

Migración de un Cuerpo Extraño Intratorácico. Reporte de un Caso. Revisión de la Literatura.

Dra. Susan Malavé **
Dr. Anibal Loreto *
Dra. María Campillo*
Dra. Sharon Cimolino*
Dr. José Barrera*

RESUMEN

Aunque la gran mayoría de los proyectiles que penetran en el tórax se ubican en el sitio donde quedaron inicialmente, existen algunos casos en que dichos proyectiles migran hacia el espacio Pleural, Pericárdico, Sistema Vascular, Esófago, Traquea o Conducto Raquídeo.

En el presente trabajo, presentamos un caso donde el proyectil perforó en un segundo tiempo la pared torácica, atravesando la pleura parietal y alojándose en el espacio pleural, sin producir lesión de la pleura pulmonar, por lo que no ameritó tratamiento quirúrgico ni drenaje.

ABSTRACT

Although the most of the missiles which entered in thorax placed in the place where they penetrated, there are some cases where they move to pleural space, pericardic space, intravascular system, esophagus, trachea or rechetit duct.

This is the report of a case, where the bullet entered in a second time the thoracic wall, passig through the parietal pleura and placing in the space pleural, without lung damage or pulmaory pleural, not needing either surgery nor drainage.

PALABRAS CLAVES

- 1.- Heridas Torácicas por Arma de Fuego.
- 2.- Cuerpo Extraño Migratorio Intratoraxico.
- 3.- Proyectil Migratorio.

INTRODUCCION

En pacientes que han sufrido una herida por arma de fuego en tórax, se han reportado las trayectorias más bizarras (2). Contrario a lo que la gran mayoría de la gente cree, los cuerpos extraños intratorácicos migratorios, representan un subgrupo pequeño pero definido del total de las heridas por arma de fuego.

En contados casos, dichos proyectiles se movilizan al espacio pleural, pericárdico (1,5), sistemas vasculares (3), esófago, tráquea o conducto raquídeo (4), siendo el sistema vascular la estructura más frecuentemente penetrada por dichos proyectiles de conductas migratorias, pudiendo producir en cualquier momento, problemas en otros sitios del cuerpo, tales como embolización. Sin embargo, no es raro que un proyectil termine su trayectoria en el espacio pleural libre, en el cual se moverá inócuamente bajo la influencia de la gravedad hasta que quede fijo en un sitio a causa de la reacción pleural (4), por lo que se debe prestar mayor atención a la trayectoria del proyectil penetrante, el cual nos dará las claves para el manejo del paciente.

En el presente trabajo se presenta el caso de un paciente masculino de 29 años de edad, que ingresa al Servicio de Emergencia del Hospital «Dr. Luis Salazar Domínguez» IVSS de Guarenas en el Estado Miranda, son impresión diagnóstica de herida por arma de fuego en el tórax, en noviembre de 1992, en cuyo estudio radiológico se evidenció la migración del proyectil por el espacio pleural, sin producir lesión pulmonar, por lo que no ameritó tratamiento quirúrgico ni drenaje.

CASO CLINICO

Se trata de un paciente masculino de 29 años de edad, mestizo, natural de Cabimas y procedente de Guarenas, admitido en el Servicio de Emergencia del Hospital «Dr. Luis Salazar Domínguez» IVSS de Guarenas, el 12—11-92 en horas de la noche, luego de haber recibido una herida por arma de fuego en hemitórax derecho, con orificio de entrada a nivel del 4to. espacio intercostal derecho de la pared posterior, sin orificio de salida, refiriendo el paciente dolor punzante en hemitorax derecho, de moderada intensidad, que se exacerbaba con la inspiración.

Al exámen físico de ingreso se encuentra consciente, orientado en tiempo, espacio y persona, con palidez cutáneo mucosa

* Médicos Residentes del servicio de Cirugía del Hospital «Dr. Luis Salazar Domínguez» IVSS, Guarenas, Estado Miranda.
** Médico Adjunto y Coordinador Docente de la Residencia Programada del Servicio de Cirugía del Hospital «Dr. Luis Salazar Domínguez» IVSS, Guarenas, Estado Miranda.

***Trabajo realizado en el Servicio de Cirugía del Hospital «Dr. Luis Salazar Domínguez» IVSS, Guarenas, Estado Miranda.

acentuada y diaforesis profusa.

