

Las patologías médicas y quirúrgicas de John Fitzgerald Kennedy

M. J. Abenza-Abildúa¹, C. Pérez-López², E. Suárez-Gisbert³, M. J. Sobrido-Gómez⁴

¹Sección de Neurología. Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España.

²Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

³Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Infanta Sofía, Madrid, España.

⁴Instituto de Investigación Sanitaria de Santiago de Compostela (IDIS), Santiago de Compostela, España.

RESUMEN

Introducción. La vida del 35º presidente de los Estados Unidos, John Fitzgerald Kennedy (JFK), ha suscitado, desde sus inicios en la vida pública y en su carrera política, gran interés. Su salud ha sido también un tema público, pero su historial médico no ha podido ser analizado en profundidad hasta los últimos años. Distintos especialistas, principalmente endocrinólogos y cirujanos de columna, han publicado revisiones al respecto. Repasamos el historial médico publicado disponible del presidente JFK, documentado durante los últimos 50 años, sus antecedentes familiares más significativos, y los resultados de la autopsia publicados.

Objetivos. Realizar una cronología de las patologías médicas y quirúrgicas documentadas por los distintos médicos que atendieron al presidente JFK en vida, y las posteriores revisiones de su historial médico por especialistas contemporáneos, desde los años 20 hasta la actualidad.

Desarrollo. Cronología desde 1919 hasta el año de su fallecimiento (1963), describiendo todas las patologías médicas y quirúrgicas conocidas hasta la actualidad (escarlatina, tos ferina, colitis, ictericia, ulcus duodenales, colon espástico, malaria, prostatitis y uretritis, enfermedad de Addison, inestabilidad lumbosacra, abscesos postquirúrgicos, dolor lumbar crónico), y los hallazgos relevantes de la autopsia realizada tras su asesinato.

Conclusiones. La salud del presidente JFK fue un motivo conocido de limitación física durante su carrera política y su vida personal. A pesar de sus complicaciones, desarrolló una carrera militar y política al más alto nivel, viajando y trabajando con la mayor intensidad, y desarrollando una activa vida personal. Podemos considerar su evolución personal y profesional como el triunfo del enfermo crónico.

PALABRAS CLAVE

Cronología, dolor lumbar, espalda fallida, insuficiencia suprarrenal, JFK, Kennedy

Introducción

La vida del 35º presidente de los Estados Unidos, John Fitzgerald Kennedy (JFK), ha suscitado, desde sus inicios en la vida pública y en su carrera política, gran interés por su carisma, su entorno familiar y su vida social. Ampliamente comentada ha sido su carrera política, como el presidente electo más joven de su país (43 años), y su desgraciado asesinato cuando solo contaba 46 años de edad, sobre el que se ha mantenido (y se mantiene)

en secreto gran parte de la información relevante al respecto.

En las últimas décadas los informes secretos de parte de la vida política de JFK han sido parcialmente desclasificados: esto ha permitido que queden en dominio público documentos sobre su historial médico, viajes privados, y hasta las fotografías de la autopsia realizada en 1963 en el Hospital de Bethesda (Maryland, EE. UU.). La última desclasificación de documentos secretos la

autorizó Donald Trump, durante su presidencia en el año 2017, liberando 2800 documentos más, aunque todavía se mantienen en secreto los documentos con la información más relevante a nivel político.

Su salud siempre fue un tema de interés público, y durante las últimas décadas, se ha permitido la consulta de su historial médico, principalmente de los archivos de la Biblioteca y Museo John F. Kennedy de Boston (Massachusetts, EE. UU.) y de los Archivos Nacionales y Administración de Documentos de los Estados Unidos, a distintos especialistas médicos e historiadores americanos, aunque una parte (especialmente de la época en la que pertenecía a la Marina de los Estados Unidos) sigue siendo documentación privada. En 2002 se publicó su biografía más extensa, realizada por el historiador Robert Dallek, quien colaboró con un asesor médico (el doctor Jeffrey Kelman) para documentar, además de su vida personal y política, su amplio historial clínico¹⁻³. En este contexto, distintos especialistas, principalmente endocrinólogos y cirujanos de columna, han publicado en los últimos años artículos de revisión sobre algunas de las patologías concretas más conocidas del presidente, tras ser autorizados a consultar su historial y documentos privados. La última revisión científica es del año 2017, hecha por neurocirujanos de la Universidad de Arkansas, lo que demuestra el interés persistente sobre la figura de JFK desde su fallecimiento hace casi seis décadas⁴.

Como objetivo principal, nos proponemos desarrollar la cronología de las patologías médicas y quirúrgicas documentadas por los distintos médicos que atendieron al presidente JFK en vida, y las posteriores revisiones de su historial médico por especialistas contemporáneos, desde los años 20 hasta la actualidad. Como objetivo secundario, queremos completar esta cronología con las opiniones médicas que nos sugieren los datos analizados con el conocimiento científico actual, revisando desde los antecedentes médicos familiares más relevantes hasta los resultados de su autopsia publicados. Para la búsqueda bibliográfica hemos utilizado las fuentes científicas habituales (buscadores PubMed, MESH, Clinical Key), desde los años 50 hasta 2020. Para la documentación gráfica hemos consultado los archivos de la Biblioteca y Museo John F. Kennedy, donde la difusión de las imágenes disponibles está autorizada por la familia, en la mayoría de casos sin restricciones de derechos de autor para su publicación.

