



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-564 - A PROPÓSITO DE UN CASO: UNA BALA ENDOLUMINAL. REALIDAD O FICCIÓN

Campos Serra, Andrea; Montmany, Sandra; Rebasa, Pere; Luna, Alexis; Aparicio, Oscar; Criado, Eva; Falcó, Joan; Navarro, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: Revisar las manifestaciones, diagnóstico y tratamiento de las balas endoluminales tras una agresión por arma de fuego. Descripción del manejo de un caso y revisión de la bibliografía publicada.

Caso clínico: Varón de 34 años que ingresa en nuestro servicio de urgencias por lesión con arma de fuego. A su llegada el paciente presenta la vía aérea permeable, se encuentra hemodinámicamente estable y presenta 2 heridas penetrantes torácicas, 3 abdominales y 1 en extremidad superior izquierda. Se realiza una tomografía computarizada (TC) toraco-abdominal que objetiva 2 proyectiles a nivel subcutáneo en tórax, 1 glúteo, 1 lumbar izquierdo, 1 en la extremidad superior izquierda y un sexto proyectil intraabdominal, adyacente a la vena cava inferior (VCI), cerca del segmento VII hepático, que presenta un importante artefacto y dificulta su localización exacta. Además se objetiva una fractura de la pala ilíaca izquierda y neumoperitoneo con sospecha de lesión de víscera hueca. Se decide intervención quirúrgica urgente realizándose resección de una porción de intestino delgado perforado con anastomosis término-terminal y reparación de lesión de la extremidad superior extrayendo todos los cuerpos extraños subcutáneos sin poder localizar quirúrgicamente el cuerpo extraño intraabdominal adyacente a la VCI. En una TC abdominal de control a las 24h, se objetiva migración del proyectil a la región de la vena renal derecha. Mediante cavografía se interpreta que el proyectil se encuentra a nivel proximal de la vena renal. Tras varios intentos de extracción endovascular fallidos, se decide colocar un filtro de vena cava. El paciente es dado de alta con la duda diagnóstica de que la bala se encontrase en la VCI, 20 días después de la agresión se retira filtro de vena cava sin incidencias.

Discusión: Las lesiones penetrantes por proyectiles balísticos presentan un amplio rango de patrones lesionales. Los embolismos de proyectiles presentan una excepción al patrón lesional predecible y suponen un desafío para su diagnóstico y un dilema terapéutico. El diagnóstico de los embolismos balísticos es complicado, generalmente la unión de 3 observaciones (número incongruente de lesiones de entrada y salida; prueba de imagen que demuestra una bala en una localización inconsistente con su trayectoria supuesta; radiografías seriadas donde se objeque migración de la misma) debe hacernos sospechar esta posibilidad. Se han descrito balas endoluminales venosas que no condicionan hemorragia exanguinante en su punto de entrada dadas las propiedades elásticas de la pared venosa y la formación de un hematoma a este nivel, como era el caso de nuestro paciente. La migración intravascular de proyectiles ha sido descrita de forma esporádica en la literatura, pero dada su baja frecuencia, actualmente no existen guías de manejo universalmente aceptadas. Generalmente se acepta que las balas intraarteriales deben extraerse de forma endovascular, mientras que para el manejo de las balas intravenosas todavía no existe un consenso claro, habiéndose propuesto tanto la extracción endovascular como la observación. Dada la baja frecuencia de estas

lesiones, se recomienda un abordaje individualizado, siendo importante disponer de una unidad de radiología intervencionista para un mejor manejo de estos pacientes.