

**TITULO: Herida por cuerpo extraño penetrante en el cuello de un escolar.  
Presentación de un caso EL HOSPITAL PROVINCIAL DE ZAIRE ANGOLA**

**AUTORES: Dr. René Guibert Veranes. \***

**Dr. Domingo da Silva. \***

**Dr. Félix Santell Odio. \*\***

**Lic. María de los Ángeles Fernández López \*\*\***

**\*Especialista de 1er grado Cirugía General**

**Profesor Instructor.**

**\*\* Especialista de 2do grado Cirugía General**

**Profesor Auxiliar.**

**\*\*\* Licenciada en Enfermería**

- **Email : [rgv@infosol.gtm.sld.cu](mailto:rgv@infosol.gtm.sld.cu)**

### **Resumen**

Se realiza la exploración de urgencia del cuello en un escolar de 5 años de edad que llega al cuerpo de guardia con un cuerpo extraño penetrante en el cuello de forma accidental, estando el mismo in situ.

Indicamos Rx de columna cervical y cráneo, así como los complementarios de laboratorio de urgencia para tal efecto, se estabiliza y se decide llevar al salón de operaciones, para explorar la herida bajo anestesia general.

Este proceder fue realizado en el salón de operaciones, con el cumplimiento de todas las normas de una cirugía mayor.

### **Summary**

He/she is carried out the exploration of urgency of the neck in a 5 year-old scholar that arrives to guard's body with a penetrating strange body in the neck in an accidental way, being the same one in situ.

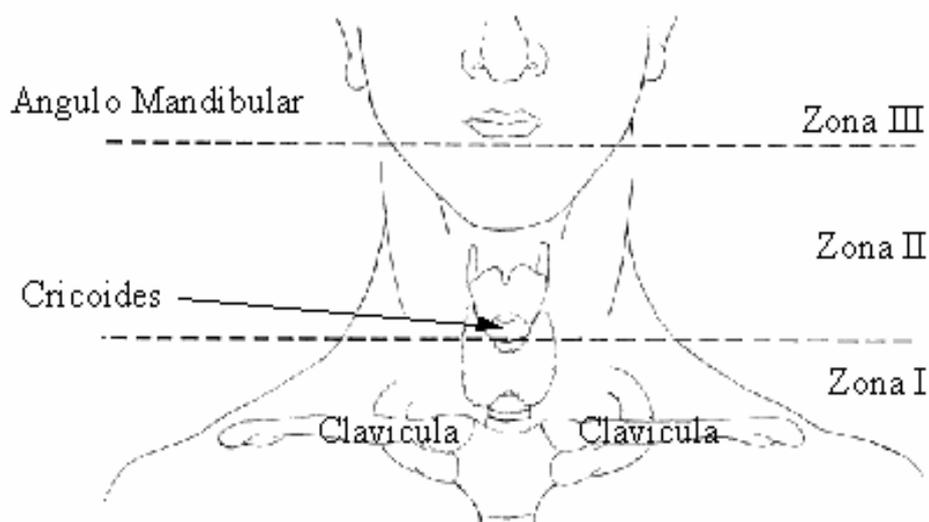
We indicate Rx of cervical column and skull, as well as the complementary of laboratory of urgency for such an effect, it is stabilized and he/she decides to take to the living room of operations, to explore the low wound it anesthetizes general.

This to proceed was carried out in the living room of operations, with the execution of all the norms of a bigger surgery.

### **INTRODUCCIÓN**

- Se define como trauma de cuello toda lesión traumática que afecte la región comprendida entre el borde de la mandíbula y la base del cráneo en su límite superior y el borde de la clavícula y la séptima vértebra cervical, en su límite inferior. Se considera que una herida es penetrante al cuello cuando atraviesa el músculo platisma.
- En el cuello, cuya área solo representa más o menos el 1% de la superficie corporal, se ubican numerosas estructuras y órganos vitales: laringe, tráquea, canal torácico, carótida y venas yugulares, arteria y venas subclavias, vértebras, columna cervical y médula espinal, nervios craneanos, plexos nerviosos, faringe, esófago, tiroides, paratiroides y glándulas salivales. Por ello toda herida del cuello debe ser considerada como potencialmente letal.
- Tradicionalmente el cuello se ha dividido en triángulos según las zonas anatómicas, así:
- ZONA I: Se extiende desde el borde superior de las clavículas, hasta el borde inferior del cartílago cricoides. El control proximal de los grandes vasos contenido en esta área generalmente requiere traqueotomía.
- ZONA II: Abarca desde el borde inferior del cartílago cricoides hasta el ángulo de la mandíbula. Las lesiones en esta área son la de más fácil exploración y acceso.

