



RECONSTRUCCIÓN ANATOMOCLÍNICA DE LA LESIÓN SUFRIDA POR EL GENERAL ANTONIO JOSÉ DE SUCRE DURANTE EL MOTÍN DE CHUQUISACA, BOLIVIA, EN 1828.

Dr. José Rafael Gamboa G.¹ 

¹Médico Traumatólogo y Ortopedista. Centro Médico de Caracas.

E-mail: gameca1@hotmail.com

RESUMEN: El General Antonio José de Sucre fue uno de los próceres más relevantes de la independencia hispanoamericana. Tras la fundación de Bolivia, fue elegido su primer presidente constitucional en 1826. En 1828, se produjo en la capital de ese país una sublevación conocida históricamente como el Motín de Chuquisaca. El General Sucre acudió personalmente al cuartel a sofocar la insurrección y, como resultado, recibió una herida por proyectil de arma de fuego que le ocasionó una fractura complicada en el brazo derecho (3, 7). La naturaleza de esta lesión, por razones evidentes, no ha sido abordada desde una perspectiva médica en los trabajos biográficos que los historiadores han dedicado al personaje. Por ello, el presente estudio propone una reconstrucción anatomoclínica de dicha herida como contribución al conocimiento integral de este fascinante protagonista de la historia republicana. **RCM 2025. 64;160(2): 58-66.**

Palabras claves: Antonio José de Sucre, Motín de Chuquisaca, Reconstrucción anatomoclínica, Fractura complicada de la cúpula radial.

ANATOMIC RECONSTRUCTION OF THE INJURY SUSTAINED BY GENERAL ANTONIO JOSÉ DE SUCRE DURING THE CHUQUISACA MUTINY, BOLIVIA, IN 1828.

ABSTRACT: General Antonio José de Sucre was one of the most prominent leaders of Hispanic American independence. After the founding of Bolivia, he was elected its first constitutional president in 1826. In 1828, an uprising occurred in the capital of that country at the Cuartel de Granaderos, a historical event known as «El Motín de Chuquisaca» (the Chuquisaca Mutiny). General Sucre personally intervened to quell the insurrection and, as a result, sustained a firearm wound that caused a complicated fracture in his right arm (3, 7). For understandable reasons, the nature and medical implications of this injury have not been addressed in the major biographical works written by historians. Thus, through the present study, we aim to offer an anatomoclinical reconstruction of the lesion, as a contribution to the study of this fascinating protagonist of republican history. **RCM 2025. 64;160(2): 58-66.**

Key words: Antonio José de Sucre, Chuquisaca Mutiny, Anatomical reconstruction, Complicated fracture of the radial head.

MARCO TEÓRICO

A. RESUMEN HISTÓRICO

Antonio José de Sucre fue un militar, político, diplomático y estadista venezolano, cuya actuación en las guerras de independencia de Suramérica, durante el siglo XIX, fue decisiva. Considerado por Simón Bolívar

como su mejor General, Sucre condujo a los ejércitos patriotas a la victoria en batallas fundamentales, como la de Pichincha, en 1822, que aseguró la independencia del actual Ecuador, y la de Ayacucho, en 1824, que no solo consolidó la libertad del Perú, sino que marcó la derrota definitiva del poder colonial español en América (7).



Figura 1. Retrato de cuerpo entero de Antonio José de Sucre. Óleo de Antonio Salaz (1780-1860)

A.1. La fundación de Bolivia

Después de esta última gesta, que le valió el reconocimiento del Congreso peruano con el título de Gran Mariscal de Ayacucho, Sucre continuó, por orden de Bolívar, su avance hacia los territorios de Charcas, conocidos también como el Alto Perú. En esas tierras persistía un foco de resistencia realista liderado por el general Pedro Antonio Olañeta, quien se autoproclamaba “el último defensor de la corona y del altar”.

