



Hoja de cuchillo retenida en el hueco axilar

A knife blade retained in the axillary hole

Edeny Fando Couso^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-4791-0664>

Alexander Reyes de la Paz¹ <https://orcid.org/0000-0003-0993-9041>

Yury Valle Lara¹ <https://orcid.org/0000-0003-4089-796X>

Janny Aparicio Cáceres¹ <https://orcid.org/0000-0001-8693-5269>

¹Servicio de Cirugía General. Hospital Militar Central “Dr. Luis Díaz Soto”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: pachofando68@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El hallazgo de un cuerpo extraño retenido, específicamente una hoja de cuchillo es infrecuente. En ocasiones, estos cuerpos extraños pasan inadvertidos y se diagnostican de forma diferida o retrasada.

Objetivo: Describir el diagnóstico y tratamiento de un paciente con una hoja de cuchillo retenida en el hueco de la axila.

Caso clínico: Varón de 25 años, agredido con un cuchillo, que sufrió una herida en la región posterior del hombro y fue suturado sin realizar ningún examen complementario. Dos semanas después acudió por molestias en el hombro lesionado, se indicó radiografía en la cual apareció una imagen radiopaca que correspondió con una hoja de cuchillo en proyección subescapular. Refería molestias del hombro e impotencia funcional. Se opera con anestesia general, se realiza incisión axilar, se identifica el objeto, en íntimo contacto con la vena axilar; la punta hacia el vértice axilar, cruzando bajo la vena axilar en su entrada al tórax. Se extrajo el cuerpo extraño bajo visión directa, sin complicaciones. El paciente evolucionó favorablemente.

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>



Conclusiones: Los cuerpos extraños retenidos, que pasan inadvertidos son raros, sin embargo, existen regiones como la axila en que por las características anatómicas del espacio se dificulta su diagnóstico. En este caso coincidió una combinación poco usual de fenómenos, la actitud defensiva del lesionado y la dirección de la herida, que propiciaron quedara la hoja en el hueco axilar.

Palabras clave: axila; traumatismos; herida punzante; cuerpo extraño retenido; traumatismo torácico.

ABSTRACT

Introduction: The finding of a retained foreign body, specifically a knife blade, is a rare event. Sometimes these foreign bodies go unnoticed and are diagnosed deferred or delayed.

Objective: To describe the diagnosis and treatment of a patient with a knife blade retained on axillary hole.

Clinical case: 25-year-old male, attacked with a knife, who suffered a wound in the posterior region of the shoulder and was sutured without performing any complementary examination. Two weeks later, he came due to discomfort from the injured shoulder. An X-ray of the shoulder was indicated, where a radiopaque image appeared that corresponds to the knife blade, in subscapular projection. He refers shoulder discomfort and functional impotence. It is operated under general anesthesia, axillary incision, the object is identified in intimate contact with the axillary vein, the tip towards the axillary vertex, crossing under the axillary vein at its entrance to the thorax, the foreign body is removed under direct vision and without complications. Evolved favorably.

Conclusions: Retained foreign bodies that go unnoticed are rare. However, there are regions such as the armpit where, due to the anatomical characteristics of the space, their diagnosis is difficult. In this case, an unusual combination of phenomena coincided, the defensive attitude of the injured person and the direction of the lunge, which led to the blade remaining in the axillary hole.

Keywords: axilla; trauma; puncture wounds; retained foreign body; chest trauma.

Recibido: 25/04/2022

Aprobado: 19/09/2022

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>



INTRODUCCIÓN

Los traumatismos penetrantes se definen como las lesiones causadas por un objeto externo que atraviesa la piel, con daño en los tejidos adyacentes y resulta en una herida abierta.⁽¹⁾ El hallazgo de un cuerpo extraño retenido, específicamente una hoja de cuchillo es un evento poco frecuente.^(2,3) Cuando ocurre es más común en la caja torácica, seguida del cuello.⁽³⁾ También puede quedar incrustado en estructuras óseas, como el cráneo,⁽⁴⁾ o en huesos largos como el húmero.⁽¹⁾ En ocasiones estos cuerpos extraños pasan inadvertidos y se diagnostican de forma diferida o retrasada, por la aparición de complicaciones, la mayoría de las veces infecciosas, o como hallazgo en un estudio radiográfico.⁽²⁾

Las heridas axilares son raras y con una morbilidad importante por las estructuras vasculares y nerviosas que por pasan por ese espacio.^(2,5)

El objetivo del artículo es describir el diagnóstico y tratamiento de un paciente con una hoja de cuchillo retenida en el hueco de la axila.

CASO CLÍNICO

Se trata de un varón con 25 años de edad, que 2 semanas atrás fue agredido con un arma perforo-cortante (cuchillo) y sufrió una herida de aproximadamente 3 centímetros, en la región póstero-lateral del hombro izquierdo, región deltoidea. Asistió al centro de urgencias y se le realizó sutura de la herida, de forma ambulatoria, sin realizarle estudios de imagen.