ZONA III: Se extiende del ángulo de la mandíbula hasta la base del cráneo. El acceso a las lesiones en esta área es difícil y generalmente requiere desarticulación de la mandíbula.



## PRESENTACIÓN DE UN CASO

Escolar de 7 años de edad, masculino, color de piel negra, que es llevado al cuerpo de guardia del Hospital Provincial de Zaire, Angola, porque 2 horas antes había sufrido caída de sus propios pies cuando jugaba con un objeto punzante (varilla de hierro) que le provocó trauma abierto en el cuello.

Llega aquejando dolor, con herida sangrante, con palidez cutáneo mucosa, frialdad, y ligera toma de su estado general.

- EXAMEN FÍSICO:
- Cuello:

Se constata la existencia de una varilla de hierro de más o menos

40 cm, que penetró por la parte antero lateral izquierda, atravesando planos superficiales y profundos, para salir en la región retro auricular derecha, por detrás de la oreja, con el objeto in situ.

Sangramiento moderado por ambos orificios donde se encontraba el cuerpo extraño, con poca movilidad del cuello.

- Cardiovascular:

Ruidos cardíacos taquicárdicos, pero no se constatan otras alteraciones.

(Frecuencia cardíaca)FC: 110

- (Sistema Nervioso Central)SNC: Paciente consciente, orientado en tiempo y espacio, no toma neurológica.

#### COMPLEMENTARIOS DE INTERÉS.

- Hemograma:

Hb 7,8

- Radiológico:

RX de cuello (antero posterior y lateral )AP, y L

Se observa la presencia del cuerpo extraño, así como su localización específica y la relación con estructuras vecinas en el cuello.

#### DESCRIPCION DE LA TÉCNICA.

- Después de estabilizar el paciente, es llevado al salón de operaciones, donde bajo anestesia general, y cumpliendo todas las normas de una cirugía mayor se explora la lesión del cuello.
- Se realiza una Cervicotomía Lateral Longitudinal amplia por planos, hasta llegar a la apófisis mastoidea del lado derecho, siguiendo el trayecto del cuerpo extraño. Con sumo cuidado, se extrae el cuerpo extraño completo, yugulando el sangramiento. Se realiza una buena toilette de toda la zona con suero fisiológico, y se constata lesión de las venas yugulares externas de ese lado, por lo que se procede a realizar ligadura de la misma, se realiza hemostasia y desbridamiento del tejido desvitalizado de la glándula tiroidea, se revisa la hemostasia, cierre por planos y se le dejan drenajes.
- El paciente sale entubado del salón, reportado de muy grave.
- Evoluciona favorablemente en sala, sin realizar ningún tipo de complicación, y se le da el alta clínica a los siete días de su post – operatorio.

#### CONCLUSIONES:

- 1-Se debe tratar de no remover el cuerpo extraño, hasta que no sea valorado, por el personal especializado en un centro hospitalario.
- 2-Se hace necesario el trabajo en equipo, bajo la dirección del cirujano de más experiencia.

- 3- Las heridas penetrantes de cuello, deben de ser exploradas siempre en el salón de operaciones.

## **BIBLIOGRAFÍA**

- 1. Asencio J, et al Management of penetrating neck injuries. The controversy surrounding zone II injuries. Surg Clin North Am 71:267, 1991.
- 2. Bishara RA, et al. The necessity of mandatory exploration of penetrating zone II neck injuries. Surgery 100:655, 1086.
- 3. Campbell F, Robbs J Penetrating injuries of the neck Brit J Surg 67:582, 1980.
- 4. Feliciano DV, et al. Combined tracheoesophageal injuries. Am J Surg 150:710. 1985.
- 5. Gerst PH Shama PK. Selective management of penetrating neck trauma. Am J Surg 56(9):553, 1990.
- 6. Narrod JA, Moore EE. Selective management of penetrating neck injuries Arch Surg 119:574, 1684.
- 7. Ngakane H, Muckart DJ, Luvuno FM Penetrating visceral injuries of the neck: results of a conservative management policy. Brit J Surg 77(8):908, 1990.
- 8. Wood J, Fabian TC, Mangiante EC. Penetrating neck injuries: recommendations for selective management J Trauma 20(5):602, 1989.

## **Relación de imágenes del caso presentado**

