



Asociación Mexicana de
Cirugía Bucal y Maxilofacial,
Colegio Mexicano de Cirugía
Bucal y Maxilofacial, A.C.

Vol. 10, Núm. 2 • Mayo-Agosto 2014 • pp. 53-56

Hoja de arma blanca como cuerpo extraño facial. Reporte de un caso

Manuel Brito Velásquez,* Luciano Marrone,** Nayehly Moreno,*** Jhonny Morantes****

RESUMEN

Los traumatismos faciales por arma blanca en la región maxilofacial son poco frecuentes, y aquellos casos en los que la hoja de un arma blanca ha sido retenida como un cuerpo extraño facial son extremadamente raros, con muy pocos reportes en la literatura mundial. Su diagnóstico representa un reto para el personal de la emergencia. Reportamos el caso de un paciente masculino de 20 años a quien se le encontró una hoja de arma blanca como un cuerpo extraño facial, la cual estuvo retenida en el macizo facial durante dos semanas tras el traumatismo. Este caso demuestra lo impredecible de la presencia de un cuerpo extraño en la cara. La hoja retenida del arma blanca eludió la detección en dos exámenes físicos separados. Lo esencial para realizar un diagnóstico correcto de un cuerpo extraño facial incluye la revisión del mecanismo de lesión, el examen completo de la cabeza y el cuello, un alto índice de sospecha y radiografías adecuadas del cráneo.

Palabras clave: Heridas penetrantes, cuerpo extraño, traumatismo facial.

SUMMARY

Facial stab injuries in the maxillofacial region are relatively rare, and cases in which the blade of a knife has been retained as a facial foreign body are extremely rare, with few reports in the literature. Their diagnosis is a challenge for emergency personnel. We report the case of a 20-year-old male patient in whom a knife blade was found as a facial foreign body, it had been retained among the facial bones for two weeks after the facial trauma. This case shows the unpredictability of the presence of a foreign body in the face. The blade of the knife held eluded detection in two separate physical exams. A review of the mechanism of injury, a thorough examination of the head and neck, a high index of suspicion and appropriate radiographs of the skull are essential for correct diagnosis of a foreign body in the face.

Key words: Penetrating wounds, foreign body, facial trauma.

* Residente de Postgrado del Laboratorio de Investigación de Cirugía Ortopédica y Traumatología de la Universidad de los Andes (L.I.C.O.T.-U.L.A.). Clínica de Cirugía Maxilofacial. Mérida, Venezuela.

** Cirujano Maxilofacial. Cirujano Ortopedista y Traumatólogo. Unidad Docente Asistencial de Cirugía Ortopédica y Traumatología (U.D.A.O.T) del Instituto Autónomo. Hospital Universitario de Los Andes. Mérida, Venezuela.

*** Médico Cirujano. Universidad de Los Andes.

**** Cirujano Ortopedista y Traumatólogo. Universidad de Los Andes.

Instituciones que apoyan este trabajo:

Unidad Docente Asistencial de Cirugía Ortopédica y Traumatología del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes.
Laboratorio de Investigación en Cirugía Ortopédica y Traumatología de la U.L.A.

Correspondencia:

Dr. Manuel Brito Velásquez

Avenida Las Américas, Residencias Los Samanes, Torre E, Apartamento 6-1. Mérida, Estado Mérida, Venezuela.
Teléfono: (0414) 7280478. E-mail: drmanuelbrito@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/cirugiabucal>

INTRODUCCIÓN

Dentro de las innumerables lesiones que se observan en los centros de atención urbanos especializados en trauma, el traumatismo facial es uno de los más frecuentes. El aumento en la incidencia de los traumatismos faciales (TF) atendidos en las salas de emergencia (SE) se encuentra en íntima relación con el aumento de la violencia de la sociedad en general, sobre todo en los países en vías de desarrollo, como el nuestro.^{1,2}

Los TF por arma blanca en la región maxilofacial como resultado de hechos de violencia interpersonal son poco frecuentes, principalmente porque las manos siempre buscan proteger la cara como una forma de autodefensa.^{1,3} Ahora bien, aquellos casos en los que la hoja del arma blanca causante del TF ha sido retenida como un cuerpo extraño facial son extremadamente raros, con muy pocos reportes en la literatura mundial.^{1,3-14}

Los TF que afectan la región comprendida entre el ángulo de la mandíbula hasta la base del cráneo pueden ser letales por su alta probabilidad de lesionar estructuras vitales alojadas en este nivel, como los ojos, la porción distal de la arteria carótida interna, las glándulas salivares, la faringe y la médula espinal, entre otros.¹¹

La identificación de este tipo de lesiones, sobre todo cuando el arma blanca o una parte de ésta es retenida como un cuerpo extraño facial, suele ser difícil y es necesario que el personal que se encuentra en las SE esté capacitado para evaluar estas lesiones y poder realizar diagnósticos tempranos que no retrasen su tratamiento inicial y definitivo, disminuyendo así su morbilidad y las complicaciones inmediatas y tardías.^{1,3,11}