Posteriormente acudió a la consulta externa por molestias e impotencia funcional del hombro lesionado. Se le indicó una radiografía del hombro izquierdo y debido al hallazgo radiográfico se solicitó la evaluación por la especialidad de cirugía general.

Al momento del ingreso, el paciente solo refiere molestias en el hombro y disminución de los movimientos de esta articulación. Al examen físico se constata un bloqueo parcial del hombro izquierdo,



a todos los movimientos de la articulación. No se identifica ningún signo de lesión vascular o nerviosa de la región, como podría esperarse de acuerdo con lo que reporta la literatura sobre el tema.⁽⁶⁾

En la radiografía antero-posterior del hombro izquierdo, se observó una imagen radiopaca de densidad metálica, con la forma de una hoja de cuchillo, en proyección subescapular izquierda (Fig. 1).



Fig. 1 - Radiografía simple del hombro izquierdo.

En la radiografía simple de tórax, vista pósterio-anterior y vista lateral izquierda, se comprueba que el cuerpo extraño se encuentra entre la escápula y la pared torácica, lo cual se confirmó con la una tomografía axial computarizada.

Se discute en el colectivo de cirugía y se decide operar para retirar el cuerpo extraño, pues se trata de un objeto filoso que se encuentra en la proximidad del paquete vásculo-nervioso de la axila existe riesgo de lesión y, por otro lado, debido al bloqueo funcional que está provocando en la articulación.

Se procedió con anestesia general, el paciente en decúbito supino con ambos brazos a los lados del cuerpo, sobre apoyabrazos horizontales y a 90 °. Se realizó una incisión axilar izquierda, siguiendo el



borde del vello axilar, como se haría para un vaciamiento axilar estándar. Se profundizó en el tejido celular subcutáneo, se identificó el músculo pectoral mayor, el menor; se elevaron ambos y se accedió a la grasa axilar. Por disección roma (digital), se identificó el objeto, por su consistencia dura, ya cubierto por una cápsula fibrosa y en íntimo contacto con la vena axilar. Se comprobó que cruza el hueco axilar en sentido latero-medial, con la punta hacia el vértice de la axila; desde atrás hacia delante y de abajo hacia arriba, cruzando por debajo de la vena axilar, casi en su entrada al tórax. Como no se pudo identificar si el borde filoso es el que estaba en contacto con los vasos, se procede a disecarlo junto con su cápsula fibrosa, de las estructuras vasculares que se encontraban cefálicas con respecto a la hoja.

Antes de la disección se identifica la vena axilar, por debajo de los tendones de inserción de los músculos pectorales, se seccionó el ligamento suspensorio de la axila. En esta localización, más lateral, el cuerpo extraño se encontraba separado de las estructuras vásculo-nerviosas (aproximadamente 1 o 2 cm) y se aproximaba en la medida que se acercaba a la punta, hasta quedar en contacto con la vena axilar en el punto que la cruza, en el vértice axilar. Esta disección se realizó con divulsión, con Kelly curva y sección con electrocauterio. Una vez identificada la vena hasta su entrada en el tórax y comprobada su integridad se extrajo el cuerpo extraño bajo visión directa (Fig. 2).

Se dejó un drenaje que extrae por contra-abertura y se cierra por planos. No se presentan complicaciones ni accidentes quirúrgicos. Se indicó antibioticoterapia profiláctica por 72 horas; luego se retiró el drenaje y se da alta hospitalaria, con seguimiento por consulta externa. Evolucionó satisfactoriamente.

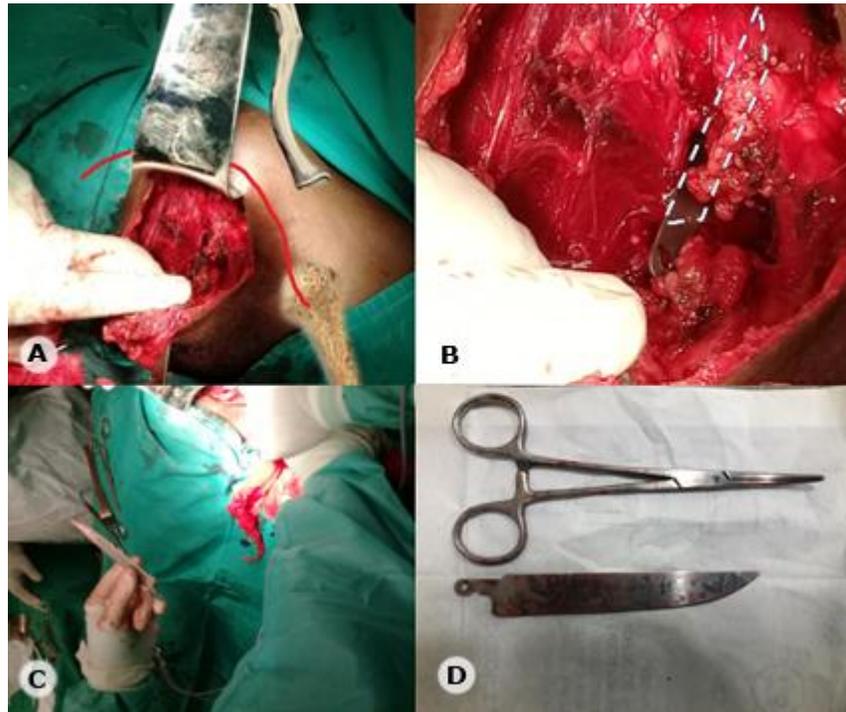


Fig. 2 - Secuencia quirúrgica, desde A hasta D. A: línea roja que delimita el borde del músculo pectoral mayor.

