



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-616 - HERIDA PENETRANTE CERVICAL CON AFECTACIÓN MEDIASTÍNICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

González Costa, Anna; Lobato Gil, Raquel; Montmany Vioque, Sandra; Pascua Solé, Mireia; Santos Espí, Marta; Gràcia Roman, Raquel; Campos Serra, Andrea; Navarro Soto, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: Los traumatismos penetrantes cervicales, aunque son poco frecuentes, son de gran complejidad y potencialmente graves. Las lesiones vasculares son las más frecuentemente asociadas (40%), aunque sólo un 10% de éstas afectan a grandes vasos como la arteria carótida. En los últimos años, el uso de la TC ha permitido evitar exploraciones quirúrgicas innecesarias y disminuir su morbimortalidad, en pacientes hemodinámicamente estables. En caso de inestabilidad hemodinámica o signos de gravedad (sangrado pulsátil, hematoma expansivo, estridor...) se deberá optar por cirugía inmediata. El manejo de las lesiones penetrantes cervicales requiere de la integración de los hallazgos clínicos y radiológicos para realizar un abordaje preciso, seguro y con éxito.

Objetivos: Evaluar el tratamiento de las lesiones penetrantes cervicales con afectación mediastínica.

Métodos: Revisión bibliográfica de la literatura referente al tratamiento de pacientes politraumáticos con lesión cervical penetrante y ensanchamiento mediastínico, con descripción de la misma en un caso clínico. Paciente de 23 años con herida cervical anterior izquierda por arma de fuego. Presenta compromiso de vía aérea por hematoma expansivo por lo que se intuba. Se mantiene inestable hemodinámicamente con sangrado activo por herida cervical, por lo que se procede a compresión manual y se activa el protocolo de transfusión masiva. La radiografía de tórax muestra importante ensanchamiento mediastínico. Dada la inestabilidad hemodinámica se decide cirugía urgente. Se colocan 2 tubos de drenaje pleural y se realiza esternotomía manteniendo la compresión cervical, seguida de cervicotomía antero-lateral izquierda. Se objetiva: sección de la vena yugular y arteria carótida izquierdas, que se repara con sutura continua en la lesión venosa y patch arterial. Lesión de la vena innominada, que se secciona entre ligaduras. Avulsión del conducto torácico, que se liga. Se abre pleura izquierda y pericardio sin evidenciar más lesiones. Se extrae el proyectil.

Resultados: Tras la cirugía, se realiza TC craneal y cervical, dónde se observa correcta permeabilidad de los vasos y ausencia de lesiones craneales. El paciente ingresa en UCI y se realiza traqueotomía. Posteriormente, se realiza fibrobroncoscopia, fibrogastroscoopia y tránsito baritado, que descartan lesiones en vía aérea y tracto digestivo superior. Durante el postoperatorio se diagnostican otras lesiones traumáticas por afectación del VI y X pares craneales: parálisis del

diafragma izquierdo y diplopía. Como complicaciones, el paciente presenta colección mediastínica que se trata con antibioticoterapia y drenaje.

Conclusiones: En el traumatismo cervical penetrante es esencial el control rápido de la vía aérea, procediendo a la intubación cuando sea necesario del modo más precoz posible. La asociación del ensanchamiento mediastínico nos obliga a realizar un abordaje mediante esternotomía en lugar de cervicotomía inicial o toracotomía. En nuestro caso, fue esencial empezar con la esternotomía manteniendo la compresión manual cervical para, en un segundo tiempo, realizar el abordaje cervical ya que esto evitó la pérdida de sangre masiva. El tratamiento de cada paciente se deberá individualizar en función de la clínica, experiencia del cirujano y recursos disponibles en el centro.