

Herida penetrante en región anterior del cuello en un adulto angolano

Stab wound in anterior region of neck in an Angolan adult

Dra. Francisca Santisteban Aguilera ^I y Lic. María Betancourt Serrano ^{II}

^I Hospital Provincial Docente "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Hospital Provincial Docente "Antonio Luaces Iraola", Ciego de Ávila, Cuba.

RESUMEN

Se describe el caso clínico de un paciente de 52 años de edad, quien en un intento de suicidio se hizo una herida penetrante en el cuello con un objeto cortante que le provocó sección de la laringe. A pesar de no disponerse de todos los recursos materiales necesarios, la atención inmediata y el trabajo coordinado de los integrantes de un equipo multidisciplinario, integrado por médicos cubanos que laboraban en el Hospital Provincial "Dr. Agostinho Neto" de la República Popular de Angola, permitió hacer un diagnóstico precoz y aplicar el tratamiento oportuno, gracias a lo cual se logró la recuperación total del enfermo y su reincorporación a su medio social y familiar.

Palabras clave: intento de suicidio, herida penetrante, lesión traumática, sección de la laringe, Angola.

ABSTRACT

The case report of a 52-year-old patient is described who in a suicide attempt made himself a stab wound in his neck with a sharp object that caused section of the larynx. Despite lack of all the necessary material resources, emergency care and coordinated work of members of a multidisciplinary team, formed by Cuban doctors working in "Dr Agostinho Neto" Provincial Hospital of the Popular Republic of Angola, allowed to make an early diagnosis and administer timely treatment, by which the patient's full recovery and his return to his family and social environment were achieved.

Key words: suicide attempt, stab wound, trauma, section of larynx, Angola.

INTRODUCCIÓN

Las heridas penetrantes del cuello son poco frecuentes, pero esta pequeña región anatómica de la economía concentra estructuras cuyas lesiones pueden poner en riesgo la vida del paciente de forma inmediata, por cuanto su diagnóstico correcto y el tratamiento adecuado constituyen un desafío constante, incluso para los cirujanos más experimentados.

Se define como trauma del cuello toda lesión comprendida entre el borde inferior de la mandíbula y la base del cráneo (límite superior) y el borde superior de la clavícula y la séptima vértebra cervical (límite inferior).¹ Tradicionalmente, el cuello se ha dividido en triángulos según 3 zonas anatómicas: I, II y III, las cuales se delimitan de la manera siguiente: la primera se extiende desde el borde superior de las clavículas hasta el borde inferior del cartílago cricoides; la segunda, desde el borde inferior del cartílago cricoides hasta el ángulo de la mandíbula y la tercera, desde el ángulo de la mandíbula hasta la base del cráneo.²

Más importante que la zonificación de las heridas es poseer el conocimiento anatómico del cuello y tratar de establecer la trayectoria de la herida. La decisión quirúrgica depende de la determinación del compromiso de órganos vitales o de la sospecha fundamentada de que están afectados.³

Los traumas del cuello pueden ser cerrados, abiertos, iatrogénicos y por aspiración.¹ Los cerrados se producen por procesos de aceleración, desaceleración, contusión, ahorcamiento y estrangulación; los abiertos se deben a lesiones con arma blanca (cortante o punzante) o de fuego (con carga única o múltiple); los que ocurren por aspiración casi siempre están relacionados con la ingestión de cuerpos extraños y los iatrogénicos se presenta después de procedimientos como endoscopia, colocación de sonda o intubación.

Se considera que una herida es penetrante en el cuello cuando atraviesa el músculo platisma.⁴ Esta lesión puede dañar la vía aérea superior (tráquea y laringe), el tracto digestivo superior (hipofaringe y esófago cervical), el sistema vascular (arterias carótidas, subclavias y vertebrales o venas yugulares), órganos (glándulas tiroides, paratiroides y salivales), el sistema óseo (vértebras, base del cráneo, clavícula, mango esternal y mandíbula) y el sistema nervioso (médula espinal y plexos nerviosos).^{4, 5}

Las heridas penetrantes en el cuello constituyen una verdadera emergencia médica y requieren de una valoración rápida y de decisiones inmediatas por parte del médico para tratar de salvar la vida del paciente.

