

Lesión laringotraqueal secundaria a traumatismo cerrado de cuello

Laryngotracheal injury secondary to blunt neck trauma

Autores: Mazoud Pedro, Nasif Zaida Yamila

Servicio de Cirugía General - Hospital Dr. Ramon Carrillo - Formosa, Argentina

Resumen

Los traumatismos contusos en la tráquea pueden provocar un compromiso agudo de las vías respiratorias, con implicaciones potencialmente mortales. Representan el 5-10% de todos los casos traumatológicos, y se acompañan de una mortalidad de aproximadamente el 1-7%, siendo necesario su diagnóstico y manejo precoz. Los órganos frecuentemente lesionados son: estructuras vasculares, en un 20%, y se estima que el tracto aéreo y digestivo se encuentran comprometidos en un 10% de los casos.

Palabras clave: Traumatismos del Cuello - Tráquea - Laringe - Accidentes de tránsito - Disnea - Enfisema subcutáneo - Enfisema mediastínico

Abstract

Blunt trauma to the trachea can cause acute airway involvement, with life-threatening implications. They represent 5-10% of all trauma cases, and are accompanied by a mortality of approximately 1-7%, requiring early diagnosis and management. The organs frequently injured are: vascular structures, in 20%, and it is estimated that the air and digestive tracts are compromised in 10% of cases.

Key words: Neck injuries - Trachea - Larynx - Accidents, Traffic - Dyspnea - Subcutaneous Emphysema - Mediastinal Emphysema

Introducción

Los traumatismos contusos en la tráquea pueden provocar un compromiso agudo de las vías respiratorias, con implicaciones potencialmente mortales.

Representan el 5-10% de todos los casos traumatológicos y se acompañan de una mortalidad de aproximadamente el 1-7%¹.

Los órganos frecuentemente lesionados son: las estructuras vasculares, en un 20%, y se estima que el tracto aéreo y digestivo se encuentra comprometido en un 10% de los casos. Sin embargo, en diversos estudios se ha observado que cuando afectan a estructuras vasculares grandes la mortalidad se aproxima al 50%.

La mayor incidencia (50-70%) de las lesiones contusas se producen en zona II, las de mayor mortalidad son las heridas en zona I (**Figura 1**), siendo la causa más frecuente de muerte la exanguinación. En lo que respecta a las estructuras lesionadas, la lesión vascular es la de mayor frecuencia, seguida por las lesiones del tracto respiratorio. Las lesiones esofágicas son de baja frecuencia, por lo que el diagnóstico tardío es causa importante de morbilidad y mortalidad¹.

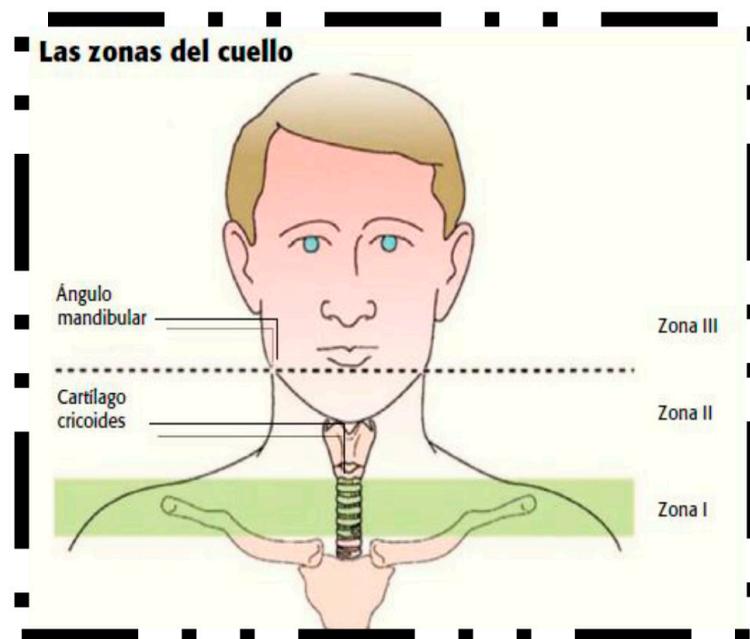


Figura 1.

Los signos y síntomas de estas lesiones son específicos, tales como: enfisema subcutáneo, sugerente de lesión de la vía aérea, aparición de burbujas a través de la herida, ronquera o estridor; y otras lesiones pueden ocultar su gravedad². Por lo tanto, el diagnóstico puede ser un desafío y requiere un alto índice de sospecha.

La prioridad se debe enfocar en el diagnóstico del trauma laringotraqueal o hematomas expansivos, neumotórax hipertensivo, sangrado activo externo y lesiones medulares o relacionadas a la isquemia cerebral por compromiso carotídeo.