Desarrollo

Hemos dividido esta revisión en cinco aspectos principales. El primero, la recopilación de los antecedentes familiares relevantes disponibles. El segundo, la descripción de la documentación sobre ingresos en su infancia y adolescencia a partir de las notas de su biografía autorizada por la familia. El tercero, la narración del historial médico durante su carrera profesional tanto antes como después de ser elegido presidente de los Estados Unidos. El cuarto, la revisión de las publicaciones y documentos gráficos sobre su autopsia. Y en el quinto y último punto, hemos querido comentar las posibilidades diagnósticas a partir del material disponible, con los conocimientos actuales, según nuestro punto de vista como especialistas.

Las patologías de la familia Kennedy

Con respecto a los antecedentes familiares disponibles, hemos encontrado información relevante de los hermanos e hijos de JFK: de los nueve hermanos Kennedy, cuatro fallecieron prematuramente. El hermano mayor Joseph (1915-1944), murió con 29 años por accidente aéreo en la Segunda Guerra Mundial, como piloto naval de un BQ-8 de la Armada de los Estados Unidos. Durante un vuelo sobre Suffolk, en Inglaterra, uno de los explosivos Torpex que transportaba estalló inexplicablemente. El segundo hermano, John Fitzgerald (1917-1963), fue asesinado a los 46 años, durante su mandato como presidente de los Estados Unidos. Fue tiroteado en Dallas a bordo de su coche presidencial, mientras realizaba una visita política en Texas. La cuarta hermana, Kathleen Agnes (1920-1948), falleció con 28 años por accidente aéreo, cuando sobrevolaba Ardèche (sur de Francia) con su pareja en un vuelo privado. Robert (1925-1968), el octavo hermano, fue asesinado con 43 años, también tiroteado tras un discurso político en las elecciones primarias del Partido Demócrata en California.

En el caso de Joseph y Kathleen, apenas hay publicaciones sobre su historial médico, dado que fallecieron muy jóvenes. Sin embargo, la historia de Rosemary (Rose Marie, 1918-2005), la tercera hermana, ha sido ampliamente revisada, dado el interés por los resultados de la lobotomía a la que se sometió con 23 años, para intentar mejorar las alteraciones conductuales que presentaba. Desde su infancia fue diagnosticada de un retraso mental leve, resultado de una probable hipoxia perinatal. Durante la adolescencia y juventud desarrolló

alteraciones del comportamiento, que fueron tratadas con la técnica “revolucionaria” de la época en los años 40, que era la lobotomía como tratamiento experimental de los trastornos psiquiátricos⁵. En 1941, con 23 años, y siendo una de las primeras pacientes en las que se realizó esta intervención, se sometió a una lobotomía prefrontal, quedando con graves secuelas cognitivas y motoras. Institucionalizada desde entonces en hospitales psiquiátricos privados, a pesar de estos antecedentes, vivió hasta los 87 años, falleciendo de una neumonía en 2005 en el Fort Memorial Hospital (Wisconsin, EE. UU.).

La quinta hermana, Eunice Mary (1921-2009), socióloga y política, dedicó gran parte de su vida a defender los derechos sanitarios de niños y discapacitados. Desde los años 40 presentaba problemas digestivos, pero no fue hasta 1954, a los 34 años, cuando se le diagnosticó enfermedad de Addison, y desde entonces recibió tratamiento con corticoides de forma crónica, lo que le permitió llegar a los 88 años, edad a la que falleció de un ictus. La sexta hermana, Patricia (1924-2006), se dedicó al mundo artístico durante su juventud, y posteriormente participó en la vida política apoyando a sus hermanos, falleciendo de un cáncer de boca a los 82 años. La séptima hermana (Jean Ann, 1928-2020), la más longeva, fue diplomática y activista humanitaria, con una prolífica carrera política que la llevó a ser embajadora de los Estados Unidos en Irlanda, y falleció recientemente con 92 años, de causa no especificada. El hermano más pequeño (el noveno), Edward (1932-2009), también se dedicó por entero a la política desde su juventud hasta su fallecimiento a los 77 años por un glioblastoma multiforme. Su carrera no pudo despegar tras verse implicado en un accidente de tráfico en 1969, en el que murió su acompañante en el automóvil, y fue condenado por abandono del lugar y omisión de socorro, lo que dañó seriamente su imagen pública.

Los cuatro varones de la familia se dedicaron por entero desde su juventud a la carrera política, intentando conseguir méritos militares previamente a su lanzamiento político. Destacó por encima de todos JFK, quien alcanzó la presidencia de los Estados Unidos en 1960, con apenas 43 años, siendo este el mayor hito político de la familia. Desafortunadamente las carreras de tres de los cuatro hermanos se vieron truncadas de forma prematura por accidentes y asesinatos. De las cinco mujeres de la familia, tres se dedicaron también a la vida política, tanto en primera persona como

además apoyando a sus hermanos durante las sucesivas campañas presidenciales.

Durante sus 46 años de vida, JFK tuvo dos hijos con Jacqueline Bouvier: John Fitzgerald Jr. y Caroline. John Fitzgerald Kennedy Jr. (John John, 1960-1999) también falleció accidentalmente de forma prematura por accidente aéreo con 39 años, mientras pilotaba su propia avioneta en un viaje privado con su esposa (acababa de obtener su licencia de piloto, y consideraron su falta de experiencia como causa más probable del accidente). En 2003, ya fallecido, se hizo público su diagnóstico de enfermedad de Graves en la edad adulta, y el tratamiento crónico con Ritalín (metilfenidato) que recibía desde la infancia, sugiriendo que padecía un trastorno por déficit de atención e hiperactividad⁶. De su hermana Caroline no se conoce públicamente la existencia de ninguna enfermedad relevante.

