LA MUERTE DE AGUSTÍN LUENGO CAPILLA, LLAMADO "EL GIGANTE EXTREMEÑO". ESTUDIO MÉDICO LEGAL.

THE DEATH OF AGUSTÍN LUENGO CAPILLA, CALLED "THE EXTREMEÑO GIANT." LEGAL MEDICAL STUDY.

SÁNCHEZ UGENA F[1], NARANJO NARANJO MV[2].

RESUMEN.
El presente trabajo es un breve ensayo de carácter médico legal sobre la vida y la muerte de Agustín Luengo Capilla, llamado el Gigante Extremeño. Agustín presentaba un gigantismo acromegálico, sin duda debido a un adenoma de hipófisis en una época, mitad del siglo XIX, en la que se desconocía cual era la causa que esta patología. Su salud era extremadamente delicada y murió en Madrid a la edad de 26 años.

PALABRAS CLAVE: GIGANTE EXTREMEÑO. GIGANTISMO ACROMEGÁLICO. AGUSTÍN LUENGO CAPILLA.

ABSTRACT.
The following work is a brief legal medical essay on the life and death of Agustín Luengo Capilla, known as the Giant of Extremadura. Agustín presented acromegalic gigantism, undoubtedly due to a pituitary adenoma at a time (mid-19th century) when the cause of his pathology was unknown. His health was extremely delicate and he died in Madrid at the age of 26.

KEY WORDS: EXTREME GIANT. ACROMEGALIC GIGANTISM. AGUSTÍN LUENGO CAPILLA.

CONTACTO: Félix Sánchez Ugena. Avenida de Javier Blanco Palenciano S/N. 06006. Badajoz . España. E-mail: felix.sanchez@justicia.es

1. MOTIVOS Y DATOS DE BASE.

Este trabajo no tiene otra pretensión que hacer una recreación del estudio de las causas, mecanismos y circunstancias de la muerte de Agustín Luengo Capilla, el llamado *Gigante extremeño*, tal y como se hubiese podido realizar en la actualidad.

Por una parte, se basa en datos objetivos y contrastados, y por otra, en cuáles pudieran haber sido los hallazgos en una investigación médico legal de estas características, incluida la autopsia. Todo ello a la luz de las técnicas y conocimientos actuales.

Por tanto, en el relato se entremezclan pasado y presente, datos conocidos, suposiciones e hipótesis médicas.

En cualquier caso, quiero advertir que en modo alguno hemos pretendido hacer un estudio clínico profundo y exhaustivo, menos aún endocrino o infeccioso. Se trata de una interpretación clínica de una serie de síntomas y datos médicos conocidos.

Agustín Luengo Capilla nació en un pueblo de la "Siberia extremeña", en plena mitad del siglo XIX. En su entorno no apreciaron nada extraño en el niño.

1. Médico Forense. Jefe de Servicio de Patología. Instituto de Medicina Legal de Badajoz. España.
2. Médico Forense. Jefe de Sección de Laboratorio. Instituto de Medicina Legal de Cáceres. España.

El padre era zapatero. Es de suponer que la economía familiar debía de ser bastante precaria. Los ocho miembros de la familia vivían en una casa de tan solo dos habitaciones. Agustín era el mayor de seis hermanos.

Se sabe que Agustín tuvo un desarrollo físico normal durante la infancia. A partir de la pubertad, se observó que su crecimiento, su talla, era muy superior respecto a los niños de su edad.

En esa época, las personas con alguna patología o anomalía morfológica, como enanismo, microcefalia, hipertricosis, etc. etc., con frecuencia eran exhibidas como atracciones en las ferias.

Parece ser que un día, un empresario de circo portugués se presentó en el pueblo con la intención de hacerse con Agustín para su espectáculo. De un modo u otro, llega a un acuerdo con el padre. Agustín se incorpora al circo y realiza una gira, posiblemente por Andalucía (Figura 1).

FIGURA 1. Cartelería de circo que puede verse en el museo de Agustín Luengo Capilla en Puebla de Alcocer, su pueblo natal. Supuestamente era utilizado por el circo como reclamo para el espectáculo, presentando a Agustín como *El rey de los Gigantes Europeos*.

Su estancia en el circo debió de ser bastante dura. Él mismo, su tamaño, era el espectáculo. Hasta que salía a la pista y se exhibía, tendría que estar oculto, fuera de las miradas de la gente.

Probablemente, salía ataviado con su característico gorro y su cayado. Llevaba los pantalones remangados, para que el público comprobase que no tenía zancos o calzo alguno. A continuación, con una mano, cubría totalmente una hogaza de pan de un kilo. Una vez terminada la demostración, necesariamente volvía a ocultarse, hasta el siguiente pueblo, donde se repetiría el espectáculo.

Desde el inicio de la pubertad, Agustín tiene problemas de salud, problemas que se fueron incrementando con el tiempo.

Unos meses antes de su muerte se desplaza a Madrid, acompañado de su madre, posiblemente para que fuese visto por un médico.

En aquella época, las sesiones de las Sociedades Científicas, de las que Alfonso XII era patrono, se realizaban en el Palacio Real. Periódicamente se reunían y se presentaban inventos, descubrimientos del momento y cuestiones de índole científico o pseudo científico, como sesiones de espiritismo y cosas semejantes.

El Rey tiene conocimiento de la existencia y presencia de Agustín en la Corte y lo invita a una de esas sesiones. De hecho, hay una fotografía con él, acompañado por su madre (Figura 2). Parece ser que Alfonso XII le regala unas botas, que se conservan como tales en el museo dedicado a Agustín en su localidad natal. El 3 de octubre de 1875, el periódico vespertino *La Correspondencia de España,* se hace eco de la noticia:

"Hoy ha sido presentado a S. M. un joven de 26 años, natural de La Puebla de Alcocer, provincia de Badajoz, llamado Agustín Luengo Capilla…".

FIGURA 2. Única fotografía que existe de Agustín. Supuestamente las personas que le acompañan son su madre y el rey Alfonso XII.

Entre los asistentes a la sesión científica en la que se mostró a Agustín, estaba el Dr. Pedro González de Velasco, afamado anatomista de la época y médico antropólogo, que en ese momento estaba montando el Museo Antropológico (Figura 3). Por las características de Agustín, consideró que sería una magnífica adquisición para su museo.

FIGURA 3. El doctor Don Pedro González de Velasco (1815 – 1882). Ilustre médico cirujano y antropólogo español. Fundador del Museo Nacional de Antropología en el año 1875. Practicó la autopsia de Agustín Luengo Capilla y su esqueletización.

Según declara el Dr. Velasco, la madre le cedería el cuerpo de Agustín una vez fallecido *para el bien de la ciencia*, aunque seguramente hubo algún tipo de compensación económica. En cualquier caso, el uno de enero de 1876, el día siguiente de su muerte, el Dr. Velasco se lleva el cadáver al Museo para prepararlo.

Posiblemente su intención sería embalsamarlo para exponerlo, pero por las circunstancias que fuesen, no pudo hacerlo. Ante ello, procedió, en primer lugar, a hacer un molde de escayola de tamaño real (Figura 4) y seguidamente esqueletizarlo. Además, como si de un taxidermista se tratase lo disecó, rellenando la piel del cadáver de Agustín con paja o similar, vistiéndolo con sus propias ropas (Figura 5).

Tanto la figura de escayola como el esqueleto ha podido verse hasta hace muy poco tiempo en el Museo Antropológico Nacional. La preparación de taxidermia estuvo en el museo hasta la década de los años cuarenta del pasado siglo, siendo más que probable que fuese destruida por esas fechas (Figura 6).

FIGURA 4. Fotografía del molde original de Agustín en el museo antropológico del Dr. Velasco. Publicada en el semanario ilustrado *Nuevo mundo* el 18 de mayo de 1928. Durante un tiempo estuvo en el museo de la Universidad Complutense de Madrid. Desde el comienzo de la década de 1990, está ubicado de nuevo en el museo de antropología, bastante deteriorado.

FIGURA 5. Vista del lateral derecho del salón grande del museo antropológico a mediados del siglo pasado. En la galería se observa la preparación de taxidermia del *gigante extremeño*, formada con su piel y con los vestidos que habitualmente usaba. La fotografía fue realizada hacia el año 1941. Poco tiempo después la preparación desapareció. Museo de San Isidro (Madrid), fondo J. Pérez de Barradas, sig. fd2005/1/3747.

