

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"DR. AGOSTINHO NETO"
GUANTÁNAMO**

TRAUMA LARÍNGEO EXTERNO. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Dra. Marisel Leguén Yague¹, Yaquelin Llamos Leguén², Geordan Goire Guevara.²

1 Máster en Urgencias Médicas. Especialista de I Grado en Otorrinolaringología. Asistente.

2 Estudiante de Sexto Año de Medicina.

RESUMEN

Se realiza un estudio de caso en paciente masculino de 30 años de edad con traumatismo laríngeo y fractura de cuerno tiroideo izquierdo, asociado a una malformación de Klippel-Feil y producido en un accidente deportivo. Se tiene en cuenta evolución general del paciente, antecedentes patológicos personales y familiares, manifestaciones clínicas referidas por él y familiares, así como los principales exámenes complementarios realizados al mismo para llegar al diagnóstico. Durante el accidente, el paciente no presenta síntomas y signos de compromiso respiratorio. Se concluye que los traumas laríngeos son condiciones serias y no muy frecuentes, que pueden evolucionar a complicaciones graves si no se realiza un diagnóstico precoz y certero con una adecuada conducta para la resolución de los mismos.

Palabras clave: trauma laríngeo.

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos laríngeos constituyen una enfermedad a tratar en el área de urgencias, en la que el objetivo principal es detectar la posible obstrucción de la vía aérea a este nivel.

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, el borde de la clavícula y la séptima vértebra cervical en su límite inferior.

En cuanto a los traumatismos laríngeos orgánicos propiamente dichos se clasifican en externos e internos, según la penetración del agente lesionante, sea desde el exterior o siguiendo el curso de la vía aérea respectivamente.¹

Causa	Mecanismo
Accidentes de tráfico	Golpe en el cuello contra: <ul style="list-style-type: none">• Tablero de mando• Volante.
Violencia	Estrangulación Golpes directos en el cuello
Deportes	Golpes directos en el cuello: <ul style="list-style-type: none">• Fútbol• Artes marciales

Dentro de los traumatismos externos, se diferencian entre cerrados y abiertos, según si se conserva indemne el plano cutáneo cervical que envuelve la laringe. Los traumatismos externos cerrados laríngeos se convierten en una enfermedad frecuente en la actualidad. Lo más común es que se produzcan en accidentes de tráfico, deportivos o laborales mediante la interposición de un cable, e intentos de suicidio con ahorcamiento o asesinato con estrangulamiento. Las lesiones son muy variadas, desde el simple hematoma o la rotura laríngea con desgarros musculares y fractura más o menos aparatosa de su armazón cartilaginoso. La variedad de síntomas es muy amplia en función de las lesiones, desde una simple disfonía aguda hasta obstrucción completa de vía aérea alta por destrucción laríngea con asfixia⁶, acompañada por grados variables de enfisema subcutáneo cervical e incluso enfisema mediastínico.

El síndrome de Klippel-Feil es una enfermedad rara congénita que se caracteriza por la fusión congénita de las vértebras cervicales que resulta de una falta de segmentación en el esqueleto axial del embrión.² Con la presentación de este caso se pretende describir la coexistencia de una malformación congénita concomitante con un traumatismo laríngeo así como dar a conocer las principales causas que propician este tipo de trauma.⁸

PRESENTACIÓN DEL CASO

Motivo de consulta: Caída al suelo y dolor al tragar.

HEA: Paciente masculino de 30 años de edad que acude al cuerpo de guardia de otorrinolaringología (ORL) por haber sufrido traumatismo laterocervical izquierdo tras caída al suelo sobre un balón durante un partido de fútbol.

El paciente refiere: ligera ronquera, sensación de cuerpo extraño laríngeo, así como dificultad y dolor al tragar en aumento progresivo desde el momento del traumatismo (3 horas antes). No presentaba dificultad respiratoria ni hemoptisis. A la exploración: dolor a palpación en región laterocervical izquierda y hematoma en zona tiroides.