Una vez que el General realista fue derrotado, el Mariscal Sucre emitió un decreto mediante el cual convocaba una asamblea con representantes de las cinco provincias que conformaban Charcas (Chuquisaca, La Paz, Santa Cruz, Cochabamba y Potosí), a fin de que

decidieran libremente el destino que consideraran más conveniente para su territorio.

Las opciones sometidas a votación por los 47 diputados reunidos en la Universidad de Chuquisaca fueron: permanecer unidos a Buenos Aires, fusionarse con el Perú, o declararse independientes. Con una abrumadora mayoría de 45 votos, optaron por constituirse como una nación independiente.

Una vez que el Libertador se retirara de la nueva nación, el Congreso decidió nombrar a Antonio José de Sucre como su primer presidente constitucional (2, 7).

A.2. El Motín de Chuquisaca

El 18 de abril de 1828, cuando faltaba poco tiempo para que el General Sucre concluyera su periodo presidencial, se produjo, en Chuquisaca, una revuelta en el Cuartel de Granaderos a Caballo. La excusa esgrimida por los amotinados fue el reclamo de sueldos atrasados; sin embargo, en realidad se trataba de una confabulación orquestada por fuerzas opositoras internas, en alianza con el gobierno del Perú, que mantenía un contingente de cinco mil soldados apostados al otro lado de la frontera, listos para invadir Bolivia.

Sucre acudió personalmente al cuartel, acompañado por el coronel Cipriano Escalona, sus edecanes y el Ministro del Interior, con el propósito de informarse directamente de lo que allí acontecía. Pero los sublevados, siguiendo órdenes previamente establecidas, no mediaron palabra y recibieron al Presidente de la República con una ráfaga de disparos. La primera herida rozó su frente y perforó el sombrero de plumas que llevaba. Un segundo proyectil impactó en su antebrazo derecho, provocándole de inmediato la impotencia funcional de la mano. Su caballo, también herido, giró bruscamente y, con el mariscal aferrado a sus crines y sin control, galopó hasta el palacio de gobierno, donde Sucre fue finalmente atendido.

Después de aquellos acontecimientos, el general Sucre fue detenido por las fuerzas invasoras y, con el país bajo el control de las tropas comandadas por Agustín Gamarra, entregó su discurso de despedida ante el Congreso. Acto seguido, se retiró de Bolivia con



destino a Quito, donde lo aguardaba Mariana Carcelén, Marquesa de Solanda, con quien se había casado por poderes.

«Llevo la ingratitud de los hombres en un brazo roto, cuando hasta en la guerra de la independencia pude salir sano», le escribiría un Sucre decepcionado a Simón Bolívar cuando se marchaba definitivamente del país (3, 7).

B. RESUMEN ANATÓMICO

B.1. El nervio radial

B.1.1. Trayecto

Tiene su origen en el cordón posterior del plexo braquial (fascículos posteriores de los nervios espinales C5-C6-C7-C8 y T1).

Al salir de la fosa axilar se introduce en la región posterior del brazo, discurrendo, de adentro hacia afuera, por el llamado canal de torsión del húmero.

Antes de pasar a la cara lateral del antebrazo, el nervio radial emite ramas destinada a los músculos tríceps, braquiorradial y ancóneo (ubicados en el brazo), así como también otras para el extensor radial largo y el extensor radial corto del carpo que se encuentran en el antebrazo.

Una vez en posición lateral, el nervio radial perfora, de atrás hacia adelante, el tabique intermuscular y llega al compartimiento anterior del antebrazo. Luego, en su descenso, a nivel de la articulación del codo, antes de llegar al músculo supinador, se bifurca o divide en dos ramas: una superficial o sensitiva y otra profunda o motora.

La rama superficial seguirá descendiendo lateralmente, imitando el trayecto del músculo braquiorradial, que se encuentra por fuera, hasta llegar a la muñeca, donde hace un giro, pasa por encima de la tabaquera anatómica y termina en el dorso de la mano donde se distribuye en los dedos.

