más allá de la capa inferior de la dermis) o profundas/penetrantes.
- Por su número, únicas o múltiples.

La clasificación clásica y más importante es la que las divide de acuerdo con su mecanismo de acción. Pueden ser:

- Simples: producidas por armas que actúan con un mecanismo único:
 - Heridas punzantes, actúan por perforación (el prototipo de arma es el estilete).
 - Heridas incisivas o cortantes, actúan cortando (p. ej., la hoja de una hoz).
- Mixtas: originadas por armas que actúan mediante dos o más mecanismos:
 - Heridas incisopunzantes: producidas por un instrumento con punta y filo (la mayoría de las armas blancas, una navaja, un cuchillo, etc.).

- Heridas incisocontusas: actúan a través de un filo y cierto peso (el prototipo es el hacha).

A continuación pasamos a describir los caracteres de estas heridas.

Heridas punzantes

Las heridas punzantes son producidas por instrumentos de forma alargada, de sección circular o elíptica, terminados en una punta más o menos aguda y de grosor variable que es la que lesiona (objetos cilíndricos afilados). El mecanismo de producción de estas heridas depende de su grosor o diámetro:

- Si el diámetro es fino, actúan a modo de cuña; penetran en los tejidos disociando sus elementos anatómicos a favor de su elasticidad natural.
- Si el diámetro es más grueso, vencen esa elasticidad y actúan por desgarro de los tejidos atravesados.

Los caracteres de las heridas punzantes son los siguientes: producen un orificio de entrada, un trayecto y un orificio de salida (no siempre):

- El orificio de entrada depende, nuevamente, del grosor de la punta:
 - Si el grosor es fino, aparece un orificio en forma de punto rosado o rojizo que desaparece a los pocos días y puede encubrir graves lesiones en profundidad.
 - Si el arma es más gruesa, el orificio adopta la forma de hendidura de ángulos ligeramente redondeados o de ojal.
- El trayecto de las heridas está formado por un canal que atraviesa los tejidos interesados; en el cadáver aparece como una línea rojiza debido al derrame de sangre en su interior. Cuando el trayecto atraviesa varios tejidos superpuestos en forma de planos, el trayecto cambia de dirección en cada plano dependiendo de sus elementos elásticos.
- El orificio de salida, cuando existe, al perforarse de dentro hacia fuera produce como un pequeño estallido; es habitualmente de diámetro menor que el de entrada (por la forma cilíndrica del instrumento), con los bordes evertidos hacia fuera y con mayor irregularidad que el de entrada.

Heridas incisivas o cortantes

Los instrumentos cortantes se definen por la existencia de una hoja de poco espesor y sección triangular (cuchillos, navajas, etc.), su mecanismo de acción es que el filo actúa a modo de cuña sobre los tejidos a los que divide y produce una solución de continuidad. Este efecto puede llevarse a cabo por presión o por presión más deslizamiento (con mayores efectos lesivos).

Los caracteres de las heridas por instrumentos cortantes son los siguientes:

- Heridas lineales: se producen cuando el arma penetra de forma perpendicular produciendo una simple solución de continuidad con las siguientes características:
 - Los bordes son regulares y limpios, dando una morfología fusiforme o de óvalo alargado.
 - Los extremos tienden a hacerse más superficiales, llegando a prolongarse por un arañazo superficial, que se denomina cola. Las colas son más aparentes cuando predomina el mecanismo de deslizamiento, existe una cola de ataque (corresponde al inicio del corte, más profunda y corta) y una cola terminal (más superficial y alargada). Las colas pueden ser iguales o desiguales (en cuyo caso la más larga es la terminal) e incluso faltar en uno de los extremos.
 - Tienen una notable profundidad, las paredes son lisas y regulares, confluyen hacia abajo a modo triangular de vértice inferior y nunca tienen puentes de unión (fig. 5-2).
- Heridas en colgajo: se producen cuando el instrumento penetra más o menos oblicuamente; uno de los bordes queda cortado en bisel obtuso mientras el otro resulta una lámina o colgajo de sección triangular con el borde libre fino cuyas dimensiones dependerán de la oblicuidad y profundidad del corte y de la longitud del arma.



FIGURA 5-2

Herida incisa lineal en hombro derecho. Cola de ataque craneal y cola terminal caudal. Paredes de la herida lisas, sin puentes de unión.

**FIGURA 5-3**

Erosión superficial por arma blanca.

- Heridas mutilantes: se producen cuando el arma ataca una parte saliente del cuerpo (la oreja, la extremidad de los dedos, la punta de la nariz), dando lugar a su separación completa.
- Heridas incisas atípicas: se producen ante determinadas circunstancias:
 - Rozaduras o erosiones: cuando el instrumento no hace más que rozar tangencialmente la superficie cutánea con desprendimiento parcial de la epidermis (fig. 5-3).
 - Heridas en puente o en zigzag: se deben a las características de la región; cuando existen pliegues cutáneos (p. ej., el escroto), al extender la región cutánea se ven dos cortes separados por un puente.
 - Heridas irregulares: se deben sobre todo a las particularidades del arma (irregularidades o melladuras del filo), que modifican la morfología de las heridas incisas, con lo que pueden dificultar su diagnóstico. Sin embargo, tienen un alto valor individualizador del arma.

Heridas incisopunzantes

Son heridas producidas por el mecanismo conjunto de una punta y un filo. Los efectos resultan de la suma de las características punzantes y cortantes (fig. 5-4), con predominio de uno u otro según la naturaleza del arma y la forma en que se aplique.

Las características del orificio de entrada están condicionadas por el grosor del arma y número de filos. Así, tenemos:



FIGURA 5-4

Múltiples heridas incisopunzantes en cara anterior de tórax.



FIGURA 5-5

Arma homicida (arma blanca fina monocortante con filo serrado).

- Arma fina bicortante (de dos filos): produce una herida en ojal con los bordes muy agudos; si incide perpendicularmente no tiene colas.
- Arma fina monocortante (fig. 5-5): también tiene forma de ojal con uno de los extremos más agudo que a menudo presenta cola evidente.
- Arma gruesa monocortante: el orificio de entrada es marcadamente triangular.

- Arma con múltiples filos: el orificio de entrada tendrá forma estrellada con tantas puntas como bordes cortantes posea el instrumento.
- El trayecto puede ser muy variado; único o múltiple, perpendicular u oblicuo (dejará herida en bisel).

Heridas incisocontusas

Son aquellas producidas por objetos que tiene un filo y además un peso importante (el prototipo es un hacha), por lo que a su efecto cortante añaden una gran fuerza viva (figs. 5-6A y 5-6B). Por tanto, reúnen los caracteres de las heridas cortantes y los producidos por ciertos tipos de armas contundentes. La morfología de las heridas dependerá del grado de agudeza del filo, de su grosor y de su peso.

Dados estos caracteres se impone, con frecuencia, el diagnóstico diferencial con las heridas incisivas en unos casos y con las heridas contusas en otros.

Diagnóstico diferencial con las heridas incisivas

Los rasgos propios de las heridas incisocontusas que sirven para esta diferenciación son los siguientes:

- Carecen generalmente de cola.
- Los bordes de la herida presentan siempre huellas de contusión bajo la forma de un borde equimótico y, a veces, de pequeñas irregularidades de su contorno.

Diagnóstico diferencial con las heridas contusas

La diferenciación entre las heridas incisocontusas y las heridas contusas propiamente dichas puede sistematizarse, según Royo-Villanova, en los siguientes puntos:

- Las contusiones de los bordes de las heridas incisocontusas nunca son muy acentuadas, pues la solución de continuidad de los tejidos se hace siempre por sección, aunque sea poco neta. En cambio, en las verdaderas heridas contusas, las contusiones de los bordes de la herida son mucho más acentuadas, ya que fueron producidas por un mecanismo dislacerante.
- En las heridas contusas se observa, a veces, que ciertas partes de los tejidos, por su mayor elasticidad, resisten sin romperse y permanecen a modo de pequeños *puentes de unión* entre los bordes y paredes de la herida, lo cual no se observa nunca en las heridas producidas por instrumentos cortantes, aunque tengan una acción contusa sobreañadida.
- En las heridas incisocontusas se observan vastos colgajos y lesiones de los huesos que, aun cuando irregulares, no lo son tanto como en las heridas producidas por instrumentos contundentes, los cuales, a su vez, nunca determinan lesiones tan profundas y al mismo tiempo con cierta irregularidad.

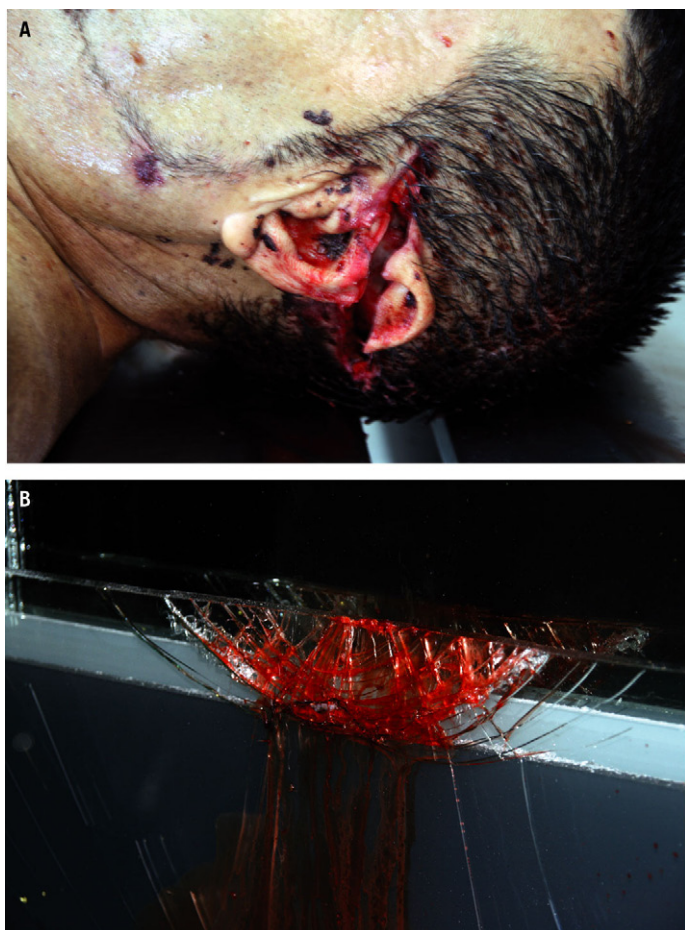


FIGURA 5-6

A) Herida incisocontusa en región temporal izquierda con sección de pabellón auricular. B). Lugar de producción de la lesión (cráneo atrapado en el borde del plafón de vidrio).

Descripción de la lesión

Esteban Fernández Arribas • Zeres Arredondo Fortuny

ÍNDICE DEL CAPÍTULO

GENERALIDADES ANATÓMICAS

Posición anatómica

Planos anatómicos

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN

DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN

NÚMERO DE LESIONES

AUSENCIA DE LESIONES Y/O DOLOR

6

La descripción de la lesión o de las lesiones es primordial y de vital importancia para que posteriormente cualquier otro facultativo que tenga contacto con ellas pueda evaluar la evolución, las complicaciones, localizar posibles alteraciones locales, cicatrices, etc. En este apartado no nos centraremos en los hallazgos clínicos de la lesión, como serían por ejemplo los signos inflamatorios o infecciosos, los cuales habitualmente ya describe el médico asistencial, sino que lo haremos en las características puramente descriptivas. El proceso general de descripción sería:

1. Tipo de Lesión.
2. Forma.
3. Dimensiones.
4. Coloración.
5. Localización.

GENERALIDADES ANATÓMICAS

El primer paso del proceso descriptivo, una vez identificada o catalogada la lesión, consiste en situarla correctamente en las diferentes regiones anatómicas, procurando localizar con la máxima exactitud posible la zona en la que se encuentra. A pesar de que parece obvio, son imprescindibles unos conocimientos anatómicos básicos, los cuales se presuponen a cualquier facultativo.

A modo de recordatorio, estableceremos los siguientes términos anatómicos importantes: posición anatómica y planos anatómicos.

Posición anatómica

Es la posición de referencia del cuerpo utilizada para describir la localización de estructuras y también para localizar las lesiones. Como ya sabemos, el cuerpo se encuentra, en posición anatómica, en bipedestación con los pies juntos, los brazos a los lados y la cara mirando al frente. Las palmas de las manos se dirigen hacia delante

con los dedos en extensión y juntos, con la región tenar de la mano girada 90° respecto a la base del resto de dedos y con el primer dedo hacia delante.

Planos anatómicos

Tres grupos principales de planos atraviesan el cuerpo en la posición anatómica:

1. Planos coronales: están orientados verticalmente y dividen el cuerpo en zonas anterior y posterior.
2. Planos sagitales: están igualmente orientados en vertical, pero son perpendiculares a los planos coronales, por lo que dividen el organismo en zonas derecha e izquierda. Al plano que discurre a través del centro del cuerpo dividiéndolo en dos mitades, derecha e izquierda, iguales, se lo denomina plano medio sagital.
3. Planos transversales, horizontales o axiales dividen el cuerpo en zonas superior e inferior.

Igualmente, es de gran interés recordar los siguientes términos para describir la localización: anterior (ventral) y posterior (dorsal), medial (interno) y lateral (externo), superior e inferior.

Se utilizan tres pares de términos principales para describir la localización de estructuras (y de lesiones) en relación al cuerpo en su conjunto o al resto de estructuras:

1. Anterior (o ventral) y posterior (o dorsal) describen la posición de estructuras con relación al «frente» y al «dorso» del cuerpo.
2. Medial (o interno) y lateral (o externo) describen la posición de estructuras respecto al plano medio sagital y a los lados del cuerpo.
3. Superior e inferior describen las estructuras en relación con el eje vertical del cuerpo.

LOCALIZACIÓN DE LA LESIÓN

Una vez identificada correctamente la región anatómica, debemos situar la lesión en su interior. Una forma sencilla de hacerlo, y que se recomienda, sería la utilización de los términos interno o medial, externo o lateral, anterior, posterior, superior e inferior, y sus diferentes combinaciones (anteroexterno, etc.). En las extremidades se recomienda la utilización de los tercios como la mejor forma de ubicar la lesión (tercio proximal, medio o distal). En la extremidad superior se puede utilizar el término radial como lateral y cubital como medial. En la mano se hará referencia a palmar o dorsal. Para la extremidad inferior tibial se empleará medial y peroneal lateral. En el pie se hablará de plantar o dorsal.

Es de gran ayuda la utilización de puntos anatómicos fijos como referencia (salientes óseos, huesos, articulaciones, prominencias). Igualmente, puede ayudar a la localización de la lesión situarla respecto a un punto de origen o de inserción tendinosa.

DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN

Tras haber localizado exactamente la lesión, pasaremos a su descripción. Es importante identificar correctamente el tipo de lesión (herida incisa, hematoma, herida incisocontusa, *scalp*, etc.). En el caso de que existan dudas, la mejor solución sería realizar una descripción detallada de las características de la lesión, sin aventurar diagnósticos precipitados y sin intentar poner un nombre y un apellido a algo que no sabemos cómo se denomina.

En las contusiones debemos describir de forma sistemática la coloración, la forma y la extensión.

Las características cromáticas de una equimosis o de un hematoma nos orientan sobre su evolución cronológica. Las modificaciones en la coloración se producen de la periferia hacia el centro, y la duración depende esencialmente de la cantidad de infiltración sanguínea. Una coloración roja lívida es indicativa de lesión reciente. El color negro y/o azul sugiere una lesión de días de evolución.

Una coloración verde-amarillenta indica una lesión en fase de resolución o incluso ya curada (en la que simplemente observamos la impronta que ha dejado en la superficie cutánea la reacción química que se ha producido transformando la hemoglobina en bilirrubina). En las erosiones y excoriaciones recientes predominará el color rojo propio de la sangre. En ocasiones se observarán coloraciones amarillentas acompañantes, en los casos en los que exista reacción serosa o exudado linfático. Rápidamente aparece la formación de costras, inicialmente rojizas, que con el paso del tiempo se transforman en parduscas o marronosas; la duración de éstas no sobrepasa la semana en los casos simples.

Las lesiones contusas, con o sin integridad de la piel, pueden adoptar infinitas formas en función del objeto contundente o mecanismo de producción, de la intensidad, de la localización anatómica, etc. Se ha de describir la forma con la mayor exactitud posible, sin pretender identificar el objeto contundente referido y sin grandes interpretaciones imaginativas. Si la forma es compleja o de difícil descripción, será de gran utilidad reproducirla gráficamente, pudiéndose utilizar un esquema corporal y dibujando la lesión o utilizando la fotografía o videografía como medio de reproducción.

Son formas simples las redondeadas, las ovaladas, las alargadas, las lineales o rectilíneas, o las cuadrangulares. Más complejas y menos frecuentes, aunque también válidas como método descriptivo, son las digitadas (reproducen la marca o impronta de un dedo), las estrelladas, las geográficas, las fusiformes, las granuladas, las reticuladas, las fasciculadas, las «alas de mariposa», «ojos de mapache» o el «antifaz». Son de gran interés médico-legal las lesiones figuradas, es decir, aquellas que reproducen más o menos exactamente la forma del instrumento o agente lesivo que las ha provocado (fig. 6-1). Como ya se ha comentado, a nivel asistencial no se debe pretender realizar ninguna interpretación en este sentido, intentando identificar objetos reproducidos sobre la piel o imaginando formas que se correspondan con objetos. Es suficiente con describir la forma de las lesiones.

