

Decapitación intraparto. Análisis de un caso excepcional

Intrapartum decapitation of the newborn. An unusual case

CM. Blejer

Asesor médico de la Asesoría
Jurídica del Min. de Salud.
Nodo Rosario.
Provincia de Santa Fe.
Argentina

Resumen

Durante un parto que se desarrollaba normalmente, al efectuar maniobras habituales de tracción cefálica, la obstetra fue sorprendida por la decapitación fetal. El informe de autopsia inculpó a la obstetra, y el patólogo atribuyó el hecho a una tracción excesiva y brutal a dicha profesional. Un análisis de las anotaciones en la historia clínica permitió encontrar la causa de este hecho inusual y liberar a dicha obstetra de toda responsabilidad.

Palabras clave: Decapitación. Fetal. Intraparto. Fuerza. Brutal. Anotaciones. Historia clínica. Displasia cutánea.

Abstract

During a presumable normal labor and delivery, while tractioning the fetus as usual, the doctor midwife was suddenly surprised by fetal decapitation and found herself holding the baby's head in her hands. The coroner, in a very subjective evaluation of the facts, indicted the midwife, accusing her of applying unusual and brutal forces to disengage the fetus to accomplish the delivery. He even coined the word "brutalectomy" to describe the situation. A careful analysis of the medical record, revealed the most plausible explanation of this unusual event.

Key words: Decapitation. Intrapartum. Necropsy. Medical record annotations. Cutaneous dysplasia.

Correspondencia:

Carlos M. Blejer

E-mail: cmblejer@gmail.com

Fecha de recepción:

16.NOVEMBRE.2016

Fecha de aceptación:

29.MAYO.2017

Introducción

Los hechos que se relatan tuvieron lugar el 19 de abril de 2007 en un pequeño hospital de una ciudad de campaña del interior de la provincia de Santa Fe, en Argentina. Una típica ciudad del interior que se vacía de su gente joven los días laborales, pues van a estudiar a otras ciudades. El lugar y el momento condicionaron una serie de hechos que quizás no hubieren tenido lugar en un medio urbano más importante, con otras instituciones y otro modo de ser de su población y sus profesionales.

Los hechos

Durante el parto de una joven mujer, primeriza, cuya madre estaba presente en la sala de partos, estando ya la cabeza fetal en el exterior, al tomarla para facilitar la rotación y extracción se produjo el desprendimiento espontáneo de la cabeza fetal.

Sobreponiéndose a los hechos, la obstetra interviniente terminó el parto, refirió la situación a la madre de la parturienta explicando que el niño tenía una doble circular de cordón umbilical en el cuello, hecho que condicionó la muerte fetal, y se retiró de la sala de partos.

A *posteriori*, por propia iniciativa, el personal de enfermería y algún otro personal auxiliar de limpieza acondicionaron los restos del bebé fallecido para adecuarlo a las ceremonias mortuorias, propias del hecho. Para ello recortaron los bordes cutáneos y suturaron ambos elementos (cabeza y cuello) para darle cierto viso de unidad, confiando que las ropas del fallecido ocultaran tan excepcional circunstancia.

Durante el velatorio, un familiar descubrió la sutura que el personal de enfermería había efectuado para entregar el cadáver del bebé en condiciones más emocionalmente aceptables, y luego del sepelio se iniciaron las actuaciones judiciales correspondientes, rotuladas como homicidio de recién nacido durante el parto. Además, la noticia tomó estado público, la obstetra interviniente fue ostensiblemente desacreditada por todos los medios posibles y renunció a su labor médica, poniendo fin a casi dos décadas de actividad profesional.

Por cuestiones administrativas, meses después, integramos una comisión que investigó los hechos y el protagonismo desempeñado por el personal del hospital en cada etapa de los hechos referidos.

La plataforma fáctica

En los hechos analizables hubo cuestiones que, siendo aceptadas, no fueron sometidas a debate. Ellos son:

- El trabajo de parto de la Sra. J.V.F.
- La atención del parto por parte de la Dra. M.L.G.
- El personal auxiliar presente (enfermeras y personal auxiliar de limpieza).
- La presencia de la médico neonatóloga Dra. N.K.
- El hecho de la presentación cefálica.
- La presencia de una circular de cordón.
- Otros detalles inherentes al acto del parto.
- El hecho de haberse producido la separación de la cabeza fetal del resto del cuerpo.
- La extracción del cuerpo fetal.
- Las motivaciones que llevaron a suturar la cabeza fetal al cuerpo.
- La entrega del cuerpo a los familiares.
- El velatorio y la inhumación.
- La exhumación y la autopsia ordenada judicialmente.
- El acto de la autopsia.
- El inicio de las causas judiciales.