La rama profunda, por su parte, va a pasar por entre los dos vientres musculares (superficial y profundo) del músculo supinador y, después de inervarlo y cambiar su nombre a nervio interóseo posterior (NIP), gira

alrededor del cuello del radio (por debajo de la cúpula y por encima de la tuberosidad bicipital) y se va hacia atrás, hacia la membrana interósea, la cual perfora, para llegar, finalmente, al compartimiento posterior del antebrazo. Allí inerva a todos los músculos de la región (supinador, abductor largo del pulgar, extensor corto del pulgar, extensor largo del pulgar, extensor propio del índice, extensor común de los dedos, extensor del meñique y el extensor cubital del carpo) (Fig. 2).

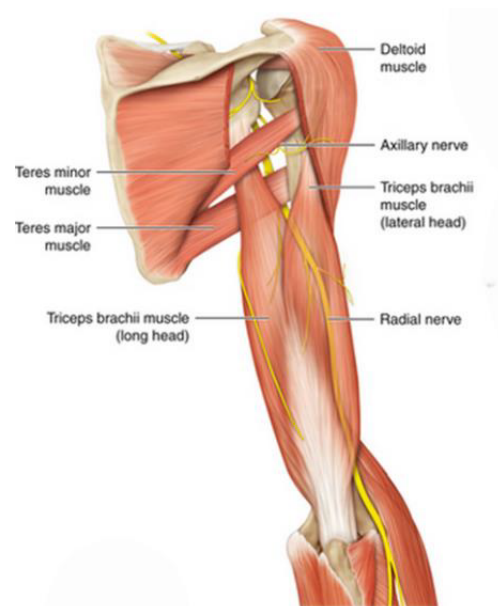


Figura 2. Trayecto del nervio radial (vista posterior)

B.1.2. Función

De lo anterior se desprende que el nervio radial inerva todos los músculos extensores del codo, de la muñeca y de los dedos. Por esta razón, existen tres funciones de la mano que son exclusivas de este nervio y no pueden ser compensadas por ninguna otra estructura nerviosa: la extensión de la muñeca, la extensión y retroposición del pulgar, y la extensión de las articulaciones metacarpofalángicas.

Además, el nervio radial cumple funciones sensitivas en distintas regiones: en el brazo, inerva la cara



inferoexterna y la cara posterior; en el antebrazo, la zona central y posterior; y en la mano, la eminencia tenar y la cara dorsal correspondiente a la falange proximal del pulgar, del índice, del dedo medio y de la mitad radial de la falange proximal del anular (2)

B.1.3. Clasificación de las lesiones del nervio radial

Estas lesiones se van a clasificar en altas o bajas, dependiendo de si fueron producidas antes o después del sitio de bifurcación del nervio a nivel del tercio superior del antebrazo.

B.1.3.1. Lesión alta del nervio radial

Son aquellas que se presentan antes de la división del nervio radial en sus dos ramas (superficial y profunda).

En este tipo de lesiones pueden verse comprometidos todos o algunos de los músculos inervados por el radial. Así que, dependiendo de las ramas involucradas, estas lesiones pueden presentarse, clínicamente, con limitación para la extensión y la supinación de la muñeca y, en los casos en que también está comprometido el tríceps, limitación para la extensión del codo.

En este tipo de lesiones, lo primero que nos llama la atención, al observar al paciente, es la presencia de una mano péndula o en "gota", como la llaman algunos autores. Concomitantemente, los dedos se encuentran flexionados y, además, el pulgar está en aducción.

B.1.3.2. Lesión baja del nervio radial

Productos de una agresión por debajo del sitio de la bifurcación del nervio, por tanto, en ellas se ve comprometidas la rama profunda o el nervio interóseo posterior (NIP).

Como la inervación de tríceps, del braquiorradial y del extensor largo radial del carpo ya ha sido dada a este nivel, clínicamente los pacientes logran realizar supinación del antebrazo y extensión de la muñeca. Sólo tienen limitación para la extensión de todos los dedos y abducción del pulgar. No hay mano péndula en ellos (2).

