

Lesión traqueal por puñalada cervical

Abel Gómez-Caro, Francisco J. Moradiellos, Vicente Díaz-Hellín, Emilio J. Larrú, Carmen Marrón y José L. Martín de Nicolás
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

Resumen

Presentamos un caso de lesión traqueal por puñalada cervical sin otras lesiones asociadas. El diagnóstico fue realizado por exploración clínica y fibrobroncoscopia flexible. Se realizó desbridamiento y anastomosis término-terminal. El paciente fue dado de alta en buen estado a los 11 días postoperatorios.

Palabras clave: Lesión traqueal. Traumatismo. Herida penetrante.

TRACHEAL INJURY FROM CERVICAL STABBING

We report a case of isolated tracheal injury after a cervical stab without any other cervical damage. Diagnosis was performed by bronchoscopic and clinical examination. Plastic suture was performed with end-to-end anastomosis. The patient was discharged with good health status on the eleventh postoperative day.

Key words: Tracheal injury. Trauma. Penetrating wound.

Introducción

Las lesiones traqueobronquiales están aumentando su incidencia en nuestro medio y están frecuentemente asociadas con traumatismos torácicos y craneoencefálicos. Más del 30-50% de estos pacientes muere antes de llegar al hospital¹. Las roturas del árbol traqueobronquial son situaciones dramáticas que necesitan la colaboración de anestesistas y cirujanos.

Caso clínico

Varón de 47 años, positivo para los virus de la inmunodeficiencia humana y de la hepatitis C, y usuario de drogas por vía parenteral, acudió a nuestro servicio de urgencias con una herida de arma blanca cervical. En el examen clínico se encontró un enfisema subcutáneo cervico-torácico. La herida cervical presentó fuga aérea masiva. Se realizó una intubación de emergencia sin broncoscopia por desaturación y disnea.

Correspondencia: Dr. A. Gómez-Caro.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital 12 de Octubre.
Ctra. Andalucía, Km. 5,400. Madrid. España.
Correo electrónico: abelitov@yahoo.es/ablgomez@hotmail.es

Manuscrito recibido el 26-5-2004 y aceptado el 31-1-2005.

La radiografía de tórax mostró (fig. 1) un neumotórax derecho y un gran enfisema mediastínico y subcutáneo. Se colocó un drenaje torácico en el hemitórax derecho. La tomografía computarizada (TC) torácica (fig. 2)

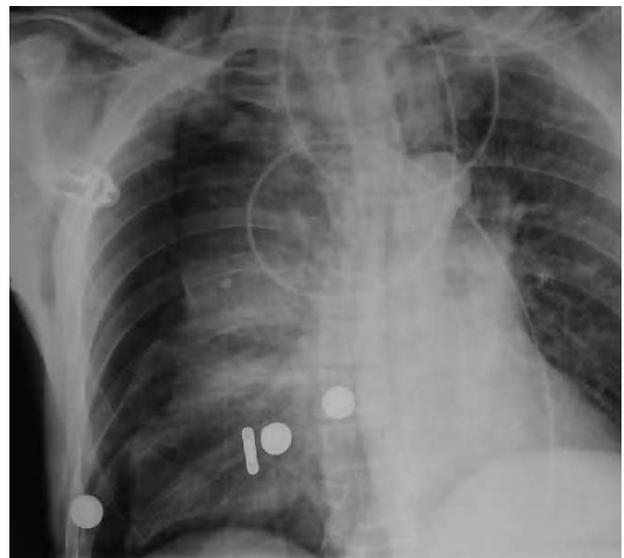


Fig. 1. Radiografía de tórax con neumotórax derecho y gran enfisema mediastínico y subcutáneo.

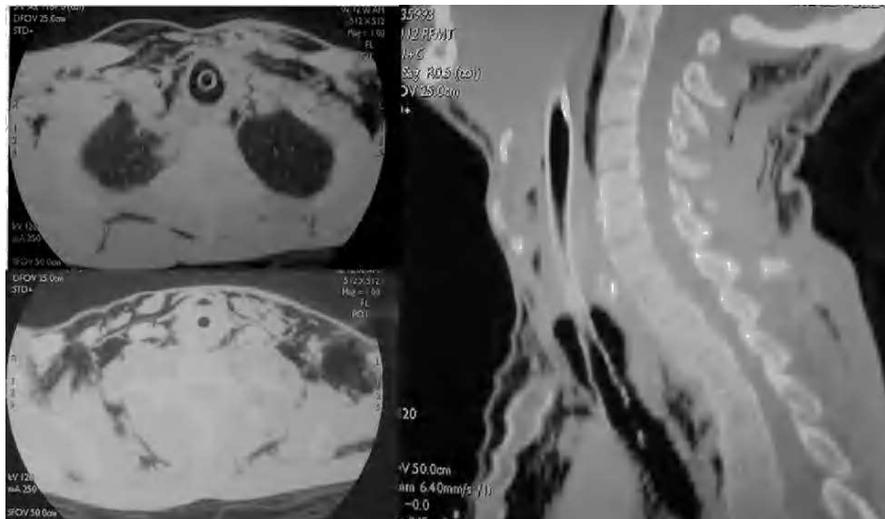


Fig. 2. A. Tomografía computarizada (TC) torácica que muestra un gran enfisema mediastínico y subcutáneo (cervical y torácico). Sobre el balón del tubo oro-traqueal aparece nivel hidro-aéreo intratraqueal. Drenaje torácico en la cavidad derecha. B. Reconstrucción por TC cervicotorácica que muestra laceración traqueal.