B: magnificación de la imagen inicial en la cual se observa el extremo más superficial, ya descubierto, del cuerpo extraño, antes de removerlo; está delimitado con líneas discontinuas el trayecto aproximado que sigue la parte no visible. C: cuerpo extraño en el momento de la extracción. D: pinza Kelly curva estándar de 12 cm, junto a la hoja del cuchillo.

COMENTARIOS

Los cuerpos extraños retenidos y que pasan inadvertidos son raros, porque un examen clínico bien realizado, combinado con los estudios radiográficos simples suelen develar su presencia en la mayoría de los casos. Sin embargo, existen regiones como la axila en que, por las características anatómicas del espacio, se dificulta su diagnóstico, sobre todo si no existe la sospecha.

En la revisión de la literatura no se encontró ningún caso de lesión por cuchillo, en que la hoja del arma quede retenida en el hueco axilar. Existen reportes de casos similares como el de un hombre de 20 años que sufrió un traumatismo abierto que le provocó un hemotórax. Al mes de egresado acude con signos



inflamatorios en la herida, debido a un cuerpo extraño retenido subscapular (la hoja del cuchillo).⁽²⁾ También hay un reporte de otro lesionado con características similares, pero el sitio de la herida es la región lateral del tórax.⁽⁷⁾ En ambos casos la herida de entrada del cuchillo estaba en el tórax.

Se recomienda realizar radiografía simple de tórax a todo paciente con traumatismo penetrante en los hombros, hasta el tercio proximal del brazo, además de examinar y explorar el trayecto de estas heridas antes de suturarlas.

Desde el punto de vista quirúrgico, es más aconsejable emplear la vía axilar para extraer el cuerpo extraño en este sitio, como quiera que es un abordaje más corriente para la cirugía de la axila y en el cual se tienen control total de las estructuras vitales, para preservarlas y repararlas, si estuvieran lesionadas. Esta es la vía recomendada en la literatura para la exploración de las lesiones en esta región.⁽⁶⁾

Los cuerpos extraños retenidos, que pasan inadvertidos son raros, sin embargo, existen regiones como la axila en que por las características anatómicas del espacio se dificulta su diagnóstico. En este caso coincidió una combinación poco usual de fenómenos, la actitud defensiva del lesionado y la dirección de la herida, que propiciaron quedara la hoja en el hueco axilar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gonzalez-Urquijo M, Zambrano-La M. Broken Knife Blade Completely Penetrating the Humerus: A Case Report and Literature Review. *Bull Emerg Trauma*. 2020; 8(3):202-04. DOI: 10.30476/BEAT.2020.85769
2. Apiliogullari B, Duzgun N, Kurtipek E, Esme H. Retained foreign body after chest stab wound. *BMJ case reports*. 2014; 2014. DOI: 10.1136/bcr-2014-203598
3. Sobnach S, Nicol A, Nathire H, Kahn D, Navsaria P. Management of the retained knife blade. *World journal of surgery*. 2010; 34(7):1648-52. DOI: 10.1007/s00268-010-0514-4
4. Kodadek LM, Leeper WR, Caplan JM, Molina C, Stevens KA, Colby GP. Retained transcranial knife blade with transection of the internal carotid artery treated by staged endovascular and surgical therapy: technical case report. *Neurosurgery*. 2015; 11(Suppl. 2): E372-5. DOI: 10.1227/NEU.0000000000000691

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>



5. Mouaffak Y, Elfadel B, Boutbaoucht M, El Adib AG, Younous S, Aderdour L, et al. A case of penetrating axillary trauma. *Revue de stomatologie et de chirurgie maxillo-faciale*. 2011; 112(6):369-71. DOI: 10.1016/j.stomax.2011.08.002
6. Herrera MA, Millan M, Del Valle AM, Betancourt-Cajiao M, Caicedo Y, Caicedo I, et al. Damage control of peripheral vascular trauma - Don't be afraid of axillary or popliteal fosses. *Colombia Med*. 2021; 52(2):e4074735. DOI: 10.25100/cm.v52i2.4805
7. Ndong A, Ba PO. Delayed diagnosis of foreign body in the chest wall after trauma: a case study. *The Pan African Medical Journal*. 2018; 31:242. DOI: 10.11604/pamj.2018.31.242.17622

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de interés.