

Autolesiones cervicales

Cervical autolesions

RESUMEN

Las heridas cervicales, tienen una presencia cada vez más importante dentro de las urgencias otorrinolaringológicas. Existe, además, una gran controversia en cuanto a su diagnóstico y tratamiento.

En los últimos siete años han sido atendidos en nuestro servicio de ORL, ocho casos de herida cervical. Todas ellas estaban producidas por arma blanca como tentativa de suicidio.

En el siguiente artículo se detallan las maniobras diagnósticas utilizadas, así como el tratamiento aplicado que, en la serie estudiada, fue quirúrgico en todos los casos. El estudio va precedido de una actualización bibliográfica.

PALABRAS CLAVE:

Herida Cervical. Arma Blanca.

SUMMARY

Cervical wounds have each time a higher incidence among otolaryngologic emergencies. Diagnosis and treatment are controversial because not a single behaviour is admitted to solve this medical situation.

During last seven years eight cervical wounds had been attended, all of them produced by blade arms at suicidal attempts.

In the following article we detail diagnosis manoeuvres we used and treatment followed that, in our series, was always surgical. This study is preceded by updated bibliographic searching.

KEY WORDS:

Cervical Wound. White Weapon.

Introducción

Las heridas cervicales constituyen una urgencia otorrinolaringológica relativamente poco frecuente pero cuya incidencia está aumentando en nuestro país. Cuando se presentan, pueden plantear problemas inmediatos o diferidos muy importantes.

Suelen ser consecuencia de:

- Intento de suicidio
- Accidentes laborales o de circulación
- Heridas por asta de toro
- Agresiones con arma blanca o arma de fuego

Estas últimas producen daños más importantes.

Para la localización topográfica de las heridas cervicales suele dividirse el cuello en tres regiones:

- Zona I:** De clavículas a cartilago cricoides
- Zona II:** De cricoides al ángulo de la mandíbula
- Zona III:** Del ángulo de la mandíbula a la base del cráneo.

Material y Métodos

Recogemos nuestra casuística de heridas cervicales en el periodo comprendido entre los años 1995 y 2001.

Se trata de ocho casos de lesión cervical producida por arma blanca como tentativa de suicidio. El rango de

edad se sitúa entre los 25 y los 90 años, siendo la relación hombre- mujer 1:1 (En la literatura las lesiones cervicales en general son cinco veces más frecuentes en el hombre). Cinco de ellos tenían antecedentes psiquiátricos, en su mayor parte depresión, y casi el total convivía con algún familiar (7 casos), excepto uno que se alojaba en una residencia.

Exploración que se realizó en la sala de urgencias:

Datos generales:

- Shock en la mitad de los casos (hipovolémico)
- Disnea: 1
- Hematemesis: 0
- Datos neurológicos: 0
- Disfonía: 1 (el mismo paciente que disnea, por lesión laríngea)

Datos regionales:

- Localización: Todos se localizan en las zonas I y II antes descritas. Uno de ellos presentaba heridas leves en zona I-II y algo más profundas en la nuca.
- Trayectoria: 1 superficial, 3 múltiple, 5 única, 7 profunda (más allá del platisma).
- Hematoma cervical: 0 casos.
- Hemorragia: 6 casos (uno no presentaba ya hemorragia activa al llegar a urgencias).
- Enfisema subcutáneo: 2 casos.
- Crepitación: 2 casos.
- Discontinuidad vía respiratoria: 2 casos (éstos últimos son los mismos pacientes).

Se practicó revisión quirúrgica en todos los casos. Antes de ésta, en seis pacientes se solicitaron pruebas cruzadas. En cuatro se administraron expansores del plasma. Uno se transfundió antes de la cirugía. Otro recibió profilaxis antibiótica. Esta última medida no suele adoptarse por la extrema urgencia del caso. Después de la cirugía los ocho fueron tratados con antibióticos.

En ninguno se solicitaron pruebas complementarias como TAC, endoscopias o angiografía.

Para la revisión quirúrgica no fue necesario practicar ninguna traqueotomía, pudiendo ser intubados todos los enfermos.

Las lesiones detectadas fueron las siguientes:

Cinco tenían afectación vascular tanto arterias como venas. Las arterias más lesionadas son las tiroideas superiores (4 casos; 2 dcha. y 2 izda.), después las faciales (2 casos). Las venas más afectadas fueron las yugulares anteriores y externas.