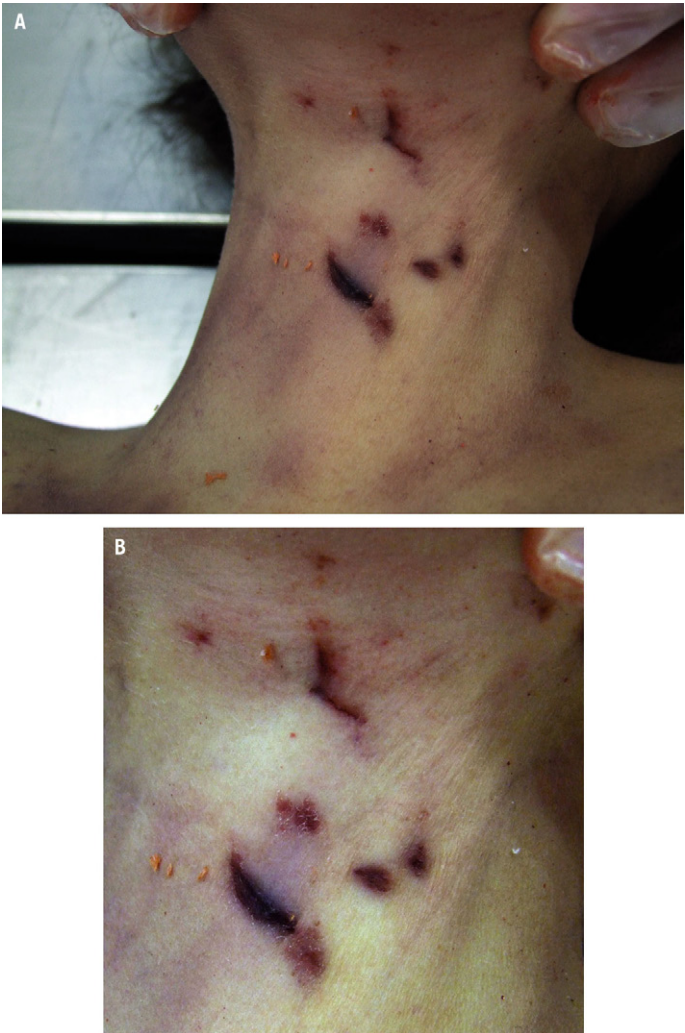
**FIGURA 6-1**

Equimosis figurada reticulada: reproduce la forma de las baldosas de la calle (precipitado).

Dentro de las erosiones o excoriaciones, se debe poner especial atención en los estigmas ungueales (fig. 6-2A y B), de gran repercusión médico-legal por representar improntas de los dedos en la superficie cutánea que pueden indicar, entre otros, intentos de estrangulación o signos de lucha y/o defensa. El estigma ungueal característico de prensión o sujeción es la excoriación arqueada o semilunar, la cual debe localizarse con exactitud, debiendo indicar dónde se sitúa el borde cóncavo o el borde convexo.

Las lesiones se deben medir. La exactitud es importante, aunque quizá no tanto como la forma o la coloración. Se recomienda el empleo de cinta métrica (fig. 6-3). Para lesiones de pequeñas dimensiones se utilizará como medida de medición estándar el milímetro. En caso de lesiones que abarquen grandes áreas, es mejor utilizar como medida el centímetro. La medida se debe tomar tanto en longitud como en amplitud. En las erosiones superficiales lineales finas, en las que apenas se puede medir el grosor, será suficiente con establecer su longitud.

En las heridas, la descripción de la coloración pierde interés en pos de las características propias de cada lesión. La forma y la extensión siguen siendo importantes. Como ya se ha comentado, el primer facultativo que entra en contacto con las heridas es fundamental en la identificación de las mismas y la posterior valoración, ya que habitualmente aplicará unas medidas terapéuticas que van a alterar las características de la herida (suturas) o simplemente impedirá el acceso posterior ella durante un tiempo (oclusiones). Es por dicho motivo por el que debe tener

**FIGURA 6-2**

A) Estigmas ungueales. B) Detalle.

un correcto conocimiento de los tipos de heridas y debe esmerarse en su descripción. Al igual que un médico deriva a un paciente a un especialista aportando la máxima información del proceso que ha originado la interconsulta, el facultativo que entra en contacto

**FIGURA 6-3**

Medición de equimosis con cinta métrica.

por primera vez con una herida debe dejar constancia de ella aportando una información clara, concreta y justamente descriptiva antes de modificarla definitivamente (una lesión suturada jamás tendrá las características iniciales que permiten establecer el tipo de herida y el probable mecanismo de producción) (fig. 6-4).

Las heridas contusas suelen adoptar formas irregulares (fig. 6-5). En ocasiones se asemejan a las heridas incisas o incisocontusas al presentarse como una herida rectilínea, fusiforme o «en ojal», pero si prestamos un poco de atención observaremos las características propias de este tipo de herida producida por el impacto entre un objeto contundente y la superficie corporal, es decir, bordes irregulares, signos de contusión en los bordes y el tejido que los rodea (infiltrados hemorrágicos, equimosis perilesionales) y puentes de unión en el fondo de la herida. Cuando la herida se produce sobre superficies óseas, el estallido de la piel puede adoptar formas estrelladas. En ocasiones encontraremos heridas figuradas que pueden reproducir parcialmente la forma de la superficie del objeto contundente (fig. 6-6).

La herida punzante habitualmente depende de las características del instrumento perforante. Estos instrumentos se pueden dividir en dos categorías, según que su perfil sea redondeado (agujas, punzones, clavos) o con aristas (lanza, bayoneta, tijeras). La herida externa toma generalmente la forma de una hendidura y no la de un orificio redondeado.

Estas heridas producen un trayecto en el interior del organismo y en ocasiones un orificio de salida. En la medida en que sea posible, se debe describir el trayecto de la herida indicando en qué dirección

**FIGURA 6-4**

Herida suturada: pérdida de las características propias de la herida.

va respecto al plano del cuerpo (trayecto craneocaudal, mediolateral, de izquierda a derecha, anteroposterior).

Las heridas incisas generalmente son simples, rectilíneas, largas, poco profundas y con bordes limpios regulares. En este caso será suficiente con diagnosticarla, localizarla, determinar su ubicación respecto al eje corporal o regional y medirla (fig. 6-7). Se ha de tener en cuenta que los extremos de la herida son, en general, más suaves y se prolongan a menudo por una erosión lineal de la epidermis. Cuando el instrumento cortante incide la piel oblicuamente se produce el desgarro de los tejidos, adoptando éstos formas en colgajo (fig. 6-8). Cuando la herida incisa secciona completamente una porción anatómica, hablaremos de amputación, debiéndose localizar exactamente el nivel al que se ha producido (si bien este extremo habitualmente puede ser comprobado con posterioridad).

La forma característica de las heridas incisopunzantes es el «ojal» (fig. 6-9A y B). Por lo general son más profundas que anchas. Aquí vuelve a tener relevancia la descripción del trayecto de la herida en el interior del organismo, teniendo en cuenta que la dirección del trayecto no es forzosamente rectilínea. Es importante la medición de la herida en superficie y a poder ser en profundidad. La medición en superficie se debe realizar aproximando los bordes de la herida (fig. 6-9C).

Las heridas por tijeras constituyen una entidad propia. Las tijeras son un instrumento incisopunzante que por su especial morfología da lugar a lesiones características que permiten individualizarlas

**FIGURA 6-5**

Múltiples heridas contusas en región parietooccipital (se ha rasurado el cabello para una mejor visualización). Existen bordes irregulares, puentes de unión en algún margen de las heridas, bordes de las heridas con signos de contusión evidentes y afectación ósea.

**FIGURA 6-6**

Herida contusa figurada (reproduce la superficie del objeto contundente).

**FIGURA 6-7**

Herida incisa lineal de 5,5 cm perpendicular al eje longitudinal en tercio medio de cara posterior de antebrazo derecho.

**FIGURA 6-8**

Herida incisa en colgajo, oblicua en cara posterior de tercio distal de antebrazo derecho. Borde biselado en región radial y en colgajo en región cubital (indica el trayecto). Lesión típica de defensa.



FIGURA 6-9

A) Herida por arma blanca gruesa monocortante. B) Detalle tras retirar el arma blanca (orificio de entrada oval-triangular). C) Aproximación de los bordes de la herida anterior con cinta adhesiva (herida en bisel).

(fig. 6-10). Estas características radican en el orificio de entrada cutáneo, que aparece bajo dos aspectos distintos, según cómo hayan penetrado. Si la tijera se introduce con las dos ramas cerradas, produce una herida única en forma de «ojal» o de «rombo», a veces con una melladura en uno o ambos lados, que resulta de la acción cortante del borde afilado de cada rama de la tijera. Si, por el contrario, se ha introducido la tijera con las ramas abiertas, se producen dos heridas en forma de fisura lineal que dibujan en conjunto una «V» completa o incompleta, según si se unen o no en el vértice de ésta. En los extremos proximales de ambas fisuras es posible la formación de una pequeña «cola».

La morfología de las heridas incisocontusas será variable en función de la localización de la lesión y de las características del arma. Si el instrumento está bien afilado, las heridas incisocontusas aparecen iguales que las heridas de corte, aunque más profundas, y llegan a interesar el esqueleto. La profundidad de la herida es mayor que las producidas por instrumentos cortantes y se da en ella el fenómeno de no respetar, en general, las partes duras. Es más común, sin embargo, que el filo no sea muy agudo. En este caso, la herida presenta bordes irregulares y el contorno contundido, como las heridas contusas. A nivel descriptivo, una vez identificada correctamente la lesión como herida incisocontusa, interesa la profundidad y las estructuras afectadas, tanto si afecta a hueso como si ha lesionado paquete vasculonervioso o tendones.

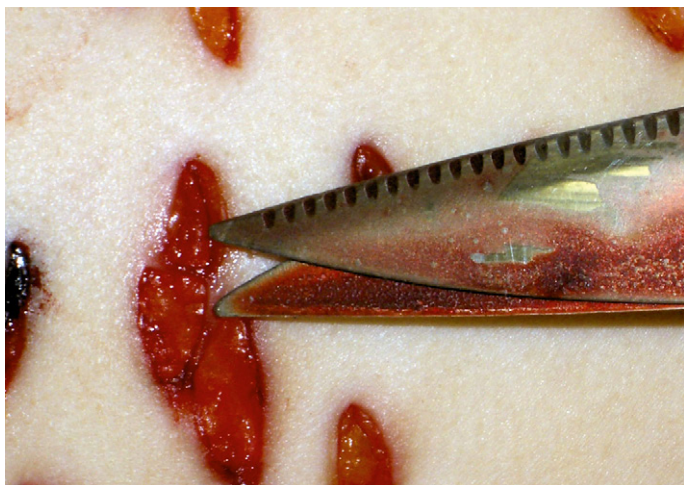


FIGURA 6-10

Herida incispunzante escasamente penetrante por punta de tijeras. Herida «atípica», ya que en este caso las ramas de la tijera se han montado una sobre otra al vencerse el tope de cierre.

NÚMERO DE LESIONES

En el caso de que exista más de una lesión en una misma área o región, se deberá establecer, si es posible, la relación que mantienen las diferentes lesiones entre sí. Por ejemplo: erosiones lineales paralelas entre sí, equimosis perpendiculares, erosiones tangenciales, equimosis en paralelo separadas por área indemne.

AUSENCIA DE LESIONES Y/O DOLOR

A veces nos vamos a encontrar con que al reconocer a una persona supuestamente lesionada no hallamos lesiones externas. Esta circunstancia ni indica ni deja de indicar que la agresión se haya producido o no haya existido, circunstancia que ya se determinará posteriormente. Es frecuente que ciertas agresiones físicas, por su escasa entidad o por las características propias de la agresión, no impriman marcas o lesiones en la superficie corporal, o que éstas no aparezcan hasta al cabo de unas horas, incluso días. En otras ocasiones, las lesiones producidas serán exclusivamente internas, no existiendo una repercusión física externa de ella. Estas circunstancias deberán ser valoradas por el médico forense. Así, aun a pesar de que el médico clínico tenga el convencimiento de la existencia de una lesión, su función debe ser puramente asistencial, no pericial, por lo que en estos casos se debe informar con fórmulas tales como «sin lesiones externas objetivables» o «no se objetivan lesiones externas». Sin embargo, el elemento que sí se debe reflejar en el informe de lesiones será la existencia de dolor, el cual puede indicar que efectivamente ha existido un traumatismo sobre la zona a pesar de que en ese momento no se objetiven lesiones externas, las cuales podrán o no aparecer con posterioridad. La valoración del dolor se debe realizar con gran cautela, ya que el dolor puede ser una sensación subjetiva dependiente de la persona. La objetivación del dolor por parte del médico asistencial es importante, siempre que sea posible. Para ello se procederá a la palpación o a la movilización de la zona dolorosa y a la valoración de la reacción de la persona ante la sensación dolorosa. Si existieran dudas, se puede recurrir a maniobras de engaño o de despiste, haciendo que la persona realice movimientos que impliquen la zona lesionada sin que aquella se dé cuenta de que está movilizandole la zona dolorosa referida. En ocasiones nos encontraremos con individuos que refieren dolor intenso a la movilización del hombro pero posteriormente no tienen ningún problema o no realizan ningún gesto antiálgico al sacarse una chaqueta o un jersey. También es frecuente el individuo que refiere una cervicalgia con dolor a la rotación cervical, pero que si le llaman no tiene ningún problema en girar totalmente el cuello para responder o ver quién lo reclama. En los casos en los que el lesionado manifiesta dolor pero éste no puede ser objetivado por el facultativo, se debe informar como dolor referido, no debiendo informar de dolor en una determinada localización si éste no se ha objetivado.

Capítulo 7

Conclusiones

Esteban Fernández Arribas • Zeres Arredondo Fortuny

- El conocimiento de los diferentes tipos de lesiones y sus repercusiones legales se hace, hoy en día, sumamente importante, ya no sólo en el ámbito médico-legal o pericial, sino también en el ámbito clínico.
- Es esencial que el médico asistencial realice una correcta descripción de las lesiones.
- Existe cierta dejadez en la descripción de las lesiones, así como cierto desconocimiento de éstas.
- Si se comprende el mecanismo lesional o de producción de la lesión, se minimiza el riesgo de confusión entre diferentes tipos de lesiones.
- Las mayores confusiones se producen entre heridas contusas y heridas por arma blanca (sobre todo con heridas incisas o incisocontusas).
- Las heridas contusas se producen por el impacto sobre la superficie corporal de cualquier «objeto» con bordes romos, y son muy frecuentes en salientes o superficies óseas.
- Las armas blancas actúan sobre la superficie corporal mediante una punta, un filo o ambos.
- Las heridas incisocontusas combinan las características de las heridas incisas o cortantes y las heridas contusas. Precisan de un filo o borde cortante y de energía o peso. El prototipo es la herida producida por un hacha.
- Se debe realizar un trabajo de concienciación académica y de reciclaje en materia de lesiones.

Capítulo 8

Casos clínicos

8

CASO CLÍNICO 1

EQUIMOSIS Y HEMATOMAS

Extremidad superior izquierda (brazo y codo) de mujer joven

LESIONES

Se trata de dos equimosis ovaladas o digitiformes, de 2×1 cm, de días de evolución (coloración amarillenta), en cara externa y posterior de tercio medio de brazo izquierdo. Hematoma ovalado, azulverdoso (reciente o relativamente reciente), de 6×3 cm en cara posterior de tercio mediodistal de brazo izquierdo. Equimosis ovalada rojiza, reciente, de 3×2 cm sobre epicóndilo de codo izquierdo.



COMENTARIO

Las dos equimosis superiores presentan características cromáticas distintas al resto de lesiones. Son lesiones paralelas entre sí y de dimensiones similares, que pueden traducir una digitopresión o sujeción. Tanto el hematoma del brazo como la equimosis del codo son lesiones aparentemente más recientes y traducen impactos sobre la zona lesionada. La distinta coloración entre las equimosis y los hematomas podría indicar que se han producido en momentos diferentes; sin embargo, al representar las dos equimosis del brazo una menor extravasación sanguínea que los hematomas y la equimosis del codo, las características cromáticas pueden evolucionar con mayor rapidez, lo que deberá ser valorado por el médico forense. Desde el punto de vista asistencial, únicamente se deberían hacer constar los caracteres cromáticos tal y como se ha reflejado.

CASO CLÍNICO 2**CONTUSIONES I**

Cara externa de tobillo, retropié y mediopié izquierdo

LESIONES

Herida contusa, con bordes estrellados y equimosis perilesional, de $0,5 \times 0,5$ cm (5×5 mm), rojiza (reciente), en maléolo peroneal izquierdo. Excoriación redondeada, de $0,5 \times 0,5$ cm, roja oscura (reciente), en cara externa de mediopié izquierdo o sobre base externa de 5.º metatarsiano.



