



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-571 - MANEJO QUIRÚRGICO DE UNA LESIÓN CERVICAL EN LA ZONA III. A PROPÓSITO DE UN CASO

Campos Serra, Andrea; Montmany, Sandra; Rebas, Pere; Luna, Alexis; Mora, Laura; Molina, Joan; Escuder, Óscar; Navarro, Salvador

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: Revisar las manifestaciones, diagnóstico y tratamiento de las lesiones cervicales en la zona III a propósito de un caso. Descripción del manejo de un caso de lesión cervical en la zona III y revisión de la bibliografía publicada.

Caso clínico: Varón de 28 años que ingresa en nuestro servicio de urgencias tras activación de código politrauma por lesión cervical izquierda con arma blanca a nivel de la zona III. A su llegada el paciente se encuentra hemodinámicamente inestable y presenta sangrado activo. Se decide intervención quirúrgica urgente objetivando sangrado incoercible del paquete vasculonervioso cervical proveniente de la base del cráneo, imposible de controlar mediante ligadura quirúrgica, por lo que se decide realizar packing con Surgicel® y compresión con el balón de una sonda de Foley (5 cc) con detención del sangrado. Posteriormente se ingresa al paciente en la unidad de críticos bajo sedación. Se realizan un TC y una arteriografía cervical que no muestran lesiones arteriales cervicales. 5 días después se revisa quirúrgicamente la herida extrayendo la sonda de Foley sin incidencias. 20 días después de la agresión el paciente es dado de alta. Como balance lesional presenta lesión de los nervios facial, vago e hipogloso izquierdos. Dichas lesiones imposibilitan la deglución, siendo preciso mantener las vías aérea y digestiva separadas mediante una traqueotomía y una gastrostomía percutánea.

Discusión: Actualmente, el manejo de las lesiones penetrantes cervicales requiere la integración de los hallazgos clínicos y radiológicos para poder formular un tratamiento eficaz, seguro y mínimamente invasivo. En 1969 Monson et al describieron 3 zonas cervicales con la intención de disminuir el número de exploraciones quirúrgicas negativas. Tradicionalmente, las zonas I y III debían manejarse selectivamente dado el difícil acceso quirúrgico, y la zona II se exploraba de forma rutinaria. Pero en los últimos años se ha modificado la indicación quirúrgica, recomendándose la exploración en aquellos casos hemodinámicamente inestables con signos duros de lesión vascular o de la vía aérea (hemorragia exanguinante, hematoma en expansión, shock, compromiso de la vía aérea y enfisema subcutáneo masivo). En los pacientes hemodinámicamente estables se puede realizar una exploración radiológica (TC ± angiografía/endoscopia) con la intención de decidir el abordaje de las lesiones de forma controlada. Debemos tener en cuenta que las lesiones vasculares de la zona I pueden requerir estereotomía para su control. Las de la zona II una incisión en collar. Las de la zona III son extremadamente difíciles de controlar quirúrgicamente. Para un correcto

manejo puede ser necesario una subluxación, dislocación o incluso resección de mandíbula. Las técnicas endovasculares son una fabulosa alternativa o complemento a la cirugía para lograr un exitoso control vascular. El uso de un taponamiento mediante sonda vesical es un buen recurso provisional entre el control quirúrgico temporal del sangrado y el control definitivo mediante técnicas endovasculares. Nuestro paciente presentaba una lesión de la vena yugular interna en su entrada a nivel del agujero rasgado posterior y se encontraba hemodinámicamente inestable, por eso el uso del balón de la sonda vesical fue su mejor tratamiento definitivo.