Una vez superada esta etapa, la siguiente prioridad debe ser la puesta en marcha de protocolos diagnósticos orientados a la detección de lesiones ocultas que, de no ser reconocidas, generan una dilación en la toma de decisiones con la consiguiente amenaza para la vida en forma mediata o el aumento potencial de complicaciones. Las lesiones que más generan falla diagnóstica son las laringotraqueales, las lesiones esofágicas y las lesiones vasculares ocultas².

Las complicaciones más comunes en este tipo de trauma son: las alteraciones respiratorias, la disfagia, la estenosis laringotraqueal, la mediastinitis aguda, lesiones nerviosas y cerebrales. Estas suelen estar relacionadas con el retraso diagnóstico debido a que sus manifestaciones son de presentación relativamente tardía, por lo que es imprescindible un adecuado examen físico, y el uso precoz de los métodos complementarios, basándose en un alto índice de sospecha orientado por el mecanismo de trauma y en los hallazgos de la evaluación secundaria.

Los procedimientos de elección para el diagnóstico definitivo incluyen: procedimientos no invasivos: por radiográfico de tórax y cuello, tomografía computarizada; e invasivos: laringoscopia, broncoscopia flexible y/o rígida, videoendoscopia digestiva alta³.

Caso clínico

Paciente masculino de 20 años de edad, derivado al Servicio de emergencias, por traumatismo cerrado de cuello, secundario a colisión de moto contra alambrado en zona rural.

Examen físico: disnea, enfisema subcutáneo, hemodinámicamente estable. Por lo que se decide solicitar radiografía de cuello y tórax frente y perfil, observándose enfisema subcutáneo en cuello.



Figura 2



Figura 3

Figuras 2 y 3. Radiografías de cuello frente y perfil al ingreso del paciente. Enfisema subcutáneo y alrededor de la tráquea.

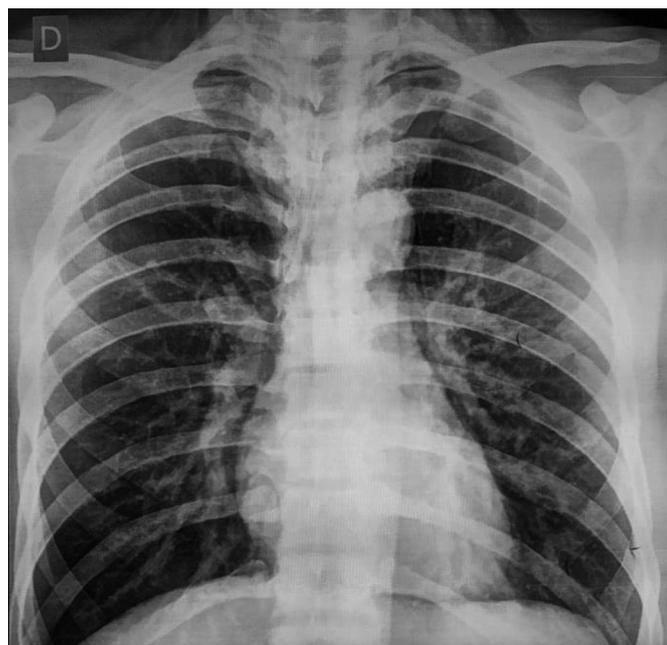


Figura 4. Radiografía de tórax de frente al ingreso del paciente: neumomediastino, ausencia de neumotórax hipertensivo.

El paciente continúa hemodinámicamente estable, por lo que se solicita Tomografía de cuello y tórax, observándose alteraciones en región infraglótica con burbujas áreas en relación a la cara anterior de la laringe, enfisema en ambos espacios parafaríngeos que se extienden hasta ambos huecos supraclaviculares, sugerentes de injuria de la vía aérea.



