

Manejo perioperatorio de lesiones de cuello

Dra. Carolina Paniagua-López*

* Médico Anestesiólogo Especialista en Paciente Politraumatizado Grave SSDF.

Como traumatismo de cuello se entiende aquella entidad clínica habitualmente de urgencia, que involucra lesiones traumáticas, y sus eventuales secuelas, que se asientan en la región cervical frecuentemente asociada a territorios anatómicos anexos. Requiere un abordaje clínico multidisciplinario en un paciente con una gravedad funcional vital, además de la cosmética variable. El manejo clínico activo multidisciplinario especializado ha logrado reducir la frecuencia, gravedad de las secuelas y la mortalidad que acompañan a algunos casos de traumatismo cervical y sus lesiones asociadas.

Su importancia radica en la elevada morbilidad que ocasionan «sucesos raros» ya que afectan a menos del 1% de los traumatizados. Sin embargo, como ya dijimos, es una lesión grave, ya que un elevado porcentaje de las víctimas fallecen antes de llegar a un servicio de cuidados terciarios y un 20% aproximadamente de los que sobreviven al traslado fallecen 2 h luego del ingreso.

Los territorios anatomofuncionales que convergen en la cara y el cuello, son diversos y extremadamente complejos. Ésta es la razón por la que es fundamental el manejo de distintas especialidades médicas y quirúrgicas, que interrelacionadas logren un resultado satisfactorio en el paciente.

Las lesiones de las *regiones laterales del cuello* comprometen eventualmente estructuras musculares, nervios periféricos, vasos arteriales, venosos y linfáticos (incluidos los grandes vasos del cuello), la cúpula pleural, etc.

Así mismo, las lesiones de la *región anterior del cuello*, ubicadas entre ambos bordes anteriores de los músculos esternocleidomastoideos, pueden involucrar estructuras como piso oral, oro e hipofaringe, laringe, tráquea, esófago, estructuras vasculares y nerviosas.

Las estructuras que se comprometen en estas diferentes regiones, tanto faciales como cervicales, pueden presentarse combinadamente y constituir entidades clínicas de diversa complejidad diagnóstica y terapéutica.

Entre las lesiones posibles se encuentran:

- Lesión de laringe
- Lesión de faringe
- Perforación esofágica
- Lesión del bulbo carotídeo
- Lesión combinada de yugular interna y carótida primitiva

Entre los signos ostensibles destacamos:

- Hemorragia externa
- Aerorragia
- Enfisema subcutáneo
- Hematomas palpables, pulsátiles o no
- Puede presentarse hemiparesia asociada a las lesiones
- Shock

Se pueden encontrar lesiones asociadas

- Perforación de aurícula
- Taponamiento cardíaco
- Heridas punzantes múltiples con compromiso de vísceras toracoabdominales

Los traumatismos cervicales se pueden clasificar de varias maneras, dependiendo del gusto del cirujano, pero a nuestro modo de ver, este problema lo podemos clasificar en cerrados o contusos y abiertos o penetrantes; encontrándose entre estos últimos las heridas de proyectil de armas de fuego y arma blanca, tan comunes en nuestro convulsional medio. Otra manera de clasificar los traumatismos cervicales es la referente a su localización, que nos permite dividir el cuello arbitrariamente en tres regiones anatómicas limitadas por dos líneas imaginarias que pasan por el mentón, la superior, y por las clavículas la inferior.

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS COMPLEMENTARIOS

Imagen:

Radiografía de cuello, frente y perfil con vía aérea.
Radiografía de tórax frente y perfil
Perfilograma y placa anteroposterior de cara

Las radiografías simples tienen el riesgo de darnos un error de información, por los falsos negativos. Sin embargo,

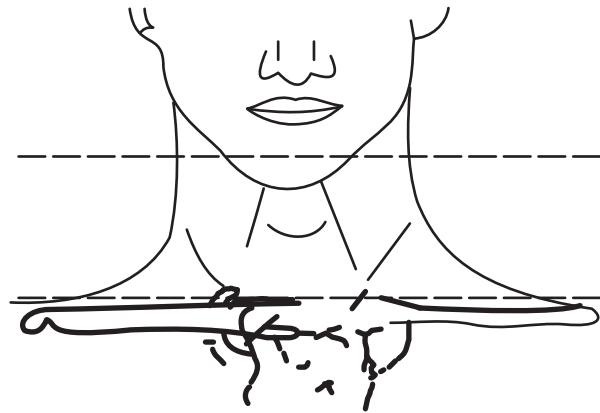


Figura 1.

es frecuente en más del 70% de las lesiones esofágicas hallar aire retroesofágico en el perfil con medio de contraste hidrosoluble.