En el protocolo de la autopsia, el hecho principal y sobresaliente de estas actuaciones, es decir, el desprendimiento de la cabeza fetal, fue presentado como resultante del obrar de la obstetra interviniente, quien habría causado la separación de la cabeza fetal –y consecuentemente la muerte del mismo–, a lo que siguieron una serie de hechos caratulados como “actos de encubrimiento”.

El “arrancamiento” de la cabeza fetal, o en otras palabras la decapitación intraparto, pasó a ser el centro del debate, luego que las declaraciones de testigos permitieran descartar animosidad entre la obstetra y la parturienta y la ausencia de antecedentes, de instrumental cortante inusual o de maniobras que expresaran cualquier manifestación de violencia.

Para el análisis técnico requerido constituye pieza esencial la necropsia practicada oportunamente en el Instituto Médico Legal de la ciudad de Rosario, y a esta documental nos referiremos en adelante.

El resultado de la autopsia

El bebé M. fallece el 19 de abril de 2007 y la autopsia fue practicada el 24 de abril de 2007, luego de la exhumación ordenada judicialmente.

La evolución del embarazo y sus controles habituales no merecen mayores comentarios por tratarse de una evolución normal. La iniciación del parto fue con el feto en posición cefálica. Cuando el parto comenzó a progresar surgen los hechos controversiales.

Se dejó constancia en la historia clínica de que, habiendo progresado la cabeza por fuera del canal de parto, se constató visualmente y mediante el tacto:

- Una doble circular de cordón, descrita como “muy ajustada al cuello, que impide aflojar, deslizar o pinzar el mismo”.
- Procidencia simultánea del miembro superior derecho.
- Dejan de percibirse los latidos cardiacos fetales en el cordón.
- Desprendimiento de la cabeza fetal.
- Desprendimiento de hombros, dificultosa por la mencionada procidencia del miembro superior derecho.
- Posterior desprendimiento del cuerpo.

A partir de esta etapa se producen, en relación con el parto, hechos obstétricos complementarios y habituales:

- Alumbramiento espontáneo.
- Placenta incompleta.
- Legrado terapéutico de la cavidad uterina.
- Internación de la paciente hasta el alta hospitalaria.

Tipificación del problema

Lo hasta aquí registrado nos ubica esencialmente en un problema de índole mecánica, pues se centra en el hecho de tratar de extraer durante el parto el cuerpo de quien sólo tiene la cabeza, el cuello y parte de un miembro superior al tacto o a la vista, mientras el resto se ve impedido de progresar.

Las anotaciones de la médica pediatra Dra. N.K. fueron coincidentes con lo expresado, pues anotó, después de la procidencia del brazo derecho, “no progresa el parto”, y luego “no había forma de desencajar los hombros”. Ello implica la falta de fuerza uterina anterógrada o su eventual anulación por el obstáculo que representaba el miembro superior procidente. La situación se podía caratular como un “adelante no se podía seguir y atrás no se podía volver”.

En las situaciones obstétricas de esta naturaleza se intenta combinar maniobras de tracción y eventua-

les rotaciones buscando el desencaje fetal. Ante la eventualidad de no poder ampliar el canal del parto, lo único que resta es “achicar” el feto, lo que puede lograrse solo a expensas de algunas fracturas obstétricas, con mayores o menores secuelas.

En la circunstancia analizada, estas maniobras de extracción fetal tuvieron lugar *a posteriori* de la separación de la cabeza fetal, y están documentadas en el informe de autopsia.

Lo anotado en la autopsia

Obviando las particularidades fetales normales, se dejó constancia de:

- Malformación esbozo de labio leporino en labio superior.
- Cicatriz operatoria reciente con puntos de sutura que circundan todo el cuello.
- Sobre región axilar derecha, desgarro importante de 6 × 4 cm.
- Dislocación de ambos miembros superiores.

Con respecto a lo anotado, obviemos piadosamente lo de “cicatriz operatoria reciente”, ya que no hubo materialmente tiempo ni siquiera para iniciar el proceso de cicatrización. Debe suponerse que: a) el forense no leyó la historia clínica y b) predominó una impresión subjetiva para describir lo que estaba observando.