El objetivo de este caso es revisar el diagnóstico y el tratamiento de un paciente con una hoja de arma blanca retenida como un cuerpo extraño facial, dejando en claro cómo debe ser el manejo adecuado de este tipo de TF.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 20 años, procedente de la Comunidad de Encontrados, Sur del Lago, Estado Zulia, Venezuela, quien presentó un TF durante una riña callejera, sin pérdida del conocimiento o episodios eméticos. Al día siguiente, consultó a un centro ambulatorio por presentar dolor en la región cigomático-temporal derecha, asociado con una herida al mismo nivel. Durante el interrogatorio el paciente no refirió recordar el

mecanismo del traumatismo ni otros detalles de importancia.

En ese momento, la herida fue suturada, se le indicó tratamiento sintomático y antibioticoterapia, siendo egresado a su domicilio.

El paciente acudió una semana después al mismo centro ambulatorio por presentar dolor, edema y rubor en torno a la herida. Fue atendido por un médico distinto y en ese momento, se sospechó de un proceso infeccioso local y se cambió el antibiótico indicado previamente.

En vista de persistir con el dolor, consulta una semana después, y a dos semanas del trauma, a la emergencia del Hospital Universitario de Los Andes, donde es atendido por nuestro servicio.

En el examen físico de ingreso, se encuentra consciente y orientado, con Glasgow de 15 puntos, hemodinámicamente estable (tensión arterial de 120/80 mmHg y Hb = 13.4 g/dL) y con vía aérea permeable. Se evidencia una herida cicatrizada en la región cigomático-temporal, con un importante aumento de volumen y dolor a la palpación. No se encuentran otras alteraciones al examen físico (*Figura 1*).

Se realizan estudios radiológicos del cráneo en proyecciones anteroposterior y lateral, donde se descubre la presencia de un cuerpo extraño, radiopaco, fusiforme, de aproximadamente 10 cm, en el tercio medio de la cara (*Figuras 2 y 3*). La disposición de este objeto muestra que penetró la cara en dirección oblicua, de lateral a medial, de arriba a abajo y de anterior a posterior. La faringe no se encuentra lesionada por el cuerpo extraño. No se evidencian lesiones de los pares nerviosos craneales y tampoco lesiones del conducto parotídeo o la glándula parótida.

Es llevado a quirófano, donde bajo anestesia general, se procede a explorar quirúrgicamente la herida, ya cicatrizada, y se identifica un objeto metálico, rígido, que se retira en la dirección contraria a la que había penetrado, sin complicaciones hemorrágicas transoperatorias o de otro tipo (*Figuras 4 y 5*). Se realiza irrigación de la herida y cierre por planos, dejando un dren de Penrose por 24 horas. Los estudios radiológicos postoperatorios demuestran la extracción completa del cuerpo extraño (*Figura 6*). No se presentan complicaciones postoperatorias.

El paciente recibió antibioticoterapia endovenosa durante 48 horas y fue egresado al término de este tiempo con tratamiento antibiótico por vía oral. Fue evaluado sucesivamente a las dos, cuatro y ocho semanas, sin evidenciarse ningún tipo de complicación.

DISCUSIÓN

Las heridas penetrantes en el cráneo son el resultado de traumatismos de mediana velocidad por objetos metálicos que son lo suficientemente rígidos para pasar a través de las diferentes estructuras anatómicas faciales durante un ataque violento.¹

El examen físico de estos pacientes debe realizarse de forma sistemática en las salas de emergencia y requieren al menos de la revisión superficial de la herida para corroborar la ausencia de cuerpos extraños y determinar la extensión del daño.

Ahora bien, el manejo de estos pacientes se debe iniciar de acuerdo con los principios del *Advanced Trauma Life Support*, priorizando la estabilización del paciente al asegurar la vía aérea, seguido del control hemodinámico y la exploración neurológica.^{1,5} La



Figura 1. Fotos clínicas al momento del ingreso.



Figuras 2 y 3. Radiografías anteroposterior y lateral del cráneo.



Figuras 4 y 5. Fotos clínicas del transoperatorio donde se evidencia la extracción del cuerpo extraño facial que resultó ser la hoja de un cuchillo.



Figura 6. Radiografía postoperatoria en su proyección anteroposterior, donde se evidencia la extracción completa del cuerpo extraño.

valoración inicial es multidisciplinaria y debe incluir a neurocirugía, oftalmología y cirugía cardiovascular.^{3,4,6,8,12}

El interrogatorio del paciente, los paramédicos o los testigos es importante para determinar la naturaleza del trauma y del objeto involucrado en el mismo. Se recomienda la documentación meticulosa del caso desde su ingreso, para propósitos médicos, legales y estadísticos.