COMENTARIO

Se trata de dos representaciones de un mismo y único mecanismo lesional. La herida contusa asienta sobre una zona de piel fina con borde óseo subcutáneo muy accesible, y la solución de continuidad de la piel se produce mediante un mecanismo de dentro afuera, siendo el hueso el que rompe la piel hacia fuera (v. los márgenes de la herida evertidos hacia el exterior adoptando una típica forma estrellada). En la región del mediopié se ha producido una excoriación, pero sin que llegue a romperse por completo la dermis al no existir un reborde óseo tan franco o prominente (reborde del 5.º metacarpiano).

CASO CLÍNICO 3**LESIONES POR ESTRANGULACIÓN***Cara anterior de cuello de mujer joven***LESIONES**

Excoriaciones múltiples en cara anterior, alrededor de la línea media del cuello, heterogéneas (lineales, semilunares, ovaladas y puntiformes). Múltiples equimosis ovaladas en cara anterior del cuello, algunas circundando a las excoriaciones. Hematoma en tercio medio e interno de clavícula derecha, ovalado, de aproximadamente 6 × 5 cm, con excoriación central lineal de 1 cm.



8

COMENTARIO

Lesiones contusas asociadas entre sí (equimosis y excoriaciones), en localización y morfología típica de prensión o sujeción. Se trata de lesiones producidas en un estrangulamiento. En la cara anterior del cuello, las equimosis traducen la presión ejercida por los dedos, mientras que las excoriaciones se producen por la fricción de las uñas junto al movimiento del cuello de la víctima (estigmas ungueales). Además, existen otras lesiones periféricas que traducen violencia importante, como es el hematoma en clavícula. Todo ello configura un caso de homicidio/asesinato.

CASO CLÍNICO 4

MALTRATO INFANTIL

Dorso de un niño de un año de edad

LESIONES

Dos equimosis redondeadas, de 1×1 cm, sobre apófisis espinosas de D6 y D8. Equimosis geográfica o en forma de mapa, en línea media de región dorsolumbar, y equimosis ovalada de 4×3 cm en línea media lumbosacra.





COMENTARIO

Niño visitado en el contexto de posibles malos tratos, remitido por centro de atención primaria. Las fotografías se han tomado con una diferencia temporal de 2 semanas. Las lesiones no han sufrido variación, por lo que en realidad no son lesiones, sino manchas mongólicas. Ante la duda de posible maltrato, el médico asistencial debe realizar parte de lesiones.

CASO CLÍNICO 5**CONTUSIONES II***Hemicara izquierda de mujer anciana***LESIONES**

Hematoma que engloba cuerpo mandibular izquierdo y cara anteroizquierda del cuello, de bordes de color rojo rosado y centro azul negruzco. Punteado y placa excoriativa en región malar y masetera izquierda.

**COMENTARIO**

Lesiones traumáticas que traducen uno o varios impactos sobre la zona lesionada, así como fricción sobre superficie rugosa, cuyo mecanismo lesional es difícil de establecer sin más datos o lesiones acompañantes. El contexto en el que se halló el cuerpo sugiere que las lesiones se produjeron por impactos violentos de la cara contra una pared rugosa-granulada.

CASO CLÍNICO 6**LESIONES ANTIGUAS**

Codo y antebrazo izquierdo de hombre de mediana edad de origen marroquí

LESIONES

Cicatrices antiguas, paralelas entre sí, en cara posteroexterna de codo y antebrazo izquierdo, sobreelevadas, ligeramente queloideas.

**COMENTARIO**

En el reconocimiento de un detenido nos encontramos con estas cicatrices. Es importante anotarlas, ya que indican lesiones antiguas, en este caso autoprovocadas, que pueden orientar hacia algún tipo de trastorno (trastorno límite de la personalidad, por ejemplo). El componente queloideo es típico de la raza negra, aunque también se produce en otras. En este caso podría indicar ausencia de intervención médica y/o cicatrización sin sutura o sin los cuidados debidos.

CASO CLÍNICO 7

MACERACIÓN

Pie izquierdo de un ahogado

LESIONES

Alteración cutánea por maceración.



COMENTARIO

No se trata de una lesión propiamente dicha, sino de una reacción cutánea a la exposición continuada a la humedad. Esta alteración se conoce como maceración cutánea o «manos de lavandera» (cuando se observa en las manos). La imbibición cadavérica provoca que la epidermis se torne blanquecina, arrugada y engrosada; más tarde se desprende a modo de «guante» o «calcetín». Este fenómeno dificulta la toma de huellas dactilares y, por tanto, la identificación del cadáver. El tiempo que tarda en iniciarse el proceso y en desprenderse la epidermis es proporcional al tiempo de permanencia del cuerpo en el líquido, por lo que puede ser de utilidad en el cálculo de la fecha de la muerte. Asimismo, la temperatura puede modificar su evolución.

CASO CLÍNICO 8**EXCORIACIÓN***Rodilla izquierda***LESIONES**

Placa excoriativa, ovalada, de 3 × 2 cm, con bordes irregulares y enrojecidos en polo superoexterno de rodilla izquierda.

**COMENTARIO**

Lesión característica de impacto y fricción contra superficie rugosa (suelo, asfalto, etc.). El mecanismo lesional podría ser una caída de rodillas con aceleración anterior (arrastre). En ocasiones se observan restos del material en el que se ha producido la caída y arrastre (grava, arena, suciedad). El enrojecimiento perilesional indica contusión y vitalidad. En ocasiones, la disposición de los restos de epidermis puede sugerir la dirección del arrastre.

CASO CLÍNICO 9

COMPRESIÓN BUCOLABIAL

Cara interna de mucosa labial inferior y encía inferior

LESIONES

Equimosis y piqueteado equimótico que se extiende a ambos lados del frenillo labial inferior.



COMENTARIO

En este caso, externamente no se observa lesión, aunque sí existen lesiones periféricas (equimosis en surco nasogeniano derecho). La lesión se produce al presionar fuertemente y de forma mantenida el labio contra el maxilar inferior y la encía, en un intento de taponar la boca para acallar los gritos o impedir la respiración de la víctima. Destaca la gran palidez de mucosas, sugestiva de hemorragia masiva.

CASO CLÍNICO 10

LESIONES HOMICIDAS

Cara anterior del cuello de una mujer joven

LESIONES

Seis heridas incisopunzantes, en forma de ojal, de entre 1 y 1,5 cm, en cara anteroinferior del cuello, cinco con disposición transversal del ojal respecto al eje longitudinal del cuello y una con disposición vertical. Herida incisopunzante en cara lateral izquierda del cuello. Erosiones y excoriaciones varias en cara anterosuperior del cuello, con presencia de al menos tres excoriaciones semilunares (estigmas ungueales).



COMENTARIO

La etiología de las lesiones es de tipo homicida, en la que ha existido gran violencia, produciéndose lesiones de lucha y defensa, lesiones por prensión del cuello (excoriaciones y estigmas ungueales en cara anterior del cuello) y lesiones por arma blanca. Las diferentes disposiciones de los ojales indican un giro del filo del cuchillo, pasando de posición transversa a vertical o a la inversa. La agrupación de lesiones indica inmovilización de la víctima (ausencia de movimiento o resistencia), en este caso por sección medular causada por filo de arma blanca (se puede apreciar ésta insertada en la región superior y posterior derecha del cuello).

CASO CLÍNICO 11

LESIONES ENGAÑOSAS

Cadáver de una mujer de mediana edad

LESIONES

Excoriaciones que adoptan una disposición circular en región posterior derecha del cuello. Al ampliar la imagen se observan perfectamente excoriaciones semilunares (estigmas ungueales), y se identifican al menos dos: una con concavidad medial y la otra mediocaudal respecto al plano del cuerpo.





COMENTARIO

Si bien la morfología de las lesiones podría orientar hacia una mordedura humana, en realidad se trata de estigmas ungueales producidos en el contexto de una presión/sujeción del cuello en una tentativa de estrangulamiento, representando estos estigmas ungueales las zonas de presión realizadas por ambos pulgares (estrangulamiento desde atrás). Los estigmas ungueales más externos están producidos por el pulgar izquierdo, mientras que las excoriaciones/estigmas más mediales los ha producido el pulgar derecho (presa posterior). La existencia de varias excoriaciones/estigmas ungueales, así como la orientación diferente de sus concavidades, indican movimiento por parte de la víctima. Se trata de un caso de homicidio.

CASO CLÍNICO 12**ADOLESCENCIA DIFÍCIL***Antebrazos y manos de adolescente menor de edad***LESIONES**

Múltiples (más de 15) erosiones lineales, recientes, en cara posterior de antebrazo izquierdo, la mayoría paralelas entre sí y perpendiculares al eje mayor del antebrazo, y al menos tres longitudinales al eje mayor del antebrazo. Contusión con inflamación en dorso de mano derecha, con erosiones puntiformes en cabeza de metacarpianos y múltiples erosiones lineales, recientes, en dorso de muñeca y mano derecha, longitudinales al eje mayor y paralelas entre sí.

**COMENTARIO**

Adolescente menor de edad, visitado en el contexto de presuntos malos tratos por parte de su padrastro. Las erosiones lineales y paralelas son compatibles con autolesión. Son lesiones producidas por la punta de un cúter. La contusión en dorso de mano derecha con inflamación y erosiones en metacarpianos son compatibles con impacto sobre superficie dura y rugosa (puñetazo contra la pared o similar). Todas las lesiones son autoprovocadas. Se trata de un menor con antecedentes de trastornos conductuales y gran conflictividad, en seguimiento por centro de salud mental infantil y juvenil, que probablemente acabe siendo diagnosticado de trastorno de la personalidad.

CASO CLÍNICO 13**HERIDA CONTUSA SIEMPRE***Cavidad oral***LESIONES**

Herida contusa alargada, de 1,5 cm, con enrojecimiento y equimosis perilesional en mucosa labial interna de hemilabio superior izquierdo.

**COMENTARIO**

Típica lesión de mucosa interna labial producida al aplicar una fuerza externa o impacto sobre la boca (habitualmente un puñetazo), con impacto de la mucosa labial sobre el diente, siendo éste el causante de la herida contusa. A efectos de localizar la lesión sería razonable hablar de labio izquierdo y derecho, aunque académicamente no exista tal diferenciación.

CASO CLÍNICO 14

PELLIZCO

Brazo a la altura del pliegue axilar derecho

LESIONES

Equimosis con forma «lambdoidea», de color rosa rojizo (características muy recientes, unas 24 h, aproximadamente), de 3 cm de longitud máxima, en cara anterointerna de tercio superior de brazo derecho.



COMENTARIO

Lesión de escasa entidad clínica, pero con alta repercusión médico-legal, ya que reproduce el mecanismo lesional, que en este caso es un pellizco. Tanto la zona, como el tipo de lesión y la forma son típicos de estas lesiones, en las que ésta se produce por cizallamiento de la piel y tejido celular subcutáneo por la prensión, habitualmente, de los dedos pulgar e índice, y posterior giro.

CASO CLÍNICO 15**ARMA BLANCA**

Torso anterior de hombre de mediana edad y detalle de las lesiones

LESIONES

Dos heridas incisopunzantes.

Herida número 1

Herida incisopunzante «en ojal», de 1,5 cm de longitud, oblicua al eje longitudinal del cuerpo, con borde medial biselado, en tórax izquierdo, en región submamaria, a la altura de la línea media claviclar.



Herida número 2

Herida incisopunzante «en ojal», de 1,5 cm de longitud, oblicua al eje longitudinal del brazo izquierdo, con borde laterosuperior ligeramente biselado y borde medioinferior excoriativo, en cara externa de tercio medio de brazo izquierdo.



COMENTARIO

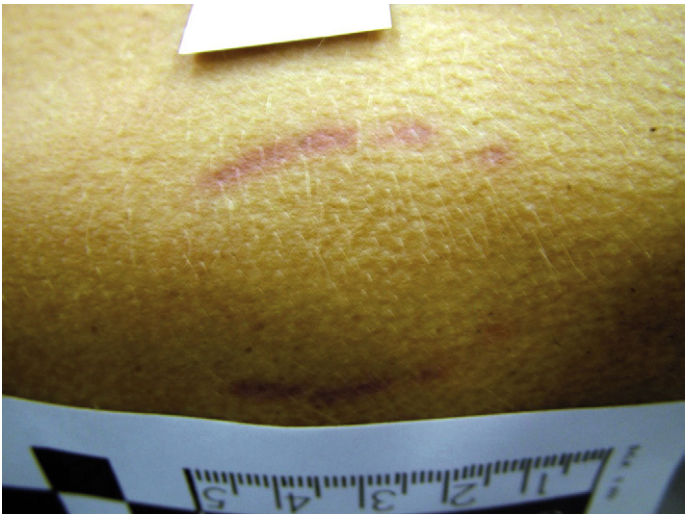
Heridas incisopunzantes típicas, producidas por arma monocortante (un solo filo), cuya imagen cutánea es el borde o extremo biselado, el cual indica la posición del filo en el momento de penetrar en el organismo. En el extremo opuesto se pueden encontrar lesiones producidas por el mango del arma blanca, en el caso de que la hoja del arma se haya introducido en su totalidad, o lesiones producidas por el borde romo (no afilado) de la hoja de un arma monocortante, como sería la observada en el borde medioinferior de la herida del brazo, es decir, una excoriación. Las lesiones se observan mucho mejor tras un lavado cuidadoso de éstas. En los márgenes de ambas lesiones se puede observar un reborde equimótico (más evidente en la lesión número 1) indicativo de vitalidad, es decir, sugieren que ambas lesiones se han producido en vida.

CASO CLÍNICO 16**LESIONES QUE DEJAN HUELLA**

Hombro y brazo izquierdo de víctima fallecida, y cavidad oral de presunto agresor

LESIONES

Dos lesiones eritematoerosivas, arqueadas, que reproducen las arcadas dentales superiores e inferiores de un adulto, en cara externa de tercio superior de brazo izquierdo (región deltoidea).





COMENTARIO

En la persona viva, las características de la lesión se hubieran modificado a los pocos minutos u horas, apareciendo una equimosis o incluso desapareciendo completamente la lesión: sin embargo, al ocurrir la muerte en un momento cercano a la producción de la lesión, ésta se mantiene intacta o se modifica escasamente, lo que permite en este caso la identificación del agresor o presunto homicida. En las imágenes observamos cómo los incisivos centrales superiores, piezas 11 y 21 según la clasificación internacional, diagrama de Walter Drum o Sistema F.D.I., presentan una diferente alineación el uno respecto al otro. Así, el borde libre del incisivo central superior derecho (pieza 11) se introduce ligeramente en la cavidad oral respecto al borde libre del incisivo central superior izquierdo (pieza 21). Esta diferente alineación se puede objetivar en la impronta de ambos incisivos centrales superiores en la lesión de la fallecida, y se observa perfectamente el desplazamiento de uno respecto al otro, siendo este dato un elemento identificativo de esta mordedura. Con esta imagen y con un molde de la mordedura del presunto agresor tendríamos un elemento más para la identificación del homicida/asesino.

CASO CLÍNICO 17**VIOLENCIA DE GÉNERO**

Extremidades superiores, cara anterior de tórax izquierdo, cara interna de muslo izquierdo, cara posterior de muslo derecho y hemiabdomen derecho de mujer joven con obesidad

LESIONES

Equimosis de características similares en cara posteroexterna de ambos brazos, ovaladas, de 18×8 cm en brazo derecho y de 13×8 cm en brazo izquierdo, de coloración violácea y áreas intralesión indemnes. Imagen de equimosis en resolución (amarillenta) en cara anterior de hemitórax izquierdo (región pectoral superior) de límites poco definidos. Equimosis redondeada de 6×6 cm en cara interna de tercio superior de muslo izquierdo, a la altura del triángulo de Scarpa, de coloración azul violácea y con áreas indemnes en su interior. Dos equimosis ovaladas en cara posteroexterna de muslo derecho, oblicuas al eje longitudinal del fémur, la mayor e inferior de $3 \times 1,5$ cm y la menor y superior de 2×1 cm, y una equimosis redondeada de 1×1 cm situada externamente a la equimosis mayor, todas ellas de coloración azulada. Equimosis redondeada de 3×3 cm en hipogastrio, con área central indemne y coloración rojo violácea. Agrupación de tres equimosis que abarcan un área de 3×3 cm en fosa ilíaca derecha de coloración rojo azulada.









COMENTARIO

Múltiples equimosis en el contexto de violencia de género. El mecanismo lesional referido y compatible con las lesiones son «pellizcos» y sujeciones con la mano sobre las zonas lesionadas. En los brazos se diferencian áreas blanquecinas que se corresponden con los puntos de presión de más de un dedo (sujeción con los dedos de la mano y la palma y posterior tracción). La equimosis torácica se encuentra en fase de resolución, por lo que se sitúa en un momento anterior en el tiempo. El resto de lesiones se han producido unas 24-72 h antes de la exploración. La disposición de la sangre en los tejidos indica una extravasación sanguínea «en sábana», es decir, infiltración de tejidos por laceración del tejido celular subcutáneo y diseminación a través de éstos, favorecido por la cantidad de tejido adiposo y por el efecto de la gravedad. Respecto a la denominación de las lesiones, podría existir controversia respecto a si se deben denominar equimosis o hematomas. Siguiendo la clasificación de las contusiones de Gisbert Calabuig, que es la que se ha utilizado para la elaboración de esta guía, se trata de equimosis, ya que la sangre infiltra los tejidos pero no se colecciona entre sus planos produciendo un efecto masa.

