

Herida por bala de base de cuello

Dres. LUIS E. BERGALLI y JUAN C. CASTIGLIONI *

INTRODUCCION

Las lesiones traumáticas por herida de bala o arma blanca de base de cuello, plantean un serio problema en cirugía de urgencia. Eso es debido a las múltiples estructuras de importancia vital que pueden ser interesadas y, por otra parte, a las dificultades técnicas del abordaje quirúrgico de dicha región.

En esta comunicación presentamos un caso de herida de bala de base de cuello, tratada en el Servicio de Urgencia del Hospital Central de las Fuerzas Armadas, que consideramos de interés por las lesiones que presentaba y la solución quirúrgica de que fue objeto.

OBSERVACION

H. N., de 18 años, ingresa a la hora 2 a.m. del 10 de mayo de 1970.

Motivo de ingreso: Herida de bala supraclavicular, externa y posterior, derecha, por disparo hecho a corta distancia por un sujeto más alto que el herido, y situado por detrás y a la derecha. Proyectil probablemente calibre 22. Recogido, caído en la calle, 5 minutos después de ser herido; llegando al hospital 10 minutos más tarde.

Al examen: Lúcido, pálido, P.A. 90-60. Taquicardia 128 por minuto. Grandes hemoptisis de sangre roja que en 15 minutos totalizan un volumen de 1.500 c.c.

Gran enfisema subcutáneo que rápidamente abarca todo el cuello, llegando al cuero cabelludo. Marcado cornaje y dificultad respiratoria progresiva.

Herida de bala en región supraclavicular externa derecha sin orificio de salida. Cuello corto, grueso. Gran hematoma de región carotídea baja derecha que fue aumentando de tamaño progresivamente.

Resto del examen sin particularidades.

Diagnóstico. Herida de tráquea, herida de grueso vaso de base de cuello.

Conducta. 1) Traqueotomía en Servicio de Puerta. Por incisión infrahioidea mediana se expone la tráquea alcanzándose al 6º anillo por debajo del istmo del tiroides en medio de un gran hematoma. Se expone el orificio de bala en la tráquea situado en ese anillo sobre sus paredes anterior y derecha. Se coloca sonda Nº 12 de traqueostomía.

2) Se practica descubierta y cateterización de vena de muslo por donde es transfundido con 1.500 c.c. de sangre.

3) Es llevado al Servicio de Rayos X y se obtienen los siguientes datos radiográficos: a) enfisema subcutáneo; b) bala situada en el 2º espacio intercostal izquierdo, proyectada sobre el 1º arco costal anterior; c) no se observan imágenes anormales en los vértices pulmonares.

Operación. Anestesia general, previo cambio de la cánula de traqueostomía por sonda de intubación endotraqueal.

Primer tiempo: Cervicotomía y esternotomía mediana hasta el 4º espacio intercostal. *Exploración:* ésta muestra herida del polo inferior del lóbulo derecho del tiroides. Se sutura. Herida de tráquea. Exposición del tronco venoso braquiocefálico izquierdo. Existe pequeño hematoma sobre su cara anterior sin compromiso de su luz. Tronco venoso braquiocefálico derecho, normal. Exposición del origen, en el cayado aórtico, de la carótida primitiva izquierda, que no presenta lesiones y del tronco braquiocefálico arterial, cuya adventicia se halla infiltrada por sangre, por lo cual presumimos el diagnóstico de herida de carótida primitiva o subclavia derecha. Se carga con lazada de catgut el tronco arterial braquiocefálico derecho (fig. 1).

Segundo tiempo: Segunda incisión transversa supraclavicular derecha. Sección de los músculos infrahioideos altos, pasando por encima del hematoma del cuello que se ha mantenido estabilizado y no pulsa. Se diseca la carótida primitiva derecha, por encima del hematoma; se aísla y se carga con lazada de catgut. Se diseca a nivel del hematoma y se observa que a un centímetro y medio por encima de la bifurcación del tronco arterial braquiocefálico la carótida presenta un orificio posterior e interno de 6 milímetros, ocluido en este momento por un coágulo, el cual eliminado, da salida a un potente chorro de sangre rutilante.