Con respecto a la sección del cuello, en el informe de la necropsia se anotó:

- Retiro prolijo de los puntos de sutura.
- Ausencia de contenido (a nivel cuello o cervical).
- Recorte muy prolijo de bordes.
- (...y un desprendimiento) de vértebra cervical y médula a nivel última cervical y de primeras dorsales del resto de las partes blandas.

La conclusión del forense fue que la cabeza fetal recibió una fuerte tracción y, como consecuencia (la itálica es nuestra), su arrancamiento o amputación.

Condensó su pensamiento en una inusual aclaración final al Sr. Juez de la causa y resumió su pensar en el neologismo de su autoría, que sustantiva y califica el hecho como “brutalectomía”, lo que da a entender, sin otra interpretación posible, que la “ectomía” de la cabeza fetal se ha producido por efecto de una fuerza de tracción ejercida en exceso, de carácter brutal.

En el protocolo de autopsia se agregó finalmente que se solicitó estudio histopatológico de cabeza, *block* cardiopulmonar y contenido visceral abdominal, lo

cual, siendo común y habitual, sugiere claramente que el caso fue tratado “como uno más”.

Hasta aquí lo anotado en el informe de la autopsia, cuyas conclusiones resaltan la tracción excesiva ejercida por la obstetra, que sobrepasando lo normal y habitual, causó la decapitación fetal. En adelante, y para objetivar la cuestión, llamaremos a ello “la teoría de la tracción excesiva”, que varias circunstancias no nos permitieron avalar.

Razones de nuestra discrepancia con la teoría de la tracción excesiva

Para que la tracción excesiva tuviera el efecto pretendido, se deberían haber producido varios fenómenos, a saber:

- El feto debería haber estado adherido al cuerpo uterino y este al resto del cuerpo (y este a la camilla) para constituir un solo bloque que oponga resistencia a la tracción; de lo contrario, la fuerza de tracción se vería contrarrestada –y eventualmente anulada– por la movilidad en el sentido de la tracción de los elementos mencionados. Sería, para ejemplificar, similar al hecho de querer sacar un corcho de una botella que simultáneamente se mueve en el sentido de la tracción del sacacorchos.
- La hipótesis de unidad física entre el feto y la madre es inviable por cuanto la única adherencia fetal a las paredes uterinas es indirecta, a través de la placenta, la cual, al no desprenderse íntegramente, motivó el legrado terapéutico.
- Considerando la “teoría de la tracción excesiva”, la obstetra tendría que haberse caído o al menos trastabillado ostensiblemente al producirse el desprendimiento brusco durante los esfuerzos de tracción, cosa que según los testimonios no sucedió. Hay coincidencias testimoniales de que la obstetra habría sido sorprendida por el hecho, circunstancia que rebata el argumento de la “violencia excesiva”.
- De haber sido excesiva la tracción, hubiesen sido poco menos que inevitables lesiones uterinas (desgarros) a nivel del cuello. Estos no sucedieron, pues hubiesen motivado una histerectomía de urgencia.

No debe dejar de mencionarse que toda impresión visual de tracción excesiva por terceros –testigos– es cuestionable, pues no se mide y solo se aprecia la mayor o menor manifestación subjetiva del esfuerzo que se realiza. Pero, recordemos, en el presente

caso ninguno de los testigos acreditó haber visto o apreciado las maniobras obstétricas como violentas, siquiera en grado mínimamente llamativo.

La tracción cefálica por parte de la obstetra era un paso obligado para colaborar con la contractilidad uterina. Ello es el fundamento del “fórceps” o de otros instrumentos más modernos, pues todos ejercen fuerza de tracción, único mecanismo que posibilita la extracción fetal. En otras palabras, la actuación de la obstetra era esperable y acorde al hecho de la falta de progreso del parto en las circunstancias antes descritas.

Teoría de la tracción excesiva y su relación con la viabilidad fetal

Si bien los hechos fueron presentados como la decapitación intraparto de un feto viable, los detalles revelan lo contrario, pues:

- Tenía una doble circular de cordón muy apretada.
- No se percibían latidos fetales en el cordón.
- La procidencia del brazo –por comprensión extrínseca– contribuía a disminuir o anular el aporte sanguíneo encefálico.