Actualmente, la conducta a seguir con estos lesionados ha variado según los hallazgos clínicos corroborados por los medios de diagnósticos modernos, que utilizan las nuevas tecnologías imagenológicas, los cuales han permitido el diagnóstico preciso y el desarrollo de procedimientos terapéuticos más adecuados y oportunos.⁶⁻⁸ A pesar de estos avances, la mortalidad por heridas penetrantes en esta región anatómica se mantiene alta, con cifras que oscilan entre 0 y 11 %.¹

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso clínico de un paciente de 52 años de edad, quien en un intento de suicidio se hizo una herida con un objeto cortante en la región anterior del cuello (zona II) de 10 cm aproximadamente.

Se valoró inmediatamente la situación del paciente y se corroboró que la vía aérea estaba abierta por sección amplia de la laringe, con ventilación a través de la herida. Al examen físico no se observó sangrado activo, hematomas, enfisema subcutáneo, ni otras lesiones.

Presentaba cifras de hemoglobina de 12 g/L y en la radiografía del tórax no se visualizaron lesiones pleuropulmonares.

Se indicó la operación de urgencia, previa anestesia general endotraqueal (ketamina y fentanil) con un tubo No.10 a través de la herida del cuello, mientras se realizaba la traqueostomía, mediante la cual se acopló al ventilador.

Durante el acto quirúrgico se observó gran herida de la laringe por encima de los cartílagos aritenoides, sin evidencias de lesión vascular ni del esófago. Se colocó sonda nasoesofágica y se suturó la laringe mediante puntos separados de sutura vicryl 00, con aguja atraumática, así como los diferentes planos anatómicos de la región anterior del cuello (figura 1).



Fig. 1. Observe la herida penetrante que abrió la laringe y la traqueostomía realizada.

Se colocó drenaje de hule de goma, exteriorizado a través de la herida, y se aplicó vendaje compresivo. Luego fue trasladado a la sala de Cuidados Intensivos y se mantuvo con tratamiento antimicrobiano de amplio espectro hasta su egreso.

La evolución posoperatoria transcurrió sin signos de infección y después de las primeras 24 horas se indicó alimentación por sonda nasoesofágica (figura 2).



Fig.2. Sonda nasoesofágica para la alimentación

A los 12 días de operado la prueba de azul de metileno resultó positiva (ingestión de líquidos coloreados por vía oral sin retirar la sonda) y presentó, además, cuadro aspirativo al ingerir pequeñas cantidades de agua, por lo cual se le realizó la laringoscopia indirecta, cuyo resultado reveló: laringe con ligera congestión del aritenoides derecho y parálisis de la cuerda vocal de ese lado, así como buena luz laríngea. Al ocluir la cánula su voz se escuchaba clara y respiraba sin dificultad.

Se consideró que el paciente presentaba una incompetencia faringolaríngea postraumática y sección del nervio recurrente derecho. Egresó a los 16 días de la intervención, luego de reducirse al mínimo el diámetro de la cánula de traqueostomía sellada, y con alimentación por sonda.

Durante el seguimiento posoperatorio por consulta externa se corroboró la disminución progresiva de la dificultad para ingerir alimentos, así como también que la voz y la respiración se mantenían normales, de modo que a los 25 días de su operación fue capaz de ingerir líquidos sin aspiración; se le retiraron la cánula y la sonda, pero su valoración periódica continuó hasta la cicatrización total de la piel del cuello (figura 3).

Cabe destacar que durante su convalecencia recibió el apoyo psicológico necesario para que luego del alta hospitalaria fuese capaz de reintegrarse a la sociedad.