B.2. Clasificación de las lesiones de los nervios periféricos (Clasificación de Sunderland)

B.2.1. Lesión de primer grado

- Nervio desmielinizado
- Bloqueo fisiológico de la conducción local
- Neuropraxia en el esquema de Seddon
- Tratamiento conservador
- Recuperación prevista en semanas o meses

B.2.2. Lesión de segundo grado

- Algunos axones interrumpidos.
- Las vainas endoneurales y las capas de tejido conjuntivo circundante permanecen intactas.
- Degeneración walleriana distal.
- Equivalente a axonotmesis en el esquema Seddon.
- El tratamiento es conservador.
- La regeneración de los axones puede seguir clínicamente por un signo de Tinel que avanza.
- Se puede esperar una recuperación completa en meses.

B.2.3. Lesión de tercer grado

- Los axones y las vainas endoneurales se rompen.
- La cicatrización sustituye a las estructuras existentes.
- El perineuro y las capas de tejido conjuntivo externas permanecen.
- La mayoría de las lesiones se recuperan espontáneamente, aunque de forma parcial.

B.2.4. Lesión de cuarto grado

- El axón, el endoneuro y el perineuro están interrumpidos.
- La cicatrización sustituye a las estructuras existentes.
- El epineuro permanece.



- La cicatrización bloquea toda regeneración neuronal.
- No es probable la recuperación sin tratamiento quirúrgico.

B.2.5. Lesión de quinto grado

- Transección nerviosa.
- División de todas las estructuras, incluido el epineuro.
- No se espera recuperación sin tratamiento quirúrgico (1).

C. DESCRIPCIÓN DE LA LESIÓN SUFRIDA POR EL MARISCAL ANTONIO JOSÉ DE SUCRE

Materiales y métodos

Para realizar la reconstrucción anatomoclínica de la lesión sufrida por Antonio José de Sucre en el miembro superior derecho, durante los hechos acaecidos el 18 de septiembre de 1828 en Chuquisaca, se recurrió a tres fuentes principales. En primer lugar, a las narraciones de los acontecimientos publicadas por reconocidos historiadores; en segundo lugar, a las cartas escritas por el propio Sucre, especialmente aquellas dirigidas al Libertador, cuya lectura permite extraer datos clínicos de notable interés; y en tercer lugar, al reporte anatomopatológico emitido por la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en 1900, tras la identificación forense de sus restos

Con el propósito de hacer más amena y comprensible la descripción de la lesión sufrida por Antonio José de Sucre, he optado por presentarla como si se tratase del resumen de ingreso a un servicio de Emergencia en nuestros días. Esta aproximación permite traducir el evento histórico en términos clínicos actuales, facilitando su análisis anatomoclínico. Incluso, me he permitido imaginar los hallazgos que podrían haberse obtenido mediante estudios de radiología simple, como parte del protocolo diagnóstico habitual.

Servicio de Emergencia

Resumen de Ingreso

Chuquisaca, 18 de septiembre de 1828

Nombre: Antonio José Francisco de Sucre y Alcalá.

Lugar de nacimiento: Cumaná, Colombia.

Fecha de nacimiento: 3 de febrero de 1795.

Edad: 33 años.

Antecedentes personales de importancia: Niega

Enfermedad Actual

Paciente masculino de 33 años; natural de Cumaná, Colombia, y procedente de esta ciudad. Profesión militar, con el grado de General en Jefe y actualmente ejerciendo el cargo de presidente de la República de Bolivia. Fue traído a este servicio por presentar herida por proyectil de arma de fuego (tercerola) en el antebrazo derecho durante un motín en el Cuartel de Granaderos, el cual acudió a sofocar. Dicho proyectil le produjo inmediatamente, dolor intenso, sangrado e impotencia funcional para la extensión de los dedos de la mano. Concomitantemente, herida, también por proyectil de arma de fuego, aparentemente no penetrante, en la región frontal.

