



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-558 - TRAUMATISMO PENETRANTE DE CUELLO: ¿ABORDAJE INDEPENDIENTE DE LA ZONA?

Sánchez-Molero Pérez, Soraya¹; Olivo Valverde, Eduardo; Pérez González, Marta¹; Ramos Bonilla, Antonio¹; Monzón Torres, Ignacio²

¹Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés. ²Netcare Sunninghill Hospital, Johannesburg.

Resumen

Objetivos: Comparar el abordaje independiente de la zona con el manejo selectivo en el traumatismo cervical penetrante y resaltar la importancia de la exploración cervical precoz en pacientes inestables o con signos mayores de lesión vascular y/o aerodigestiva.

Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed de artículos de habla inglesa, utilizando los términos MeSH: “neck”, “wounds and injuries” o “neck injuries” o “penetrating neck trauma”, “algorithms”, “clinical trial”, “practice guidelines”, “comparative studies”. Se seleccionaron los estudios clínicos que hacen referencia al “selective management” y al “no zones approach”. Se aportan imágenes de casos clínicos atendidos en la unidad de trauma del Hospital Chris Hani Baragwanath, Johannesburgo, Sudáfrica, en verano de 2014.

Resultados: El TAC multicorte, con una sensibilidad cercana al 100% y una especificidad de un 97% para el diagnóstico de lesiones vasculares y aerodigestivas, permite la evaluación de la trayectoria y los órganos afectados dirigiendo el tratamiento o las técnicas diagnósticas adicionales. Se ha encontrado más de un 25%* de discordancia entre la herida externa y la lesión interna, lo que hace que una herida en zona II de fácil abordaje, pueda cursar con lesiones internas en zona I o III dificultando el acceso quirúrgico. En centros donde exista la posibilidad de una vigilancia clínica estrecha y se disponga de las técnicas de diagnóstico y tratamiento por imagen, el cribado de los pacientes con signos menores (“soft signs”), es seguro, haciendo innecesaria la división en zonas.

Conclusiones: La capacidad de los equipos de MDTC de nueva generación para descartar de una manera segura, lesiones no sólo vasculares sino también aerodigestivas, hace posible evitar el uso de pruebas diagnósticas adicionales más invasivas y disminuye el número de exploraciones cervicales no terapéuticas, en pacientes estables sin signos clínicos mayores, independientemente de la localización de la herida externa (Gracias et al. Arch Surg. 2001;136:1231-5). La división arbitraria del cuello en zonas, que obligaba a la exploración quirúrgica de los pacientes sintomáticos con lesiones en zona II, va perdiendo sentido en favor de su valoración como región única dependiente de la clínica y los resultados del angioTAC como guías para la toma de decisiones. Son necesarios más estudios para validar los nuevos algoritmos y cambiar los viejos dogmas (Sperry et al. J Trauma Acute Care Surg. 2013;75:936-40).