

Cirugía General

Volumen
Volume **24**

Número
Number **2**

Abril-Junio
April-June **2002**

Artículo:




Carta al editor. En relación al artículo: Patrón de lesiones de cuello en el Hospital Central Militar.

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



www.Medigraphic.com

En relación al artículo: Patrón de lesiones de cuello en el Hospital Central Militar.

Publicado en: *Cirujano General* 2001; 23: 240-4.

Leímos con gran interés el artículo publicado recientemente en la revista y denominado "Patrón de lesiones de cuello en el Hospital Central Militar". El trauma de cuello resulta ser un verdadero reto para el cirujano general y en especial para los que nos dedicamos al manejo del paciente traumatizado. En su metodología no define adecuadamente las zonas de cuello o de Roon-Christensen, ya que el esquema que presenta no indica cuáles son los límites de las zonas I y III, los cuales se podrían prestar a confusión, ya que existen cirujanos que no están familiarizados con esta esquematización de las zonas, consideramos que sería mejor que las hubiera descrito de la siguiente manera: a) Zona I. Del borde inferior del cartilago cricoides a los bordes superiores de ambas clavículas y horquilla esternal; b) Zona II. Entre el ángulo de la mandíbula y el borde inferior del cartilago cricoides; c) Zona III. Por arriba del ángulo de la mandíbula¹ (Figura 1). Consideramos que no podemos hablar de un franco predominio de las lesiones producidas por proyectil de arma de fuego, si en su trabajo muestra una frecuencia de 42%, y las lesiones por arma blanca reportan un 40%, por tal motivo, la proporción de diferencia es escasa, y se encuentran prácticamente ambas muy habitualmente; porcentajes que en nuestra experiencia compartimos ya que en el Hospital General Balbuena de la Secretaría de Salud del Distrito Federal existe una frecuencia de las heridas por proyectil de arma de fuego y las producidas por arma blanca con un 49.40% en ambos contextos.² En la literatura mundial efectivamente la casuística es baja, sin embargo, no estamos de acuerdo en sus conclusiones al designar a estas lesiones como poco frecuentes, ya que su artículo informa de una casuística de 87 casos en un periodo de 8 años 4 meses (1.14 casos por mes), y en los tratados en nuestro hospital tenemos 168 casos en un periodo de 3 años (4.66 casos por mes)² al menos en la Ciudad de México, no podemos denominar estas lesiones de infrecuentes, debido al índice de violencia el cual cada día aumenta, sólo podemos comparar con casuísticas de países que atraviesan por una situación bélica, como lo es Croacia en donde informan de 84 casos en 1 año 4 meses³ (5.25 casos por mes). Otro punto que llama la atención en el artículo es en su metodología donde nos indica que los pacientes que se sometieron a intervención quirúrgica fue mediante la aplicación del criterio de Flax (definido sólo con la presencia de hemorragia activa, hematoma pulsátil y evidencia de lesión de la vía aérea), y posteriormente en su discusión retoma nuevamente el mismo criterio de Flax para definir a los pacientes en los que se debe sospechar lesión de cuello;

hecho que nos resulta confuso ya que se debe determinar si se utilizó adecuadamente este criterio, el cual consta de los siguientes parámetros: a) hemorragia activa incoercible a través de la herida, b) ausencia o disminución de pulsos carotídeos, c) presencia de enfisema subcutáneo, d) déficit neurológico, e) cambios súbitos de la voz, f) dificultad para respirar o deglutir, g) la presencia de hematoma progresivo o pulsátil (Figura 2), y h) presencia de hemoptisis, para poder determinar si es intervenido quirúrgicamente o no un paciente mediante la aplicación de este criterio, ya que como sabemos, en los enfermos que presentan signos y/o síntomas claros de lesión (criterios de Flax⁴ y RAO⁵) se deberá aplicar el criterio quirúrgico y en los que sólo presenta penetración del músculo cutáneo (criterio de Roon-Christensen⁶) se deberá aplicar el criterio selectivo mediante la realización de angiografía, esofagograma, endoscopia, laringoscopia, tomografía axial computada, para poder determinar si presenta lesión,⁷ parámetros que no describe en los 13 pacientes que no se intervinieron, por lo que no sabemos si se les realizó el protocolo para el criterio selectivo o no.

Además, no describe el tipo de morbilidad que presentaron sus pacientes, lo cual resultaría de gran importancia para determinar cuáles fueron sus complicaciones.

Referencias

1. Pinson CW. The neck. In: Trunkey DD, Lewis FR. *Current therapy of trauma*. Third edition, B. C. Decker, Philadelphia, Pennsylvania, 1991; 203-11.

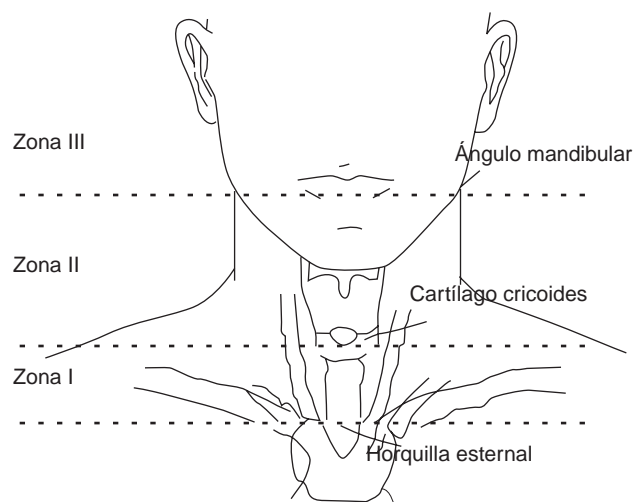


Fig. 1. Zonas de cuello o Roon-Christensen.



