



Figura 1 Evolución de niveles de ácido valproico tras hemo-perfusión con carbón activado (4 h). AV: ácido valproico.

fármaco de hasta unas 10h tras el uso de HP¹. En nuestro caso, la HP precoz con carbón activado resultó efectiva para disminuir con rapidez los niveles de AV. Sin embargo, se necesitan estudios adicionales en grupos más amplios de pacientes para validar la eficacia de esta técnica de depuración.

Con nuestro trabajo concluimos que la HP debe ser considerada en los casos de intoxicación aguda con AV en los que esté indicado el empleo de técnicas extracorpóreas.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Thanacoody RH. Extracorporeal elimination in acute valproic acid poisoning. *Clin Toxicol.* 2009;47:609-16.

2. Jung J, Eo E, Ahn KO. A case of hemoperfusion and l-carnitine management in valproic acid overdose. *Am J Emerg Med.* 2008;26:388.

3. Perrott J, Murphy NG, Zed PJ. L-carnitine for acute valproic acid overdose: A systematic review of published cases. *Ann Pharmacother.* 2010;44:1287-93.

4. Sztajnkrzyer MD. Valproic acid toxicity: Overview and management. *J Toxicol Clin Toxicol.* 2002;40:789-801.

5. Rupasinghe J, Jasinarachchi M. Progressive encephalopathy with cerebral oedema and infarctions associated with valproate and diazepam overdose. *J Clin Neurosci.* 2011;18:710-1.

6. Davison A, Milan A, Roberts N. The consequences of valproate overdose. *Clin Chem.* 2011;57:1233-7.

7. Lheureux PE, Hantson P. Carnitine in the treatment of valproic acid-induced toxicity. *Clin Toxicol.* 2009;47:101-11.

8. Raj M, Azzoni A. Valproate-induced hyperammonaemia. *J Clin Psychopharmacol.* 2002;22:631-3.

9. Kulak CA, Borba VZ, Bilezikian JP, Silvado CE, Paola L, Boguszewski CL. Bone mineral density and serum levels of 25 OH vitamin D in chronic users of antiepileptic drugs. *Arq Neuropsiquiatr.* 2004;62:940-8.

10. Spiller HA, Krenzelok EP, Klein-Schwartz W, Winter ML, Weber JA, Sollee DR, et al. Multicenter case series of valproic acid ingestion: Serum concentrations and toxicity. *J Toxicol Clin Toxicol.* 2000;38:755-60.

G.L. Sencion Martinez^{a,*}, K. Samillán^a, J.L. Espinosa^a, D. Rodriguez Puyol^a, P. Martinez Miguel^a y P. Villa^b

^a Servicio de Nefrología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid, España

^b Unidad de Cuidados intensivos, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Madrid, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: lissette.glori@hotmail.com (G.L. Sencion Martinez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.medin.2014.11.006>

Herida por arma blanca intracraneal transoral con invasión de la vía aérea



Trans-oral intracranial stab wound with airway invasion

Sr. Director:

Las heridas por arma blanca ocasionan un número considerable de heridos graves y muertes al año en nuestro país. No obstante, solo suponen el 0,4% de los traumatismos craneales, generando consecuencias devastadoras habitualmente hemorrágicas por su mecanismo lesional de baja velocidad¹.

Se expone un caso de un paciente de 29 años trasladado por ambulancia medicalizada tras agresión con fines homicidas. Presentaba una herida incisa que penetraba por el malar izquierdo (fig. 1) alojando un arma blanca de 15 cm en dicho territorio.

A la exploración se objetivó un nivel de conciencia correspondiente a Escala de Coma de Glasgow de 13, saturación periférica de oxígeno del 95%, presión arterial sistólica 100 mmHg y frecuencia cardiaca 120 lpm.

Tras comprobar condiciones de estabilidad hemodinámica se realizó un estudio radiológico (figs. 2 y 3) y se decidió intervención quirúrgica urgente por probable compromiso de la vía aérea basado en la trayectoria del arma.

