



P-640 - FRACTURA DE CARTÍLAGO TIROIDES POR PERDIGÓN: UNA LESIÓN INUSUAL

Jiménez-Fuertes, Montiel; Laíz Díez, Beatriz; Ferrigni-González, Carlos; García Muñoz Nájar, Alejandro; Castellón Pavón, Camilo José; Díaz García, Gustavo; Durán Poveda, Manuel; García Olmo, Damián

Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Móstoles.

Resumen

Introducción: La laringe se encuentra en la zona II cervical y las lesiones en la misma no son frecuentes. Cuando estas se producen, las más habituales son debidas a traumatismos contusos y suelen asociarse con otras lesiones, por lo que pueden pasar desapercibidas si no se sospechan. Cuando el mecanismo lesional es un trauma penetrante, el diagnóstico puede ser más sencillo, pero la actitud terapéutica en estos casos puede ser controvertida, aunque dependerá del estado del paciente.

Caso clínico: Paciente hombre de 54 años que acude a urgencias tras haber sido alcanzado accidentalmente por un perdigón disparado a 20 metros durante una cacería. Se realizó la atención inicial del paciente siguiendo los principios del ATLS. A la exploración presentaba pequeño orificio de entrada en la zona II del cuello, paratraqueal izquierda, sin hematoma ni enfisema asociado, no existiendo crepitación, desviación traqueal, disnea, disfonía, odinofagia, tos ni disfagia. Dado que el paciente se encontraba hemodinámicamente normal, se realizó angioTC urgente, que evidenció una imagen de alta densidad localizada en región paratraqueal izquierda de 5 mm, a la altura del cartílago tiroídes, en la región posterolateral izquierda de la subglotis, submucosa, con trazo de fractura en la lámina izquierda del cartílago tiroídes, sin desplazamiento, sin aumento de partes blandas en dicha localización, sin aumento de partes blandas o extravasación de contraste. Tras la administración de contraste oral durante la prueba no se observaron fugas de contraste. Se realizó esofagoscopia, que resultó normal, así como fibroscopia, que no evidenció alteraciones morfológicas ni funcionales, sin evidenciar el cuerpo extraño intraluminal ni otras lesiones asociadas. Tras ello, se decidió tratamiento conservador con antibioterapia y corticoides, con buena evolución posterior, siendo el paciente dado de alta tras 5 días de observación hospitalaria y sin incidencias en el seguimiento posterior en consultas externas al mes y al año del suceso.

Discusión: Las lesiones del cartílago tiroídes pueden ser difíciles diagnosticar si no se sospechan. Para el diagnóstico, además de la exploración física, se recomienda TAC cervical y fibroscopia laríngea. El manejo dependerá de la estabilidad respiratoria y hemodinámica. En pacientes con vía aérea comprometida se debe asegurar la misma y realizar exploración cervical quirúrgica, así como en aquellos con hemorragias severas, hematomas expansivos, con enfisema subcutáneo masivo. En cualquier caso, el tratamiento supone un reto por la baja incidencia en nuestro medio y por su potencial complejidad. La necesidad de exploración quirúrgica y extracción de los perdigones ha sido debatida, particularmente cuando el riesgo de lesión por la intervención es mayor que dejar el perdigón *in situ*. Stromber fue el primero en defender la exploración quirúrgica en todos los pacientes en 1979. Ordog fue el primero en desafiar este dogma en 1985 sugiriendo un tratamiento selectivo, mientras que Demetriades y Soffianos en 1996 concluyeron que la exploración

quirúrgica obligatoria del cuello no era necesaria. Este tratamiento selectivo permite ahorrar costes hospitalarios, reduce las exploraciones quirúrgicas negativas y la morbilidad asociada.