

Hematoma Retrofaríngeo Secundario a un Pequeño Trauma Contundente en el Cuello: Relato de Caso

Ahmet Can Senel¹, Abdul Kadir Gunduz²

Resumen: Senel AC, Gunduz AK – Hematoma Retrofaríngeo Secundario a Pequeño Trauma Contundente en el Cuello: Relato de Caso.

Justificativa y objetivos: El desarrollo del hematoma retrofaríngeo posterior al trauma contundente es un hecho raro. Sin embargo, una lesión que ocupa un espacio en esa área puede ser fatal, lo que exige una rápida evaluación y el tratamiento adecuado. Ese tipo de hematoma es clínicamente importante debido a la cercanía entre el espacio retrofaríngeo y la vía aérea superior. Cualquier hinchazón en ese espacio puede causar una protuberancia de la pared posterior de la faringe contra las vías aéreas y obstruirlas.

Relato de Caso: Paciente del sexo femenino, de 86 años, que se cayó de una altura de 1,5 m y se dio con la escalera en el cuello. Fue admitida en nuestro Departamento de Traumatología. Se realizaron la tomografía computadorizada y la radiografía de los tejidos suaves del cuello, lo que arrojó una gran masa retrofaríngea que se extendía desde la base del cráneo hasta el nivel de los pulmones. La paciente permaneció en observación y el tamaño del hematoma se redujo espontáneamente en los siete días posteriores; sin embargo, y debido a una infección pulmonar, la paciente falleció al décimo día. Ese relato nos muestra que el drenaje rápido del hematoma retrofaríngeo podría haber sido considerado en ese caso. Y aunque sea de una baja incidencia, el hematoma retrofaríngeo es un problema que puede ser encontrado en los servicios de emergencia.

Descriptor: COMPLICACIONES, Hematoma; Disnea; Heridas y lesiones; Obstrucción de las vías aéreas; INTUBACIÓN INTRATRAQUEAL.

©2012 Elsevier Editora Ltda. Reservados todos los derechos.

INTRODUCCIÓN

El desarrollo del hematoma retrofaríngeo después de un trauma contundente es una incidencia rara. Sin embargo, una lesión que ocupa el espacio en esa área puede ser fatal, lo que exige una rápida evaluación y el debido tratamiento. Existen 63 casos de hematoma retrofaríngeo relatados en la literatura inglesa desde 1966¹. La importancia clínica de esos hematomas se debe a la cercanía entre el espacio retrofaríngeo y las vías aéreas superiores. Cualquier hinchazón en ese espacio puede causar una protuberancia de la pared posterior de la faringe contra las vías aéreas y obstruirlas. La conducta debe priorizar la obtención y el mantenimiento de la permeabilidad de las vías aéreas del paciente. El diagnóstico tiene como base el examen clínico y los exámenes radiográficos. El tratamiento depende del tamaño del hematoma, como también del curso clínico del paciente. Relatamos un caso de un he-

matoma retrofaríngeo después de un pequeño trauma contundente en el cuello. Revisamos la literatura y discutimos los principios en el manejo y el tratamiento para esa condición.

RELATO DE CASO

Una paciente del sexo femenino de 86 años que se cayó de una altura de 1,5 m y se dio con la escalera en el cuello. Fue admitida en nuestro Departamento de Traumatología. Después de venir de un hospital secundario a donde había llegado primero con insuficiencia respiratoria, cianosis y agitación. Se realizó la intubación orotraqueal, que arrojó una gran dificultad a causa de la desviación y de la compresión de la faringe, como también de la compresión traqueal. Después de estabilizada, la paciente se derivó a nuestro Departamento de Traumatología. A su llegada, el examen físico arrojó signos vitales con presión arterial (PA) de 90/40 mm Hg; pulso de 95 lpm y frecuencia respiratoria de 24 respiraciones por minuto.

El cuello estaba hinchado y edematoso, principalmente en su lado izquierdo. La paciente fue sometida a la intubación orotraqueal, pero continuó agitada. No hubo otros hallazgos patológicos al examen físico. El resultado de la evaluación neurológica estaba normal y la Escala de Coma de Glasgow reveló la siguiente puntuación: apertura de los ojos (4); actividad motora (6) y respuesta verbal (1- entubada). La gasometría arterial mostró valores de pH: 7,447; PO₂: 140,9 mm Hg; pCO₂: 31,2 mm Hg; HCO₃: 21,1 mEq.L⁻¹. Los resultados del hemograma fueron el conteo de hemoglobina: 9,7; leucocitos: 25.000; trombocitos: 80.000 y hematocritos: 27,5. En el

Recibido del Departamento de Anestesiología y Cuidados Intensivos, Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine, Trabzon, Turquía.

1. Médico; Profesor Adjunto, Departamento de Anestesiología y Cuidados Intensivos, Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine, Trabzon, Turquía.

2. Médico; Profesor Adjunto, Unidad de Emergencia, Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine, Trabzon, Turquía.

Artículo sometido el 12 de abril de 2012.

Aprobado para su publicación el 12 de junio de 2012.

Correspondencia para:

Dr. Ahmet Can Senel

Karadeniz Technical University, Faculty of Medicine

Department of Anesthesiology and Critical Care 61080 Trabzon, Turquía.