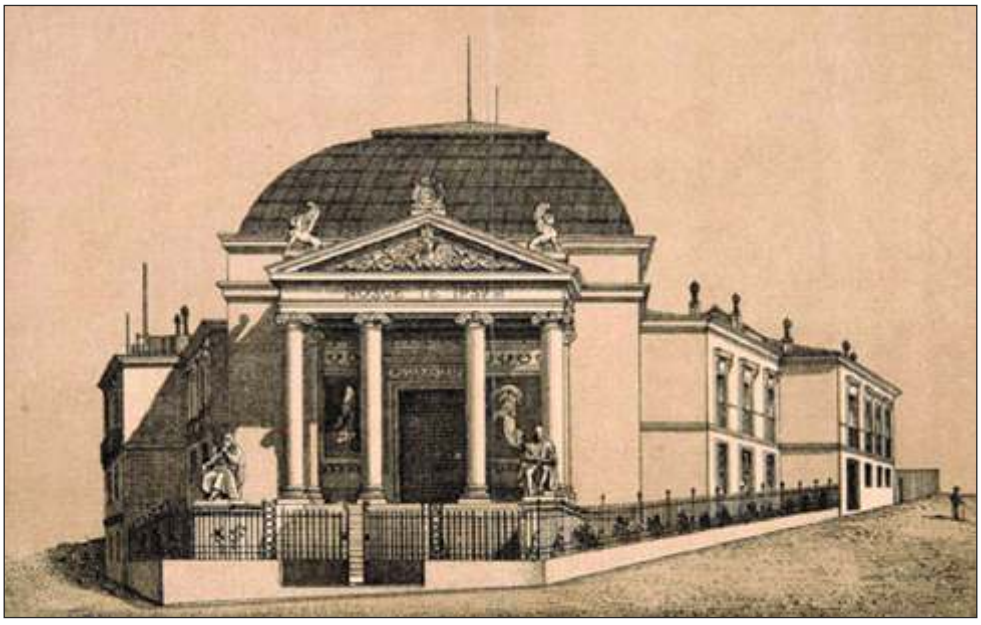


FIGURA 6. El museo de antropología del Dr. Velasco en una litografía de la época. Litografía Brabo. Biblioteca Nacional. Madrid. invent-193; sig.93

2. PRÓLOGO.

La Patología Forense es una rama de la medicina legal, que se encarga de investigar las causas y las circunstancias de la muerte desde una perspectiva jurídica. Trata de responder, de forma científica, a los interrogantes judiciales sobre el fallecimiento de una persona.

El principal objeto de estudio de la Patología Forense es la muerte violenta, es decir, aquellas muertes que se deban a un homicidio, a un suicidio o a un accidente. No obstante, muertes sospechosas de criminalidad, denuncias por posibles negligencias médicas, muertes en custodia, muertes en circunstancias especiales e incluso muertes naturales carentes de certificado médico de defunción, son entre otras, tributarias de estudio médico forense.

Este estudio es complejo, por lo que, en vez de hablar restrictivamente de Autopsia Forense, tenemos que hablar en un sentido más amplio, de Investigación Médico Legal de la Muerte.

La investigación Médico Legal de la muerte como tal se basa en un conjunto de técnicas y procedimientos utilizados para determinar la causa, el mecanismo (alteración fisiopatológica que ocasiona la causa) y el tipo de muerte (natural, suicidio, accidente u homicidio) de una persona. En la investigación se emplean métodos y procedimientos científicos acreditados, que incluyen el examen del cadáver, las pruebas biológicas y materiales disponibles y el examen del lugar de los hechos, que generalmente es el lugar en el que aparece el cadáver.

Para ello, se sigue una metodología que debe emplearse de forma rutinaria. Consiste en el estudio de los antecedentes del caso, el examen del lugar de la muerte, la autopsia forense propiamente dicha y los estudios de laboratorio que se consideren necesarios.

Podría pensarse que es poco verosímil recrear una investigación médico legal de la muerte de una persona que falleció hace siglo y medio. Afortunadamente, en el caso de Agustín, contamos con datos y elementos objetivos.

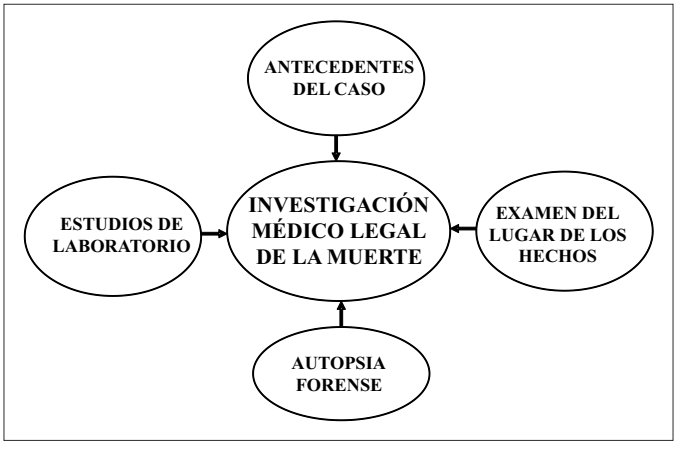
Tenemos su fotografía, lo que nos proporciona datos morfológicos. Tenemos su esqueleto, que permite un estudio antropológico (Figura 7). Y contamos con su molde en escayola, que nos facilita hacer una reconstrucción antropométrica.

FIGURA 7. Esqueleto de Agustín. Hasta finales del año 2022 estuvo expuesto en una sala del Museo Antropológico Nacional en Madrid.

También contamos con un documento excepcional. Se trata de una reseña aparecida en el Diario de Avisos de Madrid del día 21 de julio de 1878. En él, en uno de los apartados, concretamente en Variedades, se hace referencia a la presentación por parte del Dr. Velasco del esqueleto de Agustín en la Exposición Universal de París de ese año. En el texto se recogen, además de cuestiones personales y familiares de Agustín, una descripción de los hallazgos anatómicos que el doctor observó al hacer la autopsia y preparación del cadáver Agustín.

Otro documento que existe y hemos podido examinar, es la inscripción de la defunción de Agustín en el Registro Civil de Madrid. Es un hecho curioso que la inscripción en este Registro tuvo lugar el 31 de enero de 1876, es decir, un mes después de su muerte, cosa inconcebible en la actualidad. Este documento, que puede consultarse en los anexos al final del libro, nos da un dato revelador sobre la causa de su fallecimiento, que más adelante analizaremos.

La Investigación Médico Legal de la Muerte se articula, como hemos dicho, en cuatro fases correlativas bien definidas, que expondremos a continuación.



3. ANTECEDENTES.

Sabemos que Agustín Luengo Capilla nace el viernes día 15 de agosto de 1849, en el número 10 de la calle Colón, en la localidad extremeña de Puebla de Alcocer, provincia de Badajoz.

Su desarrollo-métrico ponderal durante la infancia fue normal, como correspondía a los niños de esa edad.

Está constatado que, a partir de los 14 años, coincidiendo con el desarrollo puberal, su talla empezó a ser superior al promedio de la población, de modo que *a los* 17 *años tenía la corpulencia de cualquier hombre*[(3)].

Al mismo tiempo que crecía en exceso, su estado de salud se deterioraba progresivamente. El Dr. Velasco nos dice que padecía tuberculosis con afectación ósea y que con frecuencia sufría dolor de cabeza. Además, empezó con trastornos en la articulación del lenguaje, circunstancia que el Dr. Velasco describió como que *con el tiempo se le fue entorpeciendo el habla.*

Dado su delicado estado de salud, sus padres deciden llevarlo a un balneario. Concretamente lo llevan a Baños de Fuensanta, en la localidad de Los Pozuelos de Calatrava, provincia de Ciudad Real, situado a 120 Km de su pueblo natal.

Este balneario era conocido en esa época por las propiedades curativas de sus aguas ferruginosas y bicarbonatadas y por la gran cantidad de ácido carbónico libre que contenían.

Entre las dolencias de Agustín estaba también la pérdida de visión. Se le diagnosticó que padecía *Gota Serena*.

Este término se utilizaba en esa época, antes de la aparición del oftalmoscopio, para describir la ceguera en los casos en los que no se objetivaba alteración o anomalía alguna en el ojo.

Después de una gira con el circo por diversas ciudades y pueblos, de la que no sabemos la duración, en agosto de 1875, acompañado por su madre, llega a Madrid, posiblemente a buscar asistencia médica, en tanto que su salud se deterioraba con rapidez.

Madre e hijo se hospedan en el Mesón de Cádiz (Figura 8), un parador-taberna situado en el número 125 de la calle de Toledo de la capital.

FIGURA 8. El mesón de Cádiz en una fotografía de la época. Estaba el número 125 de la Calle de Toledo. En él se alojó Agustín Luengo Capilla desde finales de agosto de 1875, hasta su muerte el 31 de diciembre de ese mismo año.

3. Los fragmentos de texto que a partir de ahora aparecen en letra cursiva son una transcripción literal de lo referido por el Dr. Velasco. Constan en la página 3 del Diario de Avisos de Madrid, de fecha 21 de julio de 1878.

A partir de entonces tiene un empeoramiento de su ya precario estado general. Recibió asistencia por parte de un médico de la beneficencia, colega del Dr. Velasco.

Está documentado que el dolor en la rodilla izquierda se intensificó y que progresivamente se fue generalizando por todo el cuerpo. Además, *las piernas se le empezaron a hinchar*.

