

Herida inciso-punzante y escápula alata: a propósito de un caso

Sharp injury and winged scapula: about a case

Resumen

La peligrosidad de las heridas inciso-punzantes viene determinada por su situación y por la existencia de estructuras vitales subyacentes; alcanzando una mayor gravedad, las localizadas en tórax y cuello. Las lesiones cervicales adquieren un peor pronóstico vital cuando se afectan los grandes vasos o la vía aérea, pudiendo quedar secuelas incapacitantes por lesión de los nervios que discurren por la zona.

En el siguiente artículo exponemos un caso de herida inciso-punzante laterocervical izquierda, con lesión (neurotmesis) del nervio accesorio o espinal (XI par craneal), que determina la aparición de una escápula alada, signo característico de esta lesión.

Palabras clave: Heridas inciso-punzantes. Lesiones en cuello. Lesión nervio accesorio. Escápula alata.

Abstract

The danger of incised wounds is determined by their position and the underlying vital structures, and the ones localized in the torax are more serious. Cervical lesions get worse vital pronostic when they affect great vessels and the airway. This could result in the disability of the nerves which flow in this area.

In the next article, we present one left lateral-cervical incised wound case, with an accesory nerve (spinal accesory nerve or XI C.N.) disorder (neurotmesis), which determine the appearance of a winged scapula. The winged scapula is the characteristic sign of this lesion.

Key words: Incised wounds. Throat injuries. Accesory nerve disorder. Winged scapula.

Presentamos el caso de un varón de 23 años que sufre una herida por arma blanca en región laterocervical izquierda, en una zona de copas de la localidat. Es atendido por los servicios de urgencias que diagnostican herida inciso-punzante en región cervical, realizando cura local y aplicaci3n de puntos de sutura.

El lesionado acude a la clínica forense a los 45 días de la agresión, manifestando que a los siete días se retiraron los puntos de sutura, pero que persiste el dolor en hombro izquierdo con sensaci3n de pérdida de fuerza y cierta impotencia funcional, habiéndosele prescrito antiinflamatorios no esteroideos.

En la exploraci3n se aprecia cicatriz de 1,5 centímetros de longitud por debajo del ángulo mandibular izquierdo (1 cm por debajo y 2 cm hacia delante), pérdida de fuerza en la rotaci3n de la cabeza, con discreta hipotrofia muscular del trapecio y esternocleidomastoideo izquierdos, limitaci3n de la abducci3n activa a 90° y escapula alada que se hace más evidente con la anteversi3n, siendo poco notable con los brazos pegados al cuerpo (Figura 1).

Con la sospecha de lesi3n de la rama motora del nervio espinal, se remite al hospital de referencia, que realiza electromiograma y, tras diagnosticarse neurotmesis del nervio accesorio, se decide intervenci3n

P. Martínez-García¹
A. Sib3n Olano¹
PM. Martínez
Pérez-Crespo²
MA. Vizcaya Rojas³

¹Médico Forense, Servicio de Clínica Forense del IML de Cádiz.