Se le practicó laringoscopia indirecta la cual mostró una mucosa laríngea congestiva con edema de cuerdas y bandas izquierdas, habiendo limitación de la motilidad cordal, sin serio compromiso de la vía aérea.

En la exploración radiológica se apreció: edema laríngeo generalizado, con probable fractura de tiroides y malformación de Kippel- Feil. Con el diagnóstico de trauma laríngeo con edema de glotis, el enfermo es dado de alta en tratamiento con prednisolona 40mg/d intramuscular muscular, continuando su control como paciente externo. Quince días después acude a consulta refiere ligera odinofagia y sensación de cuerpo extraño en el, estudio laringoscópico se observó una mucosa laríngea de aspecto normal, con notable reducción del edema en hemilarínge izquierda.

Se realiza una tomografía axial computarizada anteroposterior de larínge, observándose: edema de cuerdas y banda izquierdas, así como fractura del cuerno tiroideo del mismo lado. En controles clínicos posteriores el enfermo se ha recuperado totalmente.

DISCUSIÓN DEL CASO

El trauma laríngeo cada vez se presenta con más frecuencia en los hospitales, de ahí la abundancia en literatura mundial respecto a los mecanismos de trauma laríngeo y su clasificación. Se trata de hacer un esquema de las causas más frecuentes de contusión laríngea en el Hospital Agostinho Neto de la provincia de Guantánamo, (anexo 1, Tabla 1). El papel de la fuerza aplicada y la configuración de la columna cervical, así como la edad del paciente, ha sido aportado por numerosos autores. En cuanto al diagnóstico podría clasificarse este caso, desde el punto de vista clínico y radiológico, en el tipo 1 de Schafter.⁴

El estudio radiológico que se realizó (simple en inspiración forzada) se cree es el adecuado y suficiente para este paciente, no se consideró necesario realizar una tomografía axial computarizada (TAC) debido a que se pudieron observar todas las estructuras laringeas a la laringoscopia indirecta, y la radiología de partes blandas demostró el buen estado de la región subglótica. Hasta ahora la TAC es el método no invasivo de elección para valorar de forma rápida el esqueleto laringeo y las partes blandas del cuello. Su principal indicación es cuando los hallazgos en la laringoscopia y radiología convencional son inconclusos, y al realizarla se puede evitar una exploración abierta.

Otra indicación es en traumatismos graves, que, obviamente, requieren reparación quirúrgica y en donde la TAC puede evaluar la extensión y número de fracturas y, además, ayudar en la planificación quirúrgica y valoración médico legal⁵. De acuerdo a varios autores, a este paciente se le realizó laringoscopia indirecta por las ventajas que ofrece, como son: rapidez de realización, no requiere preparación especial y la imagen obtenida es de mejor calidad al presentar menos distorsión que la obtenida en laringoscopia indirecta.

El uso de la laringoscopia directa es polémico y muchos autores opinan que su función está limitada a valorar la integridad de la mucosa y además, tiene la desventaja de poder precipitar la obstrucción laringea en pacientes con trauma de reciente y ser necesaria una traqueotomía, además opinan que su función está limitada; a la visualización de las estructuras está limitada por la distorsión y el edema.⁴

El tratamiento que recibió este paciente está de acuerdo con la experiencia de varios autores^{3,4} los cuales opinan que en casos de edema o hematoma sin o con mínima laceración mucosa o en fracturas de cartílagos sin desplazamiento, el tratamiento debe ser de observación y reposo, lo que lleva a resolución de las lesiones, con resultados excelentes en la calidad de la voz y estado de la vía serres y dejando el uso de antibióticos humidificación, esteroides enzimas vitaminas; a criterio del otorrinolaringólogo.⁵

CONSIDERACIONES FINALES

El caso descrito tiene interés debido al elevado número de personas que practican deportes como fútbol, kárate, y sobre todo, porque puede producirse también en pacientes víctimas de violencia (asaltos, estrangulamientos).