Trabajo del Servicio de Cirugía del Hospital Central de las FF.AA. Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 8 de julio de 1970.

* Cirujanos del Hospital Central de las FF.AA.

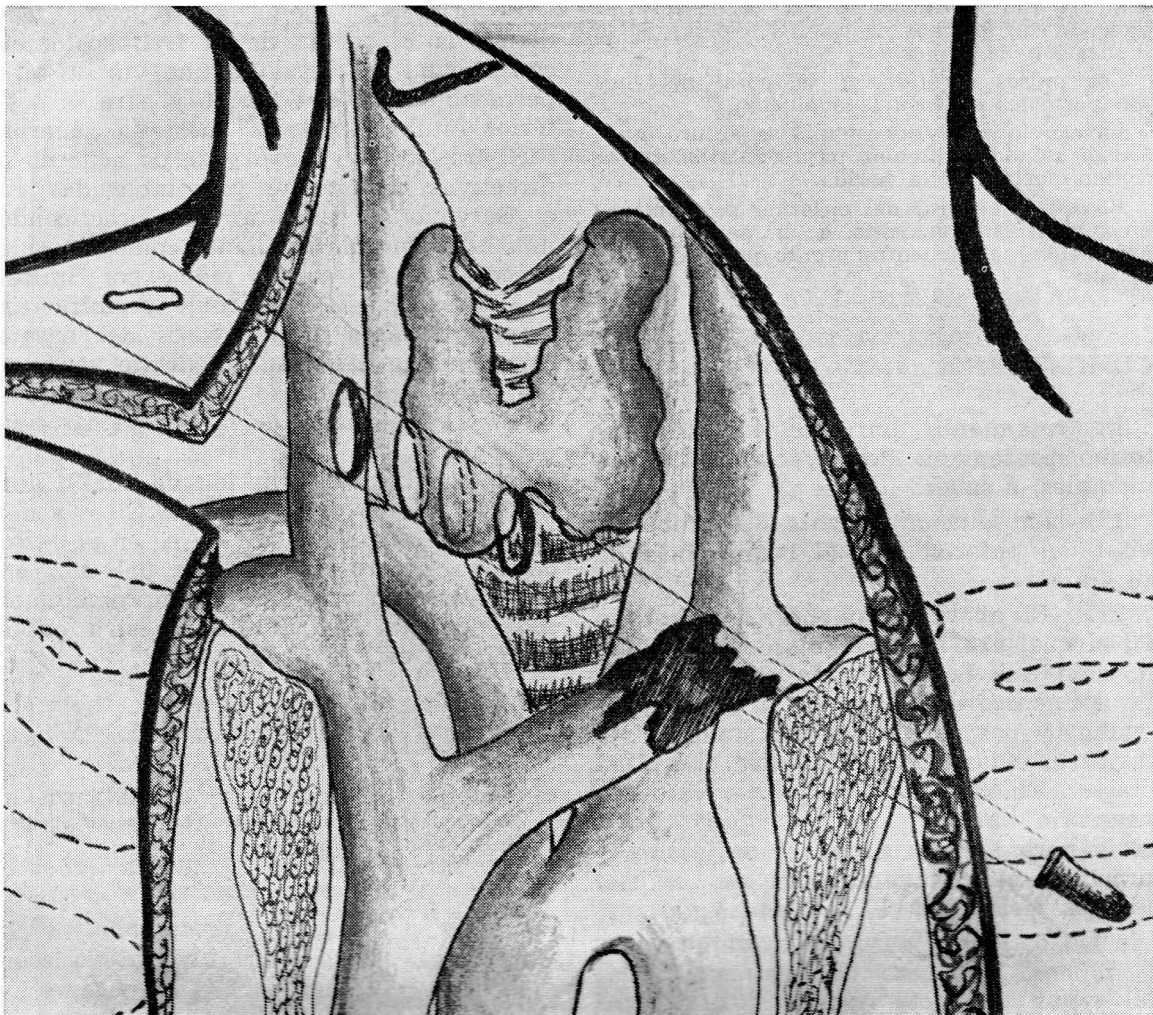


FIG. 1.