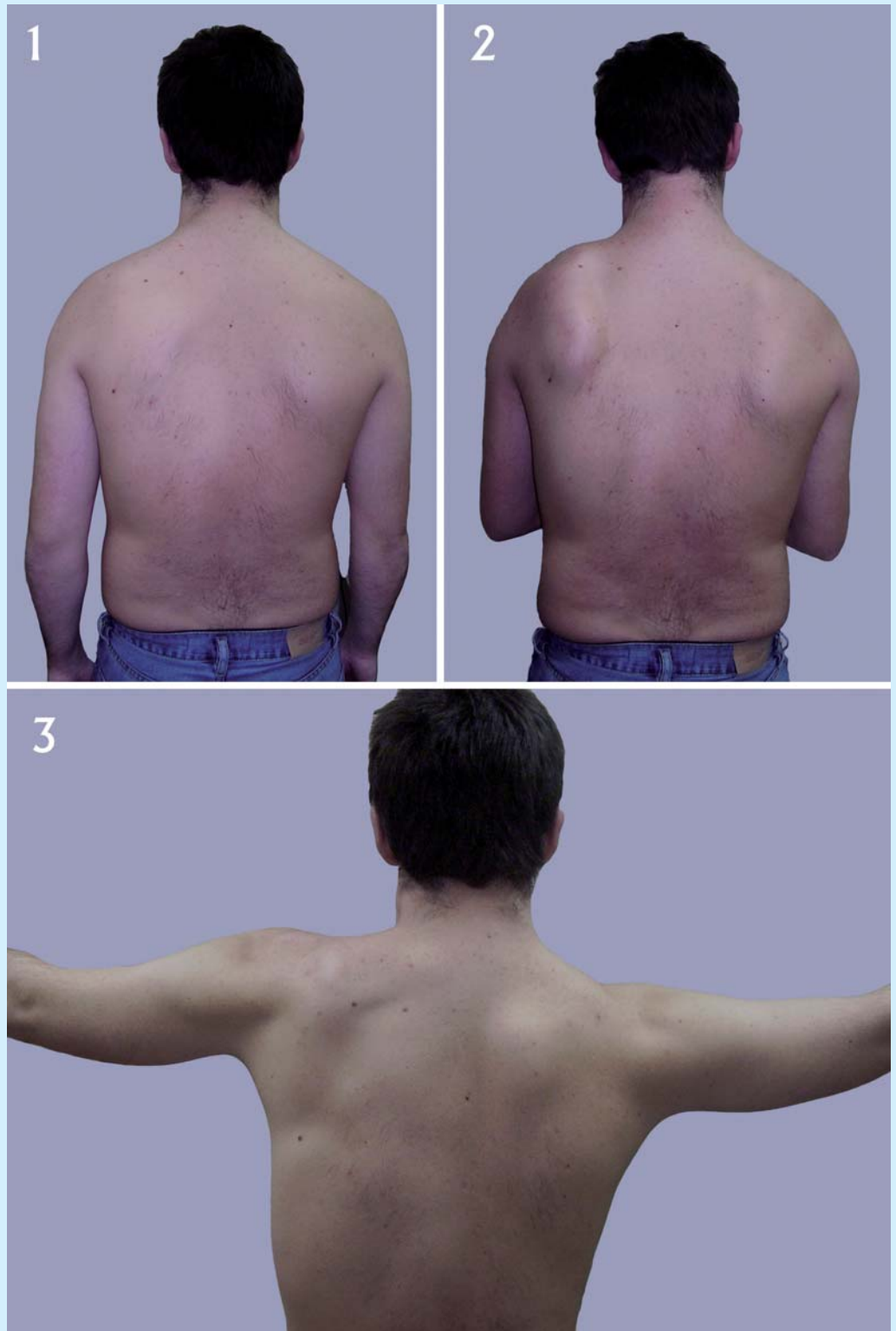
²Estudiante 4º curso. Facultad de Medicina de Cádiz.

³Profesor Titular de Medicina Legal y Forense de la Universidad de Cádiz.

Correspondencia:
Dr. Pedro Martínez-García.
Clínica Médico Forense
Instituto de Medicina Legal.
Sanchez Barcaiztegui 3, 2º
11071 Cádiz
Tfno: 956 203 147

Fecha de recepci3n:
17.ABR.2010
Fecha de aceptaci3n:
22.ABR.2010

Figuras 1, 2 y 3



quirúrgica consistente en disección del nervio espinal con neurotización con el nervio subescapular. Tras la intervención, se da el alta hospitalaria con inmovilización mediante sling y collarín. Con posterioridad se remite al servicio de fisioterapia. El paciente tarda en recuperarse 408 días, de los que 349 son impeditivos, quedando como secuelas cicatriz quirúrgica de 12 cm en región latero-cervical izquierda y paresia de la rama motora del nervio espinal (Figura 2).

Discusión

Las heridas inciso-punzantes son producidas por instrumentos cuya acción es la resultante de la combinación de la punta y el filo (navajas, cuchillos con punta, estiletes...). El mecanismo de acción es doble, primero actúa la punta que sobrepasa la capacidad elástica de la piel separando estructuras y luego actúa el filo dilacerando los tejidos afectados (Figura 3).

Dependiendo del número de filos variará la morfología de la herida. Con un filo adopta el aspecto de fisura, pero uno de los extremos es más agudo. Con dos filos, aspecto de fisura simple. Con más de dos filos la morfología es estrellada. La dirección de las líneas de Langer también influyen en la morfología del orificio de entrada¹; así vemos que, si la herida se produce en dirección paralela a las mismas, la configuración será estrecha y fina, si la herida es perpendicular los bordes se separarán y adoptará la forma de brecha y si es diagonal la configuración será curva o semilunar.

El trayecto puede ser único o tener varias direcciones. Acaba en fondo de saco, en el interior de un órgano hueco o sale al exterior. Si hay orificio de salida es de menor tamaño que el de entrada². El pronóstico es variable en dependencia de la zona lesionada. En cuello puede dar complicaciones de suma gravedad. Otras circunstancias que agravan el pronóstico son la hemorragia, las infecciones y los problemas funcionales imputables a la lesión o al tratamiento realizado.