Se deben explorar todos los nervios craneales, incluyendo el nervio facial, y se debe explorar la integridad del conducto parotídeo. Igualmente, se debe cumplir con la profilaxis tetánica y antibioticoterapia endovenosa.^{1,8,15}

La valoración radiológica se indica en todos los pacientes con heridas faciales, a excepción de aquéllos donde son muy superficiales. Las proyecciones radiográficas anteroposterior y lateral se deben realizar para determinar la localización del cuerpo extraño en relación con la fosa craneal. La tomografía computarizada resulta útil en los casos más complejos para determinar la presencia de lesiones neurológicas.⁵ La angiografía se puede realizar en caso de sospechar lesiones vasculares, lo cual, en caso de ocurrir en sitios poco accesibles, permite su obstrucción a través de embolización selectiva.^{1,3,5-8,13,14}

Una vez alcanzada y asegurada la estabilidad del paciente, se procede a realizar la extracción del cuerpo extraño; se recomienda que se realice en el mismo sentido en el que penetró en la cara y bajo anestesia general.^{1,3-15}

En el postoperatorio, se deben realizar radiografías para comprobar la extracción total del objeto.¹² Una vez egresado, se debe vigilar por la consulta externa para descartar la aparición de procesos infecciosos o la formación de pseudoaneurismas.^{1,15}

El caso que presentamos es representativo para demostrar que todas las heridas faciales deben ser examinadas cuidadosamente para descartar la presencia de cuerpos extraños. El paciente fue valorado por nuestro servicio después de casi dos semanas del trauma y tras haber sido valorado en dos oportunidades. Concluimos que para realizar el diagnóstico de un cuerpo extraño facial en cualquier nivel de atención, es necesario realizar la exploración de las heridas, aun de aquellas que parezcan

superficiales; se debe realizar un completo examen de la cabeza y el cuello, y la realización de estudios radiográficos.

De esta manera, concluimos que se puede disminuir la posibilidad de errores diagnósticos en este tipo de lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Meer M, Siddiqi A, Morkel J, Janse van Rensburg P, Zafar S. Knife-inflicted penetrating injuries of the maxillofacial region: a descriptive, record-based study. *Injury*. 2010; 41 (1): 77-81.
2. Ottoni T, Londero L, Marques C, Belintani V, Maniglia J, Molina F. Six years of facial trauma care: an epidemiological analysis of 355 cases. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2010; 76 (5): 565-574.
3. Shinohara E, Heringer L, de Carvalho J. Impacted knife injuries in the maxillofacial region: report of 2 cases. *J Oral Maxillofac Surg*. 2001; 59: 1221-1223.
4. Gardner P, Righi P, Shahbahrani P. Knife blade as a facial foreign body. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1997; 106 (8): 710-713.
5. Almeida P, de Santana T, Nand P, Saquete P, Feitosa R. Ferimento a faca impactada na face (síndrome de Jael): relato de caso. *Rev Cir Traumatol Buco-Maxilo-Fac*. 2010; 10 (1): 9-14.
6. Harris A, Wood R, Nortjé C, Grotepass F. Deliberately inflicted, penetrating injuries of the maxillofacial region (Jael's syndrome). Report of 4 cases. *J Craniomaxillofac Surg*. 1988; 16 (2): 60-63.
7. Daya N, Liversage H. Penetrating stab wound injuries to the face. *SADJ*. 2004; 59 (2): 55-59.
8. Subburaman N, Sivabalan K, Ramachandran M, Chandrasekhar D. Impacted knife injury of the orbit, maxilla and oropharynx. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005; 57 (4): 347-350.
9. Cohen M, Boyes-Varley G. Penetrating injuries to the maxillofacial region. *J Oral Maxillofac Surg*. 1986; 44 (3): 197-202.
10. Almeida F, Palarissi P, Camanducaia J, Reis J, Neves N, Silva A. Cranium-facial trauma by a cutting weapon. *Rev Bras Otorrinolaringol*. 2007; 73 (4): 575.
11. Hudson D. Impacted knife injuries of the face. *Br J Plast Surg*. 1992; 45 (3): 222-224.
12. Olasoji H, Tahir A, Ahidjo A, Madziga A. Penetrating arrow injuries of the maxillofacial region. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2005; 43: 329-332.
13. Dourado E, Amorim A, de Oliveira E, de Santana T, Azoubel A, de Oliveira P. Surgical removal of metallic foreign body in face: case report. *Odontologia Clin Cientif*. 2008; 7 (2): 161-164.
14. Grobbelaar A, Knottenbelt JD. Retained knife blades in stab wounds of the face: is simple withdrawal safe? *Injury*. 1991; 22 (1): 29-31.
15. Gardner P, Righi P, Shahbahrani P. Knife blade as a facial foreign body. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 1997; 106 (8): 710-713.