Patologías durante la infancia y adolescencia

En las distintas publicaciones sobre su historial médico, y especialmente en la biografía publicada en el año 2002¹⁻³, se documentaron ingresos hospitalarios y consultas médicas desde la infancia. Con dos años (1919) fue diagnosticado de escarlatina, con una evolución tórpida, que consiguió superar. Con 4 años (1922) fue diagnosticado de tos ferina, y de los 5 a los 12 años (1922-1929) sufrió múltiples infecciones, colitis, crisis asmáticas y alérgicas y rinitis. Solo algunos de estos episodios requirieron ingresos hospitalarios¹⁻².

Ya en la adolescencia, con 13 años (1930) tiene un primer cuadro de visión borrosa en el ojo derecho, sin un diagnóstico claro documentado. A los 14 años (1931) había sido intervenido en tres ocasiones, sometiéndose a una amigdalectomía, una adenoidectomía y una apendicectomía. Los problemas digestivos le acompañaron toda su adolescencia: con 17 años (1934) ingresó en la Clínica Mayo de los Hermanos Mayo en Rochester, y después durante unas semanas en el Hospital Saint Mary's, para ser estudiado por pérdida de peso, dolor abdominal, ictericia y colitis. Diagnosticado de “colitis espástica” o “ulcus péptico”, en las cartas que escribía a sus amigos de entonces describía sus malas experiencias con las técnicas endoscópicas digestivas de la época, y los dolores que padecía¹⁻³. Entre los tratamientos recibidos, probó dietas específicas de arroz, trigo, patatas, e incluso sueros de parathormona derivados de animales. Con 18 años (1935) tuvo un

episodio de ictericia, y con 19 años (1936) sufre de nuevo otro episodio de ictericia, y además se sospecha la existencia de una “posible leucemia”, por la bajada del recuento de glóbulos blancos que padece en las distintas analíticas realizadas en los meses previos. Finalmente el episodio se achacó a una inmunosupresión secundaria a los distintos tratamientos farmacológicos empleados para tratar sus colitis. Esto parece más probable, dado que seis meses después hay fotografías en las que posaba en un barco de recreo.

Con 20-21 años (1937-1938), como estudiante en la Universidad de Harvard, a sus ya crónicos problemas digestivos se sumaron las infecciones urinarias. Fue diagnosticado de gonorrea y clamidia, siendo tratado con penicilina y sulfamidas. Posteriormente tuvo varios episodios de prostatitis y uretritis de repetición durante sus años de universidad⁷. En 1937 se empezó a utilizar el acetato de desoxicorticosterona como tratamiento de algunas enfermedades inflamatorias, como la “colitis espástica” que sufría JFK. Entonces empleado como pequeños implantes subcutáneos, parece que JFK utilizó los tratamientos corticoideos desde su descubrimiento hasta 1949, cuando se empezaron a utilizar los corticoides sintéticos, aún sin tener el diagnóstico oficial de enfermedad de Addison.

Estos problemas no impidieron que pudiera participar en los equipos de fútbol y natación de la Universidad de Harvard durante su primer año de estudios. Sin embargo, en 1938 comenzó con los primeros dolores sacroilíacos, que se prolongaron durante toda su vida.

Evolución cronológica de sus patologías en edad adulta

La primera vez que se describió en las notas médicas que presentaba dolor lumbar fue en los años 1937-1940, cuando apenas contaba 20 años. En sus primeros años en la Universidad de Harvard, comenzó con dolores lumbares ocasionales, que se fueron acrecentando hasta que en 1940 sufre un dolor intenso aparentemente tras un traumatismo (según él se iniciaron tras un movimiento brusco jugando al tenis según se refleja en la biografía de Dallek, y según su madre después de jugar al fútbol americano, como se transcribe en las notas del Hospital Naval de Charleston)⁸.

En 1940, al graduarse en Harvard con 23 años, acudió a un traumatólogo especializado en patología de columna (el Dr. Gilbert Haggart). Diagnosticado de inestabilidad lumbosacra secundaria a traumatismos deportivos



Figura 1. Alistado en la Marina de los Estados Unidos en el año 1942, en una torpedera en el Pacífico. Biblioteca y Museo John F. Kennedy (jfklibrary.org).

(jugador de fútbol americano en la universidad), le recomendó un tratamiento conservador. Posteriormente, acudió a las Clínicas Lahey y Mayo en los siguientes meses, para una segunda opinión. En ambos centros le plantearon intervenirle realizando una fusión lumbar y sacroilíaca.

En el año 1942 siguió consultando a distintos especialistas por persistencia del dolor lumbar. Esta vez, al Dr. Marius Smith-Petersen, traumatólogo, que desestimó una intervención quirúrgica, y en sus notas remitidas a otro colega (Dr. James White, neurocirujano naval), le explicaba que, dada la evolución del dolor, y la presencia de reflejos normales, creía más recomendable una valoración neurológica⁸.

En el año 1943, ya con esta situación de dolor lumbar persistente, se alistó en la Marina de los Estados Unidos, y acabó destinado como capitán de una torpedera al Pacífico, en plena Segunda Guerra Mundial (figura 1). Fue derribado por un destructor japonés (Amagiri), y pasó cinco horas nadando junto a sus hombres hasta que llegan a tierra en una isla a tres millas, lo que parece que empeoró sus dolores lumbares, aunque le hizo merecedor de la Medalla al Mérito Naval. Durante este año de combate sufrió, además del dolor lumbar, episodios de colitis, infecciones de orina, y pasó la malaria durante su estancia en el Pacífico.

