

Heridas por proyectil de arma de fuego en columna sin lesión medular.

Presentación de dos casos

Dr. Rafael Rodríguez Cabrera,* Dr. Sergio Anaya Vallejo,** Dr. Rafael Fajardo Barraza,***
Dr. Gonzalo Vázquez-Vela Johnson****

Hospital de Ortopedia y Traumatología “Victorio de la Fuente Narváez”. Ciudad de México.

RESUMEN. El presente reporte presenta dos pacientes atendidos en el Servicio de Columna del Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” del Instituto Mexicano del Seguro Social en 1997 con lesión penetrante de columna vertebral por proyectil de arma de fuego sin lesión neurológica permanente. Un caso neurológicamente íntegro sin tratamiento quirúrgico y el otro caso con compresión radicular de L3 derecha, que mejora después de la extracción del proyectil. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones y fueron valorados por 3-6 meses posteriores a la lesión.

Palabras clave: columna, médula espinal, heridas por PAF, PAF.

Se revisó la casuística del Servicio de Columna del Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez” del Instituto Mexicano del Seguro Social, en el año de 1997 y se presentan dos casos de pacientes con lesión por proyectil de arma de fuego intrarráquídea sin lesión neurológica.

En el Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, se atendieron, durante 1997, en el Servicio de Columna, pacientes con lesiones traumáticas de columna de diversa índole y con diferentes grados de lesión medular.

Se reportaron 335 pacientes ingresados para atención por lesión traumática de columna, distribuidos de la siguiente manera: 75 de columna cervical y 260 en región tóracico-

SUMMARY. This is the report of two patients seen in 1997, with penetrating gunshot injury of the rachimedular canal, without permanent neurological implications. One of them had no surgical treatment and the other with compressive right L3 radiculopathy, succeeded after the extraction of the foreign body. None of the patients presented complications and were followed up for a period of 3-6 months.

Key words: spine, spinal cord, wounds, gunshot fire arms.

lumbar. De este total, 41 pacientes (12.5%) correspondieron a lesión por proyectil de arma de fuego.

Se presentan dos casos excepcionales con proyectil de arma de fuego alojado en canal medular, sin lesión neurológica un caso y con mínima lesión otro caso.

Caso 1. 0192-75-0403 A.S.C.

Masculino de 20 años de edad, sin antecedentes de importancia, que inicia padecimiento al ser asaltado, recibiendo herida por arma de fuego en región paravertebral toracolumbar derecha, sin alteraciones neurológicas y que es recibido por el Servicio de Urgencias, procedente de un Hospital de Urgencias del Departamento del Distrito Federal 5 días después de la lesión.

Clínicamente sin datos de lesión neurológica, sólo dolor en área de la lesión del proyectil, ASIA de 100. Herida sin infección, sin otras alteraciones sistémicas. Se mantiene hospitalizado hasta completar esquema antibiótico y vigilancia por el Servicio de Cirugía General, no presentando problemas ni abdominales ni pulmonares, es egresado en buenas condiciones generales, deambulando y neurológicamente íntegro.

Radiográficamente se aprecia proyectil alojado en canal medular a nivel de L1 (*Figuras 1 y 2*).

En la última valoración, a los 4 meses de la lesión, con deambulación normal, fuerza muscular en 5, sin alteraciones sensitivas. El proyectil continuaba alojado en mismo nivel. Herida cerrada.

* Subdirector Médico del Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Instituto Mexicano del Seguro Social, IMSS.

** Jefe del Servicio de Columna del Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, IMSS.

*** Médico Adscrito al Servicio de Columna del Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, IMSS.

**** Médico Residente de Tercer Año de la Especialidad de Traumatología y Ortopedia del Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, IMSS.

Dirección para correspondencia:

Dr. Rafael Rodríguez Cabrera. Hospital de Traumatología “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”. Av. Colector 15 s/n. Esq. Av. Politécnico Nacional, Col. Magdalena de las Salinas. Deleg. Gustavo A. Madero. México, DF Tel. 5754-66-27



Figura 1.



Figura 2.

Figuras 1 y 2. Radiográficamente se aprecia proyectil alojado en canal medular a nivel de L1.



Caso 2. 1190-66-1944 J.G.V.M.

