

Asfixia traumática: Reporte de un caso

José Antonio Luviano García,* Alicia Concepción Cataneo Cerna†

RESUMEN

Introducción: La asfixia traumática se caracteriza por una coloración violácea intensa de la piel de cabeza y cuello, hemorragia bilateral conjuntival y varios grados de edema facial. Como resultado de una compresión severa del tórax con reflujo de sangre de las cavidades derechas del corazón derecho a las venas de cabeza y cuello, presión masiva que se transmite a los capilares. Causando atonía y dilatación del capilar y estasis.

Objetivo: Reporte de un caso de un paciente con asfixia traumática que se manejó en UCI.

Diseño: Reporte de un caso.

Lugar: UCI de la Unidad Médica de Alta Especialidad Número 21 de Monterrey Nuevo León.

Paciente: Masculino de 42 años de edad que labora en empresa constructora de maquinarias, al encontrarse laborando debajo de una mesa metálica queda atrapado entre el suelo y la estructura de una tonelada de peso recibiendo contusión directa a tórax y abdomen, con agitación psicomotriz, equimosis facial con extensión a cuero cabelludo y región posterior de cuello, edema bpalpebral bilateral, hiperemia conjuntival, equimosis en tórax anterior, en extremidades torácicas, región anterior de abdomen. Se intuba, se colocan sondas pleurales. Se maneja ventilación mecánica extubándose a las 18 horas y egresa por mejoría.

Palabras clave: Asfixia traumática.

La asfixia traumática representa una rara condición por lo que cierta cantidad de casos no son diagnosticados ni reportados.

SUMMARY

Introduction: Traumatic asphyxia is characterized by an intense reddish purple color of skin of head and neck, bilateral conjunctival hemorrhage and varying degrees of facial edema. As a result of severe compression of the chest with reflux of blood from the right chambers of the heart right to the head and neck veins, massive pressure that is transmitted to the capillaries. Causing weakness and dilatation of capillary stasis.

Objective: A case report of a patient with traumatic asphyxia that ICU care.

Design: Report of two cases.

Place: UCI Medical Unit of High Specialty number 21 of Monterrey, Nuevo Leon.

Patient: Men 42 years of age working in construction machinery business to be laboring under a metal table is trapped between the ground and the structure of one-ton receiving direct contusion thorax and abdomen, with psychomotor agitation, facial bruising extension a posterior scalp and neck, edema bpalpebral bilateral conjunctival hyperemia, anterior chest ecchymosis in thoracic limbs, anterior abdomen. Intubated, chest tubes are placed. Mechanical ventilation is operated extubated at 18 hours and expenditures improvement.

Key words: Traumatic asphyxia.

Ésta se produce por la compresión súbita y brusca de tórax y abdomen o ambos. Ésta se caracteriza por una marcada coloración violácea que se produce inmediatamente después de la lesión en cabeza, cuello, cara y porción inferior de clavícula, en la región anterior en la región posterior en espalda y hombros. Se acompaña de hemorragia subconjuntival bilateral y grados variables de edema facial. La muerte nunca resulta de la asfixia, es dada por las lesiones asociadas. Puede presentarse pérdida de la conciencia por corto tiempo con recuperación. La asfixia es dada por la compresión de venas del abdomen que causa distensión

* Médico Externo de la Unidad de Cuidados Intensivos de la UMAE 21 en Monterrey Nuevo León.

† Médico Residente del 2º año de Medicina del Enfermo en Estado Crítico de la UMAE 25 del Noreste Monterrey Nuevo León.

Fecha de recepción: 16 de julio 2010

Fecha de aceptación: 16 de julio del 2010

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/medicinacritica>

de la vena cava superior, tributarias y capilares lo que produce atonía capilar con o sin ruptura capilar afectando cabeza, cuello y cara probablemente por incompetencia valvular. El tratamiento está enfocado a las lesiones asociadas. El pronóstico depende de la severidad de las lesiones asociadas, siendo las más frecuentes pared torácica y pulmones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente sexo masculino 42 años de edad sin antecedentes relevantes, labora como empleado de fábrica constructora de maquinaria pesada. Inicia padecimiento el día 4 de junio alrededor de las 12:45 h al encontrarse laborando, se encontraba fijando una mesa metálica por debajo de ella, de aproximadamente una tonelada de peso. Uno de los soportes de la mesa se derrumba quedando atrapado entre el suelo y dichas estructuras, recibiendo contusión directa al tórax y abdomen. Se realiza rescate en un tiempo aproximado de 15 minutos con ayuda de un gato hidráulico.

Valorado por el servicio de emergencias médicas lo encuentran con agitación psicomotriz y dificultad respiratoria. Es trasladado en ambulancia a hospital de zona reportándose al ingreso: TA 110/60, FC 100 LPM, TC 36, FR 20 por minuto, realizan medidas de protección de columna cervical, aporte de

oxígeno suplementario. Cursando con hipotensión que se revierte con manejo con volumen. A la exploración física destaca equimosis facial con extensión a cuero cabelludo y región posterior de cuello, edema bipalpebral bilateral, hiperemia conjuntival, equimosis en tórax anterior, en extremidades torácicas, región anterior de abdomen (*figura 1*).

Se documenta ECG 8 puntos y persistencia de agitación psicomotriz por lo que se realiza protección de vía aérea con IOT. No datos de focalización. Campos pulmonares con crepitantes en base izquierda. Precordio rítmico. Excoriaciones en tórax posterior, equimosis en fosa renal izquierda. Abdomen sin compromiso. Tacto rectal normal. Se realiza TAC de cráneo la cual no documenta lesiones (*figura 2*). TAC tórax con imagen hiperdensa en base izquierda y fracturas en 9, 10 y 11 arcos costales, fractura aplastamiento de L2, fractura apófisis transversa de L2-L4 (*figura 3*). TAC abdomen sin alteraciones. Gasometría normal.