Es decir, que de lo anotado surge que el niño estaba fallecido antes de producirse la separación de la cabeza, o su equivalente la sección del cuello.

Análisis de la sección del cuello

Sobre el particular deben señalarse varios detalles:

- Está fuera de dudas que la sección de la cabeza se produjo a nivel del cuello, aunque no se precisó exactamente a qué nivel se produjo.
- El cuello no es estructura única y uniforme, pues contribuyen a su formación diversos elementos: piel, músculos, vasos arteriales, vasos venosos, órganos huecos como la laringe y el esófago, huesos y tendones, etc.
- Todos estos elementos tienen módulos de elasticidad y resistencia a la tracción diferentes. Estos valores generalmente se miden en el laboratorio *in vitro*, ya que la medición en el vivo es imposible.

Como resultado de ello, la hipotética “tracción excesiva” debería haber causado en cada estructura anatómica desgarros a diversos niveles. Ello es

demostrable experimentalmente con cierta facilidad. Este hecho no ha merecido mayor atención ni hay referencia alguna al mismo. Sin embargo, lo consideramos pertinente y de obligado análisis en este contexto, por diversas razones.

- Los desgarros a diversos niveles de los distintos elementos, entre ellos la piel, no se compatibilizan con el hecho que resulta de las diversas declaraciones de que fue el único elemento “regularizado” para producir una sutura más o menos lineal.
- De haberse producido tal “regularización” en tantos elementos seccionados a alturas diferentes, ello no hubiera escapado al ojo del forense, pues la “prolijidad” hubiera sido advertida, especialmente porque las estructuras vasculares y musculares son dobles, una a cada lado del cuello, y ello hubiera sido evidente, si no en ambos lados, al menos en uno de ellos.
- Es llamativo lo anotado en el informe de autopsia de que “hay ausencia de contenido (a nivel cuello o cervical)”, pues ello implica un vaciamiento total de las estructuras y órganos del cuello desde la base del cráneo hacia distal.
- Este vaciamiento es más que la tarea de “regularizar” los bordes únicamente. Implica una tarea extra y no precisamente sencilla y rápida como la efectuada por las enfermeras que acondicionaron el cadáver para su velatorio. Tampoco tendría mayor sentido práctico proceder al vaciamiento del cuello, pues con ello ni se ganaba ni se perdía nada, en tanto se trata de estructuras subcutáneas que quedarían ocultas por la sutura de la piel del cuello, efectuada para posibilitar el velatorio “a cajón abierto” tal como es costumbre especialmente en pueblos y ciudades pequeñas cuando las muertes no son violentas.
- Lamentablemente, el informe de autopsia no consigna una hipotética causa de este “vaciamiento” ni explica el mismo mediante un análisis de las estructuras remanentes. Es decir, no sabemos la extensión ni la causa de este “vaciamiento”.
- Se anotó en la autopsia “un desprendimiento de vértebra cervical y médula a nivel última cervical y de primeras dorsales del resto de las partes blandas” (*sic*). Ello nos llevó a preguntar por qué se desprendieron del resto de las partes blandas no solo las vértebras cervicales sino incluso las primeras dorsales, hecho que prolonga la longitud del desgarro hacia la parte superior de la espalda, independientemente del hecho de que no se precisó qué vértebras dorsales fueron afectadas. “Primeras” es solo una indicación

aproximada e imprecisa de nivel, que además no debería haber llegado nunca hasta las dorsales.

En suma, la denominada “teoría de la tracción excesiva” es imaginable pero insuficiente para explicar por sí misma lo acontecido, al no estar acompañada de otros hechos mecánicos y biológicos necesarios para el sustento convictivo de esta interpretación de los hechos.

Hipótesis centrada en la resistencia mecánica de los tejidos

En esta índole de problemas hay dos variables elementales en juego: una es la tracción mecánica y la otra es la elasticidad y la resistencia mecánica de los tejidos que se rompieron. Si la primera no es suficiente para esclarecer los hechos, la mirada debe volcarse sobre la segunda.

Los aspectos de resistencia mecánica de los tejidos que fueron seccionados en las maniobras obstétricas debieron y pudieron buscarse en la histología o en la anatomía patológica de tales tejidos, y también en otros tipos de estudio que, como veremos, no se efectuaron. No se trata de un aspecto oscuro o no estudiado por la ciencia médica, pero no es habitual su estudio en la práctica médica ni en el área forense.