En 1944, de vuelta a su país tras haber servido en la guerra, volvió a consultar a distintos médicos por el empeoramiento de sus problemas lumbares. Después de múltiples valoraciones por distintos especialistas, finalmente en junio de 1944 (27 años) se somete por primera vez a una hemilaminectomía izquierda L4-L5 y discectomía L5-S1, realizadas por el neurocirujano Dr. James Poppen, de la Clínica Lahey. Sin embargo, el propio cirujano se sorprendía de la mala evolución del postoperatorio, con intenso dolor y espasmos musculares desproporcionados al tipo de cirugía⁸. Por este motivo, es reevaluado de nuevo por el Dr. James White en agosto de 1944. Otros especialistas en cirugía de columna (Dr. R. Hart, Dres. Pait y Dowdy) que han podido consultar posteriormente estos informes destacan la imposibilidad de consultar las radiografías previas a esta primera cirugía (no consiguieron encontrar ninguna, aunque sí se describe en las notas que están realizadas)^{4,8}. Durante este año 1944, la gastroenteróloga Sara Jordan, de la Clínica Lahey de Boston, pudo revisar el historial previo de la Clínica Mayo y de su propia clínica, y comprobó que JFK había sido diagnosticado durante los años de ingresos hospitalarios en su juventud de “duodenitis difusa y colitis espástica grave”.

En 1945 (28 años), JFK se retiró de la carrera naval, tras la cirugía lumbar y la persistencia de los episodios de colitis, que ya arrastraba desde la adolescencia. Recién licenciado del ejército en 1946 (29 años), inicia su carrera presidencial, con un dolor lumbar crónico, y tras una primera cirugía con escasos resultados.

En 1947, cumplidos los 30 años, es diagnosticado oficialmente de insuficiencia suprarrenal (enfermedad descubierta por Thomas Addison en 1855, y descrita posteriormente como parte del síndrome poliglandular autoinmune tipo 1 por el médico alemán Martin Benno Schmidt en 1926, y del síndrome poliglandular autoinmune tipo 2 en 1980)⁹. En 1947, el Dr. Edward Kendall (1886-1972), de la Clínica Mayo, consiguió aislar un nuevo compuesto purificado procedente de extractos de glándulas suprarrenales, que llamó cortisona, y que comenzó a utilizar en artritis reumatoide. Este tratamiento inicialmente era parenteral, y el mismo año de su descubrimiento, se diagnostica a JFK de enfermedad de Addison, aunque probablemente sufriera esta enfermedad desde los 17-18 años, como sugieren los ingresos por ictericia y colitis⁹⁻¹¹. Empezó a recibir tratamiento con cortisona parenteral, y posteriormente oral, cuando Kuch (Universidad de Chicago) y Kendall

se asociaron con distintos laboratorios farmacéuticos, consiguiendo el formato oral, y los corticoides sintéticos (disponibles en 1949), que también recibió JFK durante los siguientes años hasta su fallecimiento.

En 1954 (37 años), pasados 10 años de su primera cirugía de columna, parece que se encuentra estable de sus episodios de colitis y astenia, pero sigue teniendo dolor lumbar a pesar de tratamientos médicos y rehabilitadores. Lo suficiente como para meterse en una segunda cirugía. Esta vez es intervenido por el Dr. Philip Wilson, traumatólogo de la Universidad de Harvard. Este famoso ortopeda de la época había patentado la prótesis Wilson para fusiones lumbosacras, y fue esta la técnica de elección para JFK. En las pruebas previas a la cirugía (principalmente radiografías y mielografías), los cirujanos que pudieron revisar las pruebas afirmaban que se observaba un disco L5-S1 con pérdida de espacio de alrededor del 70% en las radiografías, con osteofitos anteriores, pero sin evidencia de osteoporosis ni fracturas vertebrales, a pesar de que ya llevaba 7 años tomando corticoides crónicos^{4,8}. Solo en la biografía de Robert Dallek se afirma una posible fractura compresiva, pero no es apoyada posteriormente por las revisiones de 2006 y 2017^{1,2,4,8}. En su revisión de 2017⁴, Pait y Dowdy consideraban que el dolor que sufría era multifactorial: mecánico, por inestabilidad de las sacroilíacas, y por los resultados de una fusión lumbar reintervenida (esto se podría ajustar al concepto actual de “espalda fallida”, que también acuñó el Dr. Hart en 2006). Así mismo, añaden un comentario que se ajusta a una situación frecuente en la práctica clínica también actual: los perjuicios que pudo provocarle su fama, y las múltiples opiniones de distintos expertos de las diferentes clínicas que visitó. Los tratamientos “VIP” (*very important person*) o preferentes a personajes famosos, conocidos o familiares de miembros importantes de la comunidad (a nivel político, social, artístico, etc.), pueden suponer más un problema que una ayuda para el diagnóstico y tratamiento de un paciente (lo que coloquialmente decimos en la actualidad: “los recomendados van mal”).

Entre los años 1954 y 1955 (37-38 años), los documentos revisados definen un postoperatorio complejo por la persistencia del dolor, las infecciones y episodios de crisis suprarrenal, y además son reportados a nivel internacional.

En el año 1955 (38 años) se publicó “anónimamente” la evolución de JFK durante el postoperatorio de su segunda



Figura 2. Junio de 1961: conferencia nacional sobre economía internacional y desarrollo social. Biblioteca y Museo John F. Kennedy (jfklibrary.org).

cirugía de columna¹². Con el título de “Management of adrenocortical insufficiency during surgery”, se publicaron los casos de tres pacientes intervenidos por distintos motivos, el tercero de los cuales se filtró que era JFK. Se describió en el artículo el tratamiento corticoideo que recibía, los anestésicos y analgésicos utilizados y las complicaciones postoperatorias (a destacar otra infección de orina y un angioedema por reacción a la transfusión)¹². En las radiografías postcirugía, se observaba una correcta fusión de las sacroilíacas izquierdas y la L5-S1. Unas semanas después, volvió a pasar por quirófano (tercera cirugía), por inestabilidad de la instrumentación e infección de la misma. A partir de aquí, no se consiguieron ver radiografías posteriores a esta tercera operación^{4,8}.

