

# Sobre el Signo Médico Legal de Benassi

Dr. RAMON DE AGUILAR

El representante del Ministerio Público nos informó que el joven L.A., se había suicidado disparándose un tiro con un rifle 22 en la frente. En la inspección del lugar que realizó, observó el cadáver en un camastro, en decúbito supino (hacia arriba) con el arma "colocada" a su izquierda, las piernas colgando a los pies del camastro y los pies apoyados en el suelo. Se le informó, al mismo tiempo, que después de una disputa violenta con el padre, incluso con amenazas de muerte, el occiso se sentó a los pies de la cama y en un descuido del padre se disparó el arma.

La investigación tanatológica que como médico forense que éramos en aquel entonces tuvimos que realizar, nos situó ante una serie de incógnitas que serán motivo de otra publicación aunque enumeremos algunas a continuación. Ellas fueron las siguientes:

1.—La trayectoria de la bala correspondía a un disparo hecho por un zurdo y el occiso no lo era.

2.—El arma encontrada "colocada a la izquierda" del occiso, no pudo ser dejada por el suicida ya que por la muerte súbita que le sobrevino debió dejarla caer instantáneamente frente a él.

3.—La herida no presentaba ningún signo externo de mancha explosiva (tatuaje, quemadura, ahumamiento).

4.—La disputa y amenazas del padre y la ausencia de testigos nos privaba de una valiosa información para la reconstrucción de los hechos.

5.—La ausencia del signo de Benassi, es decir, el ahumamiento del hueso perforado, que como más adelante veremos se presenta en los casos de disparo con arma de fuego apoyada sobre el cráneo era un aporte más a nuestras dudas.

Las incógnitas que acabamos de referir fueron todas aclaradas mediante una reconstrucción personal que hicimos de los hechos. Se pudo establecer que el occiso se había sentado a los pies de la cama y colocado

la boca del arma en la frente. De esta manera, apoyando con fuerza la cabeza contra el arma y la culata de ella contra la pared, que estaba a su izquierda, hizo el disparo con la mano que le quedaba más próxima al gatillo, o sea la izquierda.

De este modo pudimos explicar la trayectoria de la bala, ausencia de tatuaje, posición del arma y afirmar que se trataba de un suicidio porque, además, en la pared quedó la huella de la culata del arma. Sin embargo, nos quedaba pendiente la explicación de la ausencia del signo de Benassi que no se pudo observar en la disección anatómica del cadáver.

La ausencia del citado signo es la que motiva la presente comunicación porque en estos casos, repito, se considera constante la presencia del ahumamiento del hueso perforado. En efecto, en la bibliografía conocida encontramos ciertas discrepancias en cuanto a este signo se refiere pero todas ellas varían nada más en cuanto al modo de presentarse, pero aceptan su existencia.

Así por ejemplo, cuando Benassi, en 1924, define el signo que lleva su nombre en la monografía "Di un non comune reperto in un caso di suicidio con arma da fuoco", describe un anillo de ahumamiento concéntrico de dos o tres milímetros, de contornos suaves, poco intensos, que coincide con la boca del arma, que ha sido apoyada con fuerza contra el temporal, ahumamiento que no se aprecia en la superficie interior del hueso.

En 1927, Hoffman Laberda, modifica esta descripción en su Tratado de Medicina Legal y afirma que "en los disparos hechos a corta distancia sobre el cráneo hay una difusión del ahumamiento sobre la cara externa del hueso, así como en la cara interna, y superficie externa de la dura y mostraba una lámina con un extenso ahumamiento en la superficie interior de un hueso craneal de un diámetro que sobrepasa al doble del orificio.

Strasman, Carrara, Cebadegi, Hoffman y Ferrari, también insisten en que este ahumamiento se produce cuando el arma ha sido fuertemente apoyada.

Para Perrando (1935) este ahumamiento indica que el disparo es hecho a corta distancia.

En 1936, Cueli y Bonnet, describen un caso de suicidio por disparo precordial y temporal con "anillo de ahumamiento bien marcado" en el plano óseo externo y Cueli recalca, "hemos dicho anillo de ahumamiento y esto —que haría creer en un lapsus— no es tal, sino precisamente una característica que hemos hallado constantemente en lesiones por arma de fuego a corta distancia". Más tarde, 1940, los mismos autores refiriéndose a este ahumamiento, destacan que "en las muchas autopsias realizadas en suicidas por disparos en la región temporal, lo hemos encontrados con elevada frecuencia". Pero ya en este trabajo afirman: "Creemos que es un