Examen Físico

Paciente consciente, inquieto, orientado en tiempo, espacio y persona. No se observan signos de déficit neurológico central.

Cabeza: Presencia de herida rasante por proyectil de arma de fuego en región frontal. Sangrado escaso y sensibilidad al tacto.

Miembro superior derecho: Orificio de entrada de proyectil de arma de fuego en el tercio medio con proximal de la cara postero medial del antebrazo derecho.

El orificio de salida se ubica a nivel de la región anterolateral del tercio proximal del antebrazo derecho. Los bordes son irregulares y evertidos, con un diámetro muy superior al que presenta el orificio de entrada y con mayor sangrado.

Al examen neurológico del miembro superior derecho: los dedos se encuentran en actitud de flexión, con el pulgar aducido. Cuando se le solicita extenderlos le resulta imposible. El pulgar tiene también abolida la abducción activa. La extensión de la muñeca se logra, aunque con dificultad por encontrarse muy débil. La fuerza de presión está muy disminuida, afectándole la capacidad para agarrar y soltar objetos.

Estudios complementarios

Rx de cráneo: Sin lesión ósea aparente.

Rx de antebrazo derecho:

1. Fractura conminuta de la cúpula radial.
2. Fractura del borde interno del radio en su tercio proximal.
3. Fractura del borde externo del cúbito en su tercio proximal.

Diagnóstico

1. Herida por arma de fuego (tercerola) en antebrazo derecho, con orificio de entrada en la unión del tercio medio con proximal de la cara postero medial y orificio de salida en el tercio proximal de la cara anterolateral, que produce:
 - 1.1 Fractura abierta, conminuta, grado IIIA (Gustilo) de la cúpula radial derecha complicada con:
 - 1.1.1. Lesión baja del nervio radial derecho.
 - 1.2. Fractura abierta del borde externo del cúbito derecho, a nivel del tercio proximal.
 - 1.3. Fractura abierta del borde medial del radio derecho, a nivel del tercio proximal.
2. Herida por proyectil de arma de fuego, no penetrante, en región frontal.

DISCUSIÓN

Para determinar el trayecto seguido por el proyectil que provocó la fractura de la cúpula radial y la lesión neurológica sufrida por el General Antonio José de Sucre, fue fundamental vincular los datos clínicos aportados por las propias narraciones del Mariscal de Ayacucho en sus cartas (9), con los hallazgos anatomopatológicos reportados en la necropsia realizada por la Facultad de Medicina de la Universidad Central del Ecuador en el año 1900, tras el hallazgo de sus restos en el convento del Carmen Bajo, en Quito.

En dicha necroidentificación se describieron, además de la ausencia de la cúpula radial derecha, dos muescas óseas en el antebrazo: una en el borde externo del

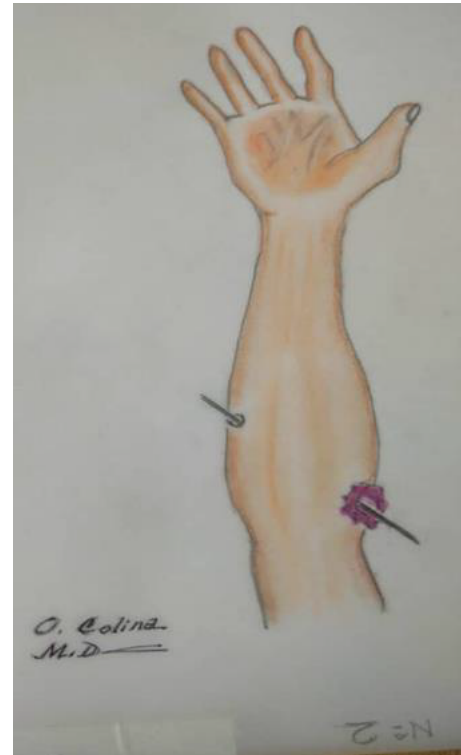


Figura 3. Vista anterior del antebrazo derecho. Orificio de entrada y orificio de salida del proyectil. (Ilustración realizada por el Dr. Oscar Colina según indicaciones del autor. Caracas, 2025.)

cúbito y otra en el borde interno del radio, ambas localizadas a nivel de sus tercios proximales (5)

Resulta razonable pensar que esas muescas o fracturas incompletas habían sido causadas por el paso rasante del proyectil en su camino hacia la cúpula radial, y que, además, había seguido una trayectoria oblicua.