Debido a este deterioro físico, desde el 18 de octubre de ese año se vio obligado a guardar reposo en cama. Poco más de dos meses después, sin haberse levantado de ella, Agustín muere a las 18 horas del viernes día 31 de diciembre de 1875. Tenía 26 años.

Como dijimos, tenemos la inscripción de la defunción de Agustín en el Registro Civil de Madrid. En este documento consta que, según las certificaciones facultativas presentadas, la causa de la muerte fue “astenia”.

La astenia no es una enfermedad en sí misma, sino un síntoma, consistente en un estado de debilidad que interfiere con las actividades de la vida cotidiana de una persona. Es un síntoma común a muchas enfermedades que cursan con deterioro, más o menos importante, del estado general. Por lo tanto, la astenia no es una causa de muerte, sino un estado de cansancio físico intenso, de origen patológico, ya sea físico o psíquico.

Por lo que se ha expuesto hasta ahora, tenemos datos acreditados muy significativos desde el punto de vista clínico que, una vez integrados con los hallazgos necrópsicos, nos van a permitir hacer con cierta fiabilidad los diagnósticos médicos.

Estos datos son, por un lado, la enfermedad tuberculosa, las cefaleas y la pérdida de visión y, por otro, la hinchazón de las piernas (edema celular subcutáneo) y el cansancio intenso (astenia).

Estos dos últimos síntomas clínicos, significativamente acentuados pocos meses anteriores a su muerte, hablan en favor de un cuadro de insuficiencia cardiaca, proceso patológico no frecuente en un individuo joven, cuyo origen vamos a tratar de establecer posteriormente.

4. LEVANTAMIENTO DEL CADÁVER.

En nuestra legislación el examen del lugar de los hechos está íntimamente relacionado con el Levantamiento del Cadáver.

Se trata de una Diligencia Judicial, es decir, de una actuación judicial. En el lugar donde aparece el cadáver, que generalmente suele ser el mismo donde se ha producido el fallecimiento, se persona la denominada Comisión Judicial.

Esta Comisión está integrada por el Juez de Instrucción, el Fedatario Judicial, actualmente llamado Letrado de la Administración de Justicia, un Médico Forense y el Personal de Auxilio Judicial, los antiguos alguaciles.

Durante ella, el Juez inspecciona el lugar y se hace una primera impresión de lo sucedido, sin perjuicio de los posteriores informes periciales. El Médico Forense examina el cadáver, debiendo comprobar en primer lugar la realidad de la muerte y estimar cuándo pudo haber ocurrido. De todo lo observado el fedatario levantará acta.

El objetivo del levantamiento es examinar el cadáver in situ y recoger datos e indicios que permitan o ayuden a conocer las circunstancias de la muerte.

Se hará una primera aproximación para determinar si se trata de una muerte de carácter natural, de un suicidio, de un homicidio o de un accidente. Especial relevancia tiene averiguar la posible intervención de terceras personas en el fallecimiento.

La inspección del lugar de los hechos es algo irrepetible, por lo que deber ser lo más exhaustiva y minuciosa posible, recogiendo cuantos datos se puedan, con vistas a poder realizar una posterior reconstrucción de los mismos.

En nuestro caso, siendo las últimas horas de la

tarde del día 31 de diciembre de 1875, la Comisión Judicial se personaría en el Mesón de Cádiz, situado en el número 125 de la calle de Toledo (Figura 9).

FIGURA 9. Fotografía del inicio de la calle de Toledo. Fue tomada en el año 1905, a la altura del número 35, justo antes de llegar a la Colegiata de San Isidro.

Tras atravesar un callejón cubierto al final del cual hay una parra y llegar al cuarto patio, accedería a la habitación donde se encuentra el cadáver de Agustín. A la luz de los candiles se observa que está tumbado boca arriba, sobre dos colchones de paja puestos en el suelo, ya que su considerable talla no le permite acostarse en una cama de tamaño normal. Viste una camisola sucia y lo cubren varias mantas.

Examinado por el Médico Forense, comprueba que es cadáver y que debe llevar muerto unas tres horas. No aprecia signo alguno de violencia.

La habitación es sobria. No se observa desorden alguno. Hay una silla en la que están las ropas que solía vestir Agustín. En un rincón hay un bastón de madera con un sombrero rojo sobre la empuñadura.

A su lado se ve una bacinilla de loza blanca y una mesita de noche. Sobre esta, un frasco de vidrio de un preparado farmacéutico en cuya etiqueta se lee: LÁUDANO.

Por todo ello se estima que debe tratarse de una muerte de carácter natural, cuya causa se determinará tras la práctica de la autopsia.

Hay que hacer constar que la madre de Agustín solicita al Juez poder vestir a su hijo con la ropa que usaba habitualmente, lo cual se le autoriza.

Una vez firmada el acta redactada por el fedatario, el juez ordena el levantamiento del cadáver y su traslado al lugar donde se le vaya a practicar la autopsia.

5. LA AUTOPSIA.

La autopsia Médico Legal o Autopsia Forense necesariamente tiene que ser completa, ordenada y sistematizada. Siempre se tienen que abrir, como mínimo, las tres cavidades anatómicas, es decir, el cráneo, el tórax y el abdomen. Eventualmente, en especial en los casos de muertes violentas, habrá que hacer el estudio de la cara, del raquis, de la espalda y de extremidades.

La autopsia forense consta de tres fases fundamentales: examen externo del cadáver, examen interno y toma de muestras para estudios de laboratorio.

En el examen externo se trata de recopilar datos relativos a la identificación del cadáver. Se estudian los vestidos y los objetos personales. Se valoran los fenómenos cadavéricos y los fenómenos putrefactivos. Y, fundamentalmente, se examina la superficie corporal buscando posibles heridas o lesiones de cualquier naturaleza, así como cualquier otro dato de interés forense.

Para el examen necrópsico de Agustín, dada su extraordinaria talla, es necesario ampliar la superficie de la mesa de autopsias mediante un suplemento para colocar las piernas del cadáver.

Sobre la mesa de autopsias está el cuerpo en decúbito supino, envuelto en una sábana blanca, limpia. Sobre él, hay un bastón de madera de color oscuro, tipo cayado, que mide 1.5 metros de longitud, y un sombrero de color rojo, en el que puede leerse por su parte interna "INDUSTRIA MALAGUEÑA. Málaga".

Se trata del cadáver de una persona de una edad cronológica de 26 años, raza caucásica y sexo masculino. Presenta un aspecto marcadamente dimorfo debido a su talla y a su biotipo, que más adelante pasaremos a detallar.

Mide 230 cm de talla en decúbito supino. Sus miembros son de una longitud muy superior al promedio. Tiene un peso de 97.5 kilogramos, el equivalente a *ocho arrobas y quince libras.* El estado nutricional es deficiente, con un índice de masa corporal de 18.34 Kg/m^2,lo cual indica bajo peso.

Viste un gabán largo de tela de cuadros blancos y verdes; jersey de lana marrón, camisa blanca, calzones blancos, calcetines blancos y botas de cuero marrones, correspondientes a una talla de calzado del número 52.5.

Las prendas se retiran cuidadosamente. Están muy usadas. No presentan roturas, desgarros ni manchas de interés Médico Legal.

Salvo el bastón y el sombrero descritos anteriormente, no lleva otros enseres personales.

Los fenómenos cadavéricos son aquellas manifestaciones que aparecen en el cuerpo una vez que cesan las funciones vitales, es decir: la respiración, la circulación sanguínea y la actividad neurológica. Tras el cese de estas funciones, el organismo queda a merced del medio ambiente y del propio medio interno, produciéndose así estos fenómenos, que son el enfriamiento, la rigidez, las livideces y la deshidratación.

El hombre, como todos los mamíferos, es un ser homeotermo. Mantienen una temperatura corporal constante debido a los procesos metabólicos. Cuando, tras la muerte, el metabolismo se detiene, el cuerpo tiende a equilibrar su temperatura con la del medio externo. Estamos en invierno. La temperatura ambiente es baja. El cadáver de Agustín está frío al tacto.

Al cesar la circulación sanguínea, debido a la acción de la gravedad, la sangre tiende a depositarse en los planos declives del cadáver. La sangre distiende los capilares y en consecuencia, aparecen en esos planos manchas o zonas de coloración rojiza, llamadas livideces cadavéricas. Si el cuerpo está boca arriba las livideces serán visibles en la espalda. Por el contrario, si está boca abajo, aparecerán en los planos ventrales. El cadáver de Agustín tiene livideces bien visibles en la espalda. Son de tonalidad clara, seguramente debido a un cuadro de anemia.

Inmediatamente que se produce el fallecimiento, hay una relajación muscular total. Con el tiempo, en cuestión de horas, comienza una lenta contracción muscular generalizada, que suele alcanzar su máxima intensidad alrededor de las veinticuatro horas. Es la rigidez cadavérica. Con los fenómenos putrefactivos, aproximadamente un día y medio tras la muerte, comienza a desaparecer. La rigidez del cadáver de Agustín es intensa y generalizada.