CASO CLÍNICO 18**VIOLENCIA INFANTIL***Abdomen de niño de 11 meses***LESIONES**

Múltiples equimosis redondeadas y ovaladas, de entre 0,3 y 2 cm de diámetro, que muestran agrupaciones lineales localizadas en hipocondrio izquierdo y derecho, fosa ilíaca izquierda y derecha, e hipogastrio.

**COMENTARIO**

Lesiones digitadas en el abdomen de un niño, producidas por su cuidador, que le acaban provocando la muerte por hemorragia intraabdominal (desgarros en serosa de intestino delgado y grueso y laceración de raíz del mesenterio). Las lesiones observadas son compatibles con maniobras de compresión digital del abdomen (presa intensa y profunda), posiblemente acompañada de movimientos de sacudida (desgarros vasculares). Respecto a la descripción de las lesiones, en este caso se recomendaría una descripción por regiones anatómicas, haciendo constar la agrupación de lesiones y las medidas menor y mayor. Así, diríamos:

«Se observan las siguientes lesiones:

- En hipocondrio izquierdo, seis equimosis agrupadas de tres en tres, redondeadas, de entre 0,5 y 1 cm de diámetro, las más craneales con agrupación lineal y las más caudales y mediales con agrupación triangular.
- En fosa ilíaca izquierda, siete equimosis agrupadas linealmente, cuatro mediales y tres laterales, redondeadas y ovaladas, de entre 0,5 y 2 cm de diámetro.

...».

CASO CLÍNICO 19

INGENIO

Antebrazo izquierdo

LESIONES

Herida suturada (cuatro puntos de sutura), de aproximadamente 2,5 cm, en tercio medio de cara posterior de antebrazo izquierdo.



COMENTARIO

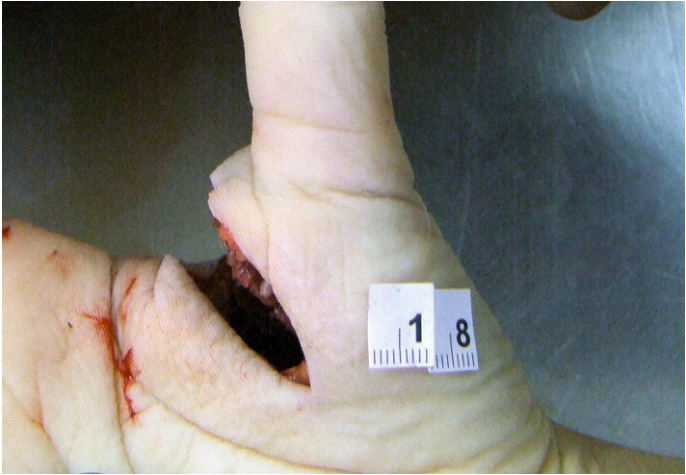
El lesionado es atendido en el hospital, en el contexto de una tentativa de homicidio. Cuando acude el médico forense, las heridas se encuentran ya suturadas, por lo que se pierden las características de la herida, y es difícil determinar si se trata de una herida incisa, incisopunzante o incisocontusa, así como el tiempo de evolución. En este caso se trata de una herida incisa en la cara posterior del antebrazo, localización típica de las heridas de defensa, en las que la víctima interpone el antebrazo entre el arma (cuchillo) y el propio organismo para evitar lesiones en zonas vitales. Al carecer el médico forense de medios de medición en ese momento, se decide colocar un bolígrafo a modo de testigo, para de esta manera tener una referencia de las medidas.

CASO CLÍNICO 20**MISMA LOCALIZACIÓN, DIFERENTE LESIÓN**

Dos imágenes de lesiones diferentes en la misma localización (primer espacio interdigital)

LESIONES

La imagen superior muestra una herida incisa en primer espacio interdigital de mano derecha, mientras que la imagen inferior muestra una herida contusa en primer espacio interdigital de mano izquierda.



COMENTARIO

Se trata de dos casos diferentes, en los que podemos observar las diferencias entre una herida incisa y una herida contusa en una misma región anatómica. En este caso, la herida incisa reproduce perfectamente el filo del arma blanca: es una herida de bordes netos, con sección completa de piel, tejido celular subcutáneo y músculo. En la herida contusa se observan los bordes irregulares, así como los puentes de unión entre los diferentes tejidos, y la existencia de un área discretamente contusa (enrojecida) alrededor de los márgenes más dorsales de ésta. Se observan igualmente restos de grasa que indican el mecanismo productor de la lesión, ya que ésta tuvo lugar en el contexto de un arrollamiento por tren.

CASO CLÍNICO 21**LESIÓN DE ALTA ENERGÍA**

Región posterior del cuello de una mujer joven

LESIONES

Área de excoriación que abarca la práctica totalidad de la región posterior del cuello, con zona central alargada indemne.



COMENTARIO

La lesión probablemente se ha producido con el cuello en hiperextensión, creándose un pliegue en la región posterior de éste y, por tanto, existiendo una superficie cutánea no expuesta que es la que permanece indemne. Al relajar la región cervical o al flexionarla aparece esta área sin lesión. Respecto a la excoriación, se trata de un área bastante extensa y en una localización infrecuente. Este tipo de lesiones traducen una fricción importante, pudiendo existir en este caso una alta energía cinética que orientaría hacia algún tipo de atropello o arrollamiento. La zona enrojecida que se observa en la imagen, que se extiende hacia el cuello y el hombro izquierdo, no es un eritema, sino que en realidad es una lividez cadavérica muy tenue debido a la hemorragia masiva producida.

CASO CLÍNICO 22**PUÑETAZO**

Maxilar inferior y cara anterolateral derecha del cuello de una mujer de mediana edad, atendida en el contexto de violencia de género

LESIONES

Hematoma en «alas de mariposa», transversal, de 7 cm de ancho por 3 cm de alto, de color rojo vinoso con áreas centrales negrovioletáceas y bordes amarillentos, en cuerpo mandibular derecho.

**COMENTARIO**

Lesión característica de puñetazo, en la que las cabezas de los metacarpianos («nudillos») impactan sobre la mandíbula. La anchura del hematoma, si no coincide, sí se aproxima a la longitud de la cabeza de los cinco metacarpianos de un puño «estándar» cerrado. La lesión se encuentra ligeramente evolucionada y es compatible con una evolución de entre 24 y 72 h, aproximadamente.

CASO CLÍNICO 23

PETEQUIAS ASFÍCTICAS

Región dorsal de cadáver de anciano

LESIONES

Lesiones petequiales distribuidas en planos declives del cuerpo sobre fondo de lividez.



COMENTARIO

No se trata de lesiones producidas por una tercera persona, sino del resultado de un esfuerzo respiratorio máximo con rotura de capilares cutáneos, en el contexto de una asfixia con bolsa de plástico de origen suicida. En los cadáveres, las livideces aparecen en los planos declives no sometidos a presión (obsérvese la ausencia de lividez en la cadera derecha por la presión ejercida por el pantalón). En las asfixias, las livideces suelen presentar una coloración rosada oscura. No es infrecuente que en las asfixias por privación de oxígeno aparezcan lesiones petequiales oscuras como consecuencia del aumento de presión capilar junto a un esfuerzo máximo en la musculatura respiratoria y accesoria, dando esta imagen tan característica.

CASO CLÍNICO 24**AUTOLESIONES***Abdomen, antebrazo y mano de mujer joven***LESIONES**

Presenta en abdomen múltiples erosiones lineales, rojizas, con inicio de formación de costra (recientes), en región de hipocondrio izquierdo (más de 10), longitudinales y oblicuas respecto al plano sagital, más o menos paralelas entre sí y de longitud similar (aprox. 7 cm). Asimismo, presenta erosiones de características similares en primer espacio interdigital del dorso de la mano derecha, en cara anterointerna o anterocubital del tercio medio de antebrazo izquierdo, y en región hipotenar de la palma de la mano izquierda.





COMENTARIO

Mujer joven que es atendida en el contexto de violencia de género. Refiere agresión por parte de su pareja. El mecanismo lesional referido es mediante la punta de un cuchillo. En realidad se trata de erosiones características de autolesión, al tratarse de lesiones de escasa entidad clínica, muy superficiales, paralelas entre sí (precisan inmovilización de la zona lesionada) y en zonas accesibles del cuerpo.

CASO CLÍNICO 25

LESIÓN OCULTA

Pabellón auricular derecho de mujer de mediana edad

LESIONES

Equimosis en región posterior del pabellón auricular derecho, reciente, alargada, de 2 × 0,5 cm.



COMENTARIO

Lesión aparentemente oculta, de difícil localización si no es referida. El mecanismo de producción más probable es una hiperpresión externa mantenida sobre la cara anterior del pabellón auricular, de tal manera que éste se aplasta contra la apófisis mastoides (borde óseo) produciéndose la equimosis en la región posterior y no en la región anterior.

CASO CLÍNICO 26**ERITEMA FIGURADO***Región posterior del cuello de mujer joven***LESIONES**

Presenta eritema circular alrededor de la cara posterior del cuello, de 2 cm de grosor. Se constata igualmente contractura de ambos trapecios.

**COMENTARIO**

Mujer joven, de unos 20 años de edad, que viene a la consulta médico-forense tras accidente de tráfico hace 4 meses. Accidente con impacto posterior de baja energía. Ha realizado tratamiento con antiinflamatorios y rehabilitación sintomática. En el momento actual refiere dolor cervical de intensidad moderada que interfiere en las actividades de la vida diaria. Al retirar el cabello vemos lo reflejado en la imagen. El eritema observado se corresponde con la marca del tirante del sujetador. La lesionada tiene mucho pecho y lleva un sujetador cuyo tirante va alrededor del cuello (sujetador deportivo) que le presiona exageradamente la zona cervical hasta el punto de producirle este eritema por presión. Las contracturas de trapecio se relacionan con la hiperpresión producida por el sujetador y no como resultado del accidente, ya que el tiempo transcurrido supera los estándares de curación de la lesión inicial (latigazo cervical de grado I).

CASO CLÍNICO 27

LESIÓN PERIOCULAR

Individuo agredido, atendido en funciones de guardia por el médico forense

LESIONES

Hematoma periorbitario derecho, reciente (signos inflamatorios, coloración rojoviolácea y costra en formación), con pequeña herida contusa (que ha favorecido el drenaje de la colección sanguínea) y pequeña erosión en ángulo externo infrapalpebral.



COMENTARIO

Lesión reciente, compatible con lo relatado (unas 36 h de evolución). El mecanismo lesional referido es una contusión, en este caso un puñetazo, pudiendo presentar el puño algún elemento que erosione la piel, como por ejemplo un anillo.

CASO CLÍNICO 28**LESIÓN POR GAFA**

Trabajadora de establecimiento público que sufre agresión, aunque no puede aportar datos respecto al mecanismo lesional, ya que desconoce exactamente con qué fue golpeada. Es visitada en el servicio de guardia médico-forense a las 24 h aproximadamente.

LESIONES

Lesión equimoticoerosiva infraorbitaria izquierda, reciente.



**COMENTARIO**

Se trata de una lesión de características mixtas, de predominio equimótico, pero con cierto componente erosivo (v. el ligero despegamiento cutáneo superficial en la foto de perfil). A pesar de no tener datos respecto al mecanismo lesional, la lesión es de tipo contuso, existiendo impacto y ligera fricción. Para la realización de la fotografía, la víctima se ha quitado las gafas. La lesión se podría corresponder con el impacto y roce de la gafa al interponerse ésta entre el elemento externo agresor y la superficie corporal.

CASO CLÍNICO 29**LESIONES POR UÑAS**

Lesiones producidas durante un forcejeo

LESIONES

Excoriación lineal arqueada de 6 cm de longitud, de coloración pardorrojiza, en tercio medio de cara anterrradial o anteroexterna de antebrazo derecho. Dos erosiones lineales paralelas entre sí, de 5 cm de longitud, de la misma coloración que la anterior, en tercio medio de cara antero cubital o anterointerna de antebrazo derecho.



COMENTARIO

Lesiones características de forcejeo o de lucha producidas por uñas, de características recientes (pequeñas costras de reparación en lesión externa y coloración pardorrojiza). Probablemente se trate de lesiones producidas en un mismo momento o mecanismo lesional, al ser agarrado el antebrazo por tercera persona y éste retirarse. La lesión más externa es la típica lesión por *rasguño*, en la que la uña *rasga* la piel al actuar ésta tangencialmente sobre la piel, con toda su superficie (uña transversal al eje mayor del antebrazo). Las dos lesiones más internas son típicas lesiones de *arañazo* en las que la uña incide la piel de forma paralela al eje mayor del antebrazo. En función de cómo una mano sujete una superficie corporal, unas uñas producirán *rasguño* y otras *arañazo*.

CASO CLÍNICO 30**NUNCA HAY INCISIÓN****LESIONES**

Hematoma periorbitario izquierdo, de color rojo azulado. Lesión ciliar ocluida que no podemos valorar.

MOTIVO DE CONSULTA

Refiere haber recibido un puñetazo en la cara mientras defendía a una amiga en una pelea entre un par de amigos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Presenta herida incisocontusa a nivel ciliar izquierdo de 4 cm aproximadamente que necesita sutura.

Dolor a nivel frontoparietal izquierdo intenso. No presenta abultamiento ni hematoma superficial. Sin mareo ni otra sintomatología acompañante.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Herida incisocontusa.

TRATAMIENTO

3 puntos de sutura, hilo de seda 3/0 y cura con povidona iodada.

Control de la herida en 48 h y retirada de puntos en 7 días.

Se administra ibuprofeno por la cefalea.



COMENTARIO

Víctima visitada en el juzgado de guardia. Aporta parte de lesiones de urgencias del día anterior en el que se informa de que ha recibido un puñetazo. Presenta herida ciliar incisocontusa y dolor frontoparietal izquierdo intenso. No presenta abultamiento ni hematoma superficial. Se sutura la herida (3 puntos).

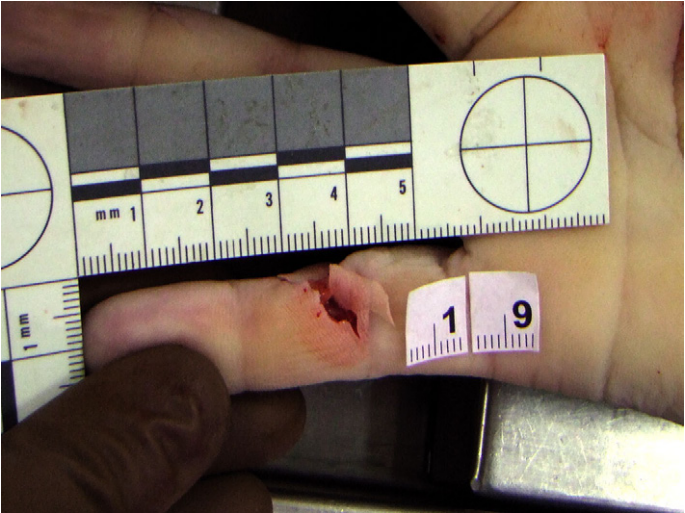
Como podemos ver en la imagen, se trata de un hematoma, y no una equimosis, ya que existe colección sanguínea acumulada en región orbitaria. La lesión es reciente, de coloración rojovinosa, y por tanto compatible con el tiempo referido. El mecanismo lesional es una contusión (puñetazo), por lo que la lesión ciliar en ningún caso puede tratarse de una herida incisocontusa, sino de una herida contusa. La lesión se encuentra suturada y ocluida. Se intenta revisar para obtener algún dato que confirme que se trata de una herida contusa, y no incisocontusa, pero los puntos se encuentran muy adheridos a la gasa y se decide no destaparla por temor a hacer saltar algún punto. En el informe médico-forense se recoge como herida contusa y no como incisocontusa, lo cual supondría poner en tela de juicio la declaración de la víctima. A pesar de no haber podido observar la herida, se decide informar como herida contusa, dando prioridad al mecanismo lesional referido y a la lesión concomitante (hematoma periorbitario) que a la descripción del médico que ha atendido la lesión en primera instancia y que ha «modificado» yatrogénicamente, por la sutura necesaria, las características de la herida.

CASO CLÍNICO 31**HERIDA CORTANTE ATÍPICA**

Quinto dedo de mano derecha, cara palmar

LESIONES

Herida incisa «en colgajo», de 1,5 cm, en cara palmar de segunda falange de quinto dedo de la mano derecha.

**COMENTARIO**

Se trata de una herida incisa atípica, debido a su morfología irregular, con producción de «colgajo» cutáneo. No es penetrante, y por tanto no es incisopunzante, ni presenta signos contusos perilesionales, por lo que no es incisocontusa. Se acompaña de otras heridas incisas en la palma de la mano, en cuarto dedo y en región interdigital entre primer y segundo dedos de la mano derecha, siendo una herida característica de defensa, que se produce al intentar asir, la víctima, el filo del cuchillo agresor. Al existir movimiento y deslizamiento tangencial, se produce la herida atípica en «colgajo».

