

Traumatismo cervical cerrado

Blunt cervical trauma

RESUMEN

Los traumatismos cervicales cerrados pueden conllevar una alta morbimortalidad si no son tratados de forma adecuada, siendo necesario su diagnóstico y manejo precoz. En nuestro medio la causa más frecuente son los accidentes de tráfico. Presentamos el caso de un paciente que presenta una importante disfagia tras sufrir en accidente de tráfico un traumatismo cervical cerrado.

PALABRAS CLAVE:

Traumatismo cervical cerrado, disfagia, laceración hipofaríngea, accidente de tráfico.

SUMMARY

Blunt cervical traumas can lead to a high morbidity and mortality if not treated properly, being necessary its early diagnosis and management. In our environment, the most frequent cause are traffic accidents. We present the case of a patient who presents a significant dysphagia after suffering a blunt cervical trauma in traffic accident.

KEY WORDS:

Blunt neck trauma, dysphagia, hypopharyngeal injury, traffic accident.

Caso Clínico

Paciente de 39 años, sin antecedentes médicos de interés, que acude a urgencias tras sufrir en accidente de tráfico un traumatismo cervical con el manillar de la moto. A su llegada a urgencias, clínicamente estable y con un Glasgow de 15, presentaba únicamente una erosión en el lado izquierdo del cuello y un aumento de volumen del mismo, destacando una importante sialorrea y disfagia, así como voz engolada y dolor cervical izquierdo, sin disnea asociada. A la exploración, se palpaba un edema cervical izquierdo con mínima crepitación y mediante fibroscopia se apreció una retención salivar en el seno piriforme izquierdo sin lesiones mucosas aparentes y limitación en la abducción de ambas cuerdas vocales.

Se realizó un TC cérvico-torácico en el que se visualiza un importante enfisema cervical izquierdo adyacente a laringe que alcanza la encrucijada cérvico-torácica y se identifica una pequeña comunicación con el ventrículo laríngeo sugestiva de rotura del mismo (Fig. 1).

Se mantuvo una actitud conservadora mediante dieta absoluta, sueroterapia y antibioterapia intravenosa (Amoxicilina/Clavulánico y Clindamicina). A los pocos días se apreció una mejoría importante del enfisema, persistiendo la disfagia y sialorrea tras nueve días de ingreso, por lo que se realizó nuevo TC en el que se observaba una disminución del enfisema cervical apreciándose una pequeña colección adyacente a la pared posterior del seno piriforme izquierdo filiforme de 5 x 28 mm, compatible con solución de continuidad.

Se realizó un tránsito faringoesofágico que evidenció una extravasación de contraste a nivel del seno piriforme izquierdo que descendía por la región paraesofágica izquierda posterior unos 5 cm (Fig. 2A). La nasofibrola-

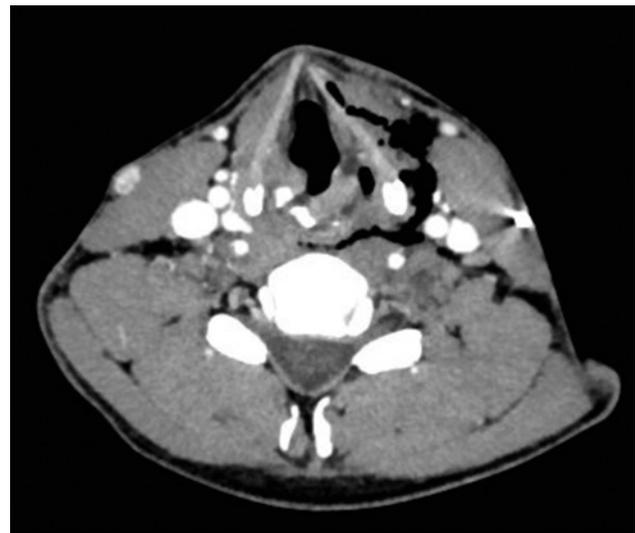


Figura 1: TC cervical horas después del traumatismo. Se observa un enfisema cervical izquierdo adyacente a la laringe.

ringoscopia mostraba una imagen de depósito lineal de fibrina en la pared externa del seno piriforme izquierdo con retención salivar que se corresponde con el orificio fistular (Fig. 2B).

Se colocó una sonda nasogástrica por el seno piriforme derecho y se inició nutrición enteral.

Con una evolución clínica lenta pero progresivamente mejor, estando el paciente prácticamente asintomático y con buena tolerancia oral, se realiza nuevo TC tras veinte días de ingreso en el que ya no se observan ninguna lesión. La fibroscopia ya no mostraba signos de retención salivar y el tránsito faringoesofágico fue normal.



Figura 2A: Tránsito faringoesofágico, en el que se observa una extravasación de contraste desde seno piriforme izquierdo que desciende por región paraesofágica unos 5 cm.



Figura 2B: Se observa la retención de saliva en el seno piriforme izquierdo y un depósito de fibrina en su pared externa, que corresponde al orificio fistular.

Discusión

Los traumatismos cervicales cerrados son situaciones potencialmente graves en las que debe tenerse en cuenta en primer lugar la protección de la vía aérea, incluso si inicialmente el paciente no presenta sintomatología¹. La región cervical contiene una concentración de elementos anatómicos críticos que incluye estructuras vasculares, respiratorias, digestivas y neurológicas y clásicamente para el manejo de las lesiones del cuello, esta región se ha dividido en tres zonas en sentido de caudal a craneal² (Tabla I).