Fig. 3. Cicatrización total al momento del alta definitiva

COMENTARIOS

En la vida civil, la violencia social es la principal causa de las heridas penetrantes del cuello, lesiones que pueden conducir a la muerte, por lo cual el cirujano de emergencia debe estar preparado para diagnosticarlas y proceder de manera efectiva e inmediata.^{2, 8}

Las normas de tratamiento para el trauma cervical incluyen la estabilización inicial del paciente y seguir las indicaciones según las lesiones existentes.^{6, 8}

Al ingreso se debe reanimar si es necesario, es decir, garantizar la permeabilidad de la vía aérea, controlar la hemorragia, reponer las pérdidas de sangre y lograr, en definitiva, la estabilización hemodinámica.

La permeabilidad de la vía aérea se obtiene con la intubación orotraqueal, nasotraqueal o por medio de una traqueotomía; esta última se realiza cuando falla la intubación, en casos de fracturas o destrucción evidente de la laringe o de la tráquea, en la luxación cricofaríngea o laringotraqueal, así como en el trauma maxilofacial concomitante, en el cual resulta muy difícil hacer intubaciones o no es posible, además de que el riesgo es elevado. En casos extremos se puede hacer una cricotiroidotomía transitoria, con una o varias agujas gruesas.⁹

Cuando se trata de lesiones de la laringe, las fracturas simples estables y no desplazadas se suturan con monofilamento, sin incluir la mucosa para evitar los granulomas; las fracturas conminutas con colapso laríngeo requieren traqueotomía previa de urgencia, pero en estos pacientes se debe hacer laringotomía para corregir las roturas y las luxaciones. Por su parte, los defectos de la mucosa se corrigen con rotación de los colgajos y las suturas deben hacerse con material reabsorbible; mientras que la de los cartílagos con material irreabsorbible. No se recomiendan los desbridamientos extensos, sino solamente los estrictamente necesarios; asimismo, en todos ellos debe dejarse soporte interno durante 2 o 3 semanas y es conveniente el uso de antibióticos. En todos estos procedimientos es pertinente la colaboración del otorrinolaringólogo.^{5, 9}

Es válido señalar que este paciente presentaba una herida extensa en la laringe y que si bien este hospital, perteneciente a una zona suburbana de Angola, no contaba con todos los recursos necesarios para la anestesia, la intervención y el seguimiento, la pericia, la voluntad y el trabajo en equipo permitió la buena evolución del lesionado, quien ya se encuentra en su medio familiar y social, puesto que las causas que lo llevaron a este lamentable suceso también desaparecieron con el apoyo psicoterapéutico que recibió.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mendo R, Iván, Morales Carlos, Bernardo Alberto, Villegas MI. Trauma de cuello [citado 22 Feb 2013].
2. Heridas penetrantes del cuello [citado 22 Feb 2013].
3. Gerst PH, Sharma SK, Sharma PK. Selective management of penetrating neck trauma. *Am J Surg.* 1990; 56(9):553.
4. González B, Boyne A, Espíndola M, Álvarez L, Peralta G, Raffin G. Heridas penetrantes del cuello. *Rev Argent Cir.* 2005; 88(1/2): 78-84.
5. Pou AM, Shoemaker DL, Carrau RL, Snyderman CH, Eibling DE. Repair of laryngeal fractures using adaptation plates. *Head Neck.* 1998; 20(8): 707-13.

6. Britt LD, Peyser MB. Traumas penetrantes contusos del cuello. En: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE. Trauma. 4ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2001.p. 471-84.
7. Mirvis SE, Hastings G, Scalea TM. Imágenes diagnósticas, angiología y radiología invasora. En: Mattox KL, Feliciano DV, Moore EE. Trauma. 4ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2001.p. 281-334.
8. Krantz BE, Weigelt JA, Alí J, Aprahamian CH, Bell RM, Boyle DE, *et al.* Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. Chicago: Colegio Americano de Cirujanos; 1997.p. 208-28.
9. Rabian TC, Magiante EC. Penetrating neck injuries. Recommendations for selective management. J Trauma. 1989; 29:602.

Recibido: 28 de abril de 2013.

Aprobado: 15 de mayo de 2013.

Francisca Santisteban Aguilera. Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: francis.aguilera@medired.scu.sld.cu