mostró un gran enfisema mediastínico y subcutáneo sin lesiones de grandes vasos cervicales. Se realizó una broncoscopia de emergencia en la que se detectó una laceración traqueal en la cara membranosa y la cara cartilaginosa izquierda, con abundantes coágulos en la vía aérea. Se recolocó el tubo oro-traqueal más distal a la lesión traqueal. Se realizó una cervicotomía y se localizó la laceración traqueal, casi una sección completa, en el tercer-cuarto anillo traqueal, sin otras lesiones esofágicas o de grandes vasos asociadas. Ambos recurrentes fueron identificados y protegidos. Se resecaron el anillo traqueal proximal y la cara cartilaginosa distal para obtener un colgajo de membranosa. Realizamos una anastomosis término-terminal con sutura 3/0 de ácido poliglicólico: sutura continua en la cara membranosa y puntos entrecortados en la cara cartilaginosa. No se realizó cobertura con tejido de la sutura. Se pautaron antibióticos de gran espectro y dexametasona 8 mg en bolo por la dificultad en el manejo de vía aérea durante la cirugía. Se inmovilizó la cabeza durante 7 días con puntos de mentón-esternón. La extubación se realizó con visión endoscópica a las 24 h de la cirugía y se introdujo un intercambiador de vía aérea nasotraqueal (COOK.EUROPE S.L.), que se retiró 3 h después. La broncoscopia mostró una movilidad de cuerdas vocales normales. En la unidad de reanimación el paciente fue sedado con remifentanilo para obviar los síntomas del síndrome de abstinencia. En la unidad de cirugía torácica, el postoperatorio discursió sin incidencias sin problemas de aspiración o deglución. La revisión endoscópica a la semana mostró un diámetro de vía aérea normal y la sutura traqueal con buen aspecto sobre el tercer anillo traqueal. El paciente fue dado de alta el día 11 postoperatorio. Tres meses después la broncoscopia presentó una vía aérea normal sin escaras o granulomas. La voz del paciente y su respiración fueron absolutamente normales.

Discusión

Las lesiones traqueales son situaciones amenazantes para la vida que suponen un reto para anestesistas y cirujanos. En general, estas lesiones son poco frecuentes, pero su incidencia está creciendo debido a los accidentes de tráfico y traumatismos de alta energía². Aunque los sistemas de emergencia y de transporte están mejorando, muchos pacientes todavía mueren antes de llegar al hospital. Las roturas traqueobronquiales ocurren a menudo secundarias a una intubación o un traumatismo to-

rácico en pacientes varones, jóvenes en la segunda o tercera década de la vida¹. Si fuera posible la intubación inicial debería hacerse con visión endoscópica para evitar falsas vías de intubación o agravamiento de la lesión³.

El diagnóstico precoz es muy importante para el pronóstico de estas lesiones, pues su retraso incrementa la mortalidad e impide la realización de tratamiento con sutura plástica por la desestructuración de tejidos traqueobronquiales y la aparición de mediastinitis¹. En este caso, la decisión quirúrgica se tomó por la gran lesión y el enfisema en progresión. Realizamos la reparación en un solo paso sin traqueotomía. En nuestra opinión, la traqueotomía de protección postoperatoria no es necesaria a menos que haya lesiones laríngeas asociadas, de otro modo sólo supondría otro traumatismo más para la vía respiratoria⁴. El incremento de la presión en la vía aérea por la deglución y el reflejo tusígeno puede ser evitado con una minicricotiroidectomía en suturas de alto riesgo. Preferimos la extubación después de cirugía traqueal tan pronto como sea posible, preferiblemente en el quirófano.

En conclusión, la laceración traqueal es una situación dramática cuyo tratamiento es controvertido. Sin embargo, la colaboración entre especialistas es esencial para en manejo adecuado de estas lesiones.

Bibliografía

1. Cassada DC, Muniyikwa MP, Moniz MP, Dieter RA Jr, Schuchmann GF, Anderson BL. Acute injuries of the trachea and major bronchi: importance of early diagnosis. *Ann Thorac Surg.* 2000;69:1563-7.
2. Rossbach MM, Johnson SB, Gomez MA, Sako EY, Miller OL, Calhoun JH. Management of major tracheobronchial injuries: a 28-year experience. *Ann Thorac Surg.* 1998;65:182-6.
3. Baumgartner FJ, Ayres B, Theuer C. Danger of false intubation after traumatic tracheal transection. *Ann Thorac Surg.* 1997;63:227-8.
4. Gabor S, Renner H, Pinter H, Sankin O, Maier A, Tomaselli F, et al. Indications for surgery in tracheobronchial ruptures. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2001;20:399-404.