A su llegada a quirófano se monitorizó de forma habitual no invasiva y se realizó una inducción anestésica con propofol, fentanilo y succinilcolina así como intubación orotraqueal sin incidencias. Se administraron profilaxis anti-biótica y antitétánica. Se extrajo el arma blanca, realizando una rigurosa hemostasia y suturas. Dado el probable edema de la vía aérea se decidió traslado a la unidad de cuidados intensivos intubado, con sedoanalgesia con midazolam y fentanilo y conectado a ventilación mecánica para extubación diferida.

El trauma grave es la sexta causa de muerte a nivel mundial². Excepto en áreas de conflicto, los traumas



Figura 1 Herida incisa malar izquierda donde se objetiva porción metálica del arma blanca de 15 cm clavada en el macizo facial (señalada con flecha).

penetrantes suponen menos del 15% de las muertes por traumatismos². Según The Global Burden of Disease Study en 2010² los accidentes de tráfico constituyeron la causa más frecuente, con un 29% de la carga global de enfermedad por



Figura 2 Imagen de tomografía axial computarizada (TAC) donde se muestra cuerpo extraño (cuchillo) que se introduce por región maxilar izquierda atravesando paladar duro y cavidad oral. Su punta provoca una subluxación de la articulación temporomandibular y lesión parafaríngea derecha con burbujas aéreas.



Figura 3 Reconstrucción de imagen de TAC donde se aprecia el arma blanca atravesando la cavidad oral.

traumatismos. Solo el 9,16% presentaban como etiología la violencia interpersonal².

La severidad de las lesiones intracraneales por arma blanca depende de la profundidad, trayectoria y localización¹, pudiendo conllevar a un desenlace fatal como consecuencia de eventos hemorrágicos, infecciones (cuando atraviesan mucosas fundamentalmente) y lesiones neurológicas^{3,4}. Se localizan con mayor frecuencia en el área periorbitaria y temporal^{1,3}, constituyendo estas, las de mayor riesgo por su proximidad a estructuras vitales cerebrales y correspondiendo habitualmente a pacientes psiquiátricos con intentos autolíticos¹.

Son más infrecuentes cuando presentan una naturaleza homicida. Ello puede afectar a cualquier área, como la vía aérea comprometiendo su permeabilidad por lesiones directas o por edema.

El manejo de esta entidad, así como en las heridas por arma de fuego⁵ implica a un amplio grupo de profesionales² como los intensivistas, anestesiólogos, cirujanos maxilofaciales, radiólogos y neurocirujanos con el objetivo de descartar lesiones de la vía aérea, grandes vasos y cerebrales. Muchos pacientes son trasladados con una función neurológica intacta que puede crear una falsa sensación de seguridad y confusión a los profesionales que se encargan de su atención previo al estudio radiológico⁴ presentando un deterioro neurológico horas después. El pronóstico está condicionado por la detección precoz de laceración de grandes vasos intracraneales con la consecuente hemorragia cerebral masiva y la lesión directa de estructuras encefálicas⁴.

Financiación

Dicho manuscrito carece de ningún tipo de financiación ni está sujeto a ningún tipo de ayuda económica.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Kim SW, Kim JH, Han ZA. Self-inflicted trans-oral intracranial stab wound. *Brain Inj.* 2013;27:1206–9.
2. Alberdi F, García I, Atutxa L, Zabarte M, Grupo de Trabajo de Trauma y Neurointensivismo de SEMICYUC. Epidemiología del Trauma Grave. *Med Intensiva.* 2014;38:580–8.
3. Deb S, Acosta J, Bridgeman A, Wang D, Kennedy S, Rhee P. Stab wounds to the head with intracranial penetration. *J Trauma.* 2000;48:1159–62.
4. Kennedy UM, Geary UM, Sheehy N. Intracranial stab wound: a case report. *Eur J Emerg Med.* 2007;14:72–4.
5. Cubells Romeral M, Temprano Gómez I, Ortuño F. Herida por arma de fuego. *Med Intensiva.* 2012;36:162.

R. Guerrero-Domínguez*, M.Á. Luengo-Pastor,
I. Jimeno-Puche y I. Jiménez

Anestesiología y Reanimación, Hospital de Rehabilitación y Traumatología Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rosanabixi7@hotmail.com
(R. Guerrero-Domínguez).