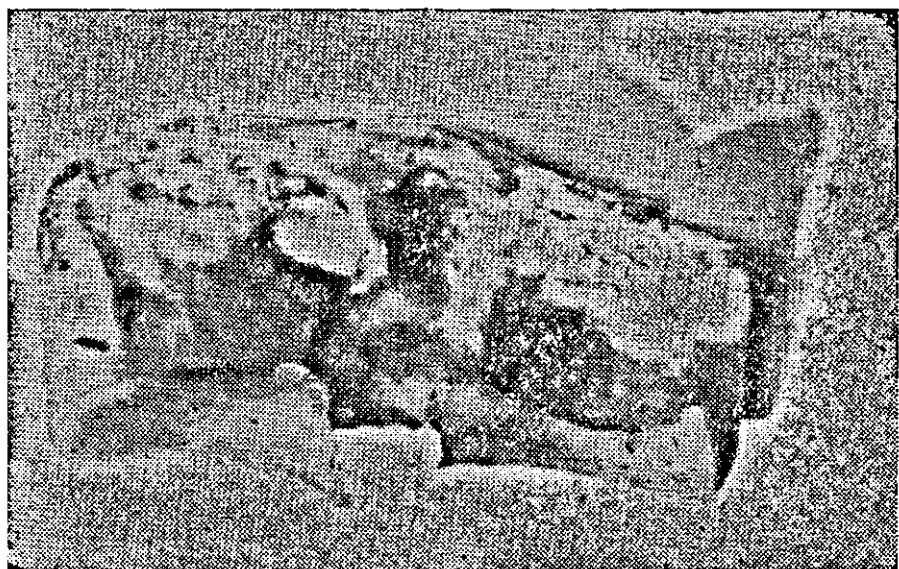
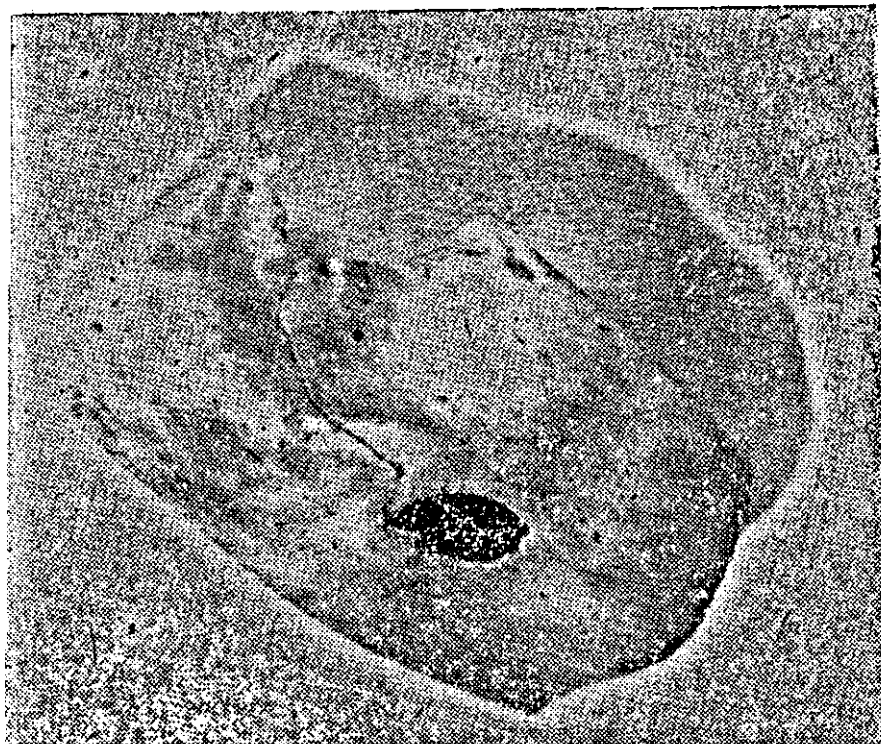
requisito indispensable para que este anillo se produzca, que el arma esté íntimamente aplicada contra el plano óseo, condición que encuentra su actitud ideal en los disparos temporales, no así en los otros suicidas atípicos craneales; tal es el caso por suicidio frontal". Sin embargo dos años más tarde, en 1942 el mismo Bonnet describe un caso de "Suicidio atípico. Disparo frontal" en el que no se refiere para nada al área de ahumamiento; no dice si la encontró o no y no sabemos si fue por falta de interés en el tema, pues su trabajo enfocaba las fisuras del orificio de entrada, o daba por sentado ya que al ser frontal no tenía por qué presentarlo.

