



## O-260 - TRAUMA CERVICOTORÁCICO: DONDE YA NO EXISTEN LAS FRONTERAS CON EL TÓRAX

Vitiello, Giulia; Montmany Vioque, Sandra; Campos Serra, Andrea; Gracia Román, Raquel; Farre Alins, Pau; Bibiloni Vidal, Pere; Lobato Gil, Raquel; Mora López, Laura

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

### Resumen

**Introducción:** Los traumatismos cervicales son lesiones poco frecuentes suponiendo el 5-10% del total de lesiones traumáticas. Sin embargo, su conocimiento es fundamental, debido a su asociación con una elevada morbimortalidad. Tradicionalmente el manejo de estas lesiones preveía la exploración quirúrgica en todos los casos. Actualmente, se prioriza el manejo conservador selectivo en lesiones que no amenazan la vida de forma inmediata. En cambio, en los pacientes inestables, con sangrado activo, hematoma pulsátil o en expansión, hematemesis, o fuga de aire a través de la herida el tratamiento sigue siendo quirúrgico y el abordaje necesario puede variar en función de las zonas anatómicas del cuello.

**Casos clínicos:** Presentamos dos casos de traumatismo cervical de la zona I. En primer lugar, un varón de 23 años con herida cervical izquierda por arma de fuego. A su llegada, presenta hematoma cervical expansivo con compromiso de vía aérea, que causa estridor y disfonía. Se realiza intubación dificultosa y se traslada el paciente a quirófano. En quirófano se colocan dos drenajes pleurales (no productivos). Se realiza estereotomía y cervicotomía anterolateral izquierda, encontrando sección lateral de la vena yugular (reparada con sutura continua), sección lateral de la arteria carótida común (sutura con *patch* de PTFE), múltiples lesiones de la vena innominada (controlada con ligadura). Alta al 30.º día posoperatorio. En segundo lugar, presentamos un varón de 25 años con herida cervical izquierda por arma blanca. A su llegada presenta sangrado activo arterial. Se realiza compresión manual e intubación orotraqueal. Se traslada a quirófano objetivando sección completa de arteria carótida común. Se identifica y controla el extremo distal, pero no se consigue identificar el extremo proximal. Ante la sospecha de que esté retraído en el mediastino con sangrado intratorácico activo, se procede a esternotomía con localización del mismo. Se confecciona *bypass* vascular con PTFE. Alta al 19.º día posoperatorio.

**Discusión:** Cuando nos encontramos ante un caso de lesión penetrante cervical es imprescindible considerar que puede ser necesario un abordaje torácico, por lo que siempre deberemos preparar de antemano un posible campo quirúrgico a este nivel, especialmente en lesiones cervicales en zona I. La elección de la vía de abordaje torácico vendrá determinada por la localización de la lesión vascular y la experiencia del cirujano/a. Generalmente, las lesiones de grandes vasos en la derecha se manejan mediante esternotomía con extensión supraclavicular, mientras que las lesiones izquierdas pueden ser controladas inicialmente mediante una toracotomía anterolateral, pudiendo

precisar una esternotomía para el control definitivo o bien extensión a la derecha o supraclavicular. Las incisiones *trap-door* o *clamshell* no se recomiendan. Dado que la mayoría de los cirujanos generales no estamos familiarizados con los campos cérvico-torácicos, en nuestra experiencia recomendamos tener conocimiento de cuáles pueden ser las diferentes vías de abordajes al tórax para poder proporcionar un primer control hemorrágico emergente y posiblemente contar con la colaboración de un cirujano vascular.