



P-688 - CRICOTIROIDOTOMÍA TRAUMÁTICA POR HERIDA DE ARMA BLANCA: CLAVES DEL MANEJO TERAPÉUTICO EN EL TRAUMA PENETRANTE CERVICAL

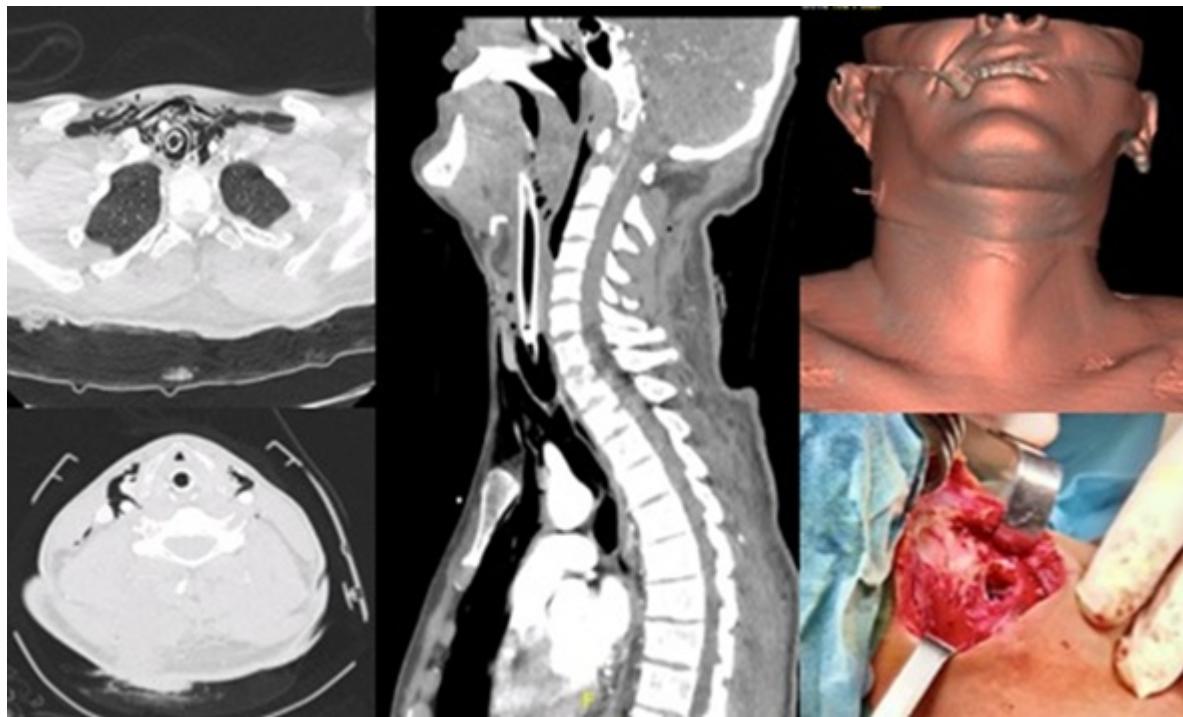
Calleja Buchó, Jorge; García Picazo, Alberto; Manzo, Elena; Bravo, Alejandro; Carranco, Alberto; Martín, María; Bosch, Gemma; Sancho, Joan

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: La cricotiroidotomía constituye una intervención quirúrgica de emergencia, indicada en situaciones en las que no es posible asegurar la vía aérea mediante intubación convencional, ni garantizarse una oxigenación adecuada. El trauma penetrante cervical, especialmente secundario al originado por arma blanca, plantea retos clínicos significativos, debido a la complejidad anatómica cervical y al elevado riesgo de lesiones a estructuras vitales. En estos escenarios, la toma de decisiones rápida, precisa y coordinada es esencial para el manejo del paciente politraumatizado.

Caso clínico: Paciente varón de 30 años, sin antecedentes médicos, que acude al Servicio de Urgencias mediante código politrauma tras sufrir múltiples heridas penetrantes por arma blanca. A su llegada, presentaba hemorragia arterial activa, en extremidad superior derecha, con una pérdida hemática estimada de 0,5-1 litro, que es controlada mediante aplicación de torniquete. Además, se identifica herida penetrante de 1 cm en membrana cricotiroidea ($> 270^\circ$), con fuga aérea asociada, sin repercusión clínica. Se aseguró la vía aérea mediante intubación orotracheal, se colocó un catéter venoso central femoral para la reanimación volémica y se realizó el E-FAST que resultó negativa, así como el TAC. Dada estabilidad clínica del paciente, se indicó la intervención quirúrgica de revisión de la vía aérea. Durante la cirugía, mediante cervicotomía transversa anterior, se evidenció sección transversal de la pirámide de Lalouette, hemorragia venosa de las yugulares anteriores y desgarro de la membrana cricotiroidea. Se realizó ligadura de las yugulares anteriores, apertura de la musculatura infrahioidea, istmotomía tiroidea y cierre directo de la membrana cricotiroidea con sutura reabsorbible (Vycril 3/0), sin traqueostomía de protección, debido al buen aspecto de los tejidos circundantes. No se encontraron lesiones esofágicas. Se colocó drenaje pretraqueal. El paciente, evolucionó favorablemente y fue extubado sin complicaciones a las 48 horas. Fue dado de alta a domicilio tras 14 días de hospitalización.



Discusión: El trauma penetrante cervical representa entre el 5% y 10% de todas las lesiones traumáticas, con tasas de mortalidad que pueden alcanzar hasta el 15%. Los niveles cervicales I y II, albergan estructuras anatómicas críticas como la vía aérea, grandes vasos y múltiples paquetes nerviosos. Por tanto, cualquier lesión en esta zona es un reto diagnóstico y terapéutico, que debe seguir el manejo “ABCDE” inicial del cualquier paciente politraumatizado, priorizando la vía aérea (“A”) y el control de hemorragias (“C”). La presencia de determinados signos como la hemorragia pulsátil, hematoma expansivo, estridor o disfagia severa, indican la necesidad urgente de cervicotomía exploradora. Esta técnica quirúrgica continua siendo una herramienta diagnóstica y terapéutica indispensable ante sospecha de lesiones vitales. Durante la cirugía, deben evaluarse la tráquea, laringe, esófago cervical, arteria carótida, vena yugular interna, nervios laríngeos, vago y frénico, así como, el tiroides. En este caso expuesto, la intervención quirúrgica permitió reparar la membrana cricotiroidea y descartar lesiones mayores asociadas. La traqueostomía de protección podría ser una alternativa terapéutica, especialmente en presencia de infección local o factores predisponentes de dehiscencia traqueal. En conclusión, el manejo rápido y protocolizado del trauma penetrante cervical es esencial para mejorar el pronóstico y minimizar su morbimortalidad.