A los fines prácticos, se trata de la posibilidad de comparar la resistencia mecánica de los tejidos del niño M con patrones de normalidad. Ello pudo limitarse a los tejidos involucrados en el hecho (piel, músculos, tendones, vasos, etc.) y no necesariamente a la totalidad de los tejidos u órganos corporales.

Entendemos que esta comparación era perfectamente posible en un medio académico con instrumental de precisión, que hubiese podido ser realizada por otros laboratorios.

En ausencia de las pruebas mecánicas esclarecedoras del hecho, hubo y hay elementos en la documental analizada que permiten deducir algunos hechos gravitantes y relativos a esta cuestión.

Para analizar estos hechos debemos efectuar una relectura de hechos anotados y un retorno a las ciencias básicas médicas, entre ellas la embriología, que estudia la formación y el desarrollo del embrión humano.

Ello es así porque hasta ahora todo el análisis efectuado, y muy especialmente la “teoría de la tracción excesiva”, dio por sentado que la calidad de los tejidos, especialmente los relacionados con el

ectodermo y el mesodermo –capas germinativas que condiciona la formación de piel y músculos–, eran normales. Sin embargo, cuando se observan ciertos detalles pertinentes no se llega necesariamente a igual conclusión.

Fundamentos clínicos no experimentales de la hipótesis de la disminución de resistencia de los tejidos de origen congénito

Al describir la superficie corporal, la autopsia describió fenómenos propios de quien lleva fallecido cinco días: *“La superficie corporal se presenta blancuzco, grisáceo, sucio, principios de maceración, la piel se levanta y forma ampollas que al desprenderse dejan zonas de color rojo violáceo”*, etc. En suma, fenómenos cadavéricos de extensión imprecisa y abarcativos de la totalidad corporal, lo que en virtud de ello hizo presumir una unidad conceptual.

Comparemos esta conclusión con la apreciación visual de la piel abdominal del niño según la autopsia y según lo anotado por la Dra. N.K., la neonatóloga que intervino en este parto. Dicha profesional asentó en la historia clínica lo observado en la superficie abdominal especialmente y en otra zona. Transcribimos: *“... tenía la pielcita desgarrada en la axila derecha y la pancita me llamó la atención la piel estaba muy flácida y como los órganos se tocaban a través de la pared abdominal, estaba muy flojita y los órganos se tocaban como si estuvieran en una bolsa de telita muy blandita”* (sic).

Tal descripción, donde abundan los diminutivos coloquiales y las apreciaciones visuales, aluden a una piel demasiado fina y escasamente resistente, no habitual en un recién nacido. La falta de un rótulo diagnóstico revela que la neonatóloga describía lo que veía, pero ignoraba cómo roturarlo y no aventuró ningún diagnóstico.

Es inevitable pensar que había una deficiencia cuantitativa –disminución notable del espesor cutáneo– y cualitativa –la flacidez apuntada– en la piel abdominal.

Estas diferencias con lo anotado en la autopsia son relevantes porque la inspección, poco después del deceso, revela una deficiencia específica y amplia de la piel, de tipo cualitativo y cuantitativo, importante. De allí a la notable disminución de la resistencia mecánica de la piel, y eventualmente otras partes blandas, hay un solo y corto paso.

En igual circunstancia se inscribe el esbozo de labio leporino y también el desgarro axilar, que hasta ahora no mereció mayores comentarios, pero cuyo mecanismo de producción es explicable no tanto por la teoría de la tracción excesiva sino por la existencia de la anomalía cutánea, que no necesariamente debió haberse circunscrito al área abdominal.

En el informe de autopsia, la descripción relativa al área del desgarro consigna solo las medidas, pero no otros detalles relevantes. La Dra. N.K. también utiliza un diminutivo para referirse a la zona del desgarro axilar (*“... tenía la pielcita desgarrada en la axila derecha”*), lo que hace presumir similitud de características con la piel abdominal.

Caracterización morfológica de las anomalías cutáneas descritas

La anomalía cutánea descrita a ojo desnudo por la Dra. N.K. entra en el capítulo de las “displasias cutáneas” originadas en un defecto ectodérmico y mesodérmico, es decir, congénito. Muchos de estos defectos no resultan incompatibles con la viabilidad fetal y el posterior crecimiento de la persona, y según su frecuencia son más o menos conocidos.