El orden en que se produjeron las lesiones fue determinado a partir de la ubicación de los orificios de entrada y salida del proyectil. Para distinguirlos, se consideraron las características morfológicas que, por lo general, los diferencian.

El orificio de entrada, típicamente redondeado u ovalado, suele ser de menor tamaño que el de salida, e incluso puede ser más pequeño que el calibre del proyectil que lo ocasiona. En contraste, el orificio de salida presenta un diámetro mayor, con bordes irregulares y evertidos (3). Este último es el que genera

mayor daño tisular y, con frecuencia, se asocia a complicaciones como infecciones o dificultades en la cicatrización (8).

Por otro lado, para que se hayan encontrado en la autopsia las muescas en el borde externo del cúbito e interno del radio, particularmente esta última, a pesar de la ausencia de la cúpula radial, el proyectil debió, siguiendo el trayecto oblicuo descrito, haber lesionado el cúbito, no solamente primero, sino en un sitio algo más distal al radio, aunque esto fuera, igualmente, en el tercio proximal. Así que, en resumen, la bala debió producir las lesiones óseas en el siguiente orden: borde externo del cúbito, borde interno del radio y, finalmente, la cúpula radial (Fig. 4 y 5).

Continuando con el análisis balístico, es importante considerar que, para que el proyectil, entrando en el tercio medio con proximal de la cara posteromedial del antebrazo derecho, produjera sucesivamente estas

fracturas, el brazo pudo haber estado levantado (espada en alto) y llevar, en este caso, un trayecto descendente o, contrariamente, tenerlo hacia abajo y, en esa posición, la bala seguir una dirección ascendente.

Basado en la narración de Vicente Pesquera Vallenilla en su obra Rasgos Biográficos del general en jefe Don Antonio José de Sucre, Gran Mariscal de Ayacucho, donde se afirma que el comandante Escalona logró identificar al autor del disparo y lo alanceó (9), puede inferirse que dicha acción solo pudo haber ocurrido si el sargento chileno que efectuó el disparo se encontraba junto con los demás soldados que estaban formados en el patio de la edificación. Es decir, en un plano inferior al blanco, considerando que Sucre se hallaba montado sobre su caballo.

Por otro lado, considerando que la cúpula radial se encuentra en un plano más anterior que el borde externo del cúbito, puede inferirse que el proyectil también llevaba un trayecto de atrás hacia adelante (Fig. 5).

Por tanto, la posición en que debió tener el miembro superior derecho el mariscal Sucre, para que la bala siguiera el trayecto descrito, produciendo las lesiones óseas antes mencionadas, sería con la mano hacia abajo, con el antebrazo en supinación, separado del cuerpo y el codo en 90° o en un ángulo mayor,



Figura 4. Vista anterior del antebrazo derecho. Lesiones óseas producidas por el proyectil. (Ilustración realizada por el Dr. Oscar Colina según indicaciones del autor. Caracas, 2025.)



Figura 5. Articulación del codo. Trayecto del proyectil



incluso en extensión completa o muy cerca de ella preferentemente.