Además, el cuerpo sin vida sufre un proceso de deshidratación. Esto en más evidente en los ojos. La deshidratación hace que la esclerótica adelgace y adquiere un color negruzco y que la córnea pierda su transparencia y se ponga turbia. Los ojos de Agustín tienen estos dos fenómenos. Son la mancha negra ocular y la turbidez corneal.

Morfológicamente el cuerpo es el de un sujeto de aspecto longilíneo, es decir, de biotipo leptosómico. Existe un marcado predominio del eje longitudinal del cuerpo respecto al horizontal. Los miembros son llamativamente largos y predominan sobre el tronco. La talla es mayor que la distancia comprendida entre las extremidades de los dedos manteniendo los brazos abiertos en cruz (brazada). El abdomen está deprimido (Figura 10).

FIGURA 10. Reproducción en tres dimensiones del molde de Agustín. Está expuesto el museo de Puebla de Alcocer.

El cabello es negro, fuerte, crespo y rizado. La cara tiene un diámetro vertical muy considerable y la mandíbula inferior presenta un prognatismo extraordinario y una oblicuidad muy grande, excediendo su borde alveolar lo menos pulgada y media (el equivalente a 3.8 centímetros) *del nivel los maxilares inferiores.*

La piel es pálida y el vello corporal escaso. Las manos son grandes, con una longitud de 40 cm. El tamaño de ambos pies es muy superior a la media, con una distancia punta-talón de *cerca de 35 centímetros de longitud*.

El aparato genital externo, principalmente el pene, es rudimentario y tiene las dimensiones del de un niño de diez o doce años.

Es muy llamativo el intenso edema en el tejido celular subcutáneo en ambas piernas, *edema en los pies, hacia los maleolos,* dejando una marcada fóvea a la presión con la punta de un dedo.

La deformidad de ambas rodillas es muy evidente, especialmente la izquierda que tiene un volumen considerable. Los pies también presentan deformidad, debido a la existencia de hallux valgus bilateral (juanetes); *los pies, especialmente los dedos gordos, como acaballados* (Figura 11).

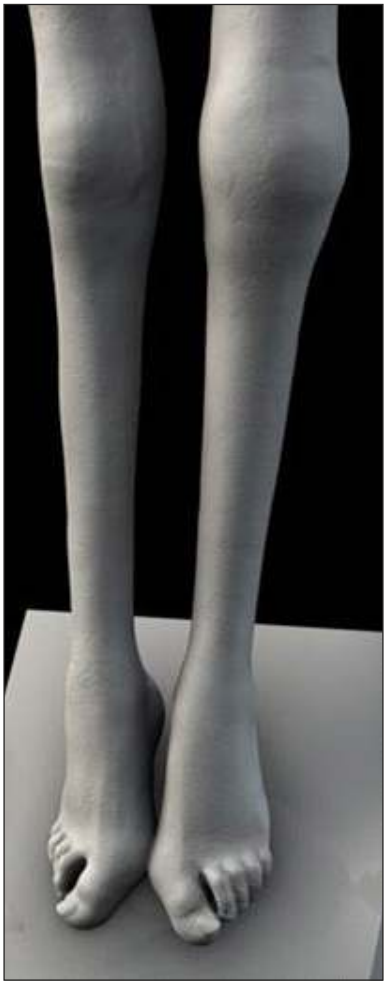


FIGURA 11. Detalle del mismo molde de las extremidades inferiores. Es llamativo la tumefacción de la rodilla izquierda y el hallux valgus (*juanetes*) bilateral.

Por último, tras examinar cuidadosamente la superficie corporal, no se objetiva ningún tipo de lesión ni signo alguno de violencia.

Antes de comenzar el examen interno, procedemos al estudio del cadáver mediante técnicas radiológicas. Es muy significativa la imagen de la rodilla izquierda, en la que entre otros hallazgos, se observa la persistencia del cartílago de conjunción, algo impropio en un sujeto de 26 años. Posteriormente haremos una valoración al respecto.

Dado el interés científico del caso y en previsión de que pueda ser esqueletizado con fines antropológicos y didácticos, no se procede a la abertura de la cavidad craneal, tal como hiciese el Dr. Velasco. Para el estudio de la extremidad cefálica se opta por la realización de una radiografía convencional y una tomografía computarizada (TC).

En la radiografía simple de cráneo no se observan líneas de fracturas, lo cual descarta la existencia de un traumatismo craneoencefálico. En la TC no se observan hemorragias meníngeas, parenquimatosas ni intraventriculares, lo cual excluye la posibilidad de un accidente cerebro vascular agudo, lo que clínicamente se denomina ICTUS.

En la base craneal, a nivel de la Silla Turca, se observa una masa de consistencia sólida ocupante de espacio. Comprime las estructuras adyacentes. Radiológicamente, podría corresponder a un tumor intracraneal tipo adenoma de hipófisis, quedando el diagnóstico a expensas del estudio histopatológico.

Para el estudio interno del cadáver procedemos a su abertura mediante una incisión medial mentopubiana, según el método de Virchow. La extracción visceral se realiza en masa, mediante la Técnica de Letulle, *desde la lengua hasta el recto sigmoides*.

Es llamativo el tejido celular subcutáneo: s*umamente escaso y pálido*. Los músculos en general presentan un aspecto *atrofiado y pálido y en los tendones y ligamentos se notaba un color amarillento más pronunciado que de ordinario*.

Las venas yugulares aparecen dilatadas y repletas de sangre. No se observan lesiones en las partes blandas, músculos ni tejido celular subcutáneo. Tampoco en las estructuras osteocartilaginosas, hueso hioides y cartílago tiroides. Las arterias carótidas y las venas yugulares están indemnes.

Estos hallazgos indican un cuadro de insuficiencia cardiaca. Por otro lado, se puede descartar violencia sobre el cuello, tal como ocurre en las ahorcaduras o estrangulaciones.

En el tórax llaman la atención las costillas, que carecen de la consistencia y dureza de esperar en un sujeto de 26 años. Están marcadamente osteopénicas. Los espacios intercostales son estrechos y verticalizados, como corresponde a un sujeto rectilíneo.

La jaula torácica presentaba, con la parte lateral izquierda de la columna dorsal, una inclinación un poco mayor de la curvatura habitual. Los pulmones no presentaban nada particular pues se dilataban perfectamente con la insuflación, lo que denotaba bien su permeabilidad. Los bronquios, tráquea y laringe, con las pleuras, en el estado normal. Lo mismo el corazón y los grandes vasos que en el empezaban y acaban. También fue inyectado para observar mejor su forma y dimensiones, que son normales.

Extraído todo el tubo digestivo, desde la boca hasta el ano, mide 12 metros y nada presentaba de particular en su estructura y calibre, excepto los intestinos gruesos que tienen forma abolsada algo más pronunciada y su capacidad algo mayor que de ordinario. Las glándulas salivares, como así mismo el hígado, el bazo y el páncreas, nada presentan de extraordinario.

El bazo y el hígado están intensamente congestivos. El estómago contiene una pequeña cantidad de líquido claro, sin caracteres organolépticos significativos.

En la autopsia génito urinaria se aprecia que *los riñones eran un poco más voluminosos que de ordinario y sus uréteres son normales; la vejiga de la orina tenía la figura cónica y se parecía mucho a la de la mujer con base ancha, vértice truncado. Los testículos eran muy pequeños,*

del tamaño de una haba; los conductos deferentes no representaban la consistencia del tejido dartóideo y eran muy estrechos y delgados; las vesículas seminales y la próstata, extraordinariamente rudimentarias. Esta podría compararse bien a la de un niño de doce años, y eran membraniformes, sumamente reducidas en sus dimensiones aquellas, que carecen de abolladuras y domas características que las distinguen. No he podido encontrar las glándulas de Cowper o de Littré.

Todas las articulaciones se encuentran en estado normal, a excepción de la rodilla izquierda y algo de la derecha, donde se ve una escasa cantidad de sinovia, de un color rojizo, sin alteración alguna en los cartílagos diartrodiales ni en los ligamentos. Los vasos arteriales y venosos presentaban un calibre que no guarda proporción con las dimensiones y la estatura del individuo.

El esqueleto tiene todas las epífisis completamente separadas de las diáfisis.

Como parte fundamental de la investigación médico legal de esta muerte, tomamos muestras para los estudios de laboratorio. Los fluidos, sangre y orina, se obtienen mediante punciones: sangre periférica de las venas femorales y orina mediante punción suprapúbica. Los tejidos se muestrean tras la extracción visceral, salvo la tumoración intracraneal, que se extrajo por punción trans-nasal con trocar.