Figura 5

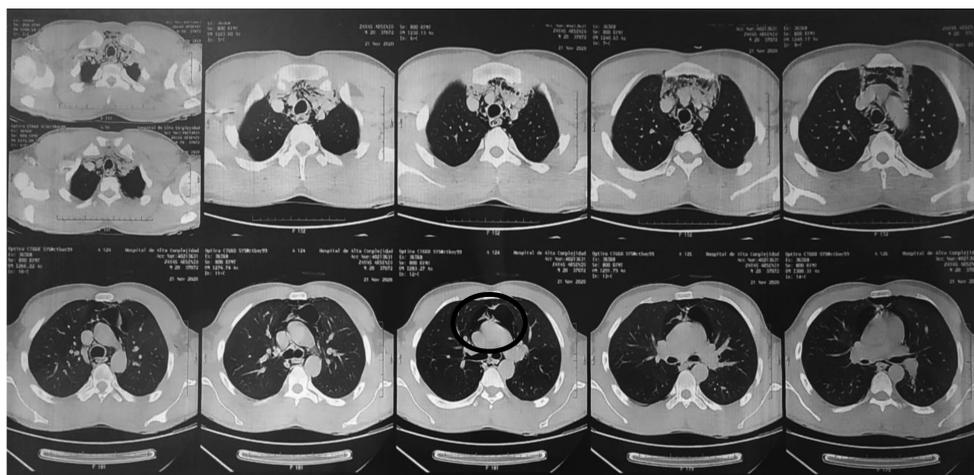


Figura 6

Figuras 5 y 6. Cortes axiales de Tomografía de cuello y tórax: enfisema subcutáneo y neumomediastino (circulo negro), discontinuidad laringotraqueal, imágenes sugestivas de lesión laringotraqueal

Dada la alta sospecha de lesión laringotraqueal, se procede a realizar fibrobroncoscopia flexible, constatándose lesión de 10 a 20 mm en la pared posterior del cartílago cricoides, se decide efectuar traqueostomía, realizada por médico especialista en tórax y broncoscopista.

A las 72 horas se realiza fibrobroncoscopia control, constatándose cierre parcial de la lesión. Se repite la misma a los 7 días, y al 10^{mo} día se retira traqueo Flex, reemplazándolo por cánula fonatoria y otorgándose el alta hospitalaria y control por consultorio externo.

Discusión

La elección del tratamiento conservador en el traumatismo contuso de cuello es controvertido, autores consideran que las lesiones que involucren al musculo platisma debe explorarse quirúrgicamente en



Figura 7. Fibronoscopia: lesión en pared posterior de cartílago cricoides de 10 a 20 mm aproximadamente, representada por círculo negro⁴.

forma obligatoria, otros proponen una conducta selectiva en aquellos pacientes que ya han sido sometidos fibronoscopia, esofagograma, endoscopia digestiva y arteriografía de los vasos del cuello, explorando a aquellos que presenten signos de lesión de estos órganos.

El tamaño de la lesión no es, por sí mismo, un criterio de elección entre el tratamiento médico vs. quirúrgico, teniendo el primero una mayor tasa de éxito en las lesiones pequeñas de la cara membranosa traqueal, mientras que es arriesgado en lesiones mayores de 4 cm⁵.

La elección inicial del tratamiento conservador debe estudiarse cuidadosamente, descartando la aparición de colecciones mediastínicas mediante pruebas de imagen repetidas.

La indicación quirúrgica puede establecerse en el seguimiento inmediato de una lesión inicialmente tratada de forma conservadora, tal como sucedió en el caso expuesto anteriormente, donde el paciente permaneció hemodinámicamente estable desde el ingreso a la sala de emergencias, pero en los controles de imágenes evidenciaba aumento progresivo del neumomediastino y enfisema subcutáneo, lo que llevó a la decisión de realizar traqueostomía por debajo de la lesión, a pesar de que la misma no superaba 2 cm, como técnica de control del daño en primera instancia^{5, 6}.

Agradecimiento: Los autores queremos agradecer especialmente al Dr. Sebastián Pisoni, Cirujano de tórax del Hospital Cetrángolo de Buenos Aires.

Bibliografía

1. de Garcia AF, Reilly JA. Traumatismos cervicales. Manual de cirugía trauma. Comisión de Trauma AAC. 2019; 25-34.
2. Flores Nicolini F, Badra R. Traumatismos penetrantes de cuello. En: Gabriela Brink, Flavia Vallejos, Valeria Godard. Cirugía de Urgencia. 2da edición. Buenos Aires. Edición panamericana. 2006. p 185-194.
3. López Araoz A. Broncoscopia para clínicos y neumólogos. 1era edición. Buenos Aires. Capítulo 10. Edición Publicaciones latinoamericanas. 2008. p 143-151
4. Vercruysse GA, Feliciano Neck DV. En: Ernest E. Moore, David V. Feliciano, Kenneth L. Mattox. Trauma. 8va edición. New York. Mc Graw-Hill. 2012. p 437-450.
5. Moradiellos Díeza V, Díaz-Hellina E, Larrú Cabreroa, et al. Manejo médico-quirúrgico de las lesiones traqueobronquiales traumáticas no iatrogénicas. 2005; 96, p 249-54.
6. Ching CV, Gonzalez Londoño J, Carbó G, Ortiz P. Traumatic tracheal injury after motorcycle accident. BMJ Journal. 2020. Disponible en: <https://casereports.bmj.com/content/bmjcr/13/9/e238895.full.pdf>