

Migración intestinal de un proyectil de baja energía tras una herida abdominal penetrante con perforación gástrica

Intestinal migration of a low-energy projectile after penetrating abdominal injury with gastric perforation

Sr. Editor:

El abordaje en urgencias del paciente con herida penetrante debe ser sistemático y orientado a la identificación precoz de lesiones vitales, siguiendo las recomendaciones de protocolos como los del Advanced Trauma Life Support (ATLS) o European Trauma Course (ETC)^{1,2}. El protocolo de ecografía focalizada en el trauma con evaluación extendida en urgencias para pacientes con politrauma (E-FAST) debe realizarse lo antes posible, para la detección rápida de líquido libre intrabdominal, torácico y pericárdico. Ante inestabilidad hemodinámica y con E-FAST positivo, está indicada la cirugía de control de daños³. Si existe estabilidad, se requieren estudios complementarios, como la tomografía computarizada (TC), fundamental para evaluar las trayectorias, detectar lesiones y planificar la estrategia terapéutica.

Presentamos el caso de un varón de 38 años con herida penetrante abdominal por impacto de munición de baja energía y pequeño calibre (balín de 5,5 mm) disparado a unos 2,5 metros. A su llegada se encontraba estable hemodinámicamente (presión arterial de 110/50 mmHg y frecuencia cardíaca 75 lpm), eupneico en reposo con pulsioximetría de 95% al aire ambiente, y 15 puntos en la escala del coma de Glasgow. A la inspección presentaba un orificio de entrada entre el 9º-10º

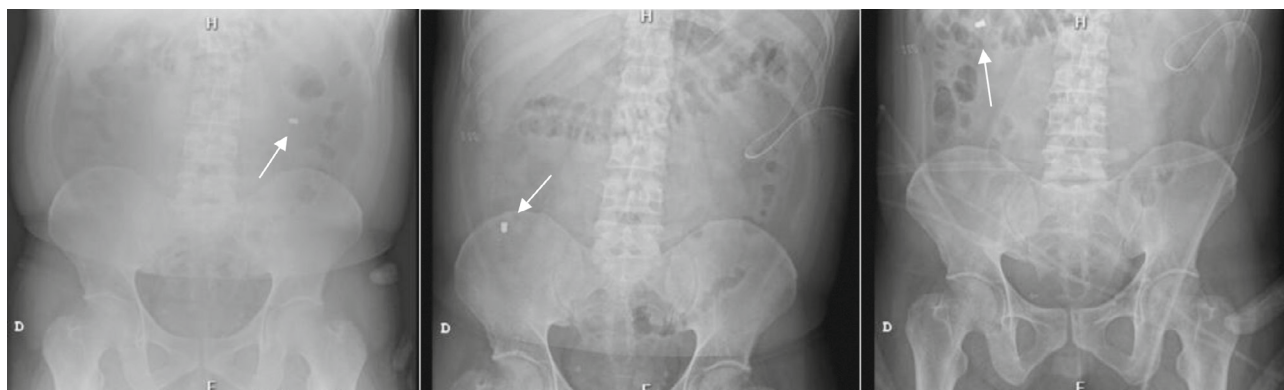


Figura 1. Serie de estudios radiográficos utilizados para el seguimiento del proyectil (flechas), en donde se evidencia su posición, desplazamiento y estabilidad relativa en controles sucesivos cada 48 horas.

arco costal posterolateral izquierdo, sin orificio de salida visible. La TC toracoabdominopélvica mostró un trayecto lineal hasta el estómago, con neumoretroperitoneo y líquido libre compatibles con perforación gástrica. El perdigón, sin embargo, se alojaba en el interior de un asa de yeyuno a nivel de fosa ilíaca izquierda.

La laparoscopia exploradora objetivó hemoperitoneo leve-moderado y perforación de 5 mm en la cara posterior gástrica, que se suturó, sin evidencia de orificio de salida ni identificación del proyectil intraoperatoriamente. La evolución fue favorable, y se optó por un manejo conservador del cuerpo extraño con vigilancia clínica y radiológica (Figura 1). Al cuarto día, se constató su progresión distal hasta ampolla rectal, pudiendo ser dado de alta sin complicaciones.