6. ESTUDIO HISTOPATOLÓGICO.

El informe histopatológico nos indica los siguientes diagnóstico:

a) El tumor hipofisiario tiene las características de un macro adenoma somatotropo pobremente granulado. Los adenomas hipofisarios son neoplasias benignas originadas en células de la adenohipófisis. Se trata de los tumores más habituales en la silla turca y constituyen un 10-15% de las neoplasias intracraneales.

b) El corazón tiene un tamaño superior al promedio. Los ventrículos están hipertrofiados y dilatados, constituyendo lo que se denomina miocardiopatía acromegálica. También se aprecian focos dispersos de fibrosis intersticial miocárdica y fibrosis valvular.

c) Los pulmones están congestivos y edematosos. Hay focos confluyentes de bronconeumonía. Se observa también un nódulo calcificado, en relación con una lesión tuberculosa.

d) En el hígado es muy significativa la imagen en nuez moscada, propia de una congestión pasiva crónica. Se trata de un hallazgo propio de los cuadros de insuficiencia cardiaca mantenida. Además, hay áreas de necrosis y hemorragia centrolobulillares.

e) El estudio de la membrana sinovial ha puesto de manifiesto, mediante tinciones histológicas específicas, la presencia de bacilos tuberculosos. Por tanto, estaríamos ante una tuberculosis osteoarticular.

8. ANÁLISIS QUÍMICO TOXICOLÓGICO

Las determinaciones efectuadas han detectado en sangre morfina (0.002 mg/l) y alcohol etílico (0.12 g/l). En orina se ha cuantificado 0.01 mg/l de morfina.

La morfina es un alcaloide del opio. Se trata de una sustancia usada con frecuencia como analgésico, aunque no es su única indicación. La concentración hallada en la sangre se considera dentro del intervalo terapéutico para esta sustancia.

La concentración de alcohol etílico o etanol detectada en sangre es mínima. Su presencia puede ser debida a la ingesta de bebidas alcohólicas, o lo que es más probable en este caso, a su uso como excipiente en un preparado farmacológico.

9. CONSIDERACIONES MÉDICO FORENSES.

El objetivo del estudio Médico legal de la muerte no es otro que realizar un informe y establecer unas conclusiones que permitan al Juez dictar una resolución. En los casos en los que no haya indicios de criminalidad, como por ejemplo en las muertes naturales, se procede al sobreseimiento o al archivo del procedimiento. A veces, por el contrario, las actuaciones judiciales continúan, como en los casos de muertes violentas, con posibles implicaciones de terceras personas. Aquí tendrían cabida la práctica de nuevas diligencias, como la declaración de investigados y de testigos, ampliación de los informes forenses, admisión de informes periciales privados e incluso la práctica de una nueva autopsia, si procediese.

Para ello, es necesario un razonamiento científico-médico, que permita establecer un nexo causal entre las operaciones practicadas, incluida la autopsia y las conclusiones. Es lo que se denomina consideraciones médico forense.

El crecimiento y el desarrollo del ser humano es el proceso biológico mediante el cual, se produce el aumento progresivo de la masa corporal y del tamaño de la persona. Durante el mismo, tienen lugar una serie de cambios morfológicos, fisiológicos y funcionales, que afectan a todo el organismo. El crecimiento termina cuando el individuo adquiere las características psicofísicas del sujeto adulto.

Este proceso es muy complejo. En él intervienen factores múltiples, tanto de tipo genético como no genético. Entre estos últimos, están los nutricionales, la integridad funcional y metabólica de todos los órganos, los ambientales y, sobre todo, los hormonales.

La principal hormona responsable de esto es la hormona del crecimiento o GH. También se denomina somatotropina. Se trata de una hormona de naturaleza proteica. Se produce y es segregada en una glándula situada dentro del cráneo. Concretamente se origina en una parte de la glándula hipófisis, la adenohipófisis. La función principal de esta hormona, que no la única, es el control del desarrollo corporal y del crecimiento de los huesos.

Además de regular el crecimiento, la GH intervine en el metabolismo y en el balance electrolítico. Aumenta la lipolisis, lo que permite la movilización de lípidos, que constituyen la reserva de combustible en el tejido graso hacia los tejidos periféricos, para

La hipófisis también regula actividades de otras glándulas, sintetizando diversas hormonas, de ahí que se le denomina la “glándula maestra”. Segrega las siguientes hormonas:

- La hormona folículo estimulante (FSH) y la hormona luteinizante (LH). Regulan la función de los ovarios y de los testículos.

- La corticotropina, que es la hormona estimulante de la corteza suprarrenal (ACTH). Estimula la secreción de cortisol, el cual participa en las situaciones de estrés.

- La prolactina (PRL). Encargada del inicio de la secreción láctea tras el parto.

- La Tirotropina u hormona estimulante del tiroides (TSH). Estimula la producción de hormonas tiroideas.

- La hormona antidiurética o vasopresina (SDH). Facilita la retención hídrica en los riñones.

- La oxitocina. Estimula las contracciones de parto, acelerando el trabajo de expulsión del feto.

Como hemos dicho, anatómicamente la hipófisis se localiza en la base del cráneo, concretamente en una estructura en forma de hueco que existe en el hueso esfenoides. Dada su morfología, esta estructura anatómica se denomina Silla Turca. La hipófisis es de poco tamaño. Mide entre 12 y 15 milímetros de diámetro y pesa menos de un gramo.

Aunque no es frecuente, en ocasiones y de forma patológica, se produce un aumento de la secreción de esta hormona, lo que da lugar a dos síndromes clínicos que, aunque tienen una misma causa, presentan características diferentes y bien definidas. Estos síndromes son la Acromegalia y el Gigantismo, dependiendo

del momento del desarrollo corporal en que nos encontremos.

Si la sobreproducción de hormona de crecimiento tiene lugar en la edad adulta, cuando el crecimiento ya ha alcanzado su máximo desarrollo y el proceso de osificación ha finalizado, el síndrome que aparece es la Acromegalia.

La Acromegalia se caracteriza clínicamente por un crecimiento óseo distal excesivo. Se produce el abombamiento del hueso frontal del cráneo y el aumento del tamaño de las manos y de los pies. Los pacientes en esta fase se quejan de que los guantes y los zapatos les quedan chicos. También crece la mandíbula (prognatismo) y la ampliación de la separación entre los dientes incisivos. A ello se añade el crecimiento de los tejidos blandos, lo que hace que los rasgos faciales de estos enfermos adquieran un peculiar aspecto tosco, con una nariz grande y carnosa.

Se producen otras muchas alteraciones. Las que peor pronóstico tienen son las que interesan al sistema cardiovascular. Entre estas patologías están la cardiopatía isquémica, las miocardiopatías con procesos arrítmicos asociados, la hipertrofia ventricular izquierda, la disminución de la función diastólica y la hipertensión arterial.

Sin embargo, cuando el exceso de producción de la hormona del crecimiento se produce antes de la pubertad, es decir, antes de que se termine el desarrollo corporal del individuo y antes de que la osificación haya finalizado, se produce el Gigantismo.

En este caso, a las alteraciones producidas por el exceso de hormona del crecimiento que hemos visto anteriormente, se añade una talla extraordinaria del individuo.

Desde el punto de vista fisiopatológico el exceso de secreción de la hormona de crecimiento se debe generalmente a la existencia de un tumor benigno de la hipófisis, tumor que se denomina adenoma hipofisiario.

En el caso de Agustín, casi con toda seguridad, nos encontramos ante un cuadro de gigantismo hipofisiario, debido a un adenoma de hipófisis, no solo porque esta sea la causa más frecuente de hipersecreción de hormona de crecimiento sino por el cortejo sintomático acompañante que presentaba.

La hipersecreción de hormona de crecimiento se debe en el 95 % de los casos a un tumor benigno llamado adenoma hipofisiario y el resto a otro tipo de tumores neuroendocrinos con secreción de GH.

La acromegalia o el gigantismo no es la única patología que produce el adenoma hipofisiario. El cráneo es literalmente un estuche óseo cerrado, salvo el agujero occipital, por donde sale la médula espinal hacia el canal vertebral.

El aumento de volumen de la hipófisis ocasionado por el adenoma, crea un conflicto de espacio más o menos severo según su tamaño. En primer lugar, esto ocasiona cefaleas crónicas, es decir dolor de cabeza continuo. Además, el tumor comprime, como mínimo, dos estructuras adyacentes. El quiasma óptico, lo que produce alteraciones visuales, y el hipotálamo, que es una región del encéfalo que controla el funcionamiento del sistema nervioso y la actividad de la hipófisis, con la consiguiente alteración en la producción de distintas hormonas.

Evidentemente el Dr. Velasco no pudo intuir la existencia del adenoma por dos circunstancias. En primer lugar, porque no realizó la autopsia craneal para poder exhibir el esqueleto íntegro: *nada puedo decir del sistema nervioso central de la vida de relación, médula, cerebro etc., que no examiné por no mutilar el esqueleto; pero el gran simpático no presentaba nada de particular.* En segundo lugar, porque hasta unos años después no se relacionó la acromegalia con la existencia de un tumor hipofisiario. En 1886, Pierre Marie, neurólogo francés, hizo la primera referencia al respecto.