Masculino de 30 años de edad, sin antecedentes de importancia para el PA que lo inicia al ser asaltado en la vía pública, recibiendo herida por PAF en flanco derecho, sin datos de penetración.

Refiere hipoestesia en dermatomas L3 y L4 derechos, con fuerza muscular disminuida (3 de Daniels) a su ingreso. Cirugía general descarta lesión penetrante de abdomen.

En la mielografía se aprecia cuerpo extraño que corta material de contraste a nivel de raíz derecha L3, sin salida de material de contraste (*Figura 3*).

La tomografía demuestra cuerpo extraño metálico alojado intrarraquídeo, desplazando saco dural (*Figura 4*).

A los 5 días se realizó extracción del cuerpo extraño, reportándose proyectil alojado en axila de raíz L3 derecha.

Su evolución fue satisfactoria, permaneció hospitalizado una semana y posteriormente es vigilado en la Consulta Externa, siendo egresado en forma definitiva a los 3 meses de la lesión, con recuperación de la fuerza muscular de la región afectada hasta 3+ y sensibilidad completa.

Figura 3. En la mielografía se aprecia cuerpo extraño que corta material de contraste a nivel de raíz derecha L3, sin salida de material de contraste.

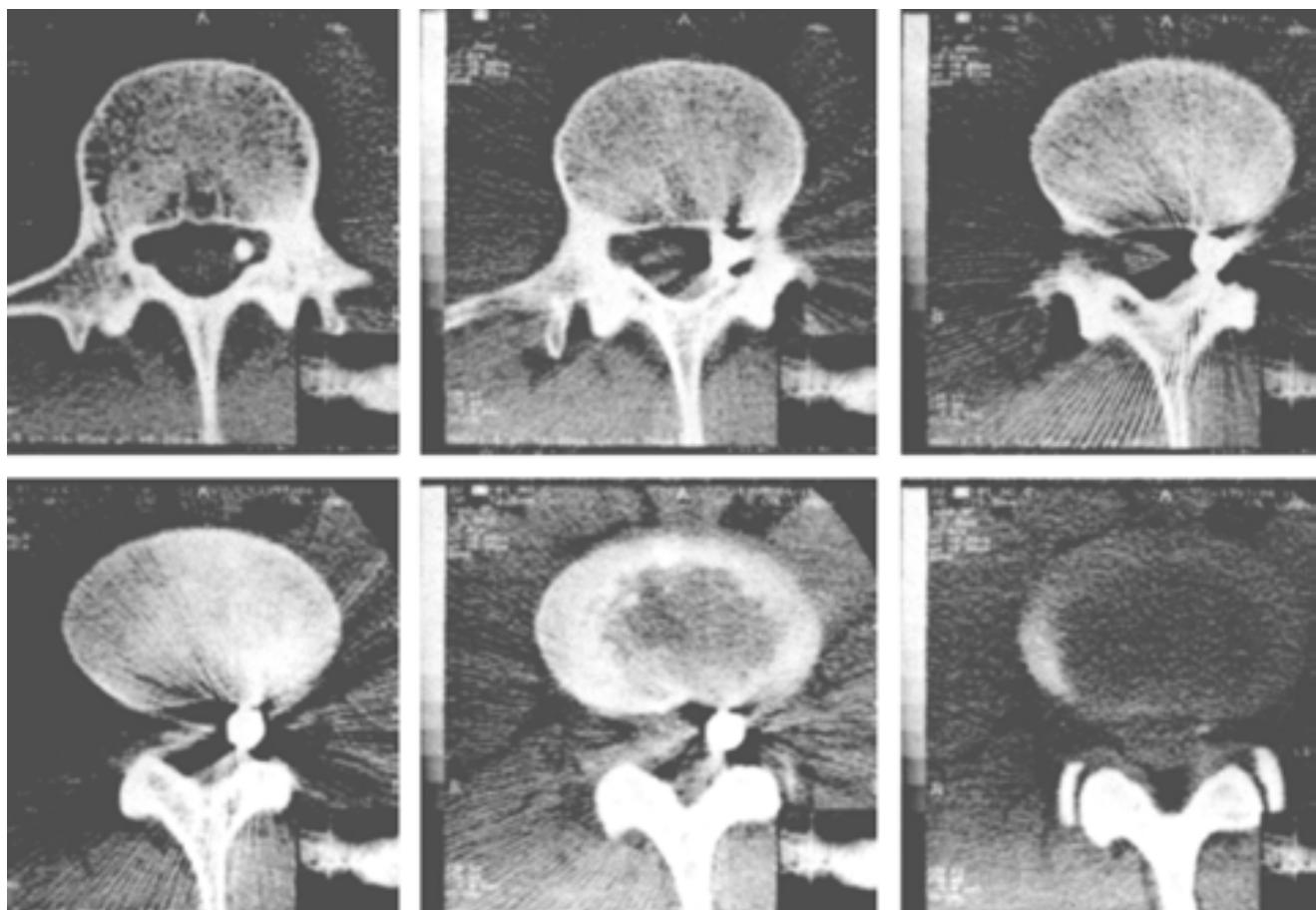


Figura 4. La tomografía demuestra cuerpo extraño metálico alojado intrarraquídeo, desplazando saco dural.

Discusión

En la literatura mundial, se reporta que las lesiones por arma de fuego en columna comprenden desde el 9 al 34% de todas las lesiones de columna y son la segunda causa de lesión medular.^{2,4,6} En este Hospital, de un total de 335 lesiones traumáticas, las lesiones por proyectil de arma de fuego correspondieron, en 1997, al 12.5% de todas las lesiones. La presencia del proyectil dentro del canal medular, sin lesión neurológica permanente, es extremadamente rara^{1,5} debido a que la lesión neurológica no es producida solamente por contusión del proyectil sino también por la onda expansiva, el calor del proyectil o los fragmentos de tejido desplazados por el proyectil, siendo la complicación más frecuente la infección por la presencia del cuerpo extraño, la aparición tardía de signos neurológicos y, más raros, casos de saturnismo.^{2,3,5} En nuestros pacientes no se reportó ninguna de estas situaciones. El manejo de estos pacientes debe estar basado en el cuadro clínico neurológico, más que por la presencia del proyectil. Este manejo incluye estudios de imagen completos, antibióticos por una semana, vigilancia estrecha de los datos neurológicos y control seriado por 4-6 meses. El proyectil puede permanecer en su sitio y no se ha demostrado una diferente evolución por la realización de laminectomía o extracción del proyectil, cuando existe lesión completa

medular.⁷ En un paciente de este reporte, se realizó extracción del proyectil por tener datos de compresión radicular y esta cirugía permitió la recuperación de la lesión.

Es importante mencionar que a nivel lumbar y sacro la amplitud del canal raquídeo en relación con el contenido medular puede permitir la presencia de cuerpos extraños sin causar déficit neurológico, (los dos casos reportados), no siendo así para otros segmentos de la columna.

Bibliografía

1. Conway JE, Crofford TW, Terry AF, Protzman RR. Cauda equina syndrome occurring nine years after gunshot injury to the spine. A case report. *J Bone Joint Surg* 1993; 75(5): 760-3.
2. Fitzgerald LF, Simpson RK, Trask T. Locked-in syndrome resulting from cervical spine gunshot wound. *J Trauma* 1997; 42(1): 147-9.
3. Isiklar ZU, Lindsey RW. Gunshot wounds to the spine. *Injury* 1998; 29(1): 7-12.
4. Isiklar ZU, Lindsey RW. Low-velocity civilian gunshot wounds of the spine. *Orthopedics* 1997; 20(10): 967-972.
5. Kuijlen JM, Herpers MJ, Beuls EA. Neurogenic claudication, a delayed complication of a retained bullet. *Spine* 1997; 22(8): 910-4.
6. Scialpi M, Bocuzzi F, Romeo F, Ax G, Scapati C, Rotondo A, Angelelli G. Computerized tomography in craneocerebral, maxillofacial, cervical and spinal gunshot wound. Part II-Clinical contribuition and medico-legal aspects. *Radiol-Med-Torino* 1996; 92(6): 693-9.
7. Waters RL, Atkins RH, Yakura JS, Sie I. Effect of surgery on motor recovery following traumatic spinal cord injury. *Spinal Cord* 1996; 34(4): 188-92.