En todos los casos la herida alcanzaba el músculo platisma. Se considera este músculo el límite entre herida profunda, cuando interesa los planos por debajo del platisma, y herida superficial, cuando la afectación no pasa del nivel del músculo cutáneo del cuello.

En cuanto a las lesiones neurológicas, hubo un caso de sección de nervios superficiales, (auricular mayor dcho e izdo y cervical trasverso) y más profundos (laringeo superior derecho).

En cuatro casos se detectó lesión en laringe y/o traquea, y en ninguno lesión esofágica ni del conducto torácico.

En todos se colocó un drenaje; dos tipo redón (1 en la herida de nuca) y seis de penrose.

Debido al alcance de las lesiones, en cinco casos se dejó una traqueotomía de seguridad. Ninguno precisó la colocación de sonda nasogástrica.

Cuatro enfermos se derivaron a la UCI recibiendo allí uno de ellos transfusión sanguínea.

La evolución de siete casos fue inicialmente buena aunque uno falleció a los tres días sin relación aparente con la herida cervical. El resultado de la necropsia reveló que la muerte se produjo por un fallo cardíaco, hallándose un gran trombo auricular.

Otro enfermo se complicó con fiebre e infección pulmonar falleciendo a consecuencia de ésta.

De los seis casos que fueron dados de alta hospitalaria uno se envió a su domicilio (con recomendación de permanecer acompañada), otro a una residencia y los cuatro restantes a un centro psiquiátrico.

Discusión

Hemos realizado una revisión de la literatura existente que ha abarcado los cinco últimos años. También se han consultado algunos textos de la especialidad respecto al tema.

La mayor controversia en cuanto al manejo de las heridas cervicales se centra en la necesidad de explorar o no todas ellas quirúrgicamente para evaluar las lesiones producidas.

Hasta hace unos años la postura era de someter a cirugía todas las heridas que atravesaban el platisma y algunos autores (1) hoy siguen considerándola válida apoyándose en las siguientes razones:

- A veces lesiones importantes pueden dar escasa o nula sintomatología. Esto es especialmente válido en las heridas por arma de fuego.
- Disminuye el número de estudios diagnósticos, que resultan innecesarios en caso de realizarse cirugía, con el correspondiente ahorro económico.
- También acorta el tiempo diagnóstico con los que se evitan retrasos en el tratamiento (que, a veces pueden ser peligrosos).
- La exploración quirúrgica en manos expertas tiene baja morbilidad.



Fig. 1: Autolesión cervical por arma blanca, de localización suprahióidea. Se encontraron, entre otras lesiones, afectación de la arteria y vena facial.



Fig. 2: Aspecto de la herida de la Fig. 1, una vez revisada quirúrgicamente.

Otros (2) opinan que esta actitud conduce a muchas exploraciones negativas y abogan por una postura conservadora selectiva cuando las lesiones no son evidentes y el paciente está estable. Esta actitud expectante se basa en la exploración física y otras pruebas complementarias. De esta forma se reduce el número de exploraciones quirúrgicas negativas mientras que las tasas de mortalidad son comparables a las de la exploración rutinaria.

Volviendo a la distribución de las lesiones en las tres zonas cervicales ya comentadas, sí hay acuerdo en que en las de las zonas I y II deben explorarse siempre quirúrgicamente sin estudios diagnósticos previos. Esto se justifica por la relativa facilidad para exponer las lesiones y la familiaridad del especialista con la anatomía quirúrgica de la región. Esto conduce a un diagnóstico rápido y a un tratamiento precoz de las heridas vasculares y/o de la vía aérea favoreciendo una buena evolución.

Cuando la herida se localiza en la zona III, en general los autores (3) recomiendan no explorarla quirúrgicamente por rutina, ya que su anatomía es muy compleja, con abundantes estructuras vasculares y nerviosas que pueden sufrir un daño yatrogénico. Además resulta difícil obtener una exposición adecuada de este campo.

En esta área puede lesionarse la arteria vertebral, lo que no es frecuente, pero sí puede pasar fácilmente desapercibida en un campo quirúrgico lesionado y tener consecuencias fatales. Si se detecta su lesión el tratamiento más común es la ligadura (4,5).

