

Herida cardíaca por herida de bala en región glútea

Dres. Daniel Cassinelli y Emil Kamaid*

Se presenta el caso de una herida de bala cardiopericárdica por un proyectil que entró por la región glútea izquierda, y recorrió el abdomen por los planos parietales, sin atravesar la cavidad peritoneal. Condicionó un hemopericardio agudo, por herida transfixiante de borde inferior de ventrículo derecho, que se logró reparar exitosamente a través de toracotomía anterolateral izquierda. Una laparotomía inmediata, confirmó la ausencia de lesiones intraabdominales. La evolución alejada fue buena. Se explica esta rara trayectoria, por la posición del paciente en el momento de recibir el impacto.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Heart injuries/surgery. Wounds, gunshot, Buttocks.

Es de todos conocido que el trayecto que recorre un proyectil de arma de fuego luego de entrar en el organismo no siempre es rectilíneo. Hay trayectorias muy aberrantes, que producen lesiones que la mayoría de las veces, no están en la mente del cirujano. Esta trayectoria no rectilínea, puede deberse, sea al choque contra un hueso, y al consiguiente cambio de trayectoria, o a la posición relativa del arma de fuego, y el cuerpo que recibe el impacto.

Vamos a presentar hoy, un paciente que sufrió una herida de bala con una rara trayectoria, que creó una lesión grave, que fue despistada con un estudio completo del paciente, y que si hubiera pasado inadvertida, le hubiera llevado a la muerte.

OBSERVACION

J. G. H. de C. 328709, 31 años.

Se trata de un joven de 31 años, que en circunstancias en que estaba robando caballos, y huía montado, recibe una herida de bala calibre 38 largo, en la región glútea izquierda. Es llevado al Hospital Militar desde donde lo envían al Hospital de Clínicas.

Visto en Emergencia, unas dos horas después de la herida, nos encontramos con un hombre en buen estado general, animoso, que se queja de dolor discreto en la región glútea izquierda, y fosa iliaca izquierda. Presenta un orificio de bala en parte externa de región glútea, sin orificio de salida.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 24 de abril de 1974.

* Asistentes de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Adolfo Berro 1088, Montevideo. (Dr. Cassinelli).

Departamento de Emergencia (Prof. Int. Dr. Julio Mañana). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo.

P.A. 9/7, pulso 110 p.m. Tonos bien golpeados. Discreta ingurgitación yugular. Discreta palidez.

La palpación abdominal, revela un vientre libre y depresible. Indoloro salvo en la fosa iliaca izquierda, donde duele y hay discreta defensa. Se hace descubierta en miembro superior, y reposición con suero, sufriendo y estabilizándose rápidamente la presión arterial. Continúa ansioso.

La R.X. simple de abdomen: no muestra imágenes patológicas, ni tampoco el proyectil. Ante esto, el radiólogo efectúa una radioscopia de tórax, encontrándose una imagen cardíaca, de forma redondeada, que no late, y la bala en la cara posterior del corazón.

Ante este hallazgo se sube directamente a la sala de operaciones. Bajo anestesia general, con intubación traqueal es intervenido. Dr. Cassinelli, Dr. Kamaid, Dr. Carriquiri.

Toracotomía anterolateral izquierda por 5º espacio intercostal, sin resección de costilla.

Al abrir el tórax, no hay hemotórax. Pericardio a tensión, viéndose sangre a su través.

Se abre el pericardio por detrás el frénico, saliendo un chorro de sangre oscura y la bala. La exploración cardíaca muestra una herida del borde anteroinferior del corazón, a nivel del ventrículo derecho, con orificio de entrada y de salida, penetrante en cavidad.

Se hace sutura con lino de ambas heridas, ya que es el único material de que disponíamos, logrando la hemostasis sin mayores dificultades. Cierre parcial del pericardio, Cierre de la toracotomía con drenaje.

Dado el sitio de entrada de la bala, y las lesiones comprobadas, se decide efectuar una laparotomía para tratar las lesiones intraabdominales que seguramente el proyectil había efectuado en su trayectoria ascendente.

Se hace una mediana suprainfraumbilical. La exploración no mostró ningún tipo de lesión, salvo un pequeño hematoma en la fosa iliaca interna, sin perforación del peritoneo. Cierre por planos.

La evolución postoperatoria fue excelente, concediéndose el alta a los ocho días de operado.

Dos días más tarde, reingresa con una oclusión mecánica de delgado, por lo que es intervenido (Dres. Kamaid y Melognio), encontrándose una adherencia del delgado al mesocolon transversal, causa de la oclusión. Excelente evolución postoperatoria. Alta a los 10 días.

El E.C.G. efectuado en este ingreso mostró: trastornos en la repolarización como correspondiendo a un sufrimiento subepicárdico; pericarditis hemorrágica? Sin signos de necrosis.

COMENTARIO

Visto a la luz de los hallazgos operatorios, la trayectoria del proyectil pensamos que haya sido por el subcutáneo de la pared abdominal anterior, desde la región glútea hasta el reborde costal, donde penetra al tórax, aproximadamente por la base del apéndice xifoides, atravesando en esa zona el pericardio inferior. Esta trayectoria, es posible, dado la posición del paciente al recibir el impacto.

El otro hecho a resaltar, fue la inquietud del radiólogo buscando el proyectil, lo que llevó al diagnóstico de posible herida cardíaca, con la intervención de urgencia consiguiente que salvó la vida del paciente.