Recordemos que la talla del cadáver de Agustín era de 230 centímetros. Hay datos que indican que en vida su talla llegó a alcanzar los 234

centímetros. Este dato puede tener cierta fiabilidad, ya que, como describió en Dr. Velasco, Agustín tenía una desviación de columna hacia la izquierda, es decir, una escoliosis. Eso justificaría esa diferencia métrica. De cualquier modo, en esa época, en la que la talla media de un individuo de sexo masculino era de unos 160 centímetros, Agustín debió de ser un fenómeno extraordinario.

Es muy significativa la descripción efectuada por el Dr. Velasco y que podemos apreciar perfectamente en el esqueleto de Agustín. Nos referimos a que los cartílagos de conjunción de los huesos, especialmente los largos, no llegaron a fusionarse, es decir, que las epífisis óseas aún no se habían cerrado completamente.

El cartílago de conjunción es la parte del hueso por la que se produce el crecimiento de esta estructura. Cuando se osifica, el individuo deja de crecer. La causa de esta osificación se debe a la acción de las hormonas sexuales: los estrógenos en la mujer y los andrógenos en el hombre. En la pubertad hay una gran producción de estas hormonas. Entre las acciones de estas hormonas están incrementar y acelerar el crecimiento del individuo, pero también tiene efectos sobre el cartílago de conjunción, favoreciendo su osificación. De ahí que al final de la pubertad el crecimiento se detenga.

En la práctica, en el caso del varón la pubertad se inicia entre los 9 y los 14 años, alcanzándose la madurez en torno a los 21 años. En la mujer la pubertad se inicia antes, entre los 8 y los 13 años, llegándose a la madurez sobre los 17 años.

Desde un planteamiento puramente teórico, teniendo en cuenta estos datos, podemos considerar que, dado que las epífisis no se habían soldado, Agustín podría haber seguido creciendo si hubiese tenido un aporte nutricional adecuado.

Es un dato curioso el hecho de que el tubo digestivo de Agustín midiese 12 metros, mientras que el promedio en un adulto en la actualidad, está en torno a los 9 metros de longitud.

De forma coetánea con Agustín, existió otro caso documentado de Gigantismo. Se trataba de Miguel Joaquín Eleizegui Arteaga, conocido como el Gigante Vasco (Alzo, Guipúzcoa; 1818-1861).

Murió de tuberculosis a los 43 años y llegó a pesar 203 Kg. A lo largo de su vida tuvo varias mediciones oficiales, que aún pueden verse en la pared de la parroquia-iglesia de San Salvador de Alzo. En ella, están marcadas en la pared, con cinceles, la altura y la anchura del gigante. En la primera medición la talla fue de 210.3 cm; 225 cm en la segunda; 235.7 cm en la tercera y 242.1 cm en la última, antes de su muerte.

Ahora bien, el gigantismo no solo es una enfermedad o proceso patológico limitado al crecimiento desmesurado del individuo. Es un problema sistémico, es decir, con repercusiones en diferentes órganos y sistemas del organismo.

Una de las repercusiones más comunes es que se suelen producir alteraciones en la producción de otras hormonas. Entre ellas están las hormonas sexuales, lo que implica que se inhiba el desarrollo sexual y genital del individuo, así como la capacidad reproductiva. La falta de desarrollo sexual se denomina hipogonadismo. En nuestro caso, basándonos en la descripción efectuada por el Dr. Velasco, podemos afirmar que Agustín lo sufría y, por tanto, tenía una disfunción sexual. Es precisamente por esta falta de hormonas sexuales masculinas, es decir de andrógenos, por lo que las epífisis no se le habían fusionado y los caracteres sexuales primarios, el aparato genital, no se habían desarrollado.

Cuando existe asociación de gigantismo e hipogonadismo, el síndrome que aparece se denomina Gigantismo Eunucoide, que es el diagnóstico que debe hacerse en Agustín y no el de Acromegalia.

Es de señalar que, en los casos de Agustín, de Miguel Joaquín y de otros muchos casos documentados de Gigantismo, se hace el erróneo diagnóstico de acromegalia y no de Gigantismo Hipofisiario. En la acromegalia no hay incremento de la estatura del individuo, ya que, por definición, el aumento de la secreción

de GH tiene lugar una vez cerradas las epífisis y por tanto no es posible.

Además, en esta enfermedad es frecuente que aparezcan otras alteraciones. Entre ellas están la diabetes y el incremento de las cifras de colesterol y de triglicéridos, lo cual evidentemente aumenta el riesgo de sufrir enfermedades cardiacas y por tanto muerte a edades tempranas. También se acompaña de síntomas menores, como cansancio y debilidad muscular, problemas circulatorios en las piernas, edemas de partes blandas, dolores de cabeza y otros.

Otra repercusión constatable de su enfermedad es el prognatismo, es decir, el excesivo crecimiento de la mandíbula. Esto produce un importante defecto, no solo de carácter estético, sino también funcional. Se ocasiona una desalineación entre el maxilar superior y la mandíbula, impidiendo el correcto encaje de la boca al cerrarla y por tanto dificultad para hablar, morder y masticar (Figura 12). Este dato está corroborado por el Dr. Velasco, que refiere que a Agustín *se le entorpeció el habla*.

FIGURA 12. Fotografía del cráneo de Agustín en la que puede observarse el intenso prognatismo.

También son frecuentes las alteraciones de la vista debido a la compresión del quiasma óptico por parte de la masa tumoral hipofisiaria, es decir, del adenoma. Recordemos que Agustín comenzó tempranamente a perder visión, y al no conocerse cuál pudiera ser la causa de esta pérdida, fue diagnosticado de *gota serena*. Es evidente que esta pérdida de visión tuvo que deberse, en el contexto de su sintomatología, a la existencia de un adenoma hipofisiario.

Desde el punto de vista psíquico, el gigantismo eunucoide suele ir asociado a un cierto grado de infantilismo o puerilismo mental. A este respecto, el Dr. Velasco refiere que cuando conoció a Agustín, *hablaba poco y en toda su enfermedad se quejó de los dolores ya dichos de la rodilla*.

En otro orden de cosas, la tuberculosis es una de las enfermedades conocidas desde hace mucho tiempo, desde la más remota antigüedad. Se estima que ya existía hace 15.000 o 20.000 años. Se trata de una enfermedad infectocontagiosa, granulomatosa crónica, producida por un germen denominado micobacteria tuberculosa bacilo de Koch. Se

suele contraer en la infancia. El contagio se facilita por la vida en hacinamiento en habitaciones pequeñas y mal ventiladas. Recordemos que los ocho miembros de la familia de Agustín convivían en una casa de dos habitaciones.

La tuberculosis afecta fundamentalmente a los pulmones, ya que la vía de penetración del germen es fundamentalmente la respiratoria. Pero en ocasiones, se disemina por vía sanguínea pudiendo afectar a otros muchos órganos e incluso a huesos y articulaciones.

En los últimos tiempos de la vida de Agustín la tuberculosis había afectado severamente a las articulaciones de las rodillas, especialmente la izquierda, ocasionándole intensos dolores, lo cual tendría que dificultar notablemente su capacidad de deambulación, de ahí que usara un bastón como ayuda para poder caminar.

También podemos suponer que tendría dolor en la columna vertebral debido a su escoliosis y dolores en los pies, como consecuencia del hallux valgus bilateral (juanetes).

El dolor se generalizó hacia el final de su vida. Este hecho, unido a su insuficiencia cardiaca, le obligó a guardar cama hasta su muerte.

Está acreditado que Agustín sufría gigantismo y un proceso infeccioso. En la práctica, su patología se traduce en un compendio sintomático abigarrado. Una talla extraordinaria, pies y manos grandes, trastornos al hablar, morder y masticar, alteraciones visuales, dolores de cabeza, debilidad muscular, cansancio, dolor osteoarticular generalizado, edemas e hinchazón en las piernas, dificultad para andar y, sobre todo, insuficiencia cardiaca.

La asistencia médica que recibió Agustín a lo largo de su vida probablemente fue muy escasa. Por los datos que conocemos, en Madrid, *fue asistido por un profesor Médico de la beneficencia domiciliara.*

En esta época, las posibilidades de tratamiento de sus patologías eran prácticamente nulas. El gigantismo, cuya causa aún se desconocía, no tenía posibilidades terapéuticas.

En los siglos XVII y XVIII se comienzan a utilizar como tratamiento de la tuberculosis sustancias como la quina, el café, el té, el cacao e incluso el tabaco. También se observó que el traslado de los enfermos de tuberculosis al campo era beneficioso, permitiéndoles hacer ejercicios y dietas apropiadas. El siguiente paso sería la creación de los sanatorios de tuberculosos. No es hasta finales del siglo XIX cuando se empiezan a practicar las primeras intervenciones quirúrgicas para tratar la enfermedad, tratamiento que fue abandonado a mediados del siglo pasado, ante la aparición de los fármacos tuberculostáticos.

