

suspensión fue completa, unilateral izquierda.

Caso 2: correspondía a un hombre de 48 años, cubano, casado, subsidiado, de 83 kg de peso y 169 cm de talla. Antecedentes de psicosis con tentativas de suicidio. La suspensión fue completa, unilateral derecha.

Caso 3: hombre de 80 años, español, viudo, campesino, de 65 kg de peso y 178 cm de talla. La suspensión fue completa, unilateral derecha.

Comentario

El nuevo signo que describimos consiste en una hemorragia longitudinal por debajo de la capa íntima, cuya superficie endotelial permanece indemne, en la arteria carótida primitiva.



Signo de Domínguez-Páez

En la carótida común o primitiva, nótese una mancha oscura, alargada, paralela al eje de la arteria, que corresponde a la hemorragia por debajo de la capa íntima, la cual no muestra daño de su endotelio.

En los tres casos de nuestra casuística el sangrado se produjo en una placa de ateromatosis, a nivel del surco de ahorcadura. Lo explicamos por la comprensión sobre los capilares neoformados del tejido de granulación subintimal, así como sobre los capilares de la capa media.

En cambio, el signo descrito en 1828 por el cirujano francés Jean Zulema Amussat (1796-1856) consiste en el desgarramiento transversal de la capa íntima de la carótida primitiva.

Balthazard al mencionar que Hoffmann había encontrado el signo de Amussat en el 80 por ciento de las ahorcaduras, aclaraba que esa elevada frecuencia no era aceptada por todos los autores. Simonin en 1955 sólo le asignaba una incidencia del 4 por ciento.

Debe tenerse en cuenta que en siglos pasados existía la ahorcadura judicial en

Francia. En esos casos la tracción era incrementada con el peso del verdugo que se dejaba caer sobre los hombros del ajusticiado o lo sacudía de los pies, o mediante el lanzamiento del reo al vacío desde una altura de dos a tres metros.

Obviamente, esta situación de la ahorcadura judicial de esa época es muy diferente a la actual de la ahorcadura suicida a la que corresponden nuestros casos.

BIBLIOGRAFÍA

BALTHAZARD, V., *Medicina Legal*, 6a. ed., Salvat, Barcelona, 1947.

LÓPEZ-GÓMEZ, L. y GISBERT-CALABUIG, J.A., *Tratado de Medicina Legal*, Saber, Valencia, 1962.

ROJAS, N., *Medicina Legal*, 7a. ed., El Ateneo, Buenos Aires, 1959.

SIMONIN, C., *Médecine Légale Judiciaire*, 3m. ed., Maloine, París, 1955.

DOMINGUEZ-PAEZ SIGN. *Publio Paez, M.D., Forensic pathologist, Havana, Cuba.*

A new sign of death by hanging is described. It consists of axial hemorrhage beneath intimal surface of common carotid artery without intimal tear. Differential diagnosis with Amussat's sign is made.

**AUDIOFONIATRÍA Y MEDICINA LEGAL:
“LA SIMULACIÓN AUDITIVA”**

DR. JUAN JOSÉ MADRIZ ALFARO*

Servicio de Audiología y Foniatría, Hospital General de México, Secretaría de Salud, México, D.F. - México.

La audiofoniatría, madurando y consolidándose en las últimas décadas como disciplina dentro del repertorio sinfónico de la Medicina, es la joven especialidad que dedica su atención al diagnóstico, estudio y manejo rehabilitatorio de los problemas de la audición, la voz y el lenguaje. Dentro del concepto moderno de trabajo en equipo multidisciplinario, la audiofoniatría junta sus herramientas con la lingüística, la pedagogía, la psicología, la física acústica y la medicina pediátrica, la neurología y la gerontología, entre otras, para desarrollar una noble y efectiva labor en beneficio del “Minusválido comunicativo”.

A través de la observación paciente, del conocimiento y el juicio clínico, de la explotación racional de los recursos tecnológicos en evolución y aún del aprovechamiento de la sofisticación electrónica y cibernética, esta especialidad se adentra en los intrincados mecanismos neurofisiológicos y psicoacústicos que rigen las complejas interacciones entre la audición y el lenguaje. Junto con otros especialistas, estudiosos de las estructuras comunicativas lingüísticas en el ser humano, la audiofoniatría contribuye en la búsqueda de respuestas a preguntas fundamentales como: ¿Por qué y cómo hablamos? ¿Cómo percibimos el sonido? ¿Por qué

un niño que oye normalmente no desarrolla lenguaje? ¿Cómo medir con objetividad y máxima precisión la realidad auditiva de un paciente? ¿Cómo rehabilitar mejor a un niño sordo de nacimiento? ¿Cómo enseñar a hablar a un paciente laringectomizado, a un afásico, a un glossectomizado?, etc.

El audiofoniatra, como especialista médico, o el audiólogo, en aquellos países donde la audiología se concibe como un postgrado tecnológico en estrecha correlación con la Medicina, aportan su conocimiento y recursos a la justicia y la Medicina legal, proporcionando los medios para estimar situaciones como: 1) Evaluación de la simulación auditiva. 2) Evaluación de sorderas profesionales u ocupacionales relacionadas con ruido industrial u otros tóxicos. 3) Evaluación de pérdidas auditivas o vestibulares para determinar incapacidad laboral. 4) Evaluación de sorderas iatrogénicas por uso médico de ototóxicos. 5) Evaluación de sorderas relacionadas con accidentes de trabajo. 6) Análisis espectrográficos de voces para identificación criminal. 7) Asesoría y peritaje en problemas de “contaminación por ruido”. 8) Asesoría en la elaboración de legislación relacionada con el “minusválido comunicativo” (en especial el sordo y el hipoacúsico). 9) Servicio de “Intér-

* Autor invitado. El Dr. Madriz Alfaro es médico costarricense que actualmente se especializa en Audiología y Foniatría en la ciudad de México.

prete-traductor" en el testimonio de pacientes sordos, cuyo vehículo de comunicación es un código gestual y de señas, y que carecen de un lenguaje convencional de tipo oral o escrito. Esta breve reseña ilustra los múltiples vínculos que pueden compartir la medicina legal y la audiología y foniatría.