Sutura con surget de seda 5/0. La arteria se clameó por cuatro minutos y medio para poder hacer la sutura y girarla sobre sí misma dada la situación de la herida. Se diseó la vena yugular interna y al movilizarla se desprendió un coágulo, apareciendo un orificio importante posterior e interno, siendo muy difícil dominar esta hemorragia en pleno hematoma, por lo cual la vena es ligada. Se expuso así su cara posterior, observándose que se hallaba seccionada la arteria tiroidea inferior que sangraba por sus cabos, los que fueron ligados. En el curso de estas maniobras se seccionó involuntariamente el nervio vago derecho, el que se presentaba desflecado e incluido en el hematoma.

Tercer tiempo: Control de hemostasis. Drenaje del espacio retroesternal con cigarrillo con tubo que se saca por el hueco supraesternal. Se cerró la esternostomía con tres puntos periesternales de acero. Sutura de periostio.

Cierre de las cervicotomías. Se cambia la sonda de traqueostomía. Se ha transfundido con 4.000 c.c. de sangre y 2.000 c.c. de suero.

Evolución. En el postoperatorio inmediato el enfermo permaneció dormido durante 12 horas y luego presentó un estado confusional, intoxicación por las órdenes y dificultad de movimientos. Visto por neurólogo, hace diagnóstico de daño encefálico difuso e indica Sorbitol a grandes dosis, retrocediendo todo el cuadro en 48 horas.

En el curso posterior hace grave infección de herida operatoria que va mejorando lentamente con antibiototerapia, drenaje postural y curaciones.

El enfisema subcutáneo desaparece totalmente en pocos días.

La radiografía de tórax postoperatoria muestra que las regiones pleuropulmonares no fueron interesadas por la herida ni las pleuras abiertas en el acto operatorio.

En la radiografía de perfil se observa el esternón sin lesiones de osteítis a pesar de la supuración de la herida.

Los pulsos carotídeo y temporal derechos son normales en toda la evolución.

La cánula de traqueostomía se obtuvo a los 5 días, siendo mantenida para evitar la mayor contaminación de la herida.

El estado general del enfermo se mantiene bien, y en este momento, a un mes de la intervención, se encuentra pronto para ser dado de alta.

COMENTARIOS

El tratamiento quirúrgico de este enfermo presentaba dos problemas fundamentales, a saber:

1º) La solución urgente del problema vital del enfermo por el compromiso de su vía aérea.

2º) El abordaje quirúrgico definitivo en el cual era imprescindible una amplia incisión que permitiera la exposición de los elementos vasculares de la región, por encima y por debajo del hematoma. Esto resultaba fundamental, ya que frente al diagnóstico de herida de grueso vaso era necesario obtener una hemostasis provisoria para luego abordar el hematoma y practicar cirugía reparadora de los elementos lesionados (1).

El primer problema se solucionó mediante la ejecución de la traqueostomía, con lo cual se consiguió una vía de aire permeable para el enfermo y para la posterior intubación de la anestesia general.

El tratamiento quirúrgico, de acuerdo a directivas claramente preestablecidas en el Servicio, se llevó a cabo practicando una esternotomía mediana, como ha sido preconizado en nuestro medio por Suiffet y Mauro (2). Este abordaje permitió un amplio dominio de los vasos del pasaje cervicomedial y del pedículo vascular del cuello, pudiéndose practicar sin problema la reparación de la arteria carótida derecha.

Esta es la octava herida de cuello que hemos visto en el Servicio de Cirugía del Hospital Central de las FF.AA. en el curso de los primeros seis meses del año en curso, por lo cual nos comprometemos más adelante a transmitir nuestra experiencia en este tipo de heridas.

BIBLIOGRAFIA

1. BROCCQ, P., POILLEUX, F. et CHABRUT, R. *Traite des urgences en chirurgie*. Masson et Cie., Paris, 1956.
2. SUIFFET, W. y MAURO, L. Abordaje cervicomedial. Indicaciones. Técnica. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 31: 206, 1960.