También en este año 1955 se describe la situación de hipotiroidismo y el posible hipogonadismo de Kennedy en las notas del Hospital de Nueva York, referidas por la Dra. Janet Travell¹⁰.

En el año 1957, con 40 años, JFK tuvo que someterse a la cuarta y última cirugía de columna, esta vez obligatoriamente por un absceso superficial a nivel L4-L5, colonizado por *Staphylococcus aureus*. En esta ocasión, le intervino un cirujano general (el Dr. Preston Wade).

Desde el año 1958 hasta su fallecimiento en 1963, el tratamiento ya solo fue conservador, no volviendo a indicarse ningún tipo de intervención. El dolor fue tratado con distintos narcóticos, corsés, fisioterapia,



Figura 3. Imágenes del corsé que portaba John Fitzgerald Kennedy el día de su asesinato (FBI Archives).

inyecciones de procaína y metanfetaminas intravenosas. La Biblioteca y Museo John F. Kennedy (<https://www.jfklibrary.org/>) dispone de múltiples fotografías familiares, en las que se le puede ver portando el corsé de la época, y las muletas tras las intervenciones quirúrgicas (figura 2). También están disponibles las fotografías del corsé que llevaba el día de su asesinato (figura 3), procedente del archivo del FBI disponible en los Archivos Nacionales. La célebre frase de su hermano Robert "At least, half the days he spent on this earth were days of intense physical pain" ("al menos, la mitad de los días que pasó en la tierra fueron días de intenso dolor físico") resume el amplio historial médico que desarrolló en 46 años.

En el año 1960 (43 años), durante la campaña presidencial, sus rivales políticos hicieron pública su enfermedad de Addison, intentado desacreditar su condición de

enfermo crónico para que perdiera las elecciones. Finalmente esto no sucedió, y alcanzó la victoria en las elecciones presidenciales de ese año, siendo el presidente electo más joven de su país con 43 años.

En el año 1961, con 44 años, según notas de su Dra. Janet Travell, Kennedy recibía tratamiento con ácido ascórbico, hidrocortisona, prednisona, metiltestosterona, tirosina y adrenalina^{10,13,14}. Gracias a este tratamiento seguía llevando una activa vida laboral, apoyándose también de muletas o de su corsé en algunos de los actos públicos que realizaba. Es famosa su mecedora, en la que recibía en audiencia en la Casa Blanca a distintas personalidades y políticos, y que le ayudaba a tolerar el dolor lumbar y la incomodidad del corsé (figura 4). Como enfermo crónico, pudo desarrollar su carrera política desde 1960 hasta 1963, fecha en la que fue asesinado.

El análisis de su autopsia

Tras el asesinato de Kennedy el 22 de noviembre de 1963, tiroteado mientras iba en coche descubierto a un acto político en Texas con su esposa, su sucesor el presidente Lyndon B. Johnson estableció una comisión presidencial que investigara los hechos acaecidos, destinada principalmente a averiguar las causas de la muerte y el nombre del asesino. El trabajo de esta comisión (también llamada Comisión Warren, por estar presidida por el jurista Earl Warren) incluyó, además de valorar informes policiales, documentos políticos y teorías de la investigación, los resultados de las pruebas forenses. Las conclusiones a las que llegaron los participantes se publicaron en el famoso “Informe Warren” en septiembre de 1964¹⁵. Este documento fue muy criticado en esa época, ya que no esclarecía múltiples detalles sobre el asesinato, y este hecho favoreció la aparición de teorías de la conspiración sobre quiénes habían podido ser los asesinos reales.

Según los documentos médicos disponibles en este informe, JFK fue tiroteado en las calles de Dallas, y directamente se trasladó a la Sala 1 de Trauma del Hospital Memorial Parkland de Texas. Los primeros médicos que le atendieron (ya agonizando) fueron dos residentes de cirugía general (los Dres. James Carrico y Ron Jones), y un residente de cirugía torácicovascular (Dr. Malcolm Perry), quienes intentaron mantenerle hemodinámicamente estable, asistidos por varios anestesiólogos^{16,17}. Las heridas craneales fueron evaluadas por el Dr. Robert G. Grossman, quien acababa de terminar la residencia de neurocirugía en el Instituto Neurológico de Nueva York. Su versión detallada de los hechos en primera persona se puede consultar en publicaciones previas^{16,17}. En su testimonio, describió que a su llegada se encontró una herida en el tercio inferior del cuello anterior (supraclavicular), y una gran herida occipitoparietal derecha, resultado de un disparo, perdiéndose masa cerebral, tejido óseo y abundante cantidad de sangre, junto con arreactividad pupilar en la exploración¹⁶. Otra herida parietofrontal derecha parecía el orificio de salida de la bala intracraneal. El Dr. Kemp Clark, jefe de Neurocirugía del centro, también pudo evaluarle en un primer momento, y firmó la hora del fallecimiento. Ese mismo día se efectuó la autopsia oficial en el Centro Médico Naval de Bethesda (Maryland, EE. UU.). Fue realizada por tres patólogos de la Armada: los doctores James J. Humes, J. Thornton Boswell y Pierre



Figura 4. John Fitzgerald Kennedy en su mecedora en el Despacho Oval de la Casa Blanca, recibiendo en audiencia al astronauta John H. Glenn Jr. Washington, 1962. Biblioteca y Museo John F. Kennedy (jfklibrary.org).