El mariscal Sucre, en sus correspondencias y discursos, cuando menciona sus problemas personales, notamos que se muestra particularmente preocupado por la herida de su brazo, principalmente en los primeros nueve meses que siguieron a la lesión. En una carta que le dirige a Bolívar desde Chuquisaca, con fecha 27 de abril de 1828, a nueve días de haber sufrido la lesión, no solo le da detalles del tumulto del Cuartel de Granaderos, sino que también le comenta: «Mi brazo está roto y necesitaré tres meses de curación para usar de él. Será una fuerte lección para alejarme del servicio público. Mi herida impide que ejerza el Gobierno y lo delegué el mismo 18 en el Consejo de ministros, conforme a la constitución». Luego, como una nota final, le informa: «Pude salir sano. Como no podré firmar en dos o tres meses, lo hará por mí el Comandante Andrade» (9).

Cinco meses después del atentado, el 18 de septiembre de 1828, vuelve a escribirle al Libertador y, al final de la carta, le comenta que la herida de su brazo al fin cerró el día que llegó al Callao (10 de septiembre). Sin embargo, también le confiesa: «Los dedos están tiesos, la mano muy débil y el brazo con muy poco ejercicio. Dicen los cirujanos que, continuando con la curación para fortificar los músculos, tendré libre uso al cabo de algún tiempo y con mucho ejercicio de la mano, pero que siempre quedaré muy débil» (9).

Ese 10 de septiembre de 1828 también se corresponde con la última carta que aparece firmando el comandante Andrade en su nombre. Se trata de una misiva que le envió al General La Mar, Presidente del Perú, para ofrecerle sus servicios como mediador en el conflicto entre Colombia y el Perú (9). No sabemos si a partir de esa fecha el General Sucre recuperó la capacidad de escribir o si esos documentos no siguieron registrando el hecho de que otra persona le servía de amanuense.

Sin embargo, en sus comunicaciones posteriores, por un buen tiempo, siempre menciona, con cierto sinsabor, las secuelas que le dejara el atentado de Chuquisaca.

En una carta que le envía al General Juan José Flores, a seis meses del accidente, le comenta que ha quedado «medio inválido». De igual manera, cuando tenía nueve

meses de haber sufrido la lesión, le escribe al General Florencio O'Leary para mostrarle su disposición de defender a Colombia de la invasión peruana. En esa carta le dice: «Manco, vejado o de cualquier manera, consentiré muy contento en ser soldado colombiano para defender la Patria con un fusil en la mano, si puedo manejarlo...» (9).

Mucho tiempo después, en una carta que le enviara al Libertador Simón Bolívar desde Villa del Rosario, Cúcuta, el 10 de marzo de 1830, donde se encontraba como parlamentario ante los enviados de Venezuela para tratar de evitar la separación de ese país de la Gran Colombia, le comenta: «Pensé seguir mañana, pero he amanecido hoy con un resfriado tan fuerte que me redujo a la cama, donde estoy, y me hallo tan estropeado que no puedo escribir ni una letra» (9).

Con ese comentario, hecho cuando le faltaba un mes para cumplir los dos años de la lesión y a casi tres meses de su muerte, nos permite inferir, con más seguridad, que para ese momento tenía la capacidad de escribir por él mismo. Pero no sabemos si aún persistía algún tipo de secuela o si se había recuperado completamente porque no encontramos mención al respecto, ni en esa, ni en cualquier otra carta, desde la que le enviara a O'Leary en enero de 1829.

Como se puede ver, el general Sucre se queja, desde un principio, de la impotencia funcional de los dedos y de la debilidad de la mano, pero no describe, en ningún momento, que le sea imposible extender la muñeca o que tenga limitada la supinación del antebrazo. Siendo así, podríamos inferir que la lesión del nervio se produjo después de su bifurcación; en la región donde la rama motora o interóseo posterior (NIP) rodea el cuello de la cúpula radial que, en este caso, resultó fracturada en varios fragmentos. En definitiva, esta ubicación y la sintomatología se corresponderían con una lesión baja del nervio radial (Fig.6).

Por otro lado, el hecho de que el Mariscal Sucre haya recuperado la capacidad para escribir; bien sea a partir de los cinco meses de haber sufrido la herida (última vez que aparece un amanuense firmando por él) o después, nos hace catalogar la lesión como una lesión de tercer grado del nervio interóseo posterior derecho, según la clasificación de Sunderland (1).