Este caso asemeja una variante excepcional del denominado proyectil deglutido (*swallowed bullet syndrome*)^{4,5} con acceso del proyectil al tracto gastrointestinal tras perforación gástrica, en lugar de ser ingerido directamente tras el disparo. Existen pocos casos descritos de migración intraluminal del proyectil, todos con evolución favorable mediante manejo basado en la estabilidad hemodinámica y el seguimiento radiológico^{5,6}.

La decisión de extraer el proyectil es controvertida, ya que con frecuencia se asocia a complicaciones mayores que su permanencia. Sus indicaciones incluyen proyectiles sintomáticos (intrarticular, sepsis o absceso, embolización o intoxicación por plomo) o su extracción durante la cirugía. La actitud terapéutica depende del estado clínico del paciente, la naturaleza del objeto y su loca-

lización. En situaciones de estabilidad hemodinámica, los objetos punzo-cortantes, baterías o retenidos en zonas de riesgo requieren extracción; los romos pequeños pueden manejarse de forma conservadora dado que suelen progresar y expulsarse espontáneamente. No existe evidencia robusta ni recomendación en las guías clínicas sobre el uso sistemático de laxantes o preparados para el arrastre digestivo en la expulsión de cuerpos extraños ingeridos. En casos excepcionales, con localización en el colon, se ha descrito el uso de soluciones de lavado colónico (polietilenglicol) para facilitar la expulsión, basado en reportes aislados y no recomendado de forma estándar⁷.

Este caso ilustra que incluso proyectiles de baja energía pueden ocasionar lesiones viscerales graves y trayectorias impredecibles, pero no siempre deben extraerse. En pacientes estables, un abordaje individualizado basado en la imagen y la evolución clínica permite un manejo conservador seguro y eficaz, evita intervenciones innecesarias y reduce la morbilidad asociada.

María Mellado-García,
Jesús Sandoval-Marín,

Francisco Miguel González-Valverde

Servicio de Cirugía General y Digestiva,
Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia,
España.

melladogarcia00@gmail.com

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con el presente artículo.

Contribución de los autores, financiación y responsabilidades éticas: Los autores han confirmado su autoría, la no existencia de financiación externa y el mantenimiento de la confidencialidad y respeto de los derechos de los pacientes en el documento de responsabilidades del autor, acuerdo de publicación y cesión de derechos a EMERGENCIAS.

Editor responsable: Adriana Gil Rodrigo.

Artículo no encargado por el Comité Editorial y con revisión externa por pares.

DOI: 10.55633/s3me/039.2026

Bibliografía

- 1 American College of Surgeons Committee on Trauma. Advanced Trauma Life Support (ATLS®): Student Course Manual. 11th ed.: American College of Surgeons; Chicago (IL). 2025.
- 2 Gwinnutt CL, Driscoll P, Grünfeld M, Hüpfel M, Kuhn S, Lott C, et al, editors. European Trauma Course: The Team Approach. 3ª ed. European Trauma Course Organisation; Bélgica; 2013.
- 3 World J Emerg Surg Editorial Board. Management guidelines for penetrating abdominal trauma. World J Emerg Surg. 2025;20:78.
- 4 Morrow JS, Haycock CE, Lazaro E. The "swallowed bullet" syndrome. J Trauma. 1978;18:464-6.
- 5 Pereira Graterol F, Romero Bravo C, Arcia A, Suárez O. The swallowed bullet": illustration of a rare missile trajectory in a pediatric gunshot neck injury. Cir Pediatr. 2007;20:229-31.
- 6 Nur Iyow S, Ahmed Ahmed A, Nur Mohamed A, Moallim Ali Jama S, Adan Ali Adan H. Spontaneous passage of an accidentally ingested metallic bullet casing in an adolescent: a case report. Int J Emerg Med. 2025;18:229.
- 7 Casaubon PR, Berquist W. Removal of a colonic foreign body by enteral lavage. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 1987;6:815-7.