A. Finck^{17,18}. Durante la autopsia se realizaron a nivel craneal una radiografía anteroposterior y dos craneales laterales, y se describieron profusamente las heridas en la anatomía craneal, para determinar la trayectoria de la bala y confirmar la causa de la muerte¹⁹.

Todas las fotografías médicas en la autopsia fueron realizadas por John Thomas Stringer Jr y Floyd Albert Riebe. Estas han sido revisadas durante años por múltiples médicos, abogados, políticos... Inicialmente fueron custodiadas por el Servicio Secreto de los Estados Unidos, y después en los Archivos Nacionales, donde quedó registrada toda la información de la Comisión Warren. Tras las últimas desclasificaciones de documentos relacionados con su muerte, algunas se encuentran disponibles en los principales buscadores de Internet. En una de ellas, se puede comprobar la presencia de una extensa cicatriz sobre la columna dorsolumbar, secuela de las cirugías previamente descritas, y el agujero de bala de uno de los disparos que recibió (figura 5).

Los informes sobre las fotografías y pruebas realizadas durante la autopsia son controvertidos: varias fotografías



Figura 5. Imágenes de la autopsia realizada en el Hospital Naval de Bethesda (Maryland, EE. UU.) el 22 de noviembre de 1963. Se observa una herida de bala paravertebral a la altura de T1 derecha, y una cicatriz previa extensa sobre columna dorsolumbar.

de la autopsia no disponen de una graduación con escala, por lo que no se puede calcular con precisión el tamaño de las lesiones evidenciadas, el estudio radiológico era incompleto, y las imágenes de la autopsia eran de baja calidad, sin contar que había sospechas de que algunas de estas imágenes hubieran desaparecido durante el proceso de revisión del historial¹⁹. Esto provocó que la autopsia y sus conclusiones siempre estuvieran en el punto de mira^{20,21}. A pesar de que se había autorizado una autopsia completa y exhaustiva por parte de la familia, se consideró durante muchos años que se había realizado parcialmente, posiblemente por la presión de trabajar con el Servicio Secreto y la policía militar durante su realización. Hasta se dudaba de la experiencia de los patólogos responsables y de la experiencia en el

tratamiento de heridas de bala de los médicos que le atendieron inicialmente en el Hospital Memorial Parkland. El Informe Warren concluía que el presidente había recibido tres disparos, pero solo dos impactos de bala claros: uno que pasó lateral a la columna dorsal a la altura de T1, sobre la escápula derecha (punto que no describen los neurocirujanos que le atendieron) y salió por la región paratraqueal derecha (figura 5), y otra bala que alcanzó la región parietooccipital derecha y salió por la parte frontal derecha, provocando lesiones extensas en hemisferio derecho, y causante final de la muerte del presidente¹⁵.

Con la polémica que instauró el Informe Warren sobre sus conclusiones sobre el número de disparos, trayectorias de las balas y posibles asesinos, el tema de la autopsia quedó también en duda durante los siguientes años. Hasta el punto de realizarse múltiples revisiones posteriores por distintos equipos médicos y fiscales^{22,23}. La segunda revisión relevante del informe de la autopsia la realizó el Fiscal General Ramsey Clark en 1968, incluyendo fotografías y radiografías de la autopsia, y la tercera revisión en profundidad fue en los años 1972-1980 por el Dr. John K. Lattimer, urólogo de la Universidad de Columbia. Este pudo revisar toda la documentación sobre la autopsia y realizar ensayos balísticos propios, autorizado por la familia Kennedy, para intentar confirmar si recibió dos o tres disparos, y publicó sus propias teorías²⁴⁻²⁶. Nos gustaría destacar también el efecto que ha suscitado este tema en nuestro país, encontrando una interesante tesis doctoral en España sobre la autopsia de Kennedy publicada en 1992 por el Dr. José Luís Romero²⁷.

Si bien los trayectos de las heridas de bala son ampliamente detallados y discutidos correctamente en los informes de la autopsia de la Comisión Warren, llama la atención la pobre descripción del resto del cuerpo. De acuerdo con los informes oficiales de la autopsia disponibles^{19,27}, pudieron comprobar en el examen macroscópico una cicatriz abdominal de ocho centímetros, probablemente de una de sus cirugías abdominales (¿apendicitis?). Sobre la columna lumbar, se observaba una cicatriz de 15 centímetros, resultado de sus cirugías previas (figura 5). Los órganos torácicos los resumieron como normales, sin aumento de líquido pleural, con pulmones y corazón sin alteraciones. En la cavidad abdominal el análisis indicaba que faltaba el apéndice, y había algunas adherencias pericicatriciales, pero sin otras alteraciones relevantes. El esqueleto se

valora como normal en su conjunto, y no se especifican resultados individuales de cada hueso, si bien se conocía que había sido intervenido de columna lumbar, y esto no aparece detallado. En cuanto al examen microscópico, se definieron como normales corazón, pulmones, hígado, bazo, riñones y piel, salvo las regiones perilesionales a las heridas de bala²⁷. Se relataba que se hicieron radiografías de todo el cuerpo, pero se entregaron directamente al Servicio Secreto, y sorprendentemente no se incluyen en la autopsia. También sorprende la ausencia de definición de las glándulas suprarrenales del presidente, teniendo en cuenta lo publicitado que fue su diagnóstico de enfermedad de Addison durante la campaña electoral. Es muy significativa la ausencia de datos sobre la hipófisis, la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas en la descripción, que bien podría haber sido por omisión directa durante la investigación por motivos desconocidos, o por pérdida de parte de los documentos de la autopsia en las diferentes custodias por distintos organismos^{19,27}.