TA: 130/80 mmHg. FC: 88 x' FR: 28 x» T: 37 oC

Piel: Se aprecia herida por arma de fuego con orificio de entrada en la región posterior del hemitórax derecho, a nivel del borde inferior de la escapula, con discreto enfisema subcutáneo local, sin orificio de salida.

Tórax: Normolíneo, simétrico, con la expansibilidad disminuida en hemitórax derecho por el dolor.

Pulmonar: Ruidos respiratorios presentes y simétricos en ambos campos pulmonares, sin adventicios.

Cardiovascular: Ruidos cardíacos rítmicos y regulares sin soplos. Pulsos periféricos presentes y simétricos.

Abdomen: Blando, plano, deprimible, ruidos hidroaéreos presentes, sin dolor, sin viceromegalias palpables.

Se realizan radiografías de tórax PA y lateral que reportan la presencia de proyectil con aplanamiento de la punta, de 0,5 x 0,5 cm de diámetro, localizado a nivel del 4to. espacio intercostal derecho, sin signos radiológicos de hemo o neumotórax. (fig. 1 y 2).

Los exámenes de laboratorio al ingreso reportaron: HB: 15,1 gr% HTO: 47,9% GB: 9.800 mm³ S:77% L:21% M: 2%.

Se evalúa nuevamente al paciente a las 10 horas, no encontrándose ninguna variación en el cuadro clínico, pero en las radiografías de tórax de control, se evidenció la migración del proyectil hasta ubicarse en el ángulo cardiorenal derecho a nivel de la duodécima vertebral dorsal (fig. 3 y 4).