En el caso que estudiamos, la pauta diagnóstica viene dada por la escápula alata, que puede ser definida como la prominencia patológica del borde medial o vertebral de dicho hueso. Las causas que pueden originar esta alteración son múltiples. Marañón³ señala las constitucionales, miopáticas, traumáticas, paráliticas y polineuritis. También se han descrito otras causas como las tumorales⁴. Dentro de las traumáticas señalamos la lesión del nervio torácico largo que origina una parálisis del serrato

anterior y la lesión del nervio accesorio (XI par) que provoca una denervación parcial del trapecio. Desde el punto de vista clínico, se diferencian en que en la escápula alata producida por la lesión del XI, la desviación del borde óseo es despreciable con el miembro pegado al cuerpo⁵.

El nervio accesorio o espinal es puramente motor y tiene dos porciones, una craneal que tiene su origen en el núcleo ambiguo de la médula oblonga y otra espinal que se origina en las neuronas motoras del asta anterior de C1 a C5, a través de varias raicillas que se fusionan y penetran en el cráneo por el agujero magno. Dentro del cráneo, las fibras de los dos orígenes se unen brevemente, para separarse a nivel del agujero yugular; las fibras craneales se unen al vago y las espinales inervan el músculo esternocleidomastoideo y el trapecio⁶. Una vez fuera del cráneo, toma dirección oblicua hacia abajo y hacia atrás cruzando (anterior o posteriormente) la yugular interna, situándose tras los músculos estilohioideo y digástrico abordando la cara profunda del ECM aproximadamente a 4 cm inferior de la apófisis mastoidea. Tras atravesar el músculo cruza el espacio supraclavicular y penetra en el trapecio⁷. El nervio accesorio es susceptible de lesionarse especialmente en el triángulo cervical posterior por heridas penetrantes, intervenciones como biopsias o disecciones de cuello⁸ y traumas indirectos por estiramiento como el latigazo cervical⁹.

Seddon clasificó las lesiones de los nervios en tres grados: neuropraxia (no se pierde la continuidad, tan sólo hay desmielinización), axonotmesis (no se pierde la continuidad del nervio pero sí hay interrupción de los axones) y neurotmesis (hay desorganización notable dentro del nervio o pérdida real de continuidad del mismo siendo necesaria la reparación quirúrgica)¹⁰. En el caso que estudiamos la lesión consistió en una neurotmesis, por lo que fue precisa la neurotización del nervio.

Conclusiones

Las heridas inciso-punzantes suelen ser más profundas que anchas, por lo que inicialmente pueden no representar la gravedad de la lesión. La peligrosidad de estas heridas viene determinada por la existencia de estructuras vitales subyacentes; alcanzando una mayor gravedad las localizadas en tórax y cuello. Las lesiones cervicales adquieren un peor pronóstico vital cuando se afectan los grandes vasos o la vía aérea, pudiendo quedar secuelas incapacitantes por lesión de los nervios que discurren por la zona.

Bibliografía

1. Di Maio VJM, Dana SE. *Manual de Patología Forense*. Madrid: Díaz de Santos, 2003;99-106.
2. Gisbert JA. Lesiones por arma blanca. En: Villanueva E. *Medicina Legal y Toxicología (Gisber Calabuig)* 6ª Ed. Barcelona: Masson, 2004;383-93.
3. Marañón G. *Manual de Diagnóstico Etiológico*. Madrid: Espasa Calpe, 1943;450.
4. Proubasta I, Itarte J, Lamas C. Seudoescápula alata secundaria a un osteocondroma. *Avances en traumatología, cirugía ortopédica, rehabilitación, medicina preventiva y deportiva*. 2006;36(4):281-3.
5. Moore KL, Dalley A. *Anatomía con orientación clínica* 4ª Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2005;1130-1.
6. Crossman AR, Neary D. *Neuroanatomía* 3ª Ed. Barcelona: Elsevier/Masson, 2007;112.
7. Rouviere H, Delmas A. *Anatomía Humana* 10ª Ed. Barcelona: Masson, 1999;266-7.
8. Jobe MT, Martínez SF. Lesiones de los Nervios periféricos. En: Canale ST, et al. *Cirugía Ortopédica Campbell* 10ª Ed. Madrid: Elsevier, 2005;3246-7.
9. López-Oliva Muñoz F, Martínez Ibañez J, García Polo P. Lesión del nervio espinal accesorio por latigazo cervical. *Patología del Aparato Locomotor*. 2004;2(4):288-90.
10. Wilins RH. Lesiones de Nervios periféricos. En: Townsend CM Jr, et al. *Tratado de Cirugía Sabiston*. 17 Ed. Madrid: Elsevier, 2005;1465-7.