Posteriormente, en la revisión de 1972, Lattimer comprobó las radiografías de la región de las glándulas suprarrenales, y especificó que no había calcificaciones anormales en esa zona que sugirieran la existencia de tuberculosis, por lo que plantea que JFK padecía una atrofia adrenal bilateral idiopática. Tuvo además la posibilidad de revisar radiografías lumbares, que mostraban según su criterio una fusión de L5 y S1, alguna placa metálica de fijación lumbar y la presencia y buena diferenciación de la anatomía de las vértebras lumbares²⁴⁻²⁶.

Hipótesis diagnósticas post-mortem

Hasta su asesinato en 1963, con 46 años, sufrió varias patologías con diagnóstico claro, y otras que solo podemos plantear como hipótesis, apoyándonos en la sintomatología descrita, tratamientos recibidos y resultados de la autopsia disponibles.

La hipótesis médica más extendida hasta el momento es la referida a sus antecedentes endocrinológicos. En el año 1980 se describió el síndrome poliglandular autoinmune tipo 2 (varones entre 20 y 40 años, con insuficiencia suprarrenal primaria y tiroiditis autoinmune, que pueden asociar hipogonadismo, enfermedad celiaca, y anemia perniciosa), que podría corresponder a prácticamente todos los síntomas que tuvo Kennedy unos años antes, como plantean distintos

endocrinólogos actuales²⁸. Además, tanto JFK como su hermana Eunice fueron diagnosticados de enfermedad de Addison. El hijo del presidente parece que también fue diagnosticado de enfermedad de Graves, por lo que la herencia autoinmune parece muy probable.

La segunda hipótesis muy probable es la existencia de una “espalda fallida”, por la persistencia de dolor lumbar crónico tras distintas cirugías, y complicaciones de las mismas, que también nos parece un diagnóstico adecuado en este caso⁸.

Con los datos revisados, e intentando englobar todos los síntomas en las entidades clínicas que conocemos en la actualidad, ¿qué otras patologías menos probables podría haber tenido Kennedy, pero no se pudieron diagnosticar en su época?

La posibilidad de una espondilitis anquilosante nos parece realista: una forma de artritis de inicio de la edad adulta, más frecuente en varones, que afecta especialmente a la columna lumbosacra y articulaciones sacroilíacas²⁹. Además del dolor articular y lumbar, puede asociar episodios de uveítis, y JFK tuvo un primer episodio de visión borrosa unilateral a los 13 años, aunque la sintomatología digestiva que padeció durante toda su vida no parece tan claramente relacionada con esta entidad.

La probabilidad de una adrenoleucodistrofia es menor, pero cuadra con muchos de los síntomas padecidos por JFK durante su vida: es un trastorno de predominio en varones, que en su forma menos grave se acompaña en un 70% de casos de insuficiencia suprarrenal, que puede ser la manifestación única durante años, y se asocia también a hipogonadismo³⁰. Puede progresar a una paraparesia con espasticidad, pero esto no se corresponde a la situación clínica de JFK antes de fallecer, y no se disponía en esos años de pruebas de imagen como la resonancia magnética para corroborarlo (técnica que se desarrolló en los años 70).

Otro diagnóstico planteable es la espondiloartrosis lumbar: es muy frecuente en la población general, puede aparecer por un desencadenante deportivo, y en el caso de JFK, fue muy deportista durante sus años de universidad, y fue intervenido desde muy joven por problemas lumbares³¹. En contra de este diagnóstico, tenemos que resaltar la ausencia de patología discal clara en las radiografías posteriores a su primera cirugía lumbar, que no se han podido valorar las radiografías previas a esa

cirugía y la persistencia de los dolores crónicos a pesar de los múltiples tratamientos empleados.

Nos sorprende la ausencia de una osteopenia u osteoporosis clara de columna o sacra en un paciente consumidor de corticoides durante más de 20 años, pero en ninguna de las radiografías revisadas por los distintos cirujanos de columna se describe.

Es posible que también tuviera una celiaquía, con síntomas como diarrea y osteoporosis, aunque no cumpliría con otros criterios como raquitismo y antecedentes en la familia³². La colitis espástica severa y persistente que padecía podría estar relacionada con un síndrome del colon irritable, o con una enfermedad de Crohn o colitis ulcerosa, aunque los hallazgos de las colonoscopias de la época (tubos rectos que analizaban los 30 últimos centímetros de intestino) no parecen concluyentes³³. El mayor número de úlceras digestivas descritas se encontraba en estómago y duodeno, y no parece haber alteraciones en recto y colon terminal.

La tabes dorsal (complicación tardía de la sífilis, con afectación meníngea y de cordones posteriores de la médula y raíces posteriores, que provoca dolor dorso-lumbar, marcha tabética por la pérdida de propiocepción, lesiones cutáneas y artrosis generalizada) podría ser otra de las patologías que podría haber desarrollado. Sin embargo, en las revisiones disponibles sólo se documentan infecciones por clamidia y gonorrea, pero no sífilis⁷.

Desgraciadamente estas opciones diagnósticas que reflejamos no se han podido confirmar: en los años 50 y 60 algunas técnicas diagnósticas tan utilizadas hoy en día como la resonancia magnética de columna y craneal, o la detección de anticuerpos en enfermedades autoinmunes, no estaban disponibles. El acceso a un informe más completo de la autopsia quizá podría ayudar a cerrar varios posibles diagnósticos, que en este momento siguen sin poder comprobarse.

Conclusiones

La salud del presidente JFK fue un motivo conocido de limitación física durante su carrera política y su vida personal. A pesar de sus complicaciones, y de las limitaciones de los conocimientos médicos de la época, desarrolló una carrera militar y política al más alto nivel, viajando y trabajando con la mayor intensidad, y desarrollando una activa vida personal. Podemos

considerar su evolución personal y profesional como el triunfo del enfermo crónico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran ausencia de conflicto de intereses, y están conformes con los contenidos del manuscrito. Todos los datos son originales, no han sido remitidos para valoración en ningún otro medio. Sí han sido presentados en la Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología, en el año 2018. Así mismo, ningún autor ha recibido financiación ni parcial ni total por ningún laboratorio farmacéutico ni organización en relación con este artículo.

