

Dos casos clínicos

por el doctor VICTORIANO M. ORTEGA

I

Proyectil alojado en el espacio retrofaríngeo. - Extracción

Me parece imprescindible, antes de nada, hacer una ligera descripción anatómica de la región donde estaba alojado el proyectil, la cual nos ayudará grandemente para interpretar la radiografía y los datos de orden quirúrgico que hemos de mencionar después.

ESPACIO RETROFARÍNCEO. — Llamado también retrovisceral, es un espacio dispuesto frontalmente entre la faringe o, mejor dicho, entre la fascia faríngea y la aponeurosis prevertebral, que recubre los músculos prevertebrales y los cuerpos de las vértebras cervicales.

El espacio retrofaríngeo está ocupado por tejido conjuntivo laxo, lo cual permite a la faringe los movimientos en sentido vertical en el momento de la deglución.

Limita por arriba con la base del cráneo; por abajo se continúa por detrás del esófago, hasta el mediastino posterior.

Lateralmente, está en contacto con el paquete vásculo-nervioso del cuello — carótida, yugular y neumogástrico —, separado únicamente de éste por una aponeurosis que, partiendo de la cara posterior del músculo esternocleidomastoideo, se dirige hacia las apófisis transversas de las vértebras cervicales.

En el espacio retrofaríngeo es donde se encuentran, en los niños, los dos ganglios de Gilette, que en el adulto suelen haber desaparecido, y que, como consecuencia de alguna infección de la pituitaria, faringe, nasofaringe,

boca, etc., dan lugar a los flemones retro y láterofaríngeos que a menudo observamos en los niños. Flemones estos que no debemos confundir con los abscesos fríos del mal de Pott que asientan muchas veces en esta región.

En el espacio retrofaríngeo se describe también una clase de tumores, en general neurinomas o sarcomas, de los cuales, aunque raros, ha logrado el profesor Natanson, agregado al servicio otorrinolaringológico del doctor Svergesky, del Segundo Instituto Laringológico de Moscú, reunir 52 casos, y el profesor Davidoff, recientemente, ha publicado también tres casos operados con faringotomía lateral.

HISTORIA CLÍNICA. — Diego Cruz García, de 25 años de edad, natural de Pozoblanco, trabajador del campo. Sargento. Carece de antecedentes de interés. Se encontraba de pie, liando un cigarro, cuando fué herido de un tiro en la cabeza, en el frente de Valsequillo, el día 1.º de septiembre de 1937. Cuenta que echó mucha sangre por la herida y perdió el conocimiento.

Fuó trasladado a Pozoblanco; después a Ciudad Libre, y más tarde al Hospital Militar de Monóvar (Alicante).

Estando en esta clínica militar, se le ordenaron dos radiografías, una en proyección lateral y otra frontal. Las dos le fueron hechas en el Servicio de Radiología del Hospital Base de Alicante. Se aprecia, como puede verse en la copia reducida que acompaña esta nota, un proyectil que está alojado en plena región carotídea, detrás de la rama vertical del maxilar inferior y delante de la columna vertebral, en su región cervical.

En el hospital de Monóvar le fué practicado un intento de extracción, por lo cual conserva el herido una cicatriz circular paralela al ángulo de la mandíbula en el lado izquierdo.

La cicatriz de la puerta de entrada del proyectil se le ve, detrás de la región mastoidea del lado izquierdo, completamente cicatrizada. Estas son las dos únicas señales externas que se le aprecian.

Ingresa en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Base de Alicante, en los primeros días de febrero de 1938.

No aqueja más molestia que dificultad para tragar y que con el brazo izquierdo no puede hacer tanta fuerza como antes de ser herido.

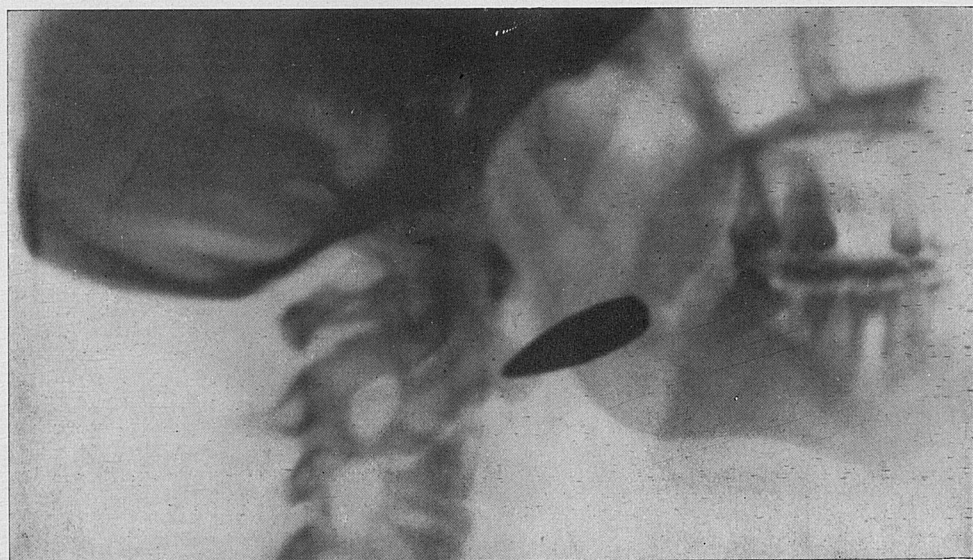
Al cabo de más de cuatro meses de llevar alojado el proyectil en el espacio retrofaríngeo, el herido no presenta signos locales inflamatorios ni reaccionales, ni por fuera en el cuello, ni por dentro en la faringe. Sólo dice que sigue teniendo disfagia intensa.