Entre estos cuadros displásicos con eventual relación con el presente caso tenemos:

- La “aplasia cutánea congénita circunscrita”, cuadro clínico en el que los sujetos nacen con la ausencia de algunas capas de la piel en el cuero cabelludo, el tronco o los brazos y las piernas. La zona afectada está típicamente cubierta con una membrana fina y transparente. Advértase la coincidencia, si no plena, al menos parcial con el caso examinado.
- Además de la situación antes mencionada está documentada la asociación entre displasia ectodérmica y paladar hendido, que de cierto modo es también coincidente con el caso en estudio.

Teniendo al menos dos cuadros clínicos similares al caso examinado, no sería inusitado encontrar otros, pues el espectro de alteraciones genéticas en la materia es amplio y creciente.

La oportunidad de esclarecimiento de los hechos

La oportunidad de esclarecer la intimidad de los hechos se perdió, según nuestro criterio, al menos en cuatro oportunidades:

- En la inmediatez del hecho cuando no se preservaron las piezas anatómicas para una autopsia inmediata.
- Cuando impulsivamente se procedió a recortar bordes y coser elementos.
- Cuando se procedió a la inhumación.
- Cuando al momento de la autopsia no se tomaron tejidos para analizar la histología y la resistencia mecánica de los elementos anatómicos directamente afectados, o de otros que podrían ser asimilados.

El desgarro sobre la región axilar derecha (desgarro importante de 6 × 4 cm), que no había sido suturado ni recortado, muy bien hubiese servido para determinar histológicamente la resistencia mecánica de los tejidos. Si este no se hubiese producido, podrían haber servido tejidos homologables como los de los miembros inferiores. Lamentablemente, estos tejidos no se preservaron para posterior análisis, y el intento hubiese sido atendible más allá de los posibles resultados.

Conclusiones respecto de la naturaleza del desprendimiento intraparto de la cabeza fetal

Según nuestro análisis, el desprendimiento cefálico del bebé M. habría sido causado por factores de origen genético, como lo son las displasias de origen ectodérmico y endodérmico que condicionan la disminución de la resistencia mecánica de los tejidos derivados de estas capas germinativas, y no solo por efecto de las obligadas maniobras de tracción ejercidas en el intento de extraer al feto en un parto que dejó de progresar adecuadamente.

No nos adherimos a la teoría de la “tracción excesiva” por cuanto ella colisiona con resultados igualmente mecánicos y elementales que hubieren acompañado ineludiblemente a la misma, y que no existieron o que no fueron registrados.

También, según nuestra opinión, el desprendimiento cefálico se hizo a posteriori de la muerte fetal y no a causa de la misma, ni fue causa directa de dicha muerte.

En igual tesitura sostenemos que el hecho hubiese podido ser esclarecido por métodos disponibles en nuestro medio, si se hubieran respetado al menos una de las tres primeras de las cuatro oportunidades

perdidas para el esclarecimiento, tal como lo detalláramos más arriba.

Sostenemos que las mediciones de elasticidad y resistencia de los elementos del cuello eran el método indicado, preciso y necesario en las particulares circunstancias en las que los padres deben ser cabalmente informados de las razones que frustraron sus esperanzas de familia, y en la que un tercero ve sobre sí la posibilidad firme de perder su libertad personal y su habilitación profesional.

También tiene importancia en cuanto al consejo genético de futuro, del que los padres son merecedores.

Por último, encontramos en la “displasia cutánea abdominal” que presentaba el bebé M., juntamente con otras alteraciones morfológicas fetales, elementos clínicos, decisivos, fundamentales y no desdeñables para la comprensión y el esclarecimiento de un hecho de índole excepcional como el analizado.

Progreso científico y papel de la Internet en el esclarecimiento de los hechos

Al momento de los hechos analizados (año 2007), Internet era una herramienta menos poderosa que la actual y algunos casos publicados en la época hacían referencias a casos similares en lo que respectaba a los defectos cutáneos. Actualmente, los trabajos relacionados con este tema pueden dividirse en tres clases:

- Los que hacen referencias a los defectos cutáneos del recién nacido.
- Los que hacen referencia a la ontogénesis de la piel, ya que se acercan a la problemática común de la piel, su resistencia mecánica y los aspectos comunes con otros tejidos.
- Los aspectos genéticos –inabordables en otros tiempos– que acercan explicaciones a fenómenos que anteriormente eran solo apreciables visualmente.