Bibliografía

1. Dallek R. An unfinished life: John F. Kennedy, 1917-1963. 1ª ed. Boston: Little, Brown and Company; 2003.
2. Dallek R. The medical ordeals of JFK. *The Atlantic Monthly*. 2002;48-61.
3. John F. Kennedy Presidential Library and Museum [Internet]. Boston: The JFK Library; [s.d.]. Papers of John F. Kennedy. Presidential Papers. President's Office Files; [consultado dic 2020]. Accesible en: <https://www.jfklibrary.org/asset-viewer/archives/JFKPOF>
4. Pait TG, Dowdy JT. John F. Kennedy's back: chronic pain, failed surgeries, and the story of its effects on his life and death. *J Neurosurg Spine*. 2017;27:247-55.
5. O'Brien G. Rosemary Kennedy: the importance of a historical footnote. *J Fam Hist*. 2004;29:225-36.
6. Klein E. The Kennedy curse: why tragedy has haunted America's first family for 150 years. Nueva York: St. Martin's Griffin; 2003.
7. Zhou TC, Tareen B. Pain in Camelot: John Fitzgerald Kennedy and his hidden struggle with urologic distress. *J Urology*. 2011;185:415.
8. Hart RA. Failed spine surgery syndrome in the life and career of John Fitzgerald Kennedy. *J Bone Joint Surg Am*. 2006;88:1141-8.
9. Loughlin KR. John F. Kennedy and his adrenal disease. *Urology*. 2002;59:165-9.
10. Mandel LR. Endocrine and autoimmune aspects of the health history of John F. Kennedy. *Ann Intern Med*. 2009;151:350-4.
11. Alfaro-Martínez JJ. Personajes históricos en la consulta de endocrinología. *Endocrinol Nutr*. 2014;61:382-8.
12. Nicholas JA, Burstein CL, Umberger CJ, Wilson PD. Management of adrenocortical insufficiency during surgery. *AMA Arch Surg*. 1955;71:737-42.
13. Giglio JN. Growing up Kennedy: the role of medical ailments in the life of JFK, 1920-1957. *J Fam Hist*. 2006;31:358-85.

14. Pinals RS, Hassett AL. Reconceptualizing John F. Kennedy's chronic low back pain. *Reg Anesth Pain Med*. 2013;38:442-6.
15. National Archives [Internet]. College Park (US): The U.S. National Archives and Records Administration; [s.d.]. Warren Commission Report; 29 oct 2018 [consultado 5 jul 2013]. Accesible en: <http://www.archives.gov/research/jfk/warren-commission-report/>
16. Sullivan D, Faccio R, Levy ML, Grossman RG. The assassination of President John F. Kennedy: a neuroforensic analysis--part 1: A neurosurgeon's previously undocumented eyewitness account of the events of November 22, 1963. *Neurosurgery*. 2003;53:1019-27.
17. Levy ML, Sullivan D, Faccio R, Grossman RG. A neuroforensic analysis of the wounds of president John F. Kennedy: part 2--A study of the available evidence, eyewitness correlations, analysis, and conclusions. *Neurosurgery*. 2004;54:1298-312.
18. Rohrich RJ, Nagarkar P, Stokes M, Weinstein A. The assassination of John F. Kennedy: revisiting the medical data. *Plast Reconstr Surg*. 2013;132:1340-50.
19. Official autopsy report on President Kennedy. *JAMA*. 1964;190:98-100.
20. Hilpert FM. The Kennedy autopsy. *JAMA*. 1967;199:283.
21. Hughes PW. Official autopsy report on President Kennedy. *JAMA*. 1965;191:602.
22. Lundberg GD. Closing the case in JAMA on the John F. Kennedy autopsy. *JAMA*. 1992;268:1736-8.
23. Annas GJ. The health of the president and presidential candidates: the public's right to know. *N Engl J Med*. 1995;333:945-9.
24. Lattimer JK. Observations based on a review of the autopsy photographs, x-rays, and related materials of the late president John F. Kennedy. *Med Times*. 1972;100:33-64.
25. Lattimer JK, Lattimer J. The Kennedy-Connally single bullet theory. A feasibility study. *Int Surg*. 1968;50:524-32.
26. Lattimer JK. Additional data on the shooting of President Kennedy. *JAMA*. 1993;269:1544-7.
27. Romero Palanco JL. JF. Kennedy: autopsia de un presidente [tesis doctoral]. Cádiz: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Cádiz; 1992.
28. Kahaly GJ, Frommer L. Polyglandular autoimmune syndromes. *J Endocrinol Invest*. 2018;41:91-8.
29. Sieper J, Poddubnyy D. Axial spondyloarthritis. *Lancet*. 2017;390:73-84.
30. Kemp S, Huffnagel IC, Linthorst GE, Wanders RJ, Engelen M. Adrenoleukodystrophy-neuroendocrine pathogenesis and redefinition of natural history. *Nat Rev Endocrinol*. 2016;12:606-15.
31. Maher C, Underwood M, Buchbinder R. Non-specific low back pain. *Lancet*. 2017;389:736-47.
32. Lebowhl B, Sanders DS, Green PHR. Coeliac disease. *Lancet*. 2018;391:70-81.
33. Baumgart DC, Sandborn WJ. Crohn's disease. *Lancet*. 2012;380:1590-605.