

INTENTO AUTOLÍTICO CON ARMA DE FUEGO EN DOMICILIO

Dr. Asensio Martínez Pérez¹ / Dra. Victoria Estabén Boldova² / Dr. Juan Casado Pellejero³

¹ MIR MFYC. Hospital Obispo Polanco, Teruel

² Médico Adjunto Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

³ FEA Neurocirugía. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza

RESUMEN

El mecanismo elegido para cometer el suicidio depende de numerosos factores personales y sociales. Presentamos una imagen del tipo de intento autolítico más mediático, aunque no por ello el más frecuente en nuestro medio.

La variabilidad en la forma de los orificios de entrada y salida por arma de fuego depende de la distancia, tipo de arma y región anatómica, por lo que pueden presentar una morfología muy variada.

Cuando el disparo se produce a cañón tocante, el orificio de entrada está constituido por una herida contusa, irregular y sobre una cavidad anfractuosa debido al despegue de los tegumentos. La línea que une el orificio de entrada y el orificio donde está alojado el proyectil corresponde con la trayectoria de aquel, pero por la resistencia que se encuentra, al penetrar en tejidos de diferente resistencia y elasticidad, le imprimen desviaciones que hacen que el trayecto no se cumpla en el plano teóricamente calculado, factores que conllevan que el recorrido de un proyectil sea imprevisible.

Cuando un proyectil llega a las masas musculares, por acción de las ondas de choque, las expande produciendo una cavidad de duración temporaria directamente proporcional a la energía cinética que presenta el proyectil.

PALABRAS CLAVE

Arma de fuego, Orificio de entrada, Intento Autolítico

CASO ACTUAL

Paciente de 51 que ingresa en Urgencias en el Hospital tras intento autolítico con arma de fuego en región temporo parietal izquierda. Como antecedentes médicos depresión, dependencia alcohólica y en su psicobiografía destacan cuantiosas deudas de juego, problemas económicos que acabaron por colocarle en una situación de desesperanza extrema. El arma era de fabricación casera para percutir sobre la base del casquillo de las balas, construida por él mismo. Por ese motivo las heridas por bala no fueron más graves, al no disponer el arma de la suficiente potencia.

Exploración física: Hemodinámicamente estable, Consciente y Orientado, GCS 15, Eupneico con vía aérea permeable. Auscultación cardiaca y pulmonar rítmica con murmullo vesicular conservado. No presenta focalidad neurológica. Lesión a nivel temporal izquierdo con visualización de bala superficial (Fig. 1).



Fig. 1. Herida parcialmente penetrante con visualización de bala

Diagnóstico por imagen



Fig. 2. TC craneal . Visualización del proyectil.

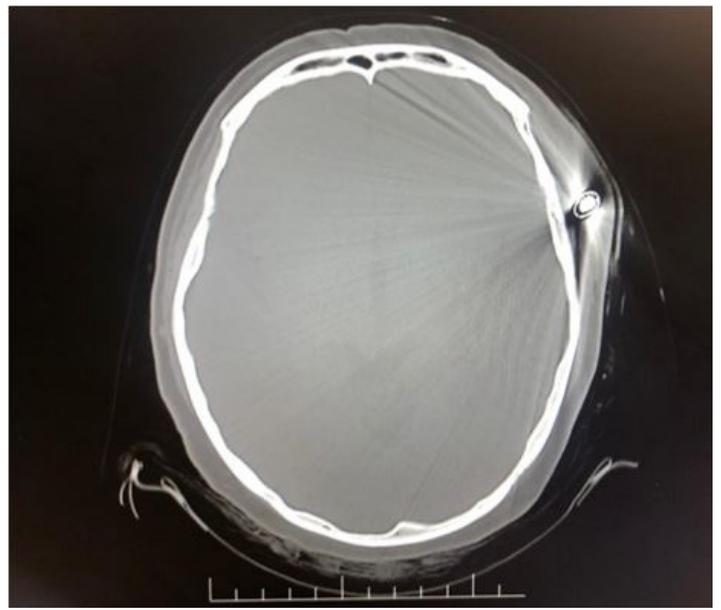


Fig. 3. TC craneal. Artefactos provocados por metal.

TAC craneal: (Fig. 2 y 3) cefalohematoma temporo parietal izquierdo, localización en plano superficial de la bala sin signos de sangrado intraparenquimatoso agudo. Estudio artefactado por presencia de material metálico (bala) que dificulta visualización del parénquima aunque no parece delimitarse colección intra ni extradural ni signos de hemorragia subaracnoidea. Muy dudosa línea de fractura con imagen de solución de continuidad en la tabla externa de la calota en la región temporal izquierda, adyacente a la bala.

Tras extracción del proyectil bajo anestesia local, sin dar lugar a complicaciones ni afectación encefálica, el paciente ingresa en UCI dado el contexto global de la situación, siendo valorado posteriormente por Unidad de Psicopatología ingresando en planta de Psiquiatría y presentando una evolución favorable tras terapias multidisciplinares e intervención activa de Trabajo Social, pasando por Hospital de día previo al alta domiciliaria con acompañamiento familiar, siguiendo posterior tratamiento en comunidad terapéutica de deshabitación alcohólica.

BIBLIOGRAFÍA

- Hiroeh Uel al. Muertes por homicidio, suicidio y accidentes en pacientes con trastornos mentales. Rev Panam Salud Publica 2002; 11(1):32-33
- Dahlgren B, Berlin R, Janzon B et al. The extent of muscle tissue damage following missile trauma one, six and 12 hours after the infliction of trauma. Studied by current method of debridement. Acta ChirScand1979;489 (suppl):137.
- Thorne CH. Gunshot wounds to the face. Current concepts. Clin Plast Surg 1992;19:233-44.
- Ochandiano S, Escrig M, Navarro C, García-Rozado A. Protocolos clínicos de la SECOM-CyC. Capítulo 18. Herida craneofaciales por arma de fuego: 251-266.