Vemos pues, que para unos tiene el arma que estar íntimamente apoyada, para otros apoyada con fuerza y para un tercero a corta distancia. Esto, sin entrar en consideraciones sobre la discrepancia que existe en las observaciones del ahumamiento interior, que es ya de por sí, en una peritación médicolegal, lo suficientemente trascendental para que justifique la revisión que estamos haciendo.

En el caso referido por nosotros el suicida se apoyó la boca de fuego del rifle en la región interciliar comprimiendo fuertemente contra la pared donde había colocado la culata. Esto deduce que no quedó ningún espacio entre la boca del arma y la piel del occiso que permitiera un escape de humo, llama o pólvora, hacia los lados imprimiendo el tatuaje, sino que todo el componente de las sustancias explosivas quedó introducido en el cráneo, una vez atravesados los planos dérmicos, subcutáneo y óseos. Esta posición de disparo, "apoyada", fue la que estableció Benassi como condición precisa para originar el signo de ahumamiento óseo que lleva su nombre. Sin embargo, las fotografías que mostramos demuestran claramente como en este caso de suicidio, que reúne todas las condiciones necesarias para presentar el citado signo, éste no se observó ni en la cara interna ni externa del hueso.

Para nosotros esto es de suma importancia porque, como acabamos de decir, no solo él, sino autores posteriores establecieron que este signo de ahumamiento es típico, definitivo y patognomónico en el diagnóstico de muerte por suicidio y a tal extremo llegan las afirmaciones de estos últimos que lo establecen como diagnóstico de aplicación diferencial entre suicidio y homicidio. Por lo tanto, el hecho de no haberse comprobado en nuestro caso, ya plantea un problema médico-legal de suma importancia y que vamos a tratar de interpretar.

En efecto, si hemos afirmado que el arma, en el momento de ser disparado, comprimía fuertemente la frente del occiso, tenemos que aceptar que el humo, la pólvora sin quemar y la bala, forman un todo que fue proyectado dentro de la cavidad craneal; por ello es difícil admitir el sintoma de Benassi que a nuestro juicio, no tiene por qué producirse en este caso, ya que el humo no pudo introducirse entre el hueso y los planos subcutáneos porque ambos estaban muy comprimidos unos contra otros y, por lo



tanto, no puede producirse una zona libre entre el hueso y la región subcutánea que permita penetrar el humo y producir el ahumamiento. Sería distinto si el arma hubiera podido recular (el conocido culatazo) y permitir así el fenómeno de la expansión de los gases que se realizaría en todo el trayecto, incluyendo los espacios subcutáneos.

Deducimos de todo esto que no puede postularse el signo de Benassi como patognomónico o definitivo porque su aparición parece condicionada, como hemos visto, a la presión que el suicida haga con el arma contra su piel. Este signo de Benassi sería fácil de producirse en los suicidas con revólver, por ejemplo, o bien en los que se disparan con un fusil "a boca apoyada" sujetando el arma con la mano; porque la presión ejercida, por muy fuerte que sea, permite embolsar el humo en los espacios subdérmicos al efectuarse la retracción del arma por la explosión. Pero en nuestro caso especial no se dan estas condiciones de que el arma pudiera recular.

Por esto es por lo que dijimos anteriormente que en los disparos "a boca de jarro" tiene mucho interés para el diagnóstico médico-legal la presión con que el arma es apoyada. Nosotros, que desde el primer momento fuimos informados de que se trataba de un suicidio por disparo en el cráneo dirigimos nuestra observación al descubrimiento del signo de Benassi y al no encontrarlo, surgió nuestra duda al respecto considerando también los caracteres descritos del aspecto exterior de la herida en los que estaban ausentes las manchas del tatuaje. Sin embargo una vez terminado de estudiar el cadáver y reconstruido el suceso llegamos a la conclusión de que dicho signo no tiene la trascendencia que se le ha pretendido dar para el diagnóstico del suicidio aunque bien es verdad que nuestro caso no es muy común pues pertenece al grupo de "suicidas atípicos craneales".

Es preciso pues, que revisemos estos conceptos de los profesores anteriormente citados porque darían lugar a graves consecuencias en algunas peritaciones medicolegales, ya que pueden convertir un suicidio en un procedimiento criminal por homicidio en aquellos casos que el aporte testifical estuviera ausente.

En resumen, creemos que el signo de Benassi debe quedar en período de prueba y estudio ya que, por ahora, no pasa de ser un signo más, sin carácter patognomónico, mientras otras observaciones demuestren o revisen nuestra creencia de que no se presenta cuando el arma es fuertemente apoyada contra el cráneo.