Se considera importante diagnosticarlos precozmente por las complicaciones en estos casos siendo la principal de ellas la asfixia. Hay muchos trabajos en la literatura mundial respecto a los mecanismos del trauma laríngeo y su clasificación. Se ha hecho un esquema de las causas más frecuentes de contusiones laríngeas en nuestro hospital. En este caso creemos fue importante en la producción de la lesión laríngea no solo la fuerza aplicada, sino también la coexistencia en este paciente de una malformación con fusión de los cuerpos de la quinta y sexta vértebra cervicales, que ofrecieron más resistencia al impacto que una columna normal con más elasticidad. Se ha llegado a la conclusión de que una estrecha colaboración entre el otorrinolaringólogo y el radiólogo permite hacer un diagnóstico precoz en la mayoría de los casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pera C. *Cirugía: Fundamentos, indicaciones y opciones técnicas*. España: Elsevier, 2009. pp. 54.
2. Levy, David B. «Neck Trauma». New York: Interamericana, 2009.
3. Martín Dulce A. *Patología quirúrgica*. España: Elsevier 2009. pp. 187.
4. Rathlev NK, Medzon R, Bracken ME. Evaluation and management of neck trauma. *Emerg Med Clin North Am.* 2007 Aug;25(3):679-94, viii.
5. Arne Ernst. *Head and neck trauma*, New York: Interamericana, 2009, pp. 2-3.
6. Flint L, Wayne Meredith J, William Schwab C, Rue L. *Trauma*, Lippincott Williams & Wilkins, 2009. pp. 338.
7. Bisanzo M; Bhatia K, Filbin M. *Emergency Management of the Trauma Patient: Cases, Algorithms, Evidence*. New York: Interamericana, 2009.
8. William C; Christopher M, David B. *Trauma: Emergency Resuscitation, Perioperative Anesthesia, Surgical Management*. USA: International, 2009, pp. 199-200.
9. Drake R. *Gray anatomía para estudiantes*, España: Elsevier, 2005.
10. Stone CK, Humphries RL. *Current emergency diagnosis and treatment*. 5th edition. USA: International, 2004.

11. Rehman T, Ali R, Tawil I, Yonas H. «Rapid progression of traumatic bifrontal contusions to transtentorial herniation: A case report». New York: Interamericana, 2008.pp.203.
12. Hannay HJ, Howieson DB, Loring DW, Fischer JS, Lezak MD. «Neuropathology for neuropsychologists». Oxford [Oxfordshire]: Oxford University Press, 2004.
13. Lezak MD, Howieson DB, Loring DW (ed.). *Neuropsychological Assessment*, Oxford [Oxfordshire]: Oxford University Press, 2007. pp. 158–62.
14. Lorenz RR, Hicks DM, Shields RW Jr, et al. Laryngeal nerve function after total laryngeal transplantation. *Otolaryngol Head Neck Surg*. Dec 2004; 131(6):1016-8.
15. Woo P. Laryngeal framework reconstruction with miniplates. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. Oct 1990; 99(10 Pt 1):772-7.
16. Woo P, Kellman R. Laryngeal framework reconstruction with miniplates: indications and extended indications in 27 cases. *Operative Tech Otolaryngol Head Neck Surg*. 1992; 3:159-164.
17. Parra L. et al. Traumatismos penetrantes de cuello. *Rev. Cubana Cir*, 2007; 46(1).
18. Saki CT, Marotta JC, Lowlicht RA, et al. Efficacy of resorbable plates for reduction and stabilization of laryngeal fractures. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. Sep 2003; 112(9 Pt 1):745-50.
19. De Mello F, Carrau RL. The management of laryngeal fractures using internal fixation. *Laryngoscope*. Dec 2000; 110(12):2143-6.
20. Gussack GS, Jurkovich GJ, Luterman A. Laryngotracheal trauma: a protocol approach to a rare injury. *Laryngoscope* Jun 1986; 96(6):660-5.