El problema de la simulación auditiva no es nuevo, pero ha cobrado vigor en este siglo producto del incremento de las guerras, de la industrialización y los accidentes de trabajo, de las enfermedades mentales y de la agobiante presión que la sociedad moderna ejerce sobre el hombre actual. La búsqueda de métodos adecuados para una exacta apreciación funcional de la audición, se hace más importante cuando lo frecuente en la práctica diaria no es la simulación verdadera y total, sino la exageración de una hipoacusia preexistente.

El paciente que simula habitualmente persigue una ventaja económica por concepto de indemnización; su actitud y colaboración ante el examinador y la prueba, contrasta con la del paciente con una pérdida auditiva real que no se apoya en demandas, pólizas de riesgos profesionales u otras ganancias secundarias que pueden evidenciarse con un buen interrogatorio. El niño o adolescente que simula, también busca una compensación, pero sus motivaciones más bien se relacionan con disturbios emocionales y déficits afectivos de grado variable. Así, vemos que las deficiencias auditivas sin base orgánica pueden extenderse desde la histeria conversiva clásica y la sordera psicógena hasta la simulación o exageración consciente y propositiva.

El establecimiento de una curva audiométrica, válida tanto para el simulador como para el no simulador, puede ser muy difícil, o hasta imposible de obtener, pero se cuenta con elementos clínicos y de gabinete para acercarnos con la mayor objetividad posible a la verdad.

El audiólogo puede utilizar información de tipo clínico, como el interrogatorio directo o cruzado con personas vinculadas al paciente; el análisis del comportamiento del sujeto, en forma espontánea o ante estímulos lingüísticos que apelen a su pudor, su temor, etc.; puede obviarse la sobreactuación de su supuesta "hipoacusia"; la inconsistencia antifisiológica de los resultados de las pruebas audiométricas

tonales y vocales; la ausencia de alteraciones de la voz en pérdidas reclamadas como profundas, etc. Existen pruebas audiométricas conocidas como "subjetivas", donde está abierta la posibilidad de manipulación de la respuesta por parte del paciente, pero desconociendo éste los sutiles principios psicoacústicos involucrados, difícilmente tiene éxito en "saltar el obstáculo". Estas pruebas especiales manipulan la señal acústica modificando las intensidades en uno y otro oído (Test de Stenger) para los casos de simulación de sorderas unilaterales; introduciendo un mensaje competitivo que enmascara la audición y modifica el "piloto coclear de la voz" (Test de Lombard), o aun retardando en un oído con respecto al otro, la llegada de la propia voz del paciente que lee un párrafo cualquiera (Test de Azzo-Azzi), hecho que produce un tartamudeo característico en el sujeto. Los principios que gobiernan estas pruebas escapan al propósito de esta comunicación, pero la lista de ellas es generosa: Prueba de Arrastre de Berruecos, Test de Doerffler-Stewart, Shifting Voice Test, etc.

Existe, finalmente, una serie de pruebas que trascienden a los intentos de manipulación de la respuesta por parte del paciente y se conocen como "Audiometría objetiva". Su importancia reside en estar basadas en principios neurofisiológicos ajenos a la voluntad del paciente. Estas son: 1) Audiometría por reflejo psicogalvánico, que detecta cambios vegetativos generados por el estímulo sonoro. 2) Electrocoqueografía, que registra los potenciales nerviosos emitidos por el nervio auditivo a partir de la cóclea, a través

de un electrodo colocado en el promontorio del oído medio. 3) Audiometría por impedanciometría, que proyecta el perfil audiométrico del paciente a través de la estimulación del "reflejo acústico estapedial". Y 4) Audiometría por respuestas evocadas de tallo cerebral, procedimiento no invasivo que registra las respuestas eléctricas generadas en la vía auditiva en el tallo cerebral por estímulos controlados, promediados por una computadora para su lectura e interpretación gráfica.

El desenmascarar un simulador es un reto y una compleja responsabilidad para el profesional en audiofoniatría. Existe, sin embargo, un interesante arsenal de recursos que la audiología pone al servicio de la verdad y la justicia, y que utilizados con experiencia y criterio, pueden ser de gran valor y utilidad diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

- Portmann, M. & Portmann, C., *Audiometría Clínica*. Toray-Masson, Tercera edición, Barcelona, 1979, pp. 232-236.
 Berruecos, P., *La prueba de arrastre: técnica para descubrir y obtener curvas audiométricas válidas en la simulación de sordera*. *Acta audiológica y foniátrica hispanoamericana*, Vol. XI, núm. 1, enero-abril 1974, pp. 51-58.
 Goodhill, V., *Ear Diseases, Deafness and Dizziness*. Harper & Row Publishers, U.S.A., 1979, pp. 167-171.
 Yoder, D. y otros. *On the definition of hearing handicap*. *American Speech, Language and Hearing Association*, Comunicación personal.

AUDITIVE SIMULATION. Juan José Madriz, M.D. Mexico General Hospital, Mexico City.

Modern technical procedures to disclose auditive simulation are discussed. Its medicolegal importance is emphasized.