En lesiones traqueo-esofágicas es posible detectar enfisema subcutáneo en cuello y en ocasiones se objetiva a la radiografía enfisema mediastínico.

En algunos pacientes se visualizan lesiones vertebrales, especialmente lesiones de apófisis transversas.

Como lesión asociada se puede detectar neumotórax en caso de lesión de la cúpula pleural.

Se recomienda en pacientes en los que se sospecha lesión esofágica que no se hace evidente en la radiografía simple, realizar esofagograma con medios de contraste hidrosolubles triyodados.

En lesiones de yugular interna y/o carótida primitiva las radiografías simples pueden mostrar desviación traqueal causada por el hematoma; el ultrasonido Doppler es de utilidad por su alta sensibilidad y especificidad.

Disponiéndose de los medios y tratando de que el uso de los mismos no alargue innecesariamente el período de estudio de cada paciente, se pueden utilizar endoscopías digestivas y respiratorias, arteriografías y TAC simple y contrastada de cara, cuello y tórax.

8.1

III

II

I

ALGORITMO TERAPÉUTICO PARA LESIÓN PENETRADA DE CUELLO

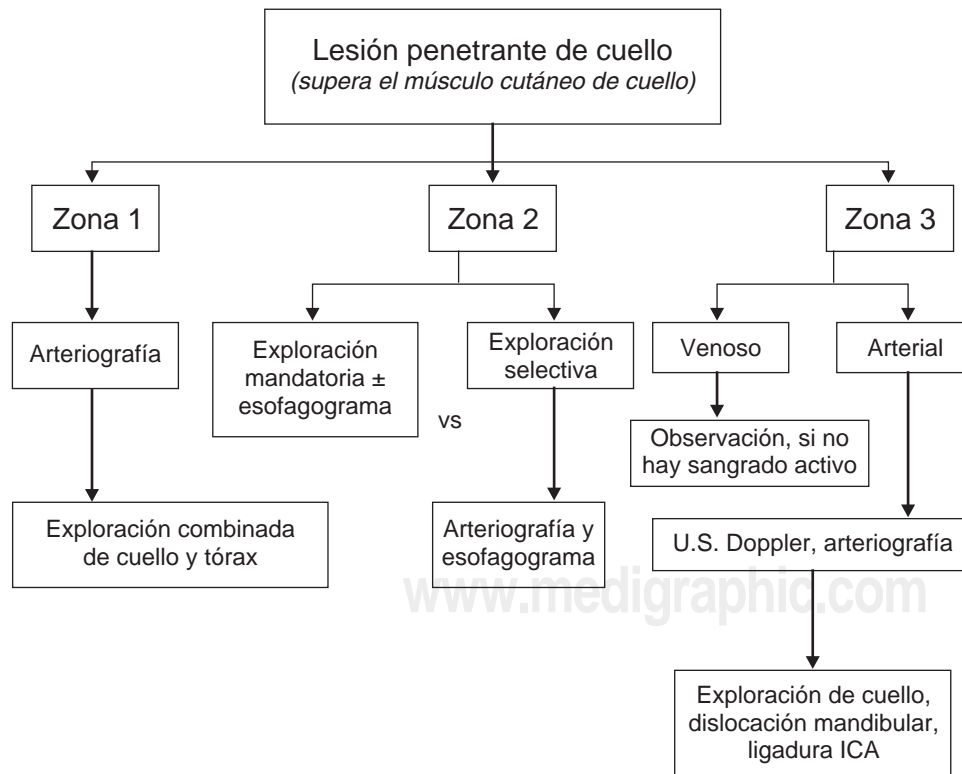


Figura 2.