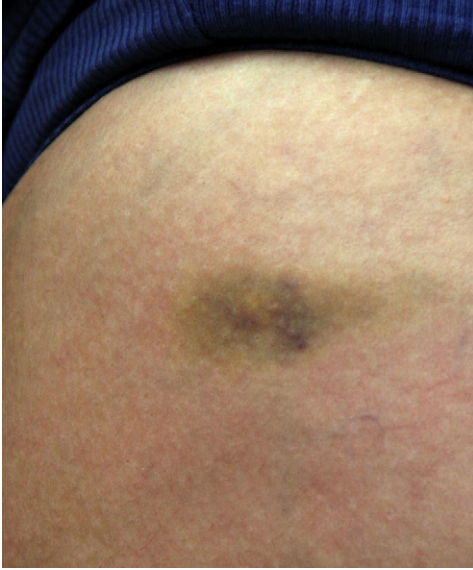
CASO CLÍNICO 32

VALORAR EL CONTEXTO

LESIONES

Equimosis fusiforme o en forma de gota transversa al eje longitudinal, de coloración verdosoamarillenta en la periferia y azulnegruzca en el centro, de $3 \times 1,5$ cm en cara externa de tercio superior de muslo izquierdo, escasamente dolorosa a la digitopresión.





COMENTARIO

Lesión de más de 5 días de evolución, en fase de resolución. En este caso no se trata de una lesión por tercera persona, sino de una lesión accidental por el impacto contra un saliente de un objeto (borde de una mesa). No ha precisado intervención facultativa, aunque en el caso de que por algún otro motivo la mujer fuese atendida en un centro asistencial, la equimosis fuera objetivada y existieran dudas respecto a su mecanismo de producción, o si se acompaña de otras lesiones, sería conveniente realizar un parte de lesiones.

CASO CLÍNICO 33**LESIÓN TÍPICA***Cuero cabelludo de región occipital***LESIONES**

Herida contusa «en ojal», vertical respecto al eje longitudinal del cuerpo, de 4,5 cm de longitud.

**COMENTARIO**

Se trata de la típica herida contusa sobre superficie ósea. Es una de las lesiones que mayores errores acumulan en la catalogación o diagnóstico por parte del médico asistencial. Habitualmente se informan como heridas incisocontusas o como heridas incisas. Como se ha ido explicando en la presente guía, el término «inciso» implica la intervención en la herida de un elemento cortante o «filo», el cual origina en la herida unos bordes uniformes, al seccionarse la superficie cutánea mediante la acción de la hoja afilada del arma u objeto agresor. Sin embargo, las heridas contusas se caracterizan, como en la imagen, por presentar unos bordes irregulares, pudiendo existir afectación ósea concomitante cuando se producen sobre estas superficies, en forma de fracturas anfractuosas, irregulares o incluso estallidos.

CASO CLÍNICO 34

HACER LAS COSAS BIEN

Brazo izquierdo de mujer de 27 años e informe médico asistencial

LESIONES

Hematoma ovalado de 11×8 cm, reciente, en tercio medio de cara posterior o dorsal de brazo izquierdo.

MOTIVO DE CONSULTA

Acude detenida por la policía. Refiere agresión física por parte de su expareja en su domicilio tras discusión.

Refiere dolor en brazo izquierdo por golpe o apretón con fuerza y tirones de pelo. No refiere caída al suelo.

EXPLORACIÓN FÍSICA

BEG, C y O, NH y NC. Tonos rítmicos, no soplos. MVC. Hematoma piel de 3×7 cm aproximadamente en dorso de antebrazo izquierdo.

No se observa lesión en otra parte del cuerpo. CC normal, no hematoma. No focalidad neurológica. Llorosa.

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

Contusión en brazo derecho.

TRATAMIENTO

No acepta analgesia.

Diazepan 5 mg SL.





COMENTARIO

Mujer atendida en el contexto de violencia de género (agresión bilateral). A las pocas horas de la agresión es asistida en centro asistencial donde informan de hematoma de 3×7 cm aproximadamente en dorso de *antebrazo* izquierdo, que posteriormente orientan como contusión en brazo derecho. El reconocimiento médico forense se realiza a las 36 h de la agresión (32 h después del médico asistencial). La lesión asienta en el brazo izquierdo y no en el antebrazo. La extensión del hematoma tampoco concuerda; posiblemente la medición en el centro asistencial no se realizó con cinta métrica o similar (medición aproximada). Sin embargo, la medición a las escasas horas puede ser una, y con el paso del tiempo el hematoma se va ampliando por efecto de la gravedad. Así, el área lesionada se aproximaría más a los 3×7 cm que a los 11×8 cm, lo que podría ser de gran interés, ya que el área contundida es menor que la que se podría suponer en una exploración posterior, debido a la extravasación sanguínea e infiltración caudal de tejidos por efecto de la gravedad. El informe asistencial es defectuoso (incongruencia y error en la localización de la lesión). En el contexto judicial se pueden producir diversas interpretaciones de unos mismos hechos, se pueden generar varias hipótesis o versiones (la de la víctima y la del agresor) y un «mal» informe médico puede condicionar repercusiones injustas respecto a la víctima (absolución del agresor, denuncia falsa, etc.). Así, a pesar de haberse podido realizar una correcta asistencia médica, no se ha realizado un correcto informe.

CASO CLÍNICO 35**¿QUIÉN ES QUIÉN?**

Rostro y mano izquierda de mujer joven y complexión asténica. Arma blanca. Y hombro y brazo de mujer mulata, de mediana edad, y complexión pícnica/atlética

LESIONES

Mujer blanca con excoriaciones frontales, herida contusa ocluida en arco cigomático derecho, hematoma palpebral bilateral con oclusión palpebral del ojo derecho, erosión lineal de 1 cm, rojiza, en primer espacio interdigital de mano izquierda, y erosiones lineales muy superficiales, de entre 2 y 10 mm, en pulpejos de tercer, cuarto y quinto dedos de la mano izquierda. Arma blanca (cuchillo) monocortante de 26 cm de longitud, con un filo de 12 cm de largo por 1,5 cm de anchura máxima.

Mujer mulata con herida punzante muy superficial en fase de reparación (costra), de morfología triangular y de 5 mm de tamaño en cara anterior de hombro derecho y erosión en forma de «lambda», oblicua al eje longitudinal del brazo, de 4 y 7 cm, con área irregular excoriativa medial de 2 cm en cara externa de tercio superior de brazo derecho. Imagen cicatricial hipercrómica antigua perpendicular a la lesión anterior que no se valora como lesión.







COMENTARIO

Caso en el que además de las lesiones interesaba determinar quién era la víctima y quién era la agresora. La mujer mulata se encontraba detenida y la mujer blanca acudía en calidad de víctima. Ambas relatan que la otra la agredió con el cuchillo. La mujer blanca se encuentra medicada con ansiolíticos y antipsicóticos por trastorno ansioso-depresivo y alteraciones conductuales. Pesa unos 20 kilos menos que la mujer mulata. Parece que ha existido traumatismo craneoencefálico con pérdida de conocimiento de unos 3 min según testigos. En urgencias informan de feto enólico. La mujer mulata es «conocida» en el juzgado de guardia por diversos procesos judiciales (conductas violentas e incumplimiento de la guarda y custodia de hijos). De las lesiones se desprende que ambas han estado en contacto con el filo del arma blanca (la mujer mulata también presenta pequeña herida incisa en el borde radial del segundo dedo de la mano derecha), en lo que se podría considerar lesiones de defensa. La diferencia de peso y fuerza entre ambas podría justificar las lesiones contusas en la cara de la mujer blanca. Las lesiones que presenta la mujer mulata son todas ellas compatibles con arma blanca poco afilada. La lesión en el hombro se puede corresponder con un «puntazo» con la punta del cuchillo (lesión punzante escasamente penetrante). Al analizar el cuchillo y realizar pruebas sobre un papel se constata que es escasamente cortante (poco afilado) y que la punta produce una imagen sobre el papel de tipo triangular. La lesión del brazo es compatible con «puntazo» y arrastre del filo del cuchillo sobre la piel produciendo la excoriación más medial, a modo de «afeitado». La mujer mulata relata que la otra mujer lleva el cuchillo y que se lo clava en el hombro y brazo, y que ésta se defiende inutilizando el cuchillo y golpeando a su agresora. La mujer blanca apenas realiza un relato de la producción de las lesiones, dice que la otra la agrede con el cuchillo, que se intenta defender, que cae al suelo y que finalmente recibe múltiples patadas hasta quedar inconsciente.

Si bien ambas han estado en contacto con el filo del cuchillo (las dos presentan heridas de defensa), la diferencia de fuerza entre ambas, el probable estado de influencia de alcohol y psicofármacos de la mujer blanca y las propias lesiones en ambas sugieren que en realidad la portadora del arma blanca inicialmente es la mujer blanca, lo que da una mayor credibilidad al relato de la mujer que se encuentra detenida que al relato de la presunta víctima.

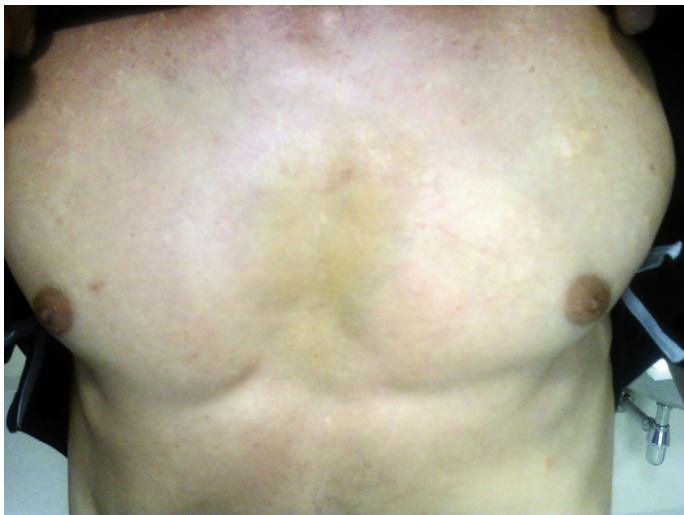
CASO CLÍNICO 36

LA PATADA

Tórax anterior de hombre de mediana edad e informe de asistencia médica a los 3 días de la agresión

LESIONES

Equimosis amarillenta, ovalada, que abarca la región esternal media e inferior.



ANAMNESIS

Motivo de consulta

Paciente varón de 38 años (al final refiere de haber nacido el día 24/10/1973), detenido por las fuerzas de seguridad, remitido a petición suya para valoración médica. El paciente refiere agresión el viernes día 20 de julio de 2012:

Golpes en la cara con dolor persistente en articulación temporo-mandibular derecho y una herida en la mucosidad del labio inferior derecho. Al entregarle la parte de lesiones refiere dolor por golpe en zona esternón distal. El paciente refiere tos con expectoración verdosa. El paciente niega otra patología asociada.

El paciente niega alergia a medicaciones.

El paciente ref. HIV+ en tto. con Atripla: 1 comprimido después de la cena diariamente.

El paciente refiere de fumar aprox. 2 paquetes de cigarrillos diarios y niega otros hábitos tóxicos.

EXPLORACIÓN

BEG, COC G15; NHNC; Eupneico FR 12/min en reposo, afebril, asudoroso, sin signos de deshabitación.

AC: Rítmico sin soplo; AR: Murmullo vesicular conservado.

Expl. Neurol.: PINR; no focalidades, no meningismo, no nistagmo; dolor a la palpación / al masticar en articulación temporomandibular derecha, sin inflamación, piel intacta. Dolor a la palpación en esternón distal sin inflamación, erosiones de la piel leves. Herida de un incisivo (4-1 o 4-2) en la mucosidad del labio inferior derecho.

CONSTANTES HORARIAS

Descripción	Unidades	Valor inicial	Valor final
Presión arterial sistólica	mmHg	142	
Presión arterial diastólica	mmHg	71	
Temperatura corporal	°C	34,9	
Frecuencia cardíaca	latidos/min	69	
SpO ₂ (pulsioximetría)	%	98	

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS

☐ ECG ☐ Rx ☐ A. sang. ☐ A. orina ☐ Pulsioximetría

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

OD: Contusión de la articulación temporomandibular derecha; herida en la mucosidad del labio inferior derecho.

Contusión del esternón. CVB.

Problemas de salud registrados en la visita: Traumatismo superficial craneal.

Contusión del tórax.

PROCEDIMIENTOS

Plan terapéutico

Tratamiento: TTO: Nolotil 2 g VO; 11.30 h; Enantyum 50 mg IM; Diazepam 5 mg VO.

Entrego a la policía:

Tres (3) cápsulas de Nolotil 575 mg para aplicar al paciente «a demanda» contra dolor; un comprimido cada 6 a 8 horas, se puede empezar a las 22 horas esta noche.

El paciente puede seguir con su medicación crónica que lleva consigo:

Atripla: 1 comprimido después de la cena diariamente.

Se entrega el parte de lesiones. Se informa al juzgado de guardia. El paciente queda a disposición policial.

Control: por su Médico de Cabecera; **en caso de empeoramiento volver a urgencias.**

COMENTARIO

Lesión en fase de resolución (amarillenta), de 4 días de evolución, que abarca una gran área a nivel torácico anterior, la cual puede orientarnos sobre el objeto lesivo. Así, del análisis de la lesión podemos decir que la superficie de impacto es amplia y tiene una forma ovalada-alargada. El mecanismo lesional referido es una patada, el cual es compatible con la lesión observada.

Si analizamos el informe de asistencia urgente del día anterior a la imagen, no se objetiva equimosis, y se hace constar simplemente que existe *«dolor a la palpación»*, indicando además que no existe inflamación (desconocemos dónde debería existir la inflamación). Es difícil pensar que en 24 h aparezca la lesión de la imagen con estas características cromáticas sin antes haber existido coloración roja o azulada, lo que hace pensar que o no se exploró la superficie cutánea o las condiciones de exploración no eran las idóneas (luz, visibilidad, predisposición, etc.). El informe médico deja intuir ciertos tintes críticos hacia la actitud del paciente, lo que podría haber condicionado la exploración, tanto por parte del paciente como por parte del médico. Por último, se hace referencia también a un *«dolor en articulación temporomandibular derecha»* así como *«erosiones de la piel leves»*, sin especificar a qué zona se refiere, y *«herida de un incisivo (4-1 o 4-2) en la mucosidad del labio inferior derecho»* (no se localiza con exactitud el incisivo ni se aclara si la herida se ha producido en el incisivo, cosa realmente difícil, o en la mucosa labial, quizá más probable). Por último, respecto al diagnóstico se hace constar un traumatismo superficial craneal, cuando en realidad la localización es facial o mejor mandibular (la cabeza está formada por el cráneo y la cara) y no se objetiva lesión, sino dolor; y también se diagnostica una contusión en el tórax, cuando tampoco se hace referencia a lesión objetiva, sino a la existencia de dolor. En este caso y siguiendo las pautas de la guía, sería conveniente poner: *«dolor en articulación temporomandibular derecha y dolor external por traumatismo, según refiere»*.

CASO CLÍNICO 37**VIOLENCIA DE GÉNERO II**

Mujer joven de origen marroquí con lesiones en diferentes regiones corporales

LESIONES

Múltiples equimosis agrupadas y distribuidas en diferentes regiones corporales (región posterior y externa de brazo derecho, región escapular izquierda, abdomen y cara externa de muslo y pierna derecha), evolucionadas o de días de evolución (cada una de ellas combina diferentes caracteres cromáticos, entre amarillento, verdoso, negruzco, violáceo y rojo).







COMENTARIO

Se trata de una mujer marroquí que reside en Andalucía y que con motivo de un viaje a Cataluña se presenta en el área básica de salud refiriendo agresión hace 6 días por parte de su marido, también de origen marroquí, el cual, según manifiesta, ha tenido varias mujeres y a todas ellas las ha agredido de forma sistemática, existiendo en estas agresiones un claro componente cultural (la licencia que tienen los hombres de castigar a sus mujeres en determinados países o determinadas regiones de cultura musulmana, no por la propia cultura musulmana, sino por el machismo que la envuelve). En estos casos, es característico que la mujer aproveche alguna ocasión que se le presente para acudir al médico o al juzgado y denunciar los hechos. Por lo tanto, a menudo las lesiones observadas se encuentran en una fase evolutiva avanzada, incluso en fase de resolución, es decir, quedando como alteraciones cromáticas sin repercusión funcional. En el caso presentado todavía eran dolorosas, aunque la víctima refería como lesiones más dolorosas el dolor en cuero cabelludo como consecuencia de los tirones de cabello y la cefalea tensional asociada a la agresión y todo el proceso médico, policial y judicial posterior (victimización secundaria). Otro rasgo característico en estas agresiones es que las lesiones se producen en zonas no visibles, se intenta evitar lesionar la cara y las manos, es decir, las zonas expuestas (se ha de tener en cuenta que estas mujeres visten habitualmente chilaba y *hiyab*, por lo que apenas dejan expuestas la cara, las manos y los pies), y el mecanismo lesional suele ser como el referido por esta víctima, o sea mediante algún objeto cotidiano, en este caso un cinturón o correa y un zapato/zapatilla. Así, las lesiones producidas tienden a encontrarse agrupadas en diferentes regiones corporales. La agrupación de lesiones indica pasividad por parte de la víctima, la cual no ofrece resistencia ni realiza apenas movimientos. Por su parte, el presentar lesiones en diferentes localizaciones y con características similares sugiere diferentes momentos dentro de una misma agresión.