Ingresa al hospital a las 19 horas, se recibe hemodinámicamente estable TA 120/70, FC de 65 lpm, en base a reporte de estudios se decide colocación de sondas intrapleurales. Ingresa a UCIA a las 04:h del 5 de junio 2010. TA 93/50, PAM 68, FC 55 lpm, FR 18, Sat 100%. Afebril. Uresis de 0.7 mL/kg/hr

Se inicia sedo analgesia con dexmedetomedina 0.3 µg/kg/h, cursando con bradicardia e hipotensión por lo cual se suspende. Se inicia manejo con líquidos sin obtenerse respuesta por lo cual se inicia dopamina 7.6 µg/kg/min. Se inicia ventilación mecánica modo controlado por presión: PI 20 mmHg. PEEP 7, TI 1.1, FR 18, FIO₂ 40%, PAFI 300.



Figura 1.
Presentación
clínica.

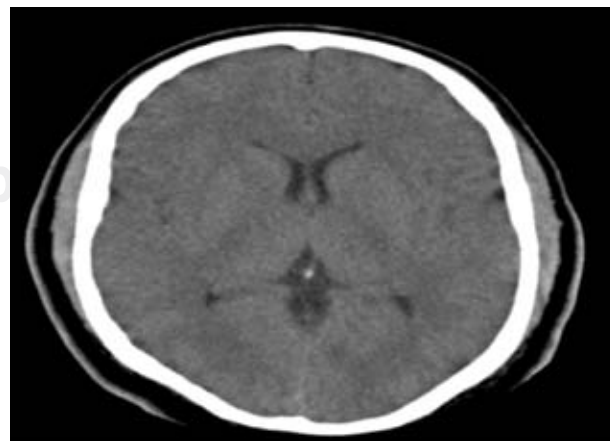


Figura 2. TAC cráneo.

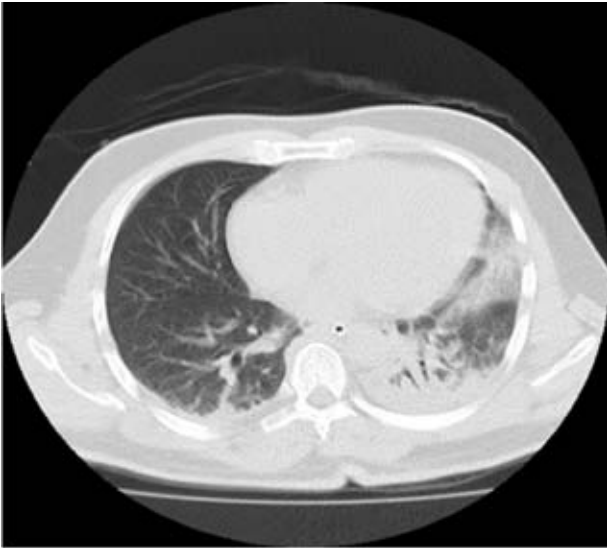


Figura 3. TAC de tórax.

Seis junio se inicia destete ventilatorio, a las 12 h se suspende apoyo aminérgico.

A las 18 h se extuba. Aporte de oxígeno suplementario con mascarilla. Egres a las 72 horas del ingreso.

DISCUSIÓN

La asfixia traumática representa una entidad poco frecuente debido a que no se diagnostica de forma adecuada de ahí que existan pocos reportes en la literatura. En nuestra UMAE se presenta un reporte en los últimos diez años. Debe tenerse en mente como una posible complicación del traumatismo de tórax y abdomen. La pérdida de conciencia de forma temporal usualmente puede acompañar a esta condición, probablemente a consecuencia de un edema cerebral leve y transitorio, como el que presentó nuestro paciente, el cual se resolvió sin nin-

guna secuela; las convulsiones son muy raras. La hemorragia conjuntival es invariablemente presente. La coloración violácea a menudo se corrige en pocos días. Las lesiones asociadas más frecuentes son las de pared torácica y pulmones, encabezando la lista fracturas costales, neumotórax, hemotórax, contusión pulmonar. Las lesiones a grandes vasos son raras. Los trastornos visuales son muy comunes. La fisiopatología es controversial. Sin embargo, no amerita un tratamiento específico y el manejo está enfocado a las lesiones asociadas. La supervivencia es directamente relacionada a la extensión de las lesiones asociadas. En nuestro paciente la evolución clínica fue favorable debido a que no presentó lesiones que amenazarán la vida.

CONCLUSIONES

La asfixia traumática representa una entidad poco frecuente que debemos tener en mente como una complicación del trauma y abdomen para no subdiagnosticarla. Por sí misma no amerita un tratamiento específico ya que está encaminado al manejo de las lesiones potencialmente fatales. El pronóstico depende de la severidad de las lesiones acompañantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Eken C. *Int Emerg Med* 2009;2:255-256.
2. Richards CD. Asphyxiation: a review. *Trauma* 7:37-45
3. Lee MC, Wong SS. Traumatic asphyxia. *Ann Thirac Surg* 1991;51(1):86-88.
4. Moore JD, Meyer JH, Gago O. Traumatic asphyxia. *Chest* 1972;62:634-636.
5. Conwell HE. Traumatic asphyxia report of 4 casos. *J Bone Joint Surg Am* 1927;9:106-110.

Correspondencia:
Dr. José Antonio Luviano García
Correo electrónico: luvianomex@att.net.mx
Teléfono: 8183660285