RÉSUMÉ

Blessure cardiaque par blessure de balle dans la région fessière.

Présentation d'un cas de blessure cardiopéricardique due à un projectile qui pénètre par la région fessière gauche, parcourt l'abdomen par les plans pariétaux sans passer au travers de la cavité péritonéale. Il s'en suivit un hémopéricarde aigu par blessure transfixiante du bord inférieur du ventricule droit qu'on put soigner avec succès grâce à une thoracotomie antérolatérale gauche. Une laparotomie immédiate confirma l'absence de lésions intra-abdominales. L'évolution dans le temps fut bonne. Cette étrange trajectoire s'explique par la position du patient au moment où il reçut le coup de feu.

SUMMARY

Cardiac injury caused by bullet wound in gluteal region.

A case is described whereby a cardiac wound was caused by a bullet which entered the body through the left gluteal region, and passed through the parietal layers of the abdomen without entering the peritoneal cavity. This produced an acute hemopericardium due to a transfixiant wound in the lower border of the right ventricle, which was successfully repaired through a left anterolateral thoracotomy. An immediate laparotomy confirmed the absence of intra-abdominal lesions. Long term evolution was satisfactory. The course followed by the bullet is explained by the position of the patient at the time he received the shot.

DISCUSION

DR. EDUARDO ANAVITARTE.—Nosotros en la puerta del Hospital de Clínicas, tuvimos dos casos similares, no iguales, sobre todo uno de ellos, que operamos junto con el Dr. Albo. Era una bala que entró también por la parte alta de la región glútea. Sacamos una placa de la región glútea y tenía astillada la cresta iliaca. A ese enfermo, el Dr. Albo le hizo una laparotomía buscando la bala en el abdomen. No le encontró ninguna lesión en el abdomen, absolutamente ninguna. Sólo encontró una ligera equimosis a nivel del epiplón menor; pero como el enfermo, en el momento en que estaba siendo operado hizo un paro cardíaco, le abrió el tórax y el enfermo tenía un gran hemotórax. En ese momento me mandó llamar para continuar la operación juntos. El enfermo sangraba y no sabíamos de

dónde sangraba. La bala ascendió por todo el retroperitoneo, pasó entre el esófago y la aorta y le sacó un fragmento a la aorta a nivel del orificio aórtico del diafragma y ahí sangraba. La suturamos pero el enfermo volvió a hacer otro paro cardíaco y falleció. La bala estaba alojada en el pulmón izquierdo.

De manera que el trayecto de las balas que rebotan en estructuras óseas de la pelvis y ascienden, siendo balas de gran velocidad no es una cosa excepcional.

Tenemos otro caso parecido, que también penetró la bala en el tórax e hizo una herida de pulmón. Ese se salvó, sin lesión abdominal, recorriendo el retroperitoneo.

DR. WOLFGANG GOLLER.—Es muy importante tanto lo que dijo el Dr. Cassinelli, al comenzar la exposición, como lo que acaba de decir el Dr. Anavitarte. Los proyectiles, evidentemente al chocar contra las superficies óseas pueden tomar direcciones de lo más imprevistas. Pero hay otra cosa que hay que destacar, que nosotros hemos visto, y es el hecho de que muy a menudo el proyectil se fragmenta y algún fragmento pequeño puede tomar una dirección absolutamente imposible de entender, y lesionar alguna estructura importante. Cuando se radiografía a estos pacientes y se encuentra el proyectil, o sea, la gran parte del mismo y éste se encuentra muy deformado, es muy importante (en esto insisten muchos autores que tienen experiencia en cirugía de urgencia), si el cuadro clínico hace pensar que puede tener otra lesión, de tratar de buscar otro fragmento que pueda haber sido el causante de la misma.

Claro que eso es mucho menos frecuente que la desviación del proyectil en sí. Pero se han visto casos en los cuales un fragmento desprendido del proyectil puede ser el causante de la lesión importante, y no lo proyectil en sí.

DR. ALBERTO VALLS.—Iba a hablar no porque tuviera experiencia directamente sobre el caso, pero pensando justamente en lo que dijo el Dr. Goller, en la fragmentación de la bala, porque en este momento me estaba acordando de un caso que tuve, en el que la bala se fragmentó. Un taximetrista que fue atacado de noche en las vecindades del cementerio del Buceo, y fue llevado al Sanatorio N° 2 del Casmu. Ingresó con un cuadro de anemia aguda y tenía un fragmento de proyectil en el hipocondrio izquierdo. La bala entró por la fosa lumbar izquierda. La placa que se le hizo no llegó hasta el extremo derecho. Lo operamos, no encontramos nada en el abdomen, pero resulta que el enfermo no marchaba bien y le hicimos una placa total de abdomen y tenía la bala en el extremo de la fosa lumbar derecha y por detrás de la columna vertebral había fracturado las apófisis espinosa y estaba alojada en la fosa lumbar derecha, provocando un gran hematoma.

Así que hay que buscar, hacer un estudio radiológico muy cuidadoso.

DR. DANIEL CASSINELLI. (Cierra la discusión.)

Sólo quería agradecer las palabras de los colegas y decir que la bala no estaba fragmentada. Estaba la bala completa, no estaba deformada además. Evidentemente no golpeó contra la cresta iliaca sino que pasó por detrás de la cresta iliaca o por fuera, por el subcutáneo, dado que no tenía ninguna lesión abdominal tampoco.