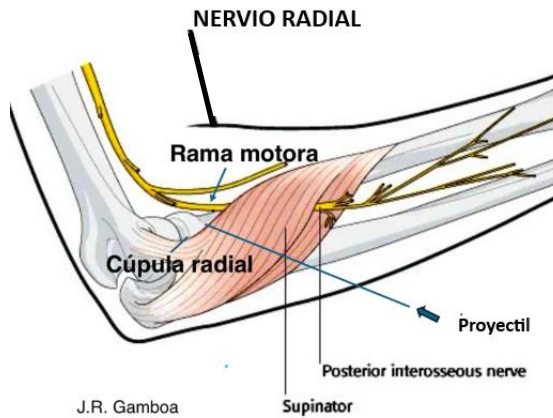


Figura 6. Relación del nervio radial con los elementos del codo y el trayecto del proyectil

Por último, para llegar a la conclusión de que se trató de una fractura conminuta de la cúpula radial, basta con tomar en consideración que al tercer día de la lesión se le extrajeron 10 fragmentos óseos por la herida del codo y, al quinto o sexto día 4 fragmentos más (7),(3). Esos datos, correlacionados con el reporte anatomopatológico, donde se reporta la ausencia de la cúpula radial, no nos deja ninguna duda (5).

CONCLUSIÓN

De la reconstrucción anatomoclínica de la lesión sufrida por el Mariscal Antonio José de Sucre el 18 de abril de 1828 durante la sublevación del Cuartel de Granaderos a Caballo, conocida históricamente como el Motín de Chuquisaca, podemos concluir que se trató de una fractura conminuta, abierta, por proyectil de arma de fuego de la cúpula radial derecha, complicada con una lesión baja y de tercer grado del nervio radial.

REFERENCIAS

1. Clasificación de Sunderland de las lesiones nerviosas. (s.f.). GPnotebook. Recuperado el 6 de mayo de 2024, de <https://gpnotebook.com/es>
2. Examen físico normal y patológico de la mano. Lesión del nervio radial. (s.f.). Repositorio Universidad de Ciencias de la Salud. Recuperado el 6 de mayo de 2024, de https://repositoriouva.fucsalud.edu.co:8443/repositorio/Examen%20fisico%20normal%20de%20la%20mano/lesin_del_nervio_radial.html
3. Gamboa González, J. R. (2025). El brazo roto: Los últimos cinco años de la vida del Gran Mariscal de Ayacucho Antonio José de Sucre (1.ª ed.). Valera, Venezuela: Ediciones Alborismos.
4. Guzmán, M. (s.f.). Nervio radial: Origen, recorrido y función. Kenhub. Recuperado el 6 de mayo de 2024, de <https://www.kenhub.com/es/library/anatomia-es/nervio-radial>
5. Orozco, J. L. (1999). Necropsia de los restos mortales del Mariscal Sucre. Archivos Bolivianos de la Historia de la Medicina, 5(2), julio–diciembre.
6. Pesquera, V. (2018). Rasgos biográficos del general en jefe Don Antonio José de Sucre, Gran Mariscal de Ayacucho. Creative Media Partners, LLC.
7. Rumazo González, A. (1978). Sucre. Gran Mariscal de Ayacucho (4.ª ed.). Madrid: Biblioteca Ayacucho.
8. Sánchez, J. A., & Albarrán, M. E. (s.f.). Manual de Medicina Legal y Forense. Tema 3: Lesiones por armas de fuego. Madrid: Editorial Colex. Recuperado el 15 de abril de 2024, de <https://www.ucm.es/data/cont/docs/107-2017-12-06-Tema%203.%20Lesiones%20originadas%20por%20armas%20de%20fuego.pdf>
9. Sucre, A. J. (1981). De mi propia mano. Caracas: Fundación Biblioteca Ayacucho. Recuperado de <https://es.scribd.com/>