fig. 1

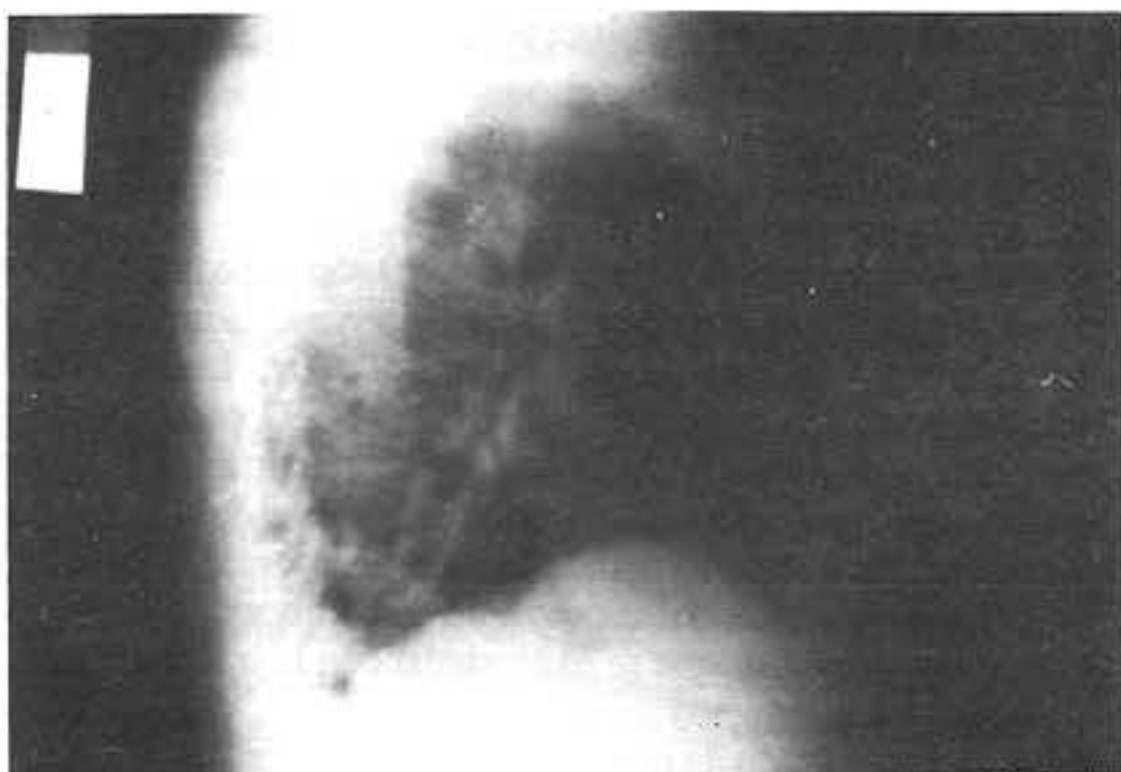


fig. 2

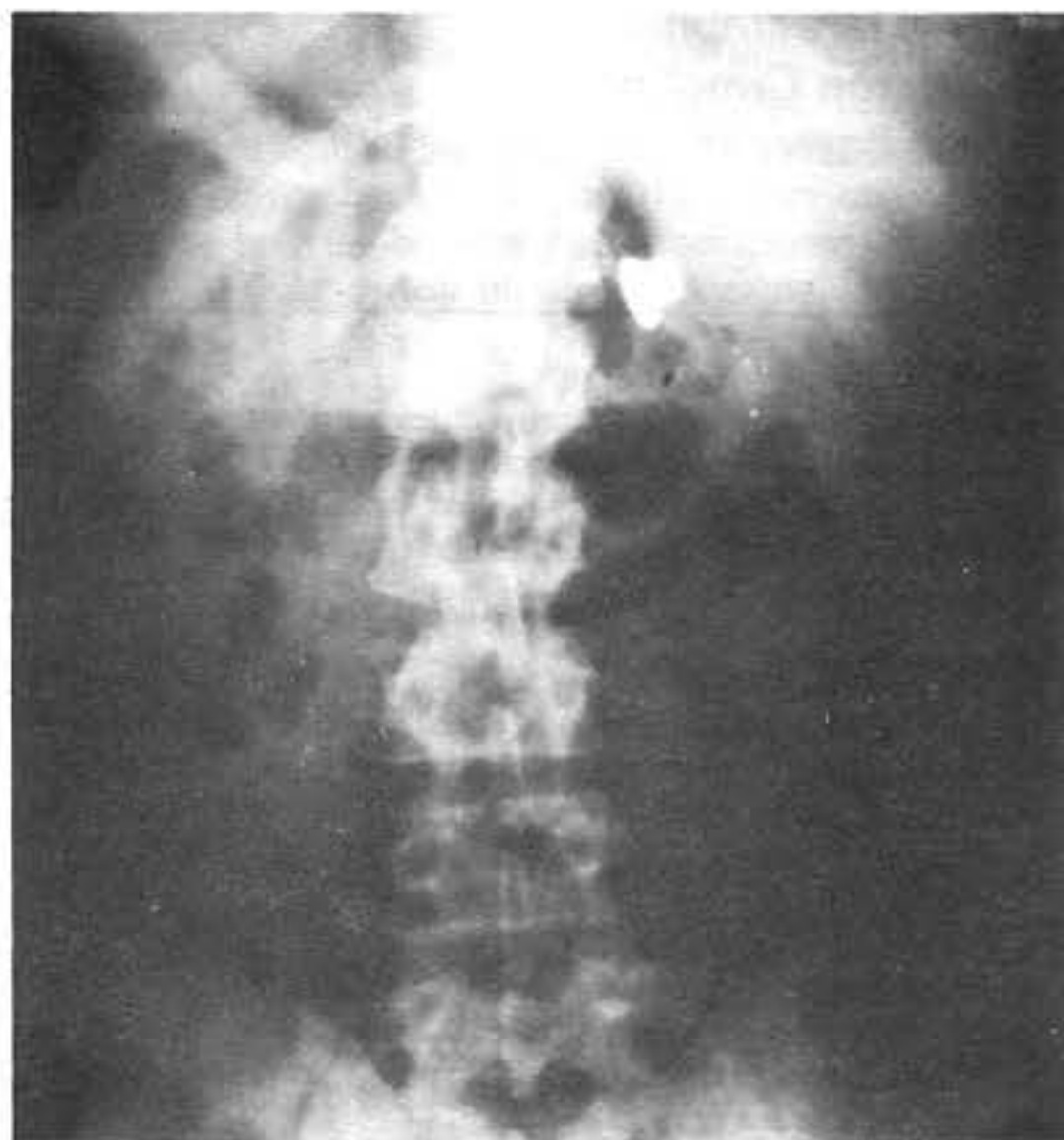


fig. 3



fig. 4

El paciente egresa en condiciones estables con controles radiológicos ambulatorios, el último de los cuales se efectuó el 28-04-93, no observándose nueva migración del proyectil.