El único tratamiento eficaz posible en la situación de Agustín era la morfina, para combatir los síntomas asociados, fundamentalmente el dolor y la tos.

La morfina es un metabolito del opio. Se usaba de manera habitual un medicamento denominado láudano, probablemente el medicamento más importante y eficaz de todos los utilizados en ese momento.

El láudano es una tintura alcohólica de opio usada por primera vez por el alquimista Paracelso. Es una preparación compuesta por vino, azafrán, clavo, canela y otras sustancias, además de opio. Durante el siglo XIX se fabricaron y se comercializaron muchos de estos compuestos. Algunos de ellos como el patentado por Thomas Sydenham, llevaban vino de Málaga. Otras, como la del abate Rousseau, llevaba alcohol al 60% con levadura de cerveza.

El láudano se vendía habitualmente en las farmacias y se utilizaba muy frecuentemente para tratar cualquier tipo de dolor, desde el moderado hasta el muy intenso. También estaba indicado como hipnótico, como ansiolítico, para el tratamiento de la diarrea y para combatir la tos en todo tipo de procesos, desde una simple gripe, una tuberculosis o un cáncer pulmonar (Figura 13).

FIGURA 18. Diferentes recipientes de preparados farmacéuticos de láudano que se podían adquirir libremente en las boticas hasta bien entrado el siglo XX. Se trata de un medicamento a base de opio, con efectos analgésicos fundamentalmente. Era usado con mucha frecuencia en el siglo XIX.

La determinación analítica efectuada en sangre y orina de Agustín ha detectado morfina y alcohol etílico, en concentraciones consideradas dentro de los rangos terapéuticos.

Por los niveles de morfina cuantificados, podemos considerar que la última vez que se le administró este medicamento a Agustín, fue unas seis horas antes de su muerte, es decir, sobre las 14-15 horas del día en que falleció. Los niveles de alcohol detectados son más atribuibles al alcohol empleado como excipiente en la fabricación del medicamento que a la ingesta de bebidas alcohólicas.

Volviendo de nuevo a la patología de Agustín. Estamos ante un paciente con una enfermedad pulmonar crónica y con insuficiencia cardiaca y encamado. El encamamiento prolongado y la prácticamente nula actividad física, son importantes factores de riesgo para el agravamiento de patologías previas, especialmente las cardiovasculares, las respiratorias y las músculo esqueléticas. La estasis sanguínea derivada del encamamiento en el territorio vascular pulmonar es un factor concausal importante para tener en cuenta en el agravamiento de estas patologías.

Si a esto añadimos el acreditado déficit nutricional que tenía Agustín y que estamos en época invernal, tenemos todos los factores predisponentes para que apareciese, como patología sobreañadida, un proceso bronconeumónico, que finalmente lo llevase a la muerte.

Por tanto, tras el examen necrópsico efectuado y los estudios químicotoxicológicos e histopatológicos realizados, podemos concluir que la muerte de Agustín Luengo Capilla es una muerte de tipo natural por patología cardiovascular, que progresivamente le condujo a una severa insuficiencia cardiaca. Esta insuficiencia cardiaca está en relación con las alteraciones anatomopatológicas del corazón inducidas por su patología de base, el adenoma hipofisiario, tumor responsable además del cuadro de gigantismo.

El momento de la muerte, es decir la fecha y la hora del fallecimiento de Agustín Luengo Capilla queda acreditado en la inscripción de su defunción en el Registro Civil de Madrid: las 18:00 horas del viernes día 31 de diciembre de 1875.

10. CONCLUSIONES.

El objetivo último de todo estudio médico legal en la investigación de una muerte es aportar al juzgador una serie de elementos de juicio que le permitan continuar con las diligencias penales, ya sea por posible intervención de terceras personas o por responsabilidades legales, o por el contrario, archivar las actuaciones.

Esto se plasma en un informe en el que finalmente se establecen una serie de conclusiones, concordantes con las actuaciones y estudios forenses practicados.

En nuestro estudio de la muerte de Agustín Luengo Capilla, podemos establecer las siguientes:

1) El fallecimiento de Agustín Luengo Capilla se debe a causas naturales.

2) La causa inmediata de la muerte ha sido una insuficiencia cardíaca crónica.

3) La causa fundamental de la muerte ha sido un adenoma hipofisiario.

4) La causa intermedia ha sido una bronconeumonía.

5) Agustín Luengo Capilla presentaba un síndrome de gigantismo hipofisiario.

6) Agustín Luengo Capilla sufría una tuberculosis de larga evolución, con afectación ósea y articular en las extremidades inferiores.

7) La determinación químico-toxicológica indica que estaba en tratamiento sintomático y paliativo con opiáceos (láudano).

8) Su muerte tuvo lugar a las 18 horas del viernes día 31 de diciembre de 1875.

COMUNICADO.

EDICION DE LA MAÑANA

CORTES DEL REINO.

SENADO.

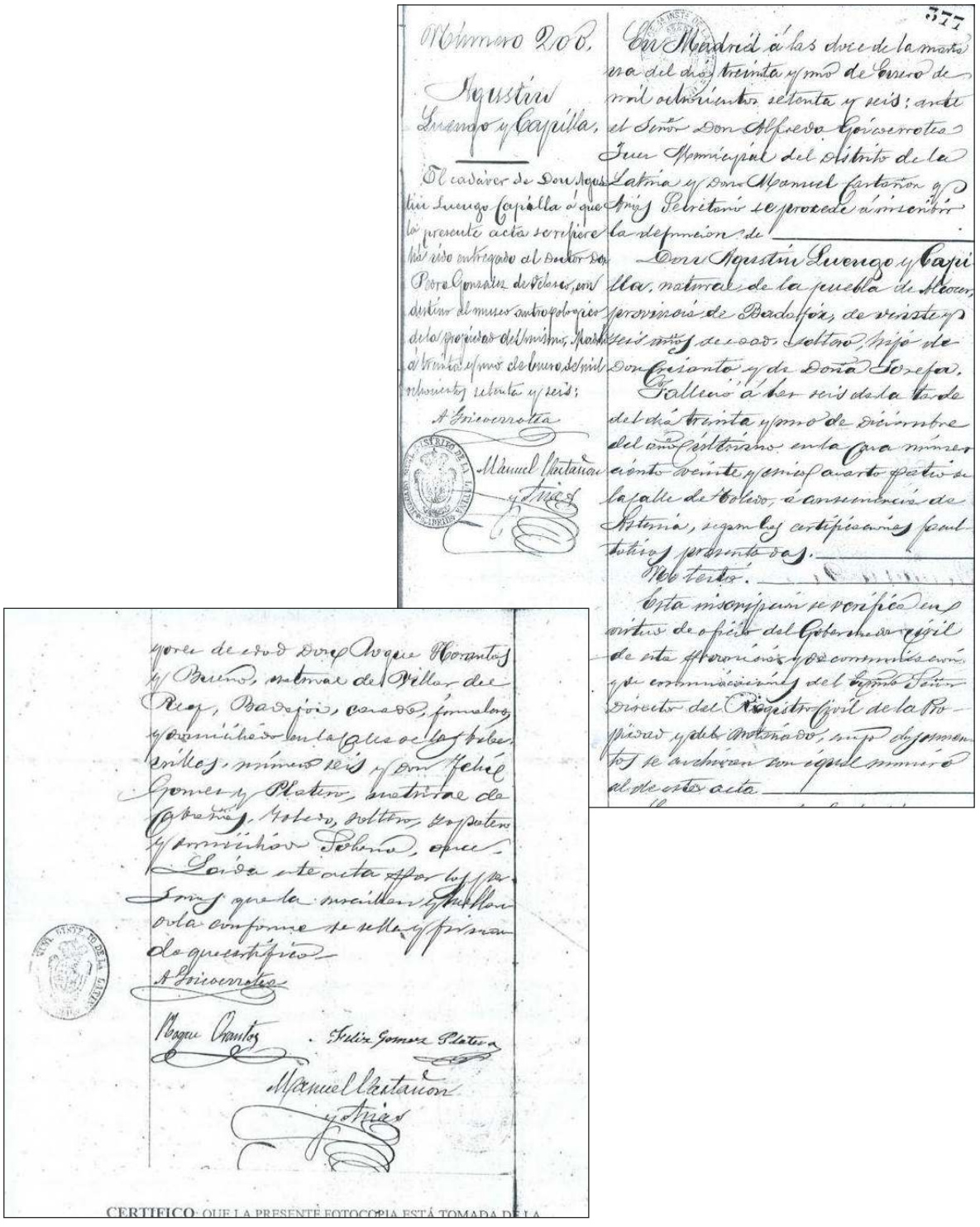
COMPRESO DE LOS DIPUTADOS

EL JOANTE ESTREMEÑO.