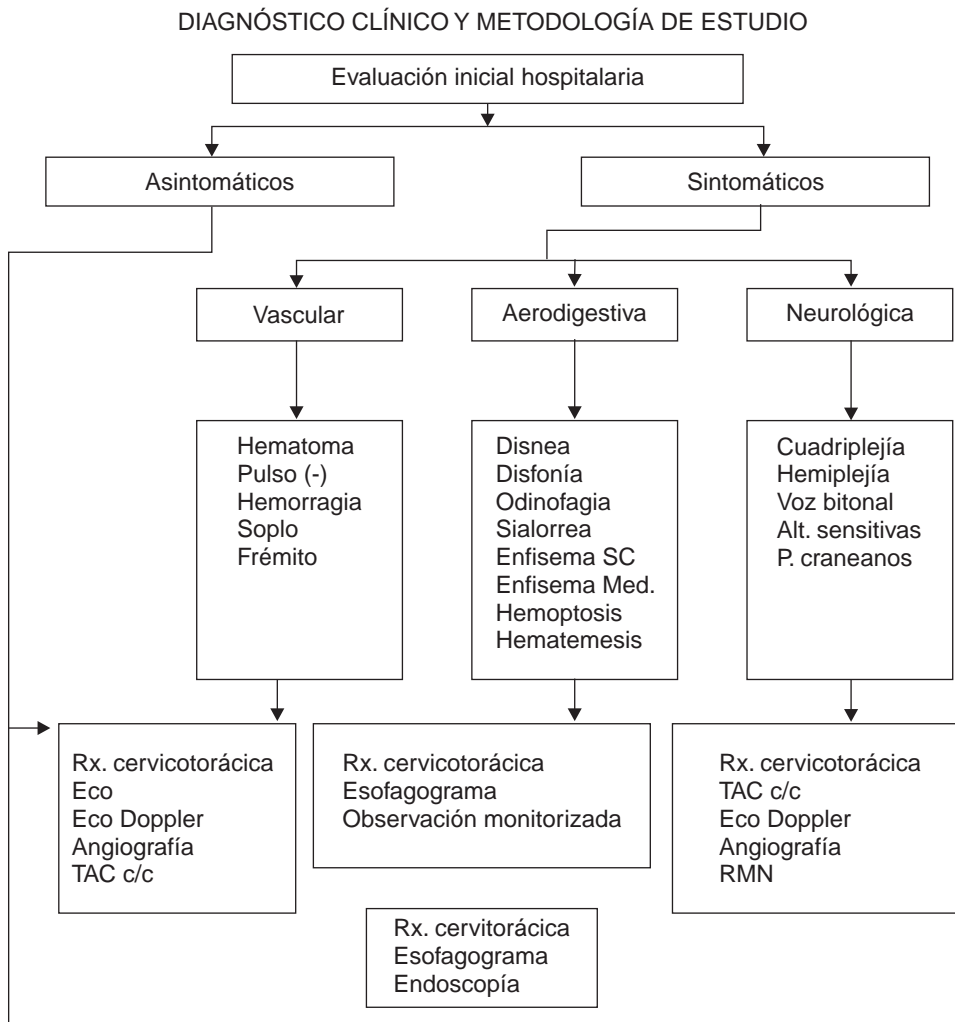


Figura 3.

La resonancia magnética nuclear queda reservada para control evolutivo de pacientes relativamente estables y a medida que se aleja el día de la lesión.

Por lo que corresponde a la evaluación y abordaje anestésico, consiste en primera instancia en la evaluación hemodinámica y monitoreo continuo del paciente mediante el siguiente protocolo:

- Evaluación hemodinámica al abordaje anestesiológico.
- Evaluación y abordaje de la vía aérea.
- Estudio de la cinemática del trauma.
- Antecedentes clínicos.
- Examen físico completo.
- Síntomas y signos detectados.
- Definición de niveles y órganos afectados y su manejo.
- Definir prioridades anestesiológicas y quirúrgicas.

REANIMACIÓN:

- Vía aérea permeable con control de la columna cervical, fracción accesoria de O₂ inspirado de acuerdo a oximetría de pulso.
- Si hay falla respiratoria abordaje de la vía aérea con apoyo mecánico.
- Fluidos venosos cubriendo pérdidas, déficits previos, en calidad y cantidad adecuadas.
- Apoyo inotrópico y vasoactivo.
- Sedación y analgesia.
- Monitoreo hemodinámico con fórmulas de Starr y por cardioscopía, oximetría, presión arterial y PVC o Swan Ganz de acuerdo a gravedad.
- Evaluación y/o complementación de estudios de laboratorio y gabinete; BH, pruebas toxicológicas, coagulación, grupo sanguíneo y Rh. Rx. de cráneo, tórax, columna cervical, TAC.

El manejo anestésico comprende maniobras eficientes, rápidas y congruentes con un protocolo de paciente comprometido gravemente en su ventilación y hemodinamia, probablemente en estado de choque.

Las drogas de elección para la inducción pueden ser benzodicepínicos, barbitúricos o propofol; sin embargo, en caso de hipotensión o choque, se elige la ketamina o etomidato, con relajación analgésica y sedación previas. Es factible que se requiera de una intubación de secuencias rápida, lo cual debe tomarse con extrema vigilancia y monitoreo adecuado del paciente.

El mantenimiento con halogenados es factible tomando en cuenta su repercusión hemodinámica y cubriendo generosamente este aspecto, de acuerdo a la cirugía que se proceda a efectuar con los cristaloideos coloides, sangre y hemoderivados, de acuerdo a esquemas ya establecidos y requerimientos del paciente.

Es factible que se requiera una extubación tardía, de acuerdo al tipo de lesiones encontradas, de tal manera que para su traslado a la UCV1 se administrará una sedación con el fin de mantener este apoyo mecánico, a base de un opioide y una infusión con propofol o midazolam de acuerdo a la condición hemodinámica^(9,10).