Tabla I: Clasificación de las lesiones cervicales según zonas anatómicas.

Zona	Extensión	Estructuras que pueden lesionarse
I	Desde las clavículas hasta el borde inferior del cartilago cricoides	Tráquea, la glándula tiroidea, los grandes vasos incluidos la arteria y vena subclavia, el esófago, el conducto torácico, el plexo braquial, el nervio vago y los ápices pulmonares
II	Desde el cartilago cricoides hasta el ángulo de la mandíbula	Las carótidas común y su bifurcación, las arterias vertebrales, las venas yugulares internas, la médula espinal, los nervios X, XI y XII, la faringe, la tráquea cervical y la laringe
III	Desde la parte superior del ángulo de la mandíbula hasta la base del cráneo	Pudiendo afectarse las carótidas externas, las carótidas internas extracraneales, las arterias vertebrales, las venas yugulares, la medula espinal, los nervios VII, IX, X, XI y XII

Los pacientes con trauma contuso o penetrante del cuello pueden estar asintomáticos o presentarse con signos o síntomas leves, moderados o graves. Estas últimas vienen expresadas en forma de hemorragia masiva y/o asfixia variando su forma de presentación según la zona afectada.

En la exploración inicial, se debe evitar la manipulación del cuello hasta que la estabilidad de la columna cervical esté asegurada. La laringoscopia flexible permite evaluar la permeabilidad de la vía aérea superior, la movilidad de las cuerdas vocales y la integridad de la faringe y la endolaringe. Paradójicamente, estos hallazgos se correlacionan poco con el alcance o la gravedad de la lesión, mientras que sugieren un posible compromiso de la vía aérea, por lo que se completará el estudio inicial con un TC cérvico-torácico. Independientemente a la gravedad de los síntomas, será obligado mantener al paciente en observación las primeras 24-48 horas^{3,4}.

Según Nahum⁵ y Camnitz et al¹¹, la observación sería la actitud apropiada en aquellas "lesiones reversibles" tras un traumatismo cerrado que no presentan compromiso de la vía aérea, como son edemas o hematomas endolaringeos, contusiones, fracturas no desplazadas y pequeñas laceraciones, lo que corresponde a los grupos I y II de la clasificación de Schafer³. Estos pacientes suelen requerir únicamente un tratamiento conservador mediante reposo vocal, antibióticos y corticoides, como sería el caso de nuestro paciente.

Aquellos pacientes con buena permeabilidad aérea que presentan grandes laceraciones faríngeas o laringeas, fracturas laringeas desplazadas o lesiones severas de tejidos blandos, serán candidatos a su reparación quirúrgica^{5,6}. Como demostraron numerosos autores, como Curtin et al⁷ y Harris et al⁸, su reparación quirúrgica precoz en las primeras 24 horas mejora los resultados funcionales respecto al retraso en su intervención.

Si el paciente presenta una obstrucción de la vía aérea, necesitará un manejo inmediato. Se debe evitar la intubación orotraqueal, no sólo por su dificultad a la hora de visualizar correctamente la vía aérea, sino por el traumatismo añadido que supone, por lo que estaría indicada la realización de una traqueotomía¹.

Las perforaciones esofágicas y de faringe son poco frecuentes y suelen ser debidas a traumatismos penetrantes. La aparición de disfagia, sialorrea y enfisema subcutáneo nos deben hacer sospechar su presencia. La realización de un tránsito faringoesofágico con contraste, un TC cervical o una esofagoscopia nos pueden ayudar a confirmar el diagnóstico.

Las perforaciones de gran tamaño precisarán de su cierre quirúrgico, pudiendo ser necesario el uso de algún tipo de colgajo. Cuando se trata de perforaciones de escaso calibre con extravasación de contraste, como es el caso de nuestro paciente, se puede optar por un tratamiento conservador con antibioterapia, alimentación enteral por sonda nasogástrica y vigilancia estrecha, para descartar la presencia de complicaciones infecciosas⁹.

Bibliografía

1. Camnitz PS, Shepherd SM, Henderson RA. Acute blunt laryngeal and tracheal trauma. *Am J Emerg Med.* 1987;5(2):157-62.
2. 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;40(1):33-8
3. Schaefer SD. Management of acute blunt and penetrating external laryngeal trauma. *Laryngoscope.* 2014;124(1):233-44
4. Bent JP 3rd, Silver JR, Porubsky ES. Acute laryngeal trauma: a review of 77 patients. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 1993;109(3 Pt 1):441-9

5. Nahum AM. Immediate care of acute blunt laryngeal trauma. *J Trauma.* 1969;9(2):112-25
6. Fuhrman GM, Stieg FH 3rd, Buerk CA. Blunt laryngeal trauma: classification and management protocol. *J Trauma.* 1990;30(1):87-92
7. Curtin JW, Holinger PH, Greeley PW. Blunt trauma to the larynx and upper trachea: immediate treatment, complications and late reconstructive procedures. *J Trauma.* 1966;6(4):493-502
8. Harris HH, Tobin HA. Acute injuries of the larynx and trachea in 49 patients. (Observations over a 15-year period). *Laryngoscope.* 1970;80(9):1376-84
9. García-Zornoza R, Morales-Angulo C, González-Aguado R, Acle L, Cortizo E, Obeso S. Traumatismos cervicales. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2012;63(1):47-54

Correspondencia

Dr. Emilio Vives Ricoma
Almagro 12 Ppal dcha.
50004 Zaragoza
E-mail: emilio_vives89@hotmail.com