ESPOSICION DE PARIS.

LAS AGUAS FECALES.

FIGURA 8. Diario de avisos de Madrid de 28 de julio de 1878. En el apartado “variedades” se hace referencia a la Exposición Universal de París de ese año, donde fue mostrado el esqueleto de Agustín. En el texto, se hace una completa descripción de la autopsia que realizó el Dr. Velasco, así como otros datos de gran interés referentes a la vida y patologías de Agustín.



Número 208.

Agustín Luengo y Capilla.

El cadáver de Don Agustín Luengo Capilla á que la presente acta se refiere ha sido entregado al Doctor Don Pedro González de Velasco, con destino al museo antropológico de los profesores del mismo. Madrid á treinta y uno de Enero de mil ochocientos setenta y seis:

A. Goicoerrotea

Manuel Cantarón y Arias

377

En Madrid á las doce de la mañana del día treinta y uno de Enero de mil ochocientos setenta y seis: ante el Señor Don Alfredo Goicoerrotea Juez Municipal del distrito de la Latina y Don Manuel Cantarón y Arias Secretario se procede á inscribir la defunción de

Don Agustín Luengo y Capilla, natural de la Puebla de Alcocer, provincia de Badajoz, de veinte y seis años de edad, soltero, hijo de Don Casiano y de Doña Josefa.

Falleció á las seis de la tarde del día treinta y uno de Diciembre del año próximo pasado en la casa número ciento veinte y uno, cuarto patio de la calle de Toledo, á consecuencia de Anemia, según los certificados facultativos presentados.

No testó.

Esta inscripción se verifica en virtud de oficio del Gobernador civil de esta provincia y de comunicación y de comunicación del Señor Director del Registro civil de la Propiedad y del Notariado, cuyos documentos se archivan con igual número al de esta acta.

yores de edad Don Roque Hornedo y Bueno, natural de Villar del Rey, Badajoz, casado, jornalero, y domiciliado en la Plaza de las Bebedrillas, número seis y Don Felix Gomez y Platero, natural de Cabeza del Buey, Soltero, Zapatero y domiciliado Sobrino, que leída esta acta por los mismos que la suscriben y hallan ella conforme se sellan y firman de que certifico.

A. Goicoerrotea

Roque Hornedo

Felix Gomez Platero

Manuel Cantarón y Arias

CERTIFICO QUE LA PRESENTE FOTOCOPIA ESTÁ TOMADA DE LA

FIGURAS 9 y 10. Inscripción literal de la defunción de Agustín Luengo Capilla en el registro civil de Madrid, con fecha 31 de enero de 1876, un mes después de su muerte.

377

Número 200

Agustín Luengo y Capilla

El cadáver de Don Agustín Luengo Capilla al que la presente acta se refiere ha sido entregado al doctor Don Pedro Gonzales de Velasco con destino al Museo Antropológico de la propiedad del mismo, Madrid a 31 de enero de 1876

En Madrid a las 8 de esta misma del día 31 de enero de 1876 el señor don Alfonso Gobrberotea juez municipal del distrito de la patria y don Manuel Carterón secretario se procede a inscribir la defunción de.

Don Agustín Luengo y Capilla natural de la puebla de Alcocer provincia de Badajoz, de 26 años de edad, soltero hijo de Don Crisanto y Doña Josefa.

Falleció a la 6 de la tarde del día 31 de diciembre del año cristiano, en la casa número ciento veinte y cinco, cuarto patio de la calle de Toledo, a consecuencia de Astenia, según las certificaciones facultativas presentadas.

Notario

Está inscripción se verificó en virtud de oficio del gobernador civil de esta provincia y de comunicación y de comunicaciones del excelentísimo señor del registro civil de la propiedad y del notariado, cuyos documentos se archivan con igual número al este acta.

La presentación los testigos mayores de edad don Ángel Moratos y Vareño, natural de villar del rey Badajoz, casado, jornalero y domiciliado en la calle de las abercillas número seis y Don Félix Gómez y Platero natural de talavera, Toledo, soltero, zapatero y domiciliado en solana,

FIGURA 11. Transcripción del documento de inscripción de la defunción de Agustín Luengo Capilla en el Registro Civil.

11. NOTA ACLARATORIA.

En el punto 4, LEVANTAMIENTO DE CADÁVER, se habla de la intervención de la Comisión Judicial en el lugar de los hechos. Se trata de una licencia narrativa, ya que en la época que murió Agustín ni siquiera existía el Médico Forense como tal.

> No es hasta el año 1882, cuando se promulga la Ley de Enjuiciamiento Criminal, cuando se contempla esa figura. Viene recogida en el artículo 344 del Título II.
>
> *Con el nombre de Médico Forense habrá en cada Juzgado de Instrucción un facultativo encargado de auxiliar a la Administración de Justicia en todos los casos y actuaciones en que sea necesaria o conveniente la intervención los servicios de su profesión en cualquier punto de la demarcación judicial.*

También en esa Ley se recoge la obligatoriedad de la autopsia judicial, concretamente en el artículo 343, que dice lo siguiente. *En los sumarios a los que se refiere en el artículo 340*[4]*:*

Aun cuando por la inspección exterior pueda presumirse la causa de la muerte, se procederá a la autopsia del cadáver por los médicos forenses, o en su caso, por los que el Juez designe, los cuales, después de describir exactamente la operación, informaran sobre el origen del fallecimiento y sus circunstancias.

12. AGRADECIMIENTOS.

A Pablo Ruiz Sánchez en representación del Museo de Gigante Extremeño por su aportación de material fotográfico.

13. BIBLIOGRAFÍA.

1. MELMED S, JAMELSON L. Síndromes de tumores adenohipofisarios, Capítulo 16. Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e. Mc Graw Gill Education. 2016.
2. Acromegalia. Revista de Reumatología Clínica. 9:128-9. Volumen 9; Número 2. 2013.
3. PAREL C, ECHIN M. Acromegalia y enfermedad cardiovascular. Insuf Card; (Vol 6) 4:188-202. 2011.
4. LAGUNA V. Localizaciones más frecuentes en adultos y niños: clínica general y focal; tratamiento médico quirúrgico. Cirugía Ortopédica y Traumatología. Capítulo 20. www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/clase20
5. Visualizado en septiembre 2020.
6. Acta de inscripción de la defunción de Agustín Luego Capilla en el Registro Civil de Madrid, de fecha 31 de enero de 1876.
7. Diario de avisos de Madrid de fecha 21 de julio de 1878. Página 3. http://hemerotecadigital.bne.es/issue.vm?id=0000483415&page=3&search=jigante+estreme%C3%B1o&lang=es
8. Visualizado septiembre 2020.
9. CHAPMAN I M. Gigantismo y acromegalia. https://www.msdmanuals.com/es/professional/trastornos-endocrinol%C3%B3gicos-y-metab%C3%B3licos/trastornos-hipofisarios/gigantismo-y-acromegalia. Visualizado en septiembre 2020.
10. SÁNCHEZ LA. Anatomías míticas: el caso de Agustín Luengo Capilla, “El gigante Extremeño”. Revista Historia Autónoma (10) pp. 87-104. 2017.
11. BARATAS LA. El Museo Antropológico del Doctor Velasco (1854-1892). Auge y descomposición de un proyecto museológico-docente. Revista de la Sociedad Española de Historia de las Ciencias y de las Técnicas, ISSN 0210-8615,Vol. 39, N 83, págs. 45-72. 2016.
12. SÁNCHEZ LA. El Museo Antropológico del doctor Velasco (anatomía de una obsesión). Gabinete fotográfico de Antonio G Ordóñez. Biblioteca Nacional, sig 17-155-056.
13. Ley de Enjuiciamiento Criminal. Editorial Tecnos. 2019.
14. ESCOHOTADO A. Historia general de las drogas. Editorial Espasa Calpe. S. A. 2008.
15. NIVEIRO DE JAIME A, et al. Patología de los adenomas hipofisarios. Rev Esp Patol 2003; vol 36, nº 4:357-372.
16. TORTOSA F, et al. Aspectos novedosos en histopatología de la hipófisis. Endocrinol Diabetes Nutr. 2017; 64(3):152-161.
17. MANTILLA J, et al. Patrones morfológicos de la tuberculosis. Series de casos en necropsias del Hospital Universitario de Santander entre enero de 2003 y diciembre de 2006. 2008; 21:3-16.

4. Este artículo hace referencia a la instrucción del sumario en los casos de muerte violenta o sospechosa de criminalidad.

18. CLEMENTE GALLETO, D, et al. Miocardiopatía acromegálica. Endocrinol Nutr 2009; 56(2):96-8.

19. FISZLEJDER L, et al. Patología cardiovascular en la acromegalia. Rev Angent erndocrinol Metab 2012; 49:124-133.

20. Robbins y Cotran. Patología Estructural y funcional. Kumar V, Abbas AK, Aster JC. 9ª Edicion. 2015.