

# Manejo prehospitalario de urgencia del trauma de cuello

Dr. Gerardo José Illescas Fernández\*

**Palabras clave:** Traumatismos, cuello, trauma, urgencia, manejo prehospitalario.

**Key words:** Injuries, neck, trauma, emergency, prehospital care.

## Resumen

Los traumatismos se han convertido en un problema de salud pública por la afectación a individuos en edad económicamente productiva. El traumatismo en la región del cuello se revisa poco y sin embargo plantea retos importantes en su manejo fuera y dentro del área hospitalaria, en este trabajo se presentan algunas alternativas útiles en su manejo prehospitalario y en el contexto de la sala de urgencias.

## Abstract

The injuries have become a problem of public health for the affection to individuals in age economically productive. The injury in the region of the neck is revised little and it however expound important challenges in their handling out and inside the hospital area, they in this work come some useful alternatives in their prehospital emergency handling and in the context of the emergency room.

79

## Introducción

Tal como ocurre con otros segmentos corporales traumatizados, el trauma del cuello puede ser cerrado o penetrante. Sin embargo, una característica peculiar de este tipo de traumatismo es la variación de la sintomatología según el mecanismo de producción de la

lesión. Así por ejemplo, el trauma cerrado se asocia más frecuentemente con obstrucción de la vía aérea y con lesiones neurológicas (*Figura 1*). En cambio los síntomas y signos del trauma penetrante (*Figura 2*), en la mayoría de los casos, cuando los hay, son de tipo vascular, es decir sangrado externo, hematoma y dificultad respiratoria por compresión.<sup>1-3,7</sup>

\* Ex presidente y Miembro del Consejo Consultivo de la Asociación Mexicana de Medicina y Cirugía del Trauma. Exdirector de la Escuela Nacional de Técnicos en Urgencias Médicas de la Cruz Roja Mexicana. Jefe del Servicio de Urgencias y del Sistema de Unidades de Atención Médica Prehospitalaria de Urgencia del Hospital Obregón. Director Médico de Med Link, Atención Prehospitalaria de Emergencia.

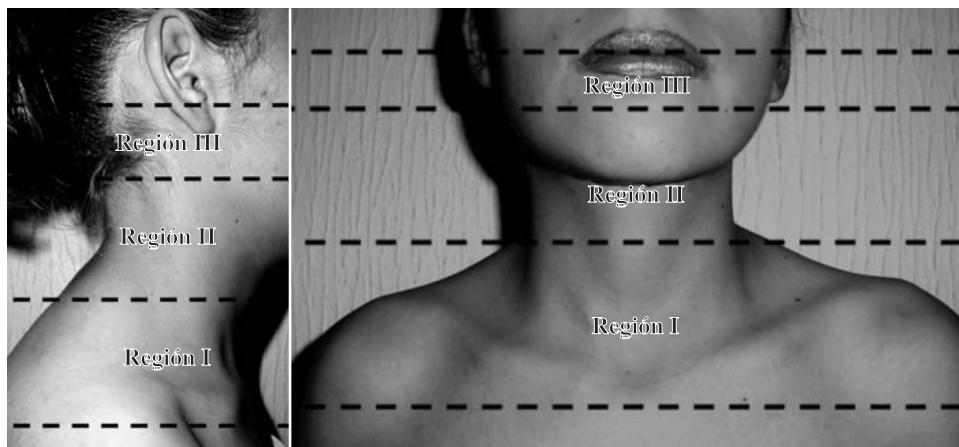
Dirección para correspondencia:  
Dr. Gerardo José Illescas Fernández  
Ejército Nacional 613 sala 8 cons. 5  
Col. Granada CP1152 Del. Miguel Hidalgo  
Tel. 52 50 50 94



**Figura 1.** Lesiones por ahorcamiento (trauma cerrado).



**Figura 2.** Mordedura de perro (trauma penetrante).



**Figura 3.** Divisiones clínicas del cuello.

El cuello tradicionalmente se divide en tres regiones cuyos límites en posición neutra son (*Figura 3*):

- Región I. Desde la clavícula hasta el cartílago cricoides.
- Región II. Desde el cartílago cricoides hasta el ángulo de la mandíbula.
- Región III. Desde el ángulo de la mandíbula hasta la apófisis mastoides.

En la experiencia de la mayoría de los centros de trauma, la región II es la más frecuentemente afectada.<sup>6,7</sup>

Para efectos de manejo, los pacientes con traumatismo en el cuello se clasifican en:

- Inestables
- Estables con signos de alarma
- Estables asintomáticos

En el ámbito prehospitalario, el manejo de estos pacientes requiere una gran destreza, pero sobre todo, un gran cuidado al realizar maniobras y una extraordinaria capacidad para establecer el posible patrón de lesiones. Cuando se detecta un paciente con inestabilidad o estabilidad con signos de alarma posterior a un traumatismo de cuello, el técnico en urgencias médicas debe notificar de inmediato, de ser posible, al médico de la sala de urgencias para que en forma conjunta se efectúe el manejo y la transportación sea eficiente, evitando demoras y manipulaciones innecesarias

El primer punto importante es determinar el posible mecanismo de la lesión y establecer un pa-

trón de lesiones acorde a él. No debemos olvidar que el cuello contiene no sólo estructuras óseas que generalmente están comprometidas, razón por la cual debemos procurar la inmovilización de la columna cervical en forma temprana (*Figura 4*), sino también la porción correspondiente de la vía aérea, un segmento del tubo digestivo y vasos sanguíneos de capital importancia, además de nervios, grupos musculares y vasos linfáticos.<sup>3-5</sup>

En el cuello, debido a sus características anatómicas, con compartimientos aponeuróticos de expansión limitada, la vía aérea debe ser no sólo asegurada sino que además se debe estar alerta ante cualquier posibilidad de obstrucción tardía. Existen reportes en la literatura de liberación inesperada de un hematoma, de apariencia inocente, que resulta en crecimiento rápido, con obstrucción secundaria de la vía aérea y muerte del paciente.<sup>7,10,11</sup>

Cuando la vía aérea está comprometida, el procedimiento inicial a realizar es la intubación orotraqueal. Cuando ésta no es posible por el tipo de trauma o después de tres intentos fallidos, se procede a la vía quirúrgica. El acceso quirúrgico consiste en realizar una cricotiroidotomía por punción, procedimiento que debe estar en capacidad de realizar todo técnico en urgencias médicas de nivel avanzado (*Figura 5*).