Las equimosis que presenta la víctima combinan diferentes rasgos cromáticos (rojovioláceo, azulnegruczo y amarilloverdoso), produciéndose el viraje de color, como ya se ha comentado en la guía, desde la periferia de la lesión hacia el centro o interior de ésta. La duración de una gama cromática depende de la cantidad de sangre extravasada que infiltra los tejidos; a mayor cantidad, mayor duración.

CASO CLÍNICO 38

AGRESIÓN Y/O PATOLOGÍA

Cara, cuello y mano izquierda de mujer de 61 años

LESIONES

Equimosis confluentes en región facial izquierda, piqueteado hemorrágico en mejilla derecha, equimosis en región de ángulo mandibular, bilaterales (submandibular), y moteado equimótico en cara lateral derecha del cuello.

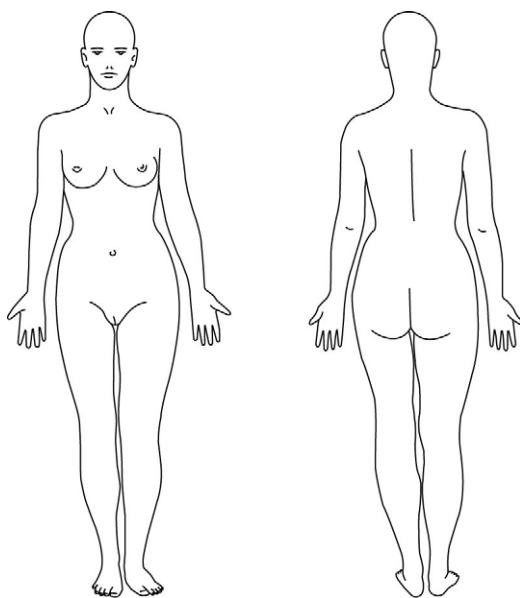




COMENTARIO

Mujer atendida en el contexto de violencia en el ámbito familiar. Se trata de una mujer diabética, con alteración cutánea (piel fina y delgada), amputación antigua de dedos de la mano izquierda y signos artrósicos en la misma mano. Las lesiones relacionadas con la agresión se localizan en la cara y el cuello, pero no en la mano. A este nivel encontramos manchas sanguíneas compatibles con púrpura senil de Bateman, que consiste en la aparición de máculas de coloración violácea de 0,5 a 5 cm de diámetro, casi siempre asintomáticas, en áreas sometidas a pequeños traumatismos como dorso de manos, antebrazos, cuello, cara y porción superior del tórax. Muchas veces el paciente no recuerda el traumatismo que la originó. Regresan espontáneamente en un período de varias semanas, y pueden dejar un área hiperpigmentada residual. Es debida a la degeneración del tejido conectivo de sostén perivascular, que origina una debilidad exagerada de la pared vascular. Según la denuncia, la agresión se produjo unas 24 h antes de la exploración y consistió en impactos directos sobre la cara (bofetada en hemicara derecha y puñetazo en hemicara izquierda) y maniobras de prensión sobre el cuello (equimosis submandibulares compatibles con improntas de agarre con los dedos de la mano y equimosis en cara lateral del cuello compatibles con presión con la palma de la mano). La intensidad de las lesiones de la cara y cuello no se corresponde con las lesiones de la mano, las cuales se han podido producir en otro contexto no violento punible, sino casual (no eran lesiones referidas por la víctima como producidas el día anterior). En este caso y con los antecedentes patológicos cutáneos de la víctima, es de suponer que la repercusión cutánea de un traumatismo sea mucho más espectacular y llamativa que si se produce sobre una piel normal.

ESQUEMAS CORPORALES

**FIGURA a-1**

Visión anterior y posterior de mujer.

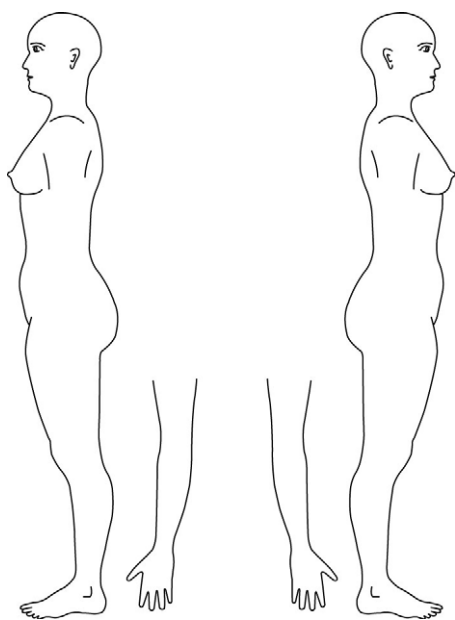
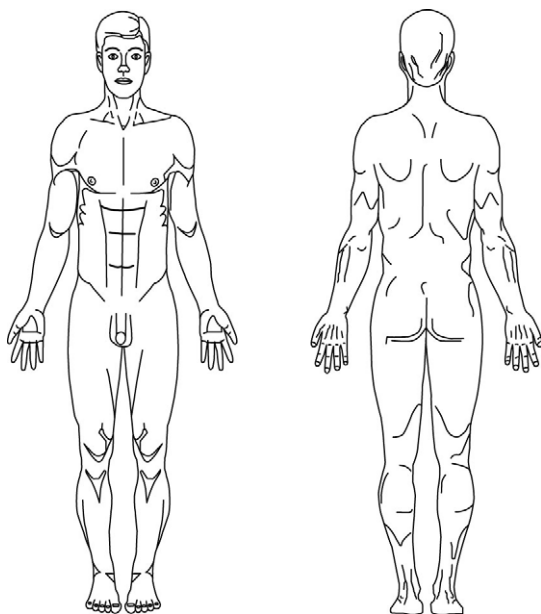
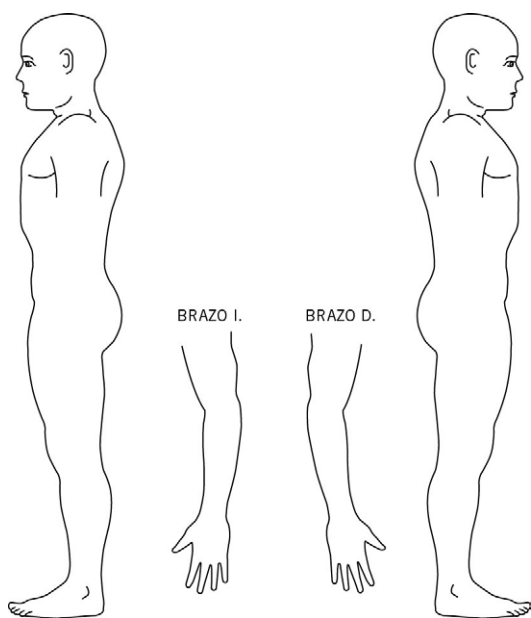


FIGURA a-2

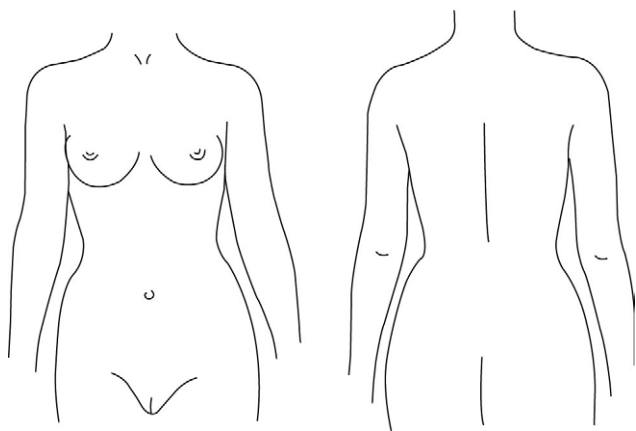
Visión izquierda y derecha de mujer.

**FIGURA a-3**

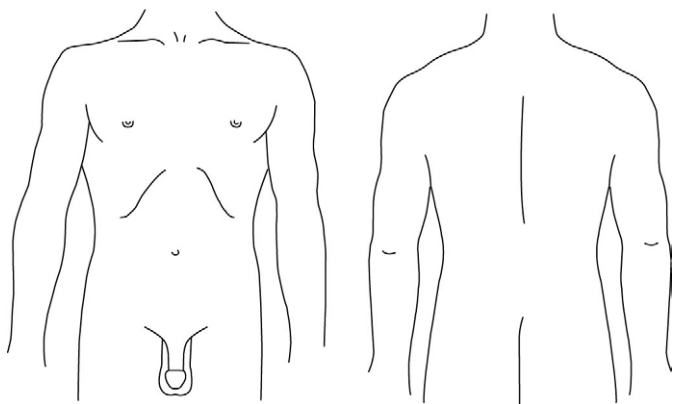
Visión anterior y posterior de hombre.

**FIGURA a-4**

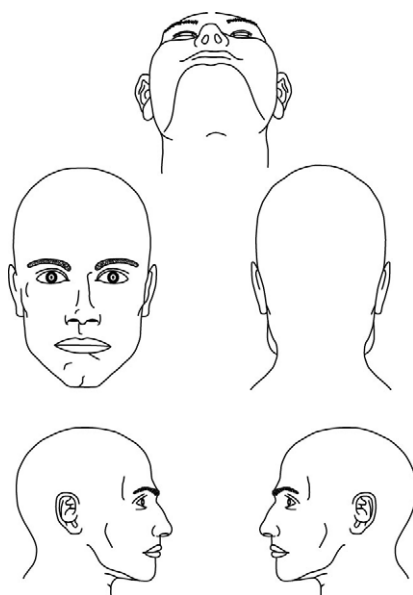
Visión izquierda y derecha de hombre.

**FIGURA a-5**

Cara anterior y posterior de torso femenino.

**FIGURA a-6**

Cara anterior y posterior de torso masculino.

**FIGURA a-7**

Cabeza.

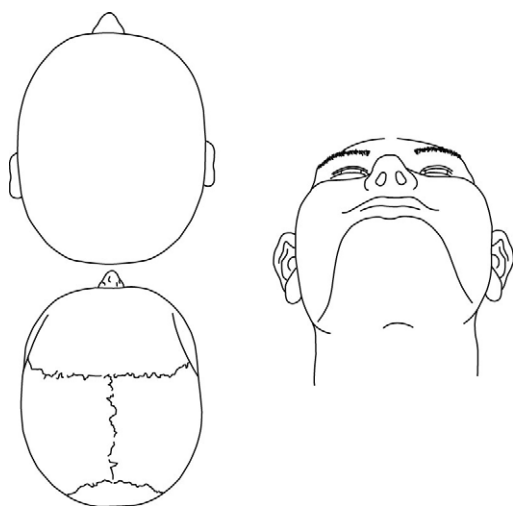
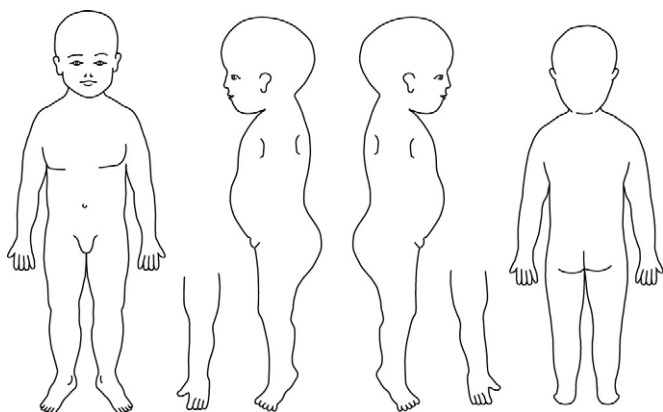


FIGURA a-8

Cara y cráneo.

**FIGURA a-9**

Visión anterior, laterales y posterior de niño/a.

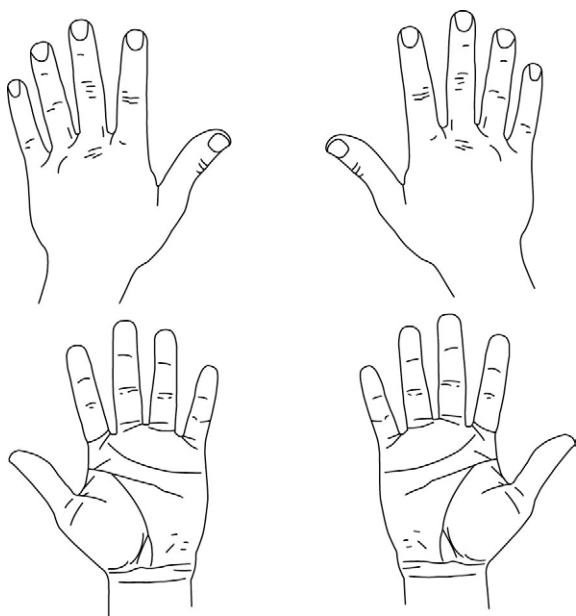


FIGURA a-10

Visión dorsal y palmar de manos.

**FIGURA a-11**

Visión plantar de pies.

Anexo

Esquemas corporales

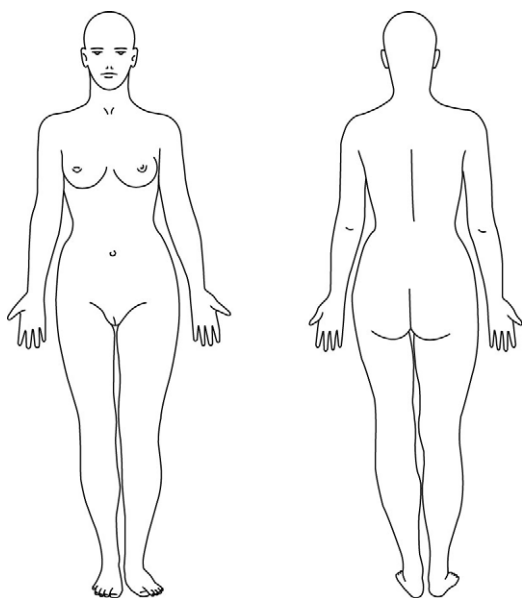


FIGURA e-1

Visión anterior y posterior de mujer.

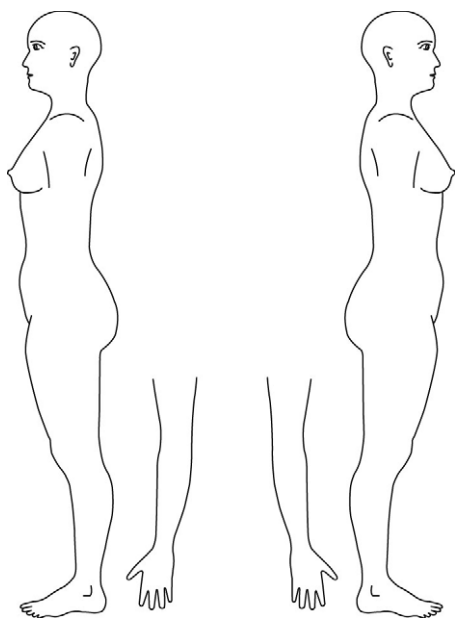
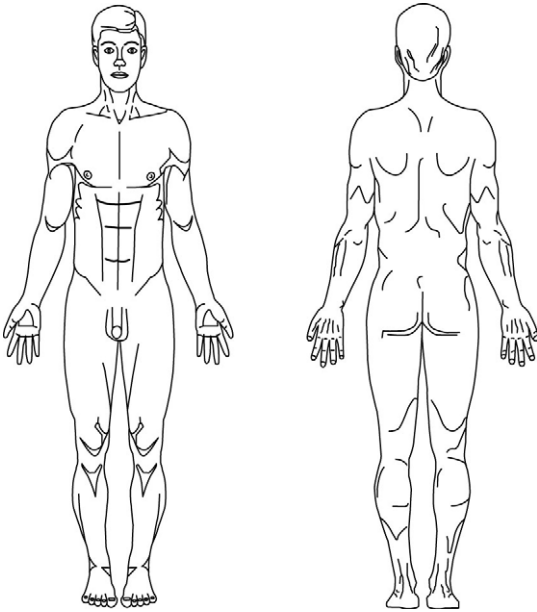


FIGURA e-2

Visión izquierda y derecha de mujer.

**FIGURA e-3**

Visión anterior y posterior de hombre.