Las pruebas complementarias en las que se apoya la actitud conservadora son fundamentalmente:

- Angiografía: Útil sobre todo para valorar lesiones del eje carotídeo (zona III). Su utilidad para vasos venosos es mucho más limitada. Conviene realizarla cuando hay lesiones de vecindad, sobre todo si se trata de una herida por arma de fuego, en busca de lesiones que requieran tratamiento quirúrgico y pudieran pasar desapercibidas (4, 6).
- Endoscopia faringo-laríngea rígida o preferentemente flexible para valorar precozmente las lesiones laríngeas y/o faríngeas (4, 7, 8).
- Esofagograma con contraste y esofagoscopia rígida o flexible. Muy importantes en la valoración de perforación esofágica. Juntas alcanzan una sensibilidad y especificidad cercana al 100% (4, 9).
- TAC: En general no se emplea. Acaso para valorar lesiones laríngeas pero únicamente si se cree que puede cambiar el tratamiento. Ej: Paciente sin evidencia de lesión laríngea en la exploración física pero en el que persiste la sospecha de lesión de la vía respiratoria.
- Ecografía: Orienta sobre la existencia zonas ocultas de colección líquida y de posibles disecciones vasculares (4, 10).

Por orden de frecuencia las lesiones que se producen en una herida cervical son:

1. En primer lugar lesiones vasculares. Su mortalidad puede ser importante si afectan a la carótida o pasan inadvertidas. El diagnóstico varía según la localización I, II ó III, como ya hemos comentado. El tratamiento incluye ligadura, injertos de vena safena, arteriorrafia lateral, injertos con material sintético... a veces en colaboración con el cirujano vascular.

2. En segundo puesto en frecuencia aparecen las lesiones de laringe y traquea. Pueden ser muy variadas, desde mínimas laceraciones mucosas a fracturas cartilaginosas e incluso separación laringotraqueal. Es importante la endoscopia para su diagnóstico (laringoscopia directa o laringoscopia flexible) (11).

Si se detectan lesiones importantes conviene realizar también broncoscopia y esofagoscopia para descartar lesiones de vecindad.

Indicación de reparación quirúrgica:

- Exposición de cartílagos laríngeos.
- Importante solución de continuidad de la mucosa.
- Luxación de aritenoides.
- Lesiones que penetraron a través de la laringe.

Un tratamiento precoz (<24 horas) favorece la aproximación de los bordes de la herida, disminuye el riesgo de infección y a largo plazo logra mejores resultados respiratorios y fonatorios.

3. En tercer lugar heridas de esófago-faringe. La lesión combinada de la vía aérea y digestiva es la que tiene mayor mortalidad.

Hay que pensar en la perforación esofágica no sólo cuando hay signos evidentes (hematemesis, babeo...) sino cuando hay lesión de estructuras vecinas (carótida, cuerdas vocales, laringe y tráquea).

Diagnóstico: Esofagograma y esofagoscopia.

Tratamiento: Sutura simple invertida reabsorbible y drenaje. Cuando hay una herida traqueal conviene interponer un colgajo muscular, aunque algunos autores (10) señalan que aún sin él no se producen fístulas traqueoesofágicas.

4. En cuarto lugar lesiones neurológicas. Poco frecuentes pero graves: plexo braquial y sobre todo médula espinal por encima de la 4ª vértebra cervical. Si son más periféricas (vago, frénico) puede intentarse reparación quirúrgica (12). Son especialmente graves las heridas por arma blanca dirigidas lateral y horizontalmente debido a que el filo puede pasar entre dos cuerpos

vertebrales y seccionar la médula completamente sin dañar estructura vascular alguna y provocando una lesión neurológica irreversible (14).

Es importante precisar la naturaleza del objeto incisopunzante que determina la herida cervical. Hay descritas lesiones letales provocadas por restos de vidrios alojados en el fondo de la herida y que pasaron desapercibidos en la revisión quirúrgica cuando el objeto fue "una botella rota". Cuando el arma sea de estas características se recomienda el uso de radiografías cervicales para identificar posibles "fragmentos perdidos" dado que los vidrios modernos son radiopacos (15). La posesión habitual de "cuchillos de supervivencia" los convierte en causantes frecuentes de heridas cervicales de profundidad mucho mayor de la supuesta inicialmente con afectación del eje vascular y del esófago de características catastróficas (provocadas por el lado del filo que tiene los dientes de sierra). Sospecharemos que se trata de este tipo de arma por las características "mordidas" que deja en la piel el lado dentado del filo (16).