De estas tres posibilidades aportamos algunos ejemplos, tales como las presentaciones de Peña Cerdeño y Alonso Uría¹, Vargas Terceros y Vargas Cejas², y reseñas más actuales como la efectuada por Cuervo José³.

Los trabajos más modernos, como los de Visscher y Narendran⁴, se han concentrado en la ontogénesis de la piel y reflejan explicaciones fisiopatogénicas más completas y realistas. Esto no deja de ser una adver-

tencia cuando se trata de fundamentar o investigar los casos de presentación excepcional que, como este, hoy reclaman una visión de conjunto.

Finalmente, los trabajos de Kowalczyk-Quintas *et al.*⁵ ahondan en la intimidad molecular y genética de los hechos.

Debemos señalar que, dentro de lo que es humanamente posible buscar y hallar, no hemos encontrado la asociación de displasia cutánea y decapitación intraparto, tal como lo hemos referido en esta presentación. No obstante, ello no impide que cada tanto aparezcan referencias bibliográficas que, aunque más recientes, se quedan en las etapas ya superadas⁶, o que noticias periodísticas guarden alguna similitud con lo referido en esta presentación, donde también se aprecian conductas profesionales anormales y excepcionales que, de haber sido meditadas unos instantes, no habrían sucedido.

Conclusiones

La actuación de todo el personal médico y auxiliar del quirófano refiere a las claras que carecían de toda preparación y protocolos de actuación respecto de un hecho que se puede catalogar como "inusual", "excepcional", "raro" u otros sinónimos. Puede considerarse que, en general, universalmente sucede así. Un ejemplo es la de un cirujano obstetra que, enfrentado con hechos similares, reintrodujo la cabeza fetal dentro de la vagina para intentar extraer el feto por vía de una operación cesárea⁷.

Haber actuado disimulando el hecho para cumplir con tradiciones y costumbres sociales no fue más que un obstáculo médico, disciplinario y judicial que impidió un oportuno esclarecimiento de los hechos, con notable economía procesal para la obstetra y el personal afectado, que afortunadamente no pasó a mayores por haberse producido en una pequeña localidad del interior. De haber sucedido en una gran ciudad, las consecuencias podrían haber sido mayúsculas, con eventuales daños a la institución y a las personas.

Las anotaciones de la historia clínica, aun con sus deficiencias, revelaron una vez más la importancia de este documento médico. Sin proponérselo, las anotaciones de la neonatóloga fueron la salvación de la obstetra, que se liberó de toda responsabilidad penal y civil en la materia.

Las anotaciones del patólogo que hizo la autopsia revelan claramente que no leyó la historia clínica y que se dejó llevar por sus emociones ante la impresión visual de la cabeza fetal desprendida, hecho que encandiló su razonamiento y le impidió proseguir la autopsia con serenidad y objetividad, para sucumbir a la tentación de demeritar una actuación profesional, atribuyéndole defectos que en realidad no tuvo.

En suma, nada que no suceda cotidianamente con cuestiones menos llamativas.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Peña Cerdeño AL, Alonso Uría RM, *et al.* Defectos de la pared abdominal. *Rev Cubana Pediatría*. 2004;76(1).
2. Vargas Terceros J, Vargas Cejas G. Defectos congénitos de la pared abdominal. *Revista Médica (México)*. Disponible en: www.scielo.org.bo/pdf/rmcb/v19n19/v19n29a12.pdf
3. Cuervo José L. Defectos de la pared abdominal. *Rev Hosp Niños (B. Aires)*. 2015;57(258):170-90.
4. Visscher M, Narendran V. The ontogeny of skin. *Adv Wound Care*. 2014;3:291-303.
5. Kowalczyk-Quintas C, Willen L, Dang AT, *et al.* Generation and characterization of function-blocking anti-ectodysplasin A (EDA) monoclonal antibodies that induce ectodermal dysplasia. *J Biol Chem*. 2014;289(7):4273-85.
6. Accidental decapitation during delivery. (Letter to the Editor). *Egyptian Journal of Forensic Medicine*. 2014;4:54-5.
7. Delivery suite horror story: Doctors 'killed baby during birth and tried to cover it up with a Caesarean' - Mail Online - 11 october 2012 retrv. Sept 15 2017.