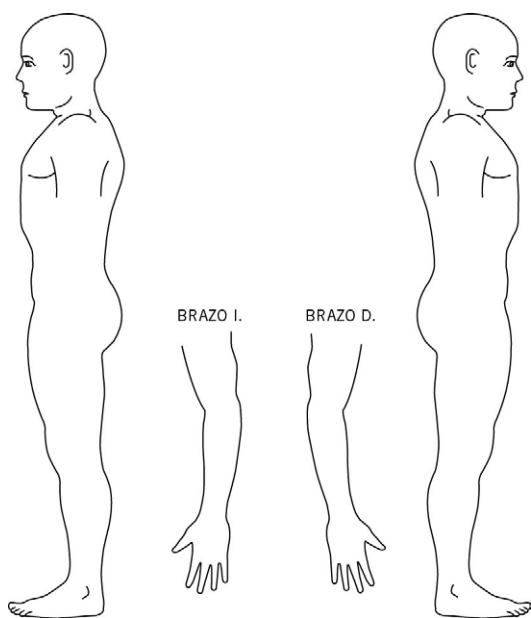
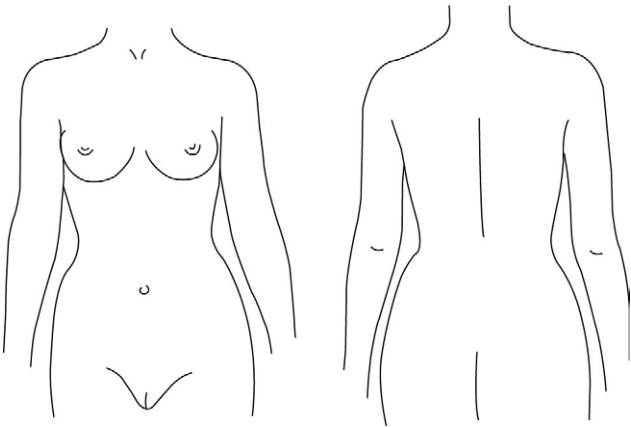


FIGURA e-4

Visión izquierda y derecha de hombre.

**FIGURA e-5**

Cara anterior y posterior de torso femenino.

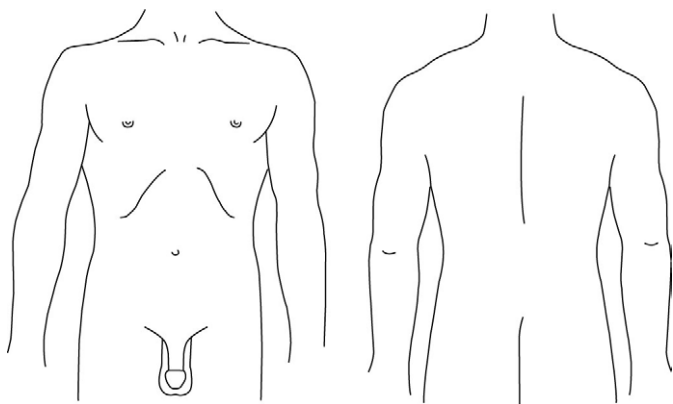


FIGURA e-6

Cara anterior y posterior de torso masculino.

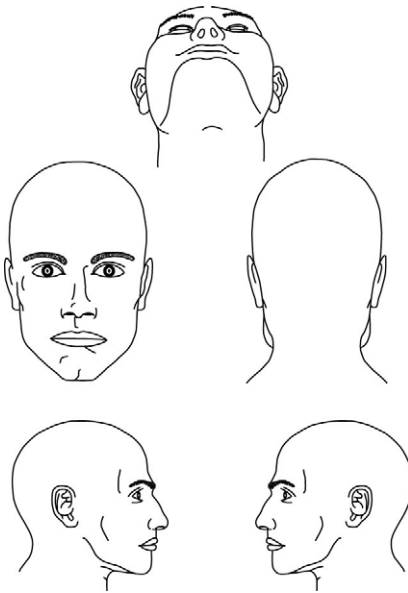


FIGURA e-7

Cabeza.

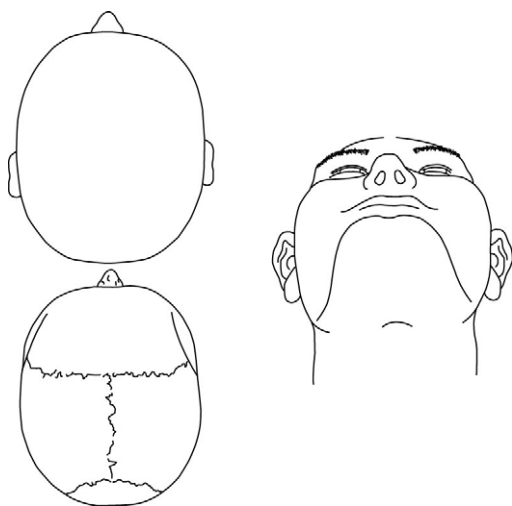
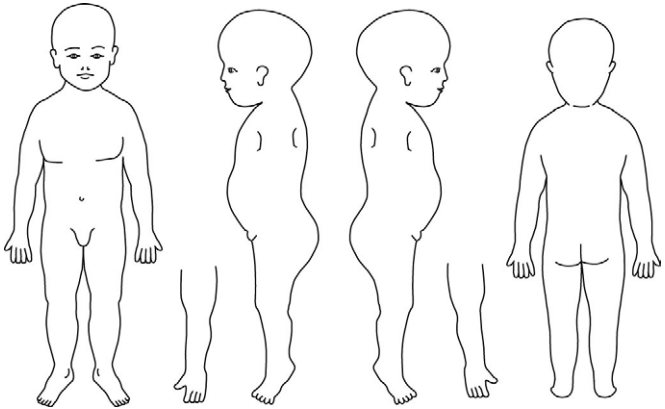


FIGURA e-8

Cara y cráneo.

**FIGURA e-9**

Visión anterior, laterales y posterior de niño/a.

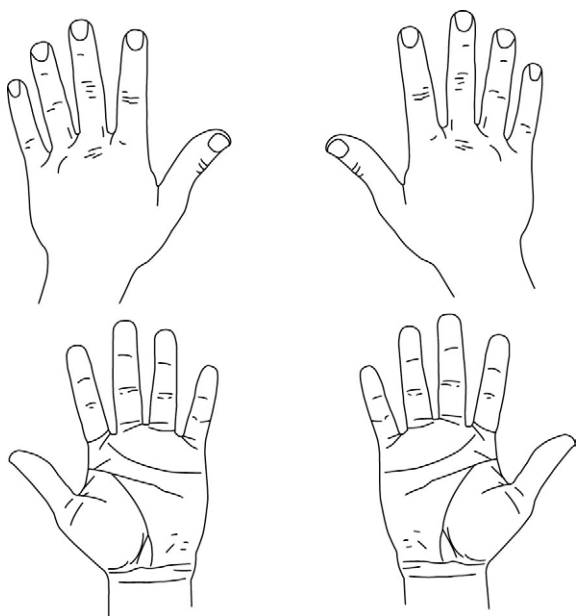


FIGURA e-10

Visión dorsal y palmar de manos.



FIGURA e-11

Visión plantar de pies.

Autoevaluación

CAPÍTULO 1: INTRODUCCIÓN

1. ¿Cuál es la etiología médico-legal de las lesiones?
 - a. Dolosa
 - b. Accidental y suicida
 - c. Accidental, homicida y suicida
 - d. Todas las anteriores
 - e. Jurídica

Correcta: *d*. Las lesiones, desde el punto de vista médico-legal, son lesiones violentas, no causadas por patología natural, cuya etiología puede ser accidental, suicida u homicida o dolosa (intencionada).

2. ¿Cuál es el mecanismo de producción de las lesiones?
 - a. Físico, químico, mecánico, biológico y psíquico
 - b. Violento
 - c. Exógeno
 - d. a y c
 - e. a y b

Correcta: *a*. Desde la medicina legal, las lesiones se entienden como cualquier alteración física o psíquica producida por agentes externos, cuyo mecanismo de producción será de tipo mecánico, físico, químico, biológico o psíquico.

3. ¿Qué debe describir un correcto informe médico en relación con una lesión?
 - a. Lo máximo posible
 - b. Evolución cronológica y extensión
 - c. Las características de la lesión, su localización y su tratamiento
 - d. b y c
 - e. Todas las anteriores

Correcta: *d*. Si bien es de gran ayuda contar con un informe detallado, se recomienda que los informes médicos dirigidos a la autoridad judicial sean claros, concretos y concisos. En relación con las lesiones, el médico asistencial debe describir el tipo o características de la lesión, su localización, extensión, coloración y/o estado evolutivo, la alteración que supone y el tratamiento instaurado.

CAPÍTULO 2: INTRODUCCIÓN A LAS LESIONES

4. ¿Qué determina, de forma general, que una lesión se considere un delito?
- El tipo de tratamiento recibido
 - El autor
 - La víctima
 - Las dos anteriores
 - Ninguna de las anteriores

Correcta: *a*. El artículo 147 del Código Penal establece que el tipo básico del delito de lesiones precisa un menoscabo de la integridad corporal o de la salud física y/o psíquica, siempre que para su curación se precise, además de una primera asistencia facultativa, un tratamiento médico o quirúrgico. Existen excepciones, como serían los casos de lesiones en el contexto de accidentes de tráfico o los casos de violencia de género, por ejemplo, los cuales no son objeto de la presente guía.

CAPÍTULO 3: CLASIFICACIÓN DE LAS LESIONES

5. Según su mecanismo de producción, ¿una erosión es una lesión de origen?
- Físico
 - Mecánico
 - Violento
 - Accidental
 - Casual

Correcta: *b*. Los mecanismos de producción de las lesiones son de tipo mecánico, físico, químico, biológico o psíquico. Las erosiones son lesiones violentas de origen mecánico, en concreto, son contusiones simples con solución de continuidad.

6. Una lesión por *blast injury*, según su mecanismo de producción se clasifica como lesión de origen:
- Físico
 - Químico
 - Mecánico
 - Biológico
 - Natural

Correcta: *c*. *Blast injuries* son lesiones por efecto explosivo debido a la onda explosiva, la cual tiene un efecto de impacto sobre la superficie corporal, produciendo lesiones de tipo contuso a nivel toracopulmonar, abdominal, auditivo, cerebral o total.

7. Las heridas por arma blanca se producen por:
- Punta
 - Filo
 - Punta y filo
 - Mango
 - Todas las anteriores

Correcta: c. Las heridas por arma blanca vienen definidas por la agresión sobre la superficie corporal mediante la acción de la punta o del filo del arma o mediante la acción de ambas (heridas incisopunzantes). El mango de un arma blanca también puede producir lesiones, pero en este caso serán lesiones de tipo contuso, y por tanto, no definitorias de herida por arma blanca.

8. La lesión de Jellinek se produce por efecto de:
- Una sustancia química
 - La electricidad
 - Un arma de fuego
 - Un arma blanca
 - Un cáustico

Correcta: b. La lesión específica de Jellinek, también denominada marca eléctrica, se localiza en el punto de entrada de la electricidad sobre la superficie corporal y está producida por el efecto térmico de ésta. Se clasifica como lesión de origen físico.

9. ¿Cuál de las siguientes no es una característica de las lesiones vitales?
- Labios de la herida aproximados
 - Infiltración sanguínea de tejidos
 - Exudación
 - Labios de la herida retraídos
 - Todas son características vitales

Correcta: a. Las lesiones vitales se caracterizan por retracción de los bordes o labios de la herida y no por aproximación de éstos. Igualmente presentan infiltración de los tejidos adyacentes, exudación y supuración.

10. ¿Cuál de las siguientes circunstancias no cualifica el delito de lesiones como agravado?
- Tipo de instrumento utilizado
 - Pérdida de órgano principal
 - Deformidad
 - Menor de edad
 - Pérdida de órgano no principal

Correcta: e. El delito de lesiones agravado, según los artículos 148 a 150 del Código Penal, viene determinado, entre otros, por las condiciones de la víctima, la cual debe ser menor de 12 años o incapaz.

11. Desde el punto de vista penal y/o médico-legal, la pérdida del pabellón auricular se considera:
- Pérdida de órgano principal
 - Deformidad
 - Pérdida o inutilidad de sentido
 - Pérdida de órgano no principal
 - b, c y d

Correcta: b. La pérdida del pabellón auricular tiene consideración de perjuicio estético o deformidad. El pabellón auricular no es un sentido ni un órgano en sí mismo. La pérdida de éste no conlleva una pérdida de la audición.

12. El artículo 156 del Código Penal regula:
- Las penas por causar una esterilización
 - Las penas por causar una impotencia
 - La esterilización facultativa
 - Todas las anteriores
 - Ninguna de las anteriores

Correcta: c. El artículo 156 del Código Penal recoge la exención de responsabilidad criminal en los casos de esterilización por parte de un facultativo, siempre que dicha esterilización se efectúe con el consentimiento válido del paciente, que se trate de un mayor de edad y no esté incapacitado legalmente o se sospeche una presunta incapacidad.

CAPÍTULO 4: ESTUDIO ESPECÍFICO DE LAS CONTUSIONES

13. ¿Cuál de los siguientes no es un objeto contundente?
- Teléfono
 - Piedra
 - Puerta
 - Rodilla
 - Todos son objetos contundentes

Correcta: e. Los instrumentos contundentes son instrumentos duros de superficie roma u obtusa. En principio, cualquier instrumento que carezca de punta o filo y que actúe mediante una superficie dura es un instrumento contundente.

14. Características de los objetos contundentes:
- Fuerza viva o dinámica
 - Escasa capacidad lesiva
 - Poco habituales en nuestro medio
 - Especialmente fabricados para agredir
 - Ninguna de las anteriores

Correcta: a. Prácticamente todos los objetos que nos rodean son susceptibles de ser objetos contundentes. Los objetos contundentes

se caracterizan por la aplicación de una fuerza viva o dinámica, ya sea del objeto sobre la superficie corporal o de la superficie corporal sobre el objeto.

La capacidad lesiva depende de la energía y del punto de impacto, pero en cualquier caso dicha capacidad no es menoscappable.

15. ¿Cuál es el mecanismo de producción de las contusiones y las heridas contusas?
- a. Impacto
 - b. Presión
 - c. a y b
 - d. Tracción y fricción
 - e. a, b y d

Correcta: e. Las contusiones se producen por percusión (impacto) o presión, por frotamiento (fricción) o por una combinación de ellos. También se producen por tracción.

16. ¿Cuál de las siguientes no es una contusión simple sin solución de continuidad?
- a. Eritema
 - b. Erosión
 - c. Sugilación
 - d. Equimosis
 - e. Todas lo son

Correcta: b. Las contusiones simples sin solución de continuidad son: eritema, petequias, equimosis, equimoma, sugilaciones, hematomas y bolsas sanguíneas. Las erosiones y excoriaciones implican solución de continuidad de la piel.

17. Cuáles son las diferencias entre equimosis y hematoma:
- a. El hematoma infiltra los tejidos
 - b. La equimosis infiltra los tejidos
 - c. La equimosis implica tumefacción
 - d. El hematoma tiene una disposición laminar
 - e. b y c

Correcta: b. La diferencia entre equimosis y hematoma radica en si la sangre infiltra los tejidos (equimosis) o se colecciona entre los planos de éstos (hematoma). El hematoma produce clínicamente una tumefacción prominente, fluctuante, mientras que la equimosis produce extravasación sanguínea laminar no prominente.

18. Una sugilación es:
- a. Una equimosis por succión
 - b. Una lesión de componente sexual
 - c. Un «chupetón»

- d. Una lesión de gran importancia médico-legal
- e. Todas las anteriores

Correcta: e. La sugilación, también conocida coloquialmente como «chupetón», es un tipo especial de equimosis producida por un mecanismo de succión por parte de los labios o la boca. Es una lesión de gran importancia médico-legal, al tener un componente erótico y asociarse a agresiones sexuales, que puede localizarse en zonas erógenas o cercanas a ellas.

19. ¿Cuál es la diferencia entre una erosión y una excoriación?
- a. El mecanismo de producción
 - b. La dirección
 - c. La profundidad
 - d. La superficie causante
 - e. Todas ellas

Correcta: c. Las erosiones y las excoriaciones son lesiones superficiales cuya diferencia radica en la profundidad de afectación de la piel. En la erosión se afecta únicamente la epidermis, mientras que en la excoriación se afecta la dermis, produciendo un denudamiento del corion.

20. ¿Cuál es el rasgo clínico definitorio de una erosión?
- a. El sangrado
 - b. Su pronóstico leve
 - c. El tipo de tratamiento
 - d. La costra
 - e. La afectación de la piel

Correcta: d. El rasgo clínico definitorio, tanto de las erosiones como de las excoriaciones, es la formación o existencia de una costra. Por norma general, la existencia de una costra implica un mecanismo de producción de la lesión de tipo contusoerosivo o excoriativo.

21. Los estigmas ungueales son:
- a. Erosiones
 - b. Excoriaciones
 - c. Lesiones producidas por las uñas
 - d. b y c
 - e. a, b y c

Correcta: e. Una forma particular de las erosiones y excoriaciones con un significado médico forense importantísimo son los estigmas ungueales, causados por la acción de las uñas sobre la superficie cutánea. Éstos se pueden manifestar como erosión lineal, excoriación en rasguño o excoriación semilunar.

CAPÍTULO 5: ESTUDIO ESPECÍFICO DE LAS HERIDAS

22. Las heridas contusas se caracterizan por:

- a. Bordes irregulares
- b. Ausencia de puentes de unión
- c. Ausencia de equimosis en los bordes o tejido adyacente
- d. Integridad de la piel
- e. Estar causadas por armas blancas

Correcta: a. Las características fundamentales de las heridas contusas son: bordes irregulares (no limpios como los producidos por el filo de un arma blanca), existencia de puentes de unión en el fondo de la herida y bordes y tejido que rodea a la herida frecuentemente equimóticos. Las heridas contusas están causadas por instrumentos, objetos o superficies contusas, es decir, duras, romas u obtusas.