Conclusiones

- Es preciso valorar los medios del centro y la experiencia del cirujano.
- Toda herida que interese al platismo debe explorarse quirúrgicamente.
- La cirugía también es obligatoria cuando hay signos evidentes de lesión vascular, nerviosa, de vía aérea o digestiva.
- En las zonas I y II del cuello es de elección la exploración quirúrgica.
- Las lesiones que con más frecuencia se producen son:
 - 1º Vasculares.
 - 2º Laringe y traquea.
 - 3º Esófago y faringe. Son las de mayor mortalidad.
- Actuación de urgencia (13):
 - 1º Estabilizar hemodinámicamente al paciente.
 - 2º Asegurar la vía aérea.
 - 3º No siempre existe relación entre espectacularidad y gravedad de la lesión.
- Nuestra experiencia:
 - Practicar siempre revisión quirúrgica.
 - Se encuentran sobre todo heridas vasculares y de la vía aérea.
 - En la mayoría de los casos, hay que dejar una traqueotomía de seguridad.

Bibliografía

1. Demetriades D, Asensio JA, Velmahos G, Thal E. Complex problems in penetrating neck trauma. *Surg Clin North Am.* 1996 Aug; 76 (4): 661-83.
2. Apffelstaedt JP, Valenciano CP, Falcone RE, Grosh JD: Management of penetrating neck trauma. *World J Surg* 1994; 18:917-920.
3. Miller RH, Kevin D. Temas actuales en traumatismo de cabeza y cuello. Heridas cervicales preentrantes. *Clínicas otorrinolaringológicas de Norteamérica . Volumen 1/ 1991; 13-27.*
4. Scola B. y Vega M. F. Urgencias en Otorrinolaringología. Conducta ante una herida cervical. Ponencia oficial de la Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cervico – Facial 1991 Nov; 126 – 134.
5. Irish JC, Hekkenberg R, Gullane PJ, Brown DH, Rotstein LE, Neligan P, Ali J. Penetrating and blunt neck trauma: 10 year review of a Canadian experience. *Can J Surg.* 1997 Feb; 40 (1): 33-8.
6. Demetriades D, Theodorou D, Cornwell E, Weaver F, Yellin A, Velmahos G, Berne TV. Penetrating injuries of the neck in patients in stable condition. Physical examination, angiography, or color flow Doppler imaging. *Arch Surg.* 1995 Sep; 130 (9): 971-5.
7. Ford HR, Gardner MJ, Lynch JM. Laryngotracheal disruption from blunt pediatric neck injuries: impact of early recognition and intervention on outcome. *J Pediatr Surg.* 1995 Feb; 30 (2): 331-4; 334-5.
8. Gaskill Shipley MF, Tomsick TA. Angiography in the evaluation of head and neck trauma. *Neuroimaging Clin N Am.* 1996 Aug; 6 (3): 607-24.
9. Asensio JA, Berne J, Demetriades D, Murray J, Gomez H, Falabella A, Fox A, Velmahos G, Shoemaker W, Berne TV. Penetrating esophageal injuries: time interval of safety for preoperative evaluation how long is safe?. *J Trauma.* 1997 Aug; 43(2): 319-24.
10. Charpentier P, Tomasi M, Mafart B, Salgas P. The role of ultrasonography in the detection of neck injuries. *Presse Med* 1998 Jan 10; 27 (1):18.
11. Harsh Grewal, Prakashchandra M. Rao, Sanjay Mukerji, Rao R. Ivatury. Management of penetrating laryngotracheal injuries. *Head & Neck* 1995; 17; 494-502.
12. Abakumov MM, Dzhagraev KR. The diagnosis and treatment of neck wounds. *Khirurgiia (Mosk)* 1998; (8):10-3.
13. Klyachkin ML, Rohmiller M, Charash WE, Sloan DA, Kearney PA. Penetrating injuries of the neck: selective management evolving. *Am Surg.* 1997 Feb; 63 (2): 189-94. 14. Rubin G, Tallman D, Sagan L, Melgar M. An unusual stab wound of the cervical spinal cord: a case report. *Spine.* 2001 Feb 15; 26(4): 444-7.
15. Rothschild MA, Karger B, Schneider V. Puncture wounds caused by glass mistaken for with stab wounds with a knife. *Forensic Sci Int.* 2001 Oct 1; 121 (3): 161-5.
16. Cialella C, Caringi C, Aromatario M. Wounds inflicted by survival knives. *Forensic Sci Int.* 2002 Mar 28; 126 (1): 82-7.