Fig. 2. Paciente con lesión en la zona I, con presencia de hematoma (flecha) a nivel supraclavicular.

- Rojano ME, Sánchez SA, Treviño PS, Pineda BF, Mercado AJA. Criterio selectivo vs mandatorio en trauma de cuello. *Cir Gen (Resumen)* 2000; 4 (supl 1): 34.

- Prgomet D, Danic D, Milicia D, Leovic D. Management of war-related neck injuries during the war in Croatia, 1991-1992. *Eur Arch Otorhinolaringol* 1996; 253: 294-6.
- Flax RL, Fletcher HS, Joseph WL. Management of penetrating injuries of the neck. *Am Surg* 1973; 39: 148.
- Rao PM, Bhatti MF, Gaudino J, Ivatury RR, Agarwai N, Nallathambi MN, et al. Penetrating injuries of the neck: criteria for exploration. *J Trauma* 1983; 23: 47-9.
- Roon AJ, Christensen N. Evaluation and treatment of penetrating cervical injuries. *J Trauma* 1979; 19: 391-7.
- Demetriades D, Asencio JA, Velmahos G, Thal E. Problemas complejos en traumatismos penetrantes del cuello. *Clin Quir Norteam* 1996; 4: 659-82.

Dr. Eduardo Rojano Mercado, Dr. Sergio Treviño Pérez, Dr. José Antonio Mercado Abundiz, Dr. Alejandro Sánchez Sánchez, Dr. Francisco Pineda Ballinas, Dr. Marco Arturo Tirado Ambrosí, Dr. Francisco Andrés Gómez Bautista.

Programa de Unidades de Respuesta Rápida. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Servicio de Cirugía General. Hospital General Xoco. Secretaría de Salud del Distrito Federal. Servicio de Cirugía General. Hospital Médica Sur. Servicio de Cirugía General. Hospital General Balbuena. Secretaría de Salud del Distrito Federal.

En respuesta a la carta al editor

Estimado Editor:

Remito a usted comentarios respecto a la carta al Editor que envió el Dr. Eduardo Rojano Mercado en relación al artículo titulado "Patrón de lesiones de cuello en el Hospital Central Militar", publicado en el Vol. 23 (4), 2001; págs. 240-4 de *Cirujano General*.

No se describieron textualmente las zonas topográficas del cuello por considerar que el cuadro insertado las describe claramente en sus límites de interrelación, además que asumimos un conocimiento básico de las mismas entre los cirujanos dedicados a trauma y que puede consultarse en cualquier libro de texto de trauma si no se es experto en el tema, de cualquier manera estamos completamente de acuerdo que sería oportuno haberlas descrito.

Efectivamente, es inadecuado hablar de un "franco predominio" de lesiones secundaria a HPAF, lo que representa un error descriptivo, sin embargo, si se lee cuidadosamente el texto, en los resultados se describe muy claramente una similar frecuencia entre estas lesiones y las producidas por arma blanca.

Como usted menciona, la literatura mundial está de acuerdo en una casuística baja de estas lesiones, que a mi entender es sinónimo de "poca frecuencia", término usado en el texto; por otra parte, recordar que nuestro informe es la experiencia de un centro hospitalario de tercer nivel no dedicado exclusivamente a trauma, lo que explica el pequeño número de casos recolectados en ese lapso de tiempo, además de que nuestro hospital maneja un grupo de pacientes muy reducido, sobre todo si se compara con otros centros de con-

centración tan grandes e importantes como el suyo, lo que determina que no pueden compararse ambos grupos, de la misma forma que no pueden establecerse comparaciones con lugares foco de conflictos bélicos permanentes como el que usted menciona.

En relación a las indicaciones de cirugía de urgencia, las mencionadas en la metodología se refieren a las condiciones absolutamente necesarias de tratamiento quirúrgico de urgencia, independientemente del estado hemodinámico del paciente; los datos mencionados en el *cuadro III* se refieren a los signos clínicos que nos deben hacer sospechar algún tipo de lesión de estructuras cervicales en un paciente hemodinámicamente estable y que ameritan un estudio completo, pero que por lo general no requieren cirugía de urgencia. En nuestro hospital actualmente no es parámetro de decisión quirúrgica la penetración del músculo platismo del cuello, como se menciona en el texto. Los 13 pacientes tratados en forma conservadora fueron estudiados en forma completa de acuerdo a esos criterios, descartándose lesión a ese nivel; lamento no haber sido suficientemente claro al respecto.

Tiene usted toda la razón en lo referente a la morbilidad, en la que a pesar de que se mencionan los dos casos con secuelas neurológicas permanentes, sin causa justificable omití la tabla correspondiente en la redacción del texto. Si usted lo desea con todo gusto le envío una copia de esa tabla.

Finalmente agradezco los comentarios del Dr. Rojano, que indudablemente enriquecen los conceptos que se intentaron plasmar en el artículo.

Dr. Ignacio Magaña Sánchez.