23. ¿Qué tipo de lesiones pueden producir las armas blancas?

- a. Heridas incisas
- b. Heridas punzantes
- c. Heridas incisocontusas
- d. Heridas incisopunzantes
- e. Todas las anteriores

Correcta: e. Un arma blanca produce, debido al efecto del filo, de la punta o de ambos, lesiones en la piel con solución de continuidad; por tanto, heridas, que según su mecanismo de acción serán de tipo punzante (por acción de la punta), incisas (por acción del filo), incisopunzantes (por acción del filo y la punta) e incisocontusas (por acción del filo y del peso).

24. Las heridas punzantes tienen siempre:

- a. Trayecto
- b. Orificio de entrada
- c. Orificio de salida
- d. Trayecto y orificio de entrada
- e. Todas las anteriores

Correcta: d. Las heridas producidas por instrumentos punzantes se caracterizan por presentar siempre un orificio de entrada y un trayecto en el interior del organismo. El trayecto de salida puede existir o no, en función de si se ha atravesado o no completamente la región afectada. En estos casos, el orificio de salida presenta unas características propias que permiten diferenciarlo del orificio de entrada (diámetro habitualmente menor, bordes evertidos y mayor irregularidad).

25. Las heridas incisas pueden ser:

- a. Lineales
- b. Atípicas
- c. En colgajo

- d. b y c
- e. a, b y c

Correcta: e. Las heridas incisas pueden ser lineales, en colgajo, mutilantes o atípicas (rozaduras, en zigzag o irregulares).

26. Una herida incisa en el escroto producirá por definición:
- a. Esterilidad
 - b. Lesión en zigzag
 - c. Un delito
 - d. Una falta
 - e. a y c

Correcta: b. La lesión característica de una incisión superficial en el escroto es la lesión en zigzag, debido a los pliegues cutáneos del escroto. Así, si tras la incisión sobre esta piel «plegada o arrugada» desplegamos la piel, observaremos una lesión en zigzag.

27. ¿Qué instrumento puede producir una herida incisopunzante?
- a. Hacha
 - b. Cuchillo
 - c. Estilete
 - d. Bolígrafo
 - e. Todos ellos

Correcta: b. Las heridas incisopunzantes precisan de punta y filo (punta que punza o penetra y filo que incide o corta). El hacha tiene filo pero no punta; el estilete sólo tiene punta. El bolígrafo tiene una punta roma, por lo que en todo caso produciría una herida contusa.

28. ¿Qué instrumento puede producir una herida incisocontusa?
- a. Hacha
 - b. Azada
 - c. Espada
 - d. Sable
 - e. Todos ellos

Correcta: e. Aquellos instrumentos que tengan filo y ataquen el organismo mediante el efecto de un peso o energía cinética producirán heridas incisocontusas. El prototipo es la herida producida por un hacha. Las azadas y azadones, así como las espadas y sables, están dotados de cierto peso y acostumbran a utilizarse aprovechando su peso o imprimiéndoles energía cinética en forma de velocidad, por lo que también producirán heridas incisocontusas.

29. ¿En qué se diferencian las heridas contusas y las heridas incisocontusas?
- a. En los bordes más contusos en las heridas incisocontusas
 - b. Las heridas incisocontusas no presentan puentes de unión

- c. Las heridas contusas son por lo general más profundas
- d. Lesiones menos irregulares en las heridas contusas
- e. La localización

Correcta: *b*. Las heridas contusas son más irregulares que las incisocontusas. Los bordes de las heridas contusas presentan signos contusivos más acentuados que los de las incisocontusas debido al diferente mecanismo de producción (dislaceración en el caso de las contusas). Los puentes de unión entre los bordes y paredes de la herida son característicos de las heridas contusas. Al presentar filo, las heridas incisocontusas tienden a ser más profundas que las contusas. La localización de un tipo de lesión u otro es indiferente.

CAPÍTULO 6: DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN

30. ¿Cuál es el proceso general de descripción de las lesiones?
- a. Tipo de lesión-localización-dimensiones-forma-coloración
 - b. Localización-tipo de lesión-coloración-forma-dimensiones
 - c. Tipo de lesión-coloración-forma-dimensiones-localización
 - d. Tipo de lesión-forma-dimensiones-coloración-localización
 - e. Cualquiera de ellas

Correcta: *d*. Si bien cualquiera de las fórmulas de descripción podría ser válida siempre y cuando incluya las cinco características que consideramos esenciales en la descripción de una lesión, desde esta guía consideramos que el procedimiento sistemático de descripción de las lesiones debe seguir el siguiente orden: 1) tipo de lesión, 2) forma de la lesión, 3) dimensiones, 4) coloración y 5) localización. Así, un ejemplo de este proceso descriptivo sería: «*Erosión lineal de 5 cm, reciente con bordes eritematosos, en cara anterior de antebrazo izquierdo*».

31. En un intento de estrangulación manual no se producen:
- a. Estigmas ungueales
 - b. Erosiones
 - c. Heridas incisocontusas
 - d. Equimosis
 - e. Lesiones internas

Correcta: *c*. En la estrangulación manual, el instrumento u objeto agresor son las manos. Así, se realiza prensión y presión con los dedos, los cuales habitualmente producen lesiones a través de las uñas. Las lesiones producidas por las uñas se denominan estigmas ungueales. Son erosiones o excoriaciones, y la excoriación arqueada o semilunar es la más característica y de indudable valor médico-legal. Por otro lado, es habitual que por el efecto de presión sobre el cuello aparezcan lesiones externas a modo de equimosis, y lesiones internas como rotura de los cartílagos laríngeos, rotura del hueso hioides o hematomas en cuello.

32. ¿Cuál es la forma característica de las heridas incisopunzantes?
- a. «Ojal»
 - b. «V»
 - c. «Abotonada»
 - d. Irregular
 - e. Rectilínea

Correcta: a. Una herida que adopta una forma externa en «ojal» o fusiforme y con trayecto en el interior del cuerpo debe ser catalogada como herida incisopunzante.

33. Si en la exploración de un lesionado no encontramos lesión externa objetivable, ¿qué haremos?
- a. Nada, ya que indica que no ha habido agresión
 - b. Parte de lesiones haciendo constar la lesión
 - c. Informar sobre la existencia de una lesión interna
 - d. Decirle al lesionado que se vaya a casa
 - e. Informar de que no se han objetivado lesiones externas

Correcta: e. Nunca se debe informar de una lesión que no se ha podido objetivar. En los casos en los que se atiende a un lesionado y no se objetivan lesiones externas, se debe indicar que «el paciente refiere agresión física que ha consistido en... (golpes, patadas, etc.), no objetivándose lesiones externas en el momento de la exploración actual».

34. En la valoración del dolor, se ha de tener en cuenta que:
- a. El dolor es una sensación subjetiva dependiente de la persona
 - b. Se debe realizar con gran cautela
 - c. Se puede recurrir a maniobras de engaño
 - d. Si no se objetiva, debe informarse como «refiere dolor»
 - e. Todas las anteriores

Correcta: e. En ocasiones, el médico asistencial no objetivará lesiones o simplemente el lesionado referirá dolor como única repercusión de un traumatismo. En este caso, el médico asistencial deberá poner en marcha todos sus conocimientos, a los efectos de intentar valorar la existencia o ausencia de éste. Teniendo en cuenta que el dolor es una sensación subjetiva que cada persona vive y experimenta de forma diferente, se ha de valorar con cautela sin realizar juicios o diagnósticos precipitados, ya que es un proceso susceptible de simulación. En los casos en los que no se objetiva, se indicará en este sentido, no dando nunca veracidad absoluta a lo manifestado por el lesionado y no objetivado por el médico.

35. Señale la respuesta correcta respecto a la coloración de las equimosis:
- a. El color azulado indica semanas de evolución
 - b. La coloración rojo lívida indica días de evolución
 - c. La coloración verde-amarillenta indica resolución

- d. La coloración azulada es propia de la bilirrubina
- e. Las modificaciones en la coloración se producen del centro hacia la periferia

Correcta: c. Como norma general en las equimosis (que se debe seguir con mucha cautela), la coloración roja indica lesión reciente (horas); la azul o negruzca, días; la verde o amarillenta, semana/s. Esta coloración verde-amarillenta indica fase de resolución o curación y es un reflejo cromático de la transformación de la hemoglobina a bilirrubina.

CAPÍTULO 7: CONCLUSIONES

36. Señale la respuesta incorrecta:

- a. Existe cierta dejadez en la descripción de las lesiones
- b. La labor descriptiva de las lesiones corresponde al médico forense
- c. Existe cierto desconocimiento en la nomenclatura de las lesiones
- d. Las heridas contusas son frecuentes en salientes o superficies óseas
- e. El prototipo de herida incisocontusa es la producida por un hacha

Correcta: b. El primer médico que va a entrar en contacto con una lesión, habitualmente, es el médico asistencial. Por tanto, es igual de importante que realice una labor curativa como una labor diagnóstica y descriptiva de la lesión. En caso contrario, se perderán las características de la lesión, lo que puede suponer un perjuicio al lesionado debido a una deficiente intervención facultativa.

CAPÍTULO 8: CASOS CLÍNICOS

37. Indique cuál es la respuesta incorrecta:

- a. Las equimosis agrupadas o paralelas entre sí pueden traducir una digitopresión
- b. Un hematoma indica impacto sobre la zona lesionada
- c. La diferencia externa entre hematoma y equimosis es la prominencia
- d. La diferencia externa entre hematoma y equimosis es la coloración
- e. Son incorrectas c y d

Correcta: d. Como se ha indicado en la guía, la diferencia entre equimosis y hematoma, desde el punto de vista externo de la lesión, es la presencia de tumefacción o prominencia propia del hematoma. Una equimosis cursa sin abultamiento. Cromáticamente no tienen por qué existir diferencias entre hematoma y equimosis.

38. Las contusiones no producen:

- a. Heridas incisocontusas
- b. Heridas contusas
- c. Erosiones

- d. Excoriaciones
- e. Hematomas

Correcta: a. Un mismo mecanismo lesional puede producir lesiones diferentes en función de la región afectada y de la forma de interaccionar con el organismo. Las contusiones pueden producir lesiones diferentes, pero en ningún caso producirán heridas incisivas, ni incisocontusas, ni punzantes.

39. Las autolesiones:

- a. Pueden tener una finalidad pecuniaria o punitiva.
- b. Suelen ser lesiones leves, agrupadas o paralelas entre sí
- c. Se pueden asociar a patología psiquiátrica
- d. Son autoproducidas
- e. Todas las respuestas anteriores son correctas

Correcta: e. Las autolesiones son lesiones producidas por la propia persona con una finalidad concreta (inculpar a otra persona, conseguir un beneficio económico, etc.) o como consecuencia de una enfermedad mental (trastorno límite de la personalidad por ejemplo). Cuando existe una finalidad, acostumbran a ser lesiones de escasa entidad, en zonas accesibles no vitales, y tienden a ser lesiones agrupadas que adoptan formas características (paralelas entre sí, por ejemplo).

40. Las lesiones en mucosa labial interna tras impacto directo son:

- a. Heridas incisivas
- b. Heridas incisocontusas
- c. Heridas contusas
- d. Heridas incisopunzantes
- e. Ninguna de las anteriores

Correcta: c. Un impacto o energía externa aplicado sobre la región externa de la boca/labios produce una herida contusa en la mucosa interna labial, al presionarse el borde interno del labio contra la superficie labial de los dientes, que es una superficie dura y roma. Al no existir ningún filo, no habrá lesión incisiva en ninguna de sus variantes.

41. Respecto al pellizco:

- a. Se produce un cizallamiento entre la piel y el músculo
- b. Es una lesión clínicamente importante
- c. Habitualmente produce un hematoma
- d. Son frecuentes en el contexto de maltrato sobre la mujer
- e. Son lesiones sin connotación sexual

Correcta: d. Los pellizcos son lesiones de gran importancia médico-legal, pero de escasa gravedad clínica. Se expresan en forma de equimosis, ya que existe un cizallamiento entre la piel y el tejido celular subcutáneo. Son lesiones que pueden indicar maltrato o incluso agresión sexual.

42. Si se carece de medios de medición:
- No se apuntarán las medidas de la lesión
 - Se medirá «a ojo» o *de visu*
 - Se dará una medición aproximada
 - Se utilizará un testigo a modo de referencia
 - Ninguna de las anteriores

Correcta: *d*. No se deben omitir las medidas de una lesión por carecer de medios. Nunca se dará como real una medición «a ojo». En ocasiones se acepta anotar una medida como aproximada, utilizando la siguiente fórmula: «excoriación alargada, de entre 5 y 7 cm aproximadamente». Sin embargo, cuando se carece de medios de medición se recomienda utilizar algún objeto de dimensiones conocidas y reproducibles a modo de testigo y dejar constancia gráfica.

43. Señale la respuesta correcta:
- Las erosiones y excoriaciones se producen por mecanismos lesionales diferentes
 - Las heridas contusas y las heridas incisas asientan sobre regiones anatómicas diferentes
 - Un puñetazo puede producir una herida contusa
 - Las livideces reflejan contusiones
 - Las uñas no producen excoriaciones lineales

Correcta: *c*. Cuando un puño cerrado impacta sobre un saliente óseo, es habitual que se produzca una herida. En este caso, el mecanismo lesional es de tipo contuso, por «instrumento» contuso (duro y romo), por lo que la herida será contusa. Jamás se debe tipificar la herida como incisa o incisocontusa.

44. Los informes médicos asistenciales:
- No tienen repercusión médico-legal
 - No son tenidos en consideración por el médico forense
 - No aportan información crucial sobre la víctima
 - Describen las lesiones siguiendo una sistemática reglada
 - Son documentos médico-legales

Correcta: *e*. Todo informe médico es un documento médico-legal que podrá o deberá ser utilizado en el ámbito judicial. Como documento médico-legal que es, acarrea una serie de responsabilidades por parte del firmante (el facultativo).

45. Respecto a la violencia de género, es cierto que:
- En ocasiones existe un claro componente cultural
 - No siempre se acude a los servicios médicos de urgencias o de asistencia primaria
 - Nunca se producen agresiones graves

- d. Las lesiones leves no se consideran delito
- e. a y b

Correcta: e. Las lesiones por violencia de género son constitutivas de delito, independientemente de su gravedad. Son lesiones que en muchas ocasiones permanecen ocultas, que originan vergüenza en las propias víctimas y por ello no acuden siempre a los servicios médicos de urgencia. Según nuestra experiencia, hay muchos casos en los que la policía es la primera en objetivar estas lesiones. Lamentablemente, existen casos de muerte, por lo que se puede considerar como una de las mayores lacras de nuestra sociedad actual.

46. Si un paciente refiere que ha recibido patadas en la cara y en la cabeza, podemos encontrar cualquiera de las siguientes lesiones, excepto:
- a. Hematoma
 - b. Herida incisa
 - c. Equimosis
 - d. Erosión
 - e. Excoriación

Correcta: b. Las heridas incisas sólo se producen si en el instrumento o elemento agresor existe un filo o superficie cortante.

47. Una grapa producirá una herida:
- a. Punzante
 - b. Contusa
 - c. Incisa
 - d. Incisopunzante
 - e. Incisocontusa

Correcta: a. La herida producida por una grapa es de tipo punzante o penetrante. Carece de borde cortante, por lo que no puede originar heridas incisas.

48. ¿Cuándo es necesario realizar un parte de lesiones?
- a. Siempre que se atiende a un paciente
 - b. Ante cualquier lesión violenta
 - c. Cuando la causa de la lesión pueda motivar un proceso judicial
 - d. b y c
 - e. Todas las anteriores

Correcta: c. El parte de lesiones se debe realizar siempre que se atienda a un paciente cuya lesión es susceptible de motivar una causa judicial. Si la lesión violenta es fortuita y sin intervención de una tercera persona, no debería originar un parte de lesiones. Aunque, ante la duda, siempre es mejor comunicarlo al juzgado de guardia y éste ya realizará las indagaciones pertinentes. Esta obligación viene recogida en los artículos 262 y 355 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal.

49. En los hematomas:

- a. No existe tumefacción
- b. No se modifican por el efecto de la gravedad
- c. No hay variación cromática con el paso del tiempo
- d. Existe sangrado externo
- e. Ninguna de las anteriores

Correcta: e. El hematoma es el reflejo cromático externo de una acumulación sanguínea situada bajo los tejidos.

La característica clínica más relevante es la tumefacción y la coloración, la cual va variando con el paso de las horas o días.

El efecto de la fuerza de la gravedad puede afectar a las características del hematoma, pudiendo desplazar la tumefacción y variando la extensión de la coloración.

50. Las petequias:

- a. Nunca tienen origen violento
- b. No deben ser recogidas en el parte de lesiones
- c. No se clasifican como contusiones
- d. Reflejan una extravasación capilar
- e. No se relacionan con las asfixias

Correcta: d. Las petequias son equimosis de mínimo tamaño por pequeñas extravasaciones capilares. En el contexto de las lesiones, se relacionan, entre otras, con las asfixias debido a un mecanismo de aumento de la presión capilar.