Al explorarlo con tacto digital, nos parece, a veces, que hacia el pilar posterior izquierdo notamos un plano duro; pero la sensación es tan confusa, que bien puede ser la sensación normal de plano duro que nos ofrece siempre la columna cervical. Es más; hacia donde vemos el proyectil en la radiografía, que es entre el cuerpo del axis y el cuerpo de la tercera vértebra cervical, sabemos que, cuando tocamos con el dedo por la faringe, notamos normalmente el arco anterior del atlas, que protege la apófisis odontoides del axis.

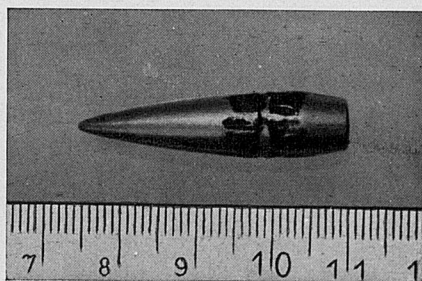
Con una aguja fina puncionamos en este sitio por diversos puntos y, dirigiendo la aguja verticalmente contra la columna vertebral, nos parece también que alguna vez tropezamos con un cuerpo duro, pero que no nos da la sensación de ser metálico, por lo cual creemos que pueda ser igualmente la columna vertebral. El individuo no se nota tampoco que le toquemos ningún cuerpo extraño, como acontece, muchas veces, en otros casos en que el paciente acusa él mismo que se mueve o se toca.



Proyección frontal



Proyección lateral



Proyectil extraído

DOS CASOS CLÍNICOS

En la proyección frontal de la radiografía hecha con la boca cerrada, observamos que el proyectil está alojado transversalmente a la columna vertebral, a la altura de las arcadas dentarias.

En la proyección lateral se obtiene una radiografía admirable, en la cual vemos el proyectil dirigido hacia adentro y hacia atrás, casi tocando con su extremo agudo el cuerpo y de la tercera vértebra cervical.

Es decir que, habiendo entrado la bala por detrás del oído izquierdo, nos la encontramos en el espacio retrofaríngeo, casi en la línea media, habiendo corrido un camino lleno de peligros, sin que haya lesionado ninguno de los muchos órganos de importancia vital, lo que en esta región del cuello hubiera podido determinar la muerte.

Y es que en la trayectoria que siguen los proyectiles dentro del organismo influyen multitud de factores, como son: la distancia a que se ha disparado, la dirección, la posición del cuerpo en el momento de ser herido, la clase de arma con que se dispara, el material del proyectil, los planos con que tropieza sucesivamente dentro del cuerpo humano, etc.

Parece, en algunos casos, como si la naturaleza tuviera alguna disposición especial que hiciera sortear a los agentes mortíferos los peligros. Así, hemos observado algún herido con el cuello atravesado de lado a lado, sin que le ocurriera nada; otro, con un tiro que, entrando la bala por el ángulo del ojo y saliendo por detrás de la oreja, apenas si le ha quedado alguna reliquia.

Cosas, en fin, verdaderamente asombrosas, que es imposible encontrarles explicación concreta en cada caso particular.

La radiografía no siempre es tan demostrativa; así, pues, hemos operado, este año, a un guardia de asalto que alojaba un proyectil grande de fusil en la base de la lengua y que en la radiografía no salió ni sombra. Bien es verdad que aquél no tenía una capa de cobre que lo recubría, como en el caso presente, que parece el proyectil de oro, y quizá a esto sea debido la limpieza de línea y la pureza de la imagen.

INTERVENCIÓN. — Con anestesia local (novacaína al 10 por 100) despegué el polo superior de la amígdala izquierda, valiéndome de la tijera, como se hace corrientemente. Con el bisturí hice una incisión paralela a la dirección vertical de la columna vertebral, en pleno pilar posterior izquierdo, todo lo más próximo a la línea media, para huir así de los grandes vasos; fuí despegando poco a poco los tejidos, y separando los labios de la herida quirúrgica, hasta llegar a tropezarme con una dureza metálica al fondo, que, al secar la sangre con una pequeña torunda de gasa, vimos que se trataba del proyectil.

Con una pinza fué extraído, sin que se lesionara ningún órgano de importancia y sin hemorragia. No hizo falta ningún punto de sutura.

El curso postoperatorio ha sido absolutamente bueno. El operado ha sido dado de alta a los diez días.