DISCUSION

La literatura nacional e internacional revisada, reporta que las migraciones de cuerpos extraños a través del esófago, traquea, conducto raquídeo, espacios vasculares, pericárdicos y pleurales se ven en muy contadas ocasiones, de hecho algunas literaturas reportan que un cirujano puede verlo una o dos veces durante toda su vida profesional (4).

El presente caso, constituye una prueba de la existencia de proyectiles intratorácicos migratorios que se movilizan al espacio pleural, sin daño a otras estructuras intratorácicas. Quizás esto se deba a que el proyectil disparado a una distancia no precisa pero si lejana, al atravesar previamente la puerta del vehículo que conducía el paciente al momento del accidente, redujo su energía cinética por efecto de la distancia y del obstáculo, por lo que traspasó sólo la pared torácica perforando la pleura parietal, alojándose en el espacio pleural sin lesionar la pleura visceral, movilizándose libremente con los cambios de posición, por efecto de la gravedad, hasta quedar fijo en una zona declive a causa de la reacción pleural, no siendo necesario realizar en el paciente un procedimiento invasivo de drenaje o intervención quirúrgica, por la inocuidad del caso.

CONCLUSION

1.- Los cuerpos extraños intratorácicos migratorios son poco frecuentes (2,4).

2.- Un factor que modifica la magnitud del daño del proyectil, es la disminución de su velocidad o energía cinética a su paso por un objeto, antes de penetrar en el organismo.

3.- En caso de que el proyectil quede en el espacio pleural, libre o fijo por reacción inflamatoria, no es necesario extraerlo, sin embargo, existe información no muy bien documentada de algunos autores, quienes consideran que la mayor parte de los proyectiles que se encuentra en cavidades, deben extirparse independientemente de la necesidad de reparar las lesiones que produjo en su camino, parece haber poco motivos para tolerar un cuerpo extraño posiblemente contaminado que pueda producir complicaciones posteriores (4).

4.- No todas las heridas torácicas por arma de fuego, necesitan de drenaje o tratamiento quirúrgico y dependen de los criterios del cirujano.

5.- El control de la migración del proyectil a través de exámenes complementarios, se debe realizar dependiendo del lugar donde quede alojado el mismo y del cuadro clínico del paciente.

REFERENCIAS

- 1.- ABBOTT J.; An intrapericardial tumbling bullet, JAMA, Jan 1973, 223: 196-197.
- 2.- BERNINI C.; Pulmonary embolism from gunshot missiles, Surg Gynecol Obstet 1993, 156:615-619.
- 3.- CHAPMAN A; Mc CLAIN J.; Wanderning missiles, autopsy studies. J. Trauma 1984, 24:634-637.
- 4.- Traumatismos toraxicos (editorial. Clínicas Quirúrgicas de Norte América, volumen 1/1989.
- 5.- DECKER J., Foreign bodies in the heart and pericardium should they be removed?. J. Thorac Surg 1939, 9: 62 - 79.
- 6.- HARKEN D., WILLIAMS A.; Foreign bodies within the blood vascular system. Am J Surg 1976, 72: 80.
- 7.- LEDGERWOOD A.; The Wandering bullet. Surg Clin North Am 1977, 57: 97-109.
- 8.- MATTOX K., BEALL A.; DEBAKEY M.; Intravascular migratory bullets. Am J Surg 1979, 137: 192-195.
- 9.- Migration of projectiles in the blood stream (editorial) Lancet 1917, 2: 395.
- 10.- MOORE H., NYHHUS L., Gunshot wounds of major arteries. Surg Gynecol Obstet 1954, 98: 129.
- 11.- PETSAS A., CHAHRAMANI A., A wandering bullet. Jo Thorac Card 1975, 69: 954.
- 12.- STEINGBERG I., Localization of bullets and metallic fragments in the cardiovascular system. Am J. Roentgen 1960 83: 998 - 1010.
- 13.- TRIMBLE C., Arterial bullet embolism following thoracic gunshot wounds. Am Surg 1968, 168: 911 - 916.