E-mail: acsenel@gmail.com

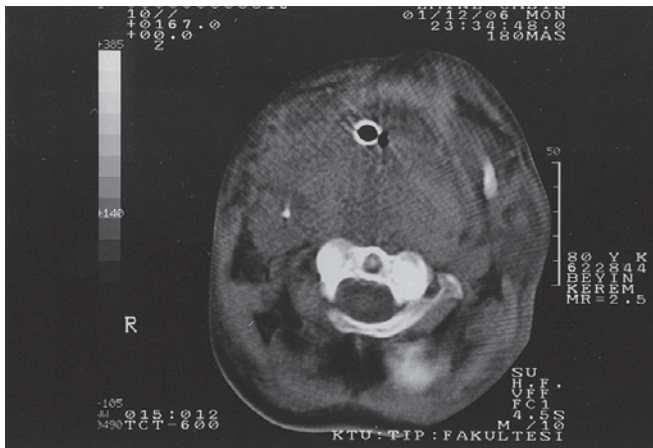


Figura 1 – Tomografía Computadorizada de la Paciente.

análisis bioquímico, el tiempo de protrombina (TP), el tiempo de tromboplastina parcial (TTP) y el tiempo de sangramiento estaban normales. La radiografía cervical arrojó una C4-C5 con una baja densidad. La tomografía computadorizada (TC) del cuello reveló que al nivel de C2 y en el borde anterior izquierdo de la tráquea, había un área hipodensa de 3 x 1,5 cm, desviación de la tráquea hacia la derecha y una cánula en su interior (Figura 1).

Se realizaron los exámenes otorrinolaringológicos y de cuidados intensivos. Con base en la PA y en la evaluación clínica de la paciente, los cirujanos otorrinolaringólogos y de la unidad de emergencia, decidieron mantener la paciente bajo observación en la unidad de cuidados intensivos. Se inició la inmovilización de la columna cervical con un collar rígido (collar Philadelphia), la administración de antibióticos (ceftriaxona 100 mg.kg⁻¹), fluidos intravenosos adecuados (total: 2.500, 1.000 mL de solución isotónica [SF], 500 mL de Ringer Lactato, 1.000 mL de dextrosa al 5%) y la sedación con infusión intravenosa de midazolam 0,1 mg.kg⁻¹.

No se registró ninguna excreción de material por la región de la faringe. El hematoma y el edema remitieron durante el acompañamiento. Al cuarto día de observación, la paciente fue sometida a una traqueotomía en la unidad de emergencia (UE) para evitar las complicaciones de la intubación traqueal. Al décimo día de observación, y pese a la administración intravenosa de antibióticos apropiados, la paciente falleció debido a una infección pulmonar y al fracaso multiorgánico.

DISCUSIÓN

El hematoma retrofaringeo, aunque sea extremadamente raro, es una complicación bastante conocida que puede ocurrir como consecuencia de un trauma cervical, cirugía de cuello, infecciones cervicales profundas, cuerpos extraños, traumatismos de grandes vasos o aneurisma de la carótida y adenoma hemorrágico de la paratiroides. Además, los movimientos bruscos del cuello y del cuerpo, causados por

la tos, el vómito o los ejercicios musculares también fueron relatados como causas². El hematoma retrofaringeo puede darse espontáneamente en los pacientes con trastornos hemorrágicos³. Tres casos fueron relatados en los pacientes medicados con anticoagulantes⁴.

La formación de hematoma en el espacio retrofaringeo es algo clínicamente importante a causa del riesgo en potencial de obstrucción de las vías aéreas. Anatómicamente, el espacio entre los cuerpos vertebrales y los músculos de la faringe, se divide en tres espacios potenciales (el retrofaringeo, el del peligro y el pre-vertebral) por tres capas de la fascia (la visceral, la alar y la pre-vertebral).

Nuestra paciente desarrolló un hematoma retrofaringeo después de caerse de una altura de 1,5 m y de darse con la escalera en el cuello. No hubo hallazgos traumáticos adicionales, como traumatismo craneal, torácico, abdominal y de las extremidades. La radiografía y la tomografía cervicales, no arrojaron ninguna luxación ni compresión.

El tratamiento de hematoma retrofaringeo, parecido con el de muchas patologías de la cabeza y el cuello, empieza con la protección y el mantenimiento de las vías aéreas libres de obstrucción. Muchos autores defienden la traqueotomía como siendo el procedimiento de elección para el mantenimiento de las vías aéreas. Algunos consideran el hematoma retrofaringeo como una contraindicación para la intubación endotraqueal debido a la posibilidad de perforar la masa retrofaringea por medio del procedimiento⁵.

Cuando la vía aérea esté garantizada, hay dos opciones disponibles: el drenaje o la observación. La exploración quirúrgica y la aspiración transoral fueron experimentadas, pero no arrojaron ninguna ventaja sobre el tratamiento conservador, aumentando el riesgo de infección¹. Algunos autores defienden la observación y prescriben el drenaje para los hematomas que no reabsorben. Esos autores mencionan relatos de muchos hematomas que disminuyeron durante un período de 2 a 3 semanas. Los pacientes con hematomas pequeños y sin expansión, pueden ser tratados de modo conservador con la inmovilización de la columna cervical³. Para los hematomas mayores, como también para aquellos que no remiten, el drenaje está indicado. Existen dos vías de drenaje descritas: la aspiración transoral y el drenaje externo. El drenaje quirúrgico es esencial para los hematomas grandes, especialmente para los que tienen una rápida expansión. En nuestro caso, no hubo problemas para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas de la paciente. Su cuadro general era bueno y el hematoma no presentó expansión. No había material excretado de esa área y el hematoma y el edema remitieron durante el