La ventilación debe ser asegurada acorde al procedimiento de permeabilización de la vía aérea que se haya requerido, siendo necesario aportar oxígeno suplementario en todos los casos, alcanzando una FIO<sub>2</sub> de por lo menos 0.85. Si la permeabilización se obtuvo por punción cricotiroidea con aguja, se debe llevar a cabo la ventilación jet transtraqueal,



**Figura 4.** Collarín cervical colocado.

recordando que éste es sólo un procedimiento temporal y no debe exceder de 45 minutos antes de obtener una vía aérea definitiva.<sup>5,9</sup>

El control de hemorragias externas y la reanimación con líquidos se deben llevar a cabo con los protocolos de reanimación del paciente traumatizado, poniendo especial énfasis en los hematomas en desarrollo y en la presencia de soplos a la auscultación de las arterias del cuello, que nos hacen sospechar la presencia de lesiones vasculares.

La valoración del déficit neurológico es imprescindible, ya que básicamente nos dará información referente a la irrigación cerebral, que puede estar comprometida por lesiones vasculares como secciones arteriales o venosas, o bien la presencia de aneurismas posttraumáticos.<sup>8,10</sup>

La evaluación secundaria del paciente no debe demorar su transporte, muchos procedimientos de esta evaluación se deben realizar a bordo de la ambulancia y durante el traslado a la unidad médica receptora.

En la entrega del paciente al médico de la sala de urgencias, se debe poner especial énfasis en el mecanismo de lesión y en la evolución del paciente desde el primer contacto hasta el momento de la entrega.

Sin importar el estado hemodinámico al ingreso a la sala de urgencias, el médico responsable efectuará la reevaluación inicial y la reanimación simu-



**Figura 5.** Cricotomía con aguja.

tánea correctiva acorde a los parámetros generales de manejo del paciente traumatizado, es decir:

- A** Vía aérea
- B** Ventilación
- C** Circulación
- D** Déficit neurológico
- E** Exposición del área afectada

Los pacientes inestables, sin importar el nivel de compromiso, se llevan al quirófano inmediatamente; los pacientes con signos de alarma se someten a estudios básicos antes de decidir la necesidad de cirugía y los pacientes estables se estudian y con base en el resultado de estos exámenes se decide el manejo definitivo, el cual puede ser quirúrgico o conservador.

### Conclusiones

La región del cuello, sin bien es pequeña proporcionalmente con otras regiones corporales, plantea retos trascendentales en el manejo del paciente que sufre lesiones a este nivel. La gran cantidad de estructuras vitales involucradas y la repercusión de las lesiones asociadas, representan un dilema para los responsables del cuidado primario. En el manejo prehospitalario es siempre aconsejable establecer el mecanismo productor del traumatismo y de ahí determinar el posible patrón de lesiones. Con esos diagnósticos en mente y sin olvidar las es-

tructuras que se pueden ver involucradas, el primer paso será permeabilizar la vía aérea con un adecuado control de la columna cervical. Garantizar, a continuación, que la ventilación y el aporte de oxígeno sean los requeridos y en tercer lugar controlar las hemorragias externas e iniciar la reanimación con líquidos. No olvidar “*Lesión que no se sospecha, lesión que no se diagnostica*”.

### Referencias

1. Asensio J et al. Trauma de cuello. En: Rodríguez A, Ferrada R. *Trauma*. Sociedad Panamericana de Trauma 1997.
2. Ferrada R, Soto R, García A, Cataño V. Trauma cervical. *Resúmenes Congreso Avances en Cirugía*. 1993.
3. Fry R, Fry W. Extracranial carotid artery injuries. *Surgery* 1980; 88: 581.
4. Jenkins JL, Braen GR. *Manual de Medicina de Urgencia*. 3<sup>a</sup> edición. España 2003.
5. Mesa MA, Villalonga A, Sánchez F. *Manual clínico de la vía aérea*. Editorial Manual Moderno 2<sup>a</sup> edición. México 2001.
6. Peláez G. Trauma de Cuello. En: Echavarria H, Ferrada R, Kestenberg A. *Urgencia quirúrgica*. XYZ, Cali, 1993.
7. Reid J, Weigelt J, Thal E et al. Assessment of proximity of a wound to major vascular structures as an indication for arteriography. *Arch Surg* 1988; 123: 942.
8. Reid J, Weigelt J. Forty-three cases of vertebral artery trauma. *J Trauma* 1988; 28: 1007.
9. Stock MC, Perel A. *Manual de la Asistencia Mecánica Ventilatoria*. 2<sup>a</sup> Edición, México 2001.
10. Stone CK, Humphries RL. *Current emergency diagnosis and treatment*. 5<sup>th</sup> edition. International edition. USA 2004.
11. Weigelt J, Thal E, Snyder W et al. Diagnosis of penetrating cervical esophageal injuries. *Am J Surg* 1987; 154: 619.