



Archivos Españoles de Urología

ISSN: 0004-0614

urologia@arch-espanoles-de-urologia.es

Editorial Iniestares S.A.

España

Sánchez de Badajoz, Eduardo; Jiménez Garrido, Adolfo

Bala alojada en la próstata

Archivos Españoles de Urología, vol. 60, núm. 9, noviembre, 2007, pp. 1.117-1.119

Editorial Iniestares S.A.

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=181013941010>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

BALA ALOJADA EN LA PRÓSTATA.

Eduardo Sánchez de Badajoz y Adolfo Jiménez Garrido.

Área de Conocimiento de Urología. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Málaga. Málaga. España.

Resumen.- **OBJETIVO:** Describimos un caso de herida de arma de fuego con el proyectil alojado en la próstata. La rareza de este tipo de heridas en nuestro medio, así como el hecho de no haber encontrado ningún caso similar en la literatura nos han animado a escribir este artículo.

MÉTODOS: Se trata de un paciente que nos llega con una herida de bala con orificio de entrada por la nalga y sin orificio de salida. En el estudio radiológico se encuentra una bala situada detrás de la sínfisis del pubis. En principio se pone un catéter suprapúbico, se hace una laparotomía y se realiza una colostomía de descarga. Después se realiza una retrografía y se comprueba que hay paso de contraste hacia el recto. Unos días más tarde, mediante un uretrotomo, se llega hasta la vejiga y se deja una sonda del número 18 Fr. A continuación, vía abierta se llega al espacio retropúbico, mediante control radiológico se identifica la bala, después se consigue palparla alojada dentro de la próstata y por último se extrae.

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES: Es muy importante conocer la velocidad del proyectil para saber la gravedad de la lesión. En este caso, al no haber orificio de salida, sabemos que el proyectil es de baja velocidad, lo que hace que la gravedad del traumatismo sea mucho menor. La cistostomía suprapúbica inicial es imprescindible en estos casos para luego hacer en un segundo tiempo la reconstrucción uretral. El control radiológico durante la intervención es muy útil para localizar el proyectil. En este caso se demuestra que teniendo una actitud conservadora, dejando simplemente una sonda evitamos una cirugía difícil como puede ser la reparación de una fistula recto-uretral.

Palabras clave: Bala. Próstata. Herida de bala. Traumatismos.

Summary.- **OBJECTIVE:** We describe a most unusual urological emergency: a firearm wound in which the blunt-nosed hand-gun bullet was lodged in the prostate. A bibliographic search of the literature revealed no similar case.

METHODS: The patient was admitted presenting a gunshot wound with the entrance hole on the right buttock. There was no exit wound. An X-ray revealed the bullet behind the pubic symphysis. We introduced a suprapubic catheter and then carried out a laparotomy making a discharge colostomy. Urethrogram revealed a pathway of contrast to the rectum. Several days later, we reached the bladder with an urethrotome and introduced an 18 Fr catheter. Under radiological control we made an open approach to the retropubic space, palpated the bullet within the prostate and then removed it.

DISCUSSION/CONCLUSIONS: The velocity of a rifle or hand-gun bullet is the main determinant of the severity of this type of injury. As there was no exit wound, we knew that the entrance velocity was low, therefore tissue damage would probably be small. In these cases, a preparatory suprapubic cystostomy is essential to be able to carry out a urethral reconstruction later. Radiological control during the procedure proved extremely useful to precisely locate the bullet. Our conservative approach of simply leaving in place the catheter helped us later to avoid a difficult repair of a recto-urethral fistula.

Keywords: Bullet. Prostate. Gunshot wound. Trauma.

Correspondencia

Eduardo Sánchez de Badajoz
Calle Strachan, 4-2o piso
29015- Málaga (España)
edusaba@telefonica.net

Trabajo recibido: 19 de junio 2007.

INTRODUCCIÓN

La rareza en nuestro medio de las heridas por arma de fuego y en especial del aparato urinario, nos ha animado a comunicar un caso clínico, que consideramos excepcional, ya que no hemos encontrado en la literatura ningún caso de bala alojada en la próstata.



FIGURA 1. Bala situada a la altura de la sínfisis del pubis, que ha provocado una fractura de la rama descendente derecha.



FIGURA 2. En la uretrograma puede verse como hay paso de contraste desde la uretra prostática hasta el recto. Entre la uretra y la sínfisis puede verse la bala.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente de 59 años que ingresa con una herida de arma de fuego con orificio de entrada en la nalga, de unos 4 milímetros de diámetro y sin orificio de salida. Además presenta otra herida de bala en el muslo derecho con orificio de entrada por detrás y salida por delante, sin afectación de estructuras importantes. El paciente está consciente, orientado y con una ligera defensa abdominal. En la radiografía simple de abdomen aparece una bala situada a la altura de la sínfisis del pubis, así como una fractura de la rama descendente derecha del mismo (Figura 1). El enfermo llega en retención, siendo imposible el sondaje, por lo que se pone un catéter suprapúbico. Despues se efectúa una laparotomía, no encontrándose ninguna otra lesión, realizándose una colostomía izquierda. Al día siguiente se realiza una uretrograma, comprobándose que hay paso de contraste desde la uretra hasta el recto, lo que provoca fiebre alta con escalofríos que se mantiene durante unos días (Figura 2). Posteriormente, cinco días después de la primera intervención, se lleva el paciente al quirófano, se realiza una colonoscopia evidenciándose la perforación rectal. Seguidamente se introduce un uretrotomo endoscópico hasta la uretra prostática visualizándose el orificio, aparentemente grande, que une la uretra con el recto. A pesar de todo se consigue encontrar el camino que lleva hasta la vejiga y por último se deja una sonda del dieciocho.

Acto seguido, en el mismo acto quirúrgico, se hace una laparotomía hasta la sínfisis del pubis, se revisa de nue-

vo el abdomen comprobándose que no hay ninguna lesión. A continuación se diseña el espacio de Retzius y mediante control radiológico, se palpa la cara anterior de la próstata, que está hiperplásica, hasta conseguir tocar el proyectil. Seguidamente con una pinza de anillo y siempre bajo control radiológico se consigue agarrar y extraer la bala (Figura 3). El postoperatorio cursa sin incidencias y el paciente es dado de alta a los pocos días con la sonda.

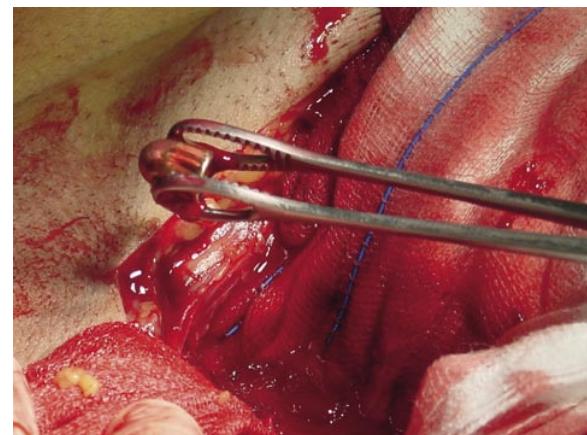


FIGURA 3. Con una pinza de anillo introducida en el espacio retropúbico se ha extraído la bala que estaba alojada en el parénquima prostático.

A los tres meses el paciente está asintomático, se le hace una nueva colonoscopia, se comprueba que el orificio rectal ha desaparecido y se cierra la colostomía, sin incidencias. Sin embargo la sonda se le deja tres meses más, es decir un total de seis meses. Transcurrido este tiempo se realiza de nuevo una uretrograma, se comprueba que la brecha se ha cerrado y se retira la sonda. Seis meses más tarde, el paciente vuelve para control, está asintomático y con una función sexual normal; esta vez se realiza tan sólo un ultrasonido, que es normal y es dado de alta definitiva.

DISCUSIÓN

La cistostomía suprapúbica inicial es fundamental en este tipo de traumatismos antes de decidir cuál va a ser la técnica quirúrgica más adecuada una vez que se haya estabilizado el paciente (1). De nuevo se comprueba con este caso que la reconstrucción tardía de la uretra es preferible a la reparación inmediata, ya que se han evitado todas las posibles complicaciones de los traumatismos de uretra prostatomembranosa, como son la estrechez, la incontinencia, la fistula uretrocutánea o la disfunción eréctil (2).

En este paciente se ha realizado una uretrosкопia para re establecer la continuidad de la uretra y poner una sonda. Y seguidamente se ha extraído el proyectil mediante una cirugía abierta. Este paciente, a primera vista, hubiera sido un caso que se podía haber resuelto por vía endoscópica, ya que el espacio retrópubico se podría haber abordado vía laparoscópica, sin embargo no era la vía adecuada ya que se trataba de un paciente crítico, en el que además había que hacer una laparotomía de urgencia para explorar el resto del abdomen.

Es muy importante conocer la velocidad del proyectil para saber la gravedad de la lesión. En este caso, el hecho de que no haya orificio de salida y de que la bala haya rebotado en el hueso, nos indica que se trata de un proyectil de baja velocidad. No cabe duda de que si la agresión se hubiera realizado con un arma de alta velocidad, habría un gran orificio de salida. Lo que implica que la uretra, el pubis, las ramas isquiopubianas y los genitales hubieran sido destrozados. E incluso probablemente dicha herida hubiera sido incompatible con la vida (3).

El control radiológico durante la operación es decisivo para encontrar el proyectil, máxime en un caso como éste en que la próstata era hiperplásica y la bala se encontraba bien profunda dentro de la misma (4).

Una vez más se demuestra que la actitud conservadora en casos de perforación del recto da buenos resultados, incluso a pesar de tratarse de un traumatismo muy grave como es una herida de bala. Ya que dejando una sonda durante seis meses, hemos evitado una cirugía difícil como es la de una fistula uretrorrectal.

BIBLIOGRAFÍA y LECTURAS RECOMENDADAS (*lectura de interés y **lectura fundamental)

- *1. MIANNE, D.; GUILLOTREAU, J.; LONJON, T. y cols.: "Firearm wounds of lower urinary tract in men. Surgical management in emergency context". *J. Chir.*, 134: 139, 1997.
2. MCANINCH, J.W.: "Traumatic injures to the urethra". *Trauma.*, 21: 291, 1981.
3. DOBI-BABIC, R.; KATALINIC, S.: "Death due to accidentally self-inflicted gunshot wound". *Croat. Med. J.*, 42: 576, 2001.
- **4. PELLICE VILALTA, C.: "Urología de Guerra: Capitán Médico Ponce de León". *Arch. Esp. Urol.*, 59: 96, 2006.

Casos Clínicos

Arch. Esp. Urol., 60, 9 (1.119-1.120), 2007

HEMORRAGIA SUPRARRENAL UNILATERAL ASOCIADA A CRISIS HIPERTENSIVA EN UN PACIENTE ANTIAGREGADO.

Carmen Maciá Bobes, María Dolores Macías Robles¹, Aránzazu Ronzón Fernández², Patricia Botas Cervero, María del Valle López Díaz³ y Ana Isabel Municio Heras¹.

Sección de Endocrinología. Hospital San Agustín. Avilés. Asturias.

¹Servicio de Urgencias. Hospital San Agustín. Avilés. Asturias.

²Centro de Salud La Magdalena. Avilés. Asturias.

³Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital San Agustín. Avilés. Asturias. España.

Correspondencia

Carmen Maciá Bobes
C/ Pablo Laloux 13, 6º A-Sur.
33405 Salinas. Castrillón. Asturias. (España)
cmacb@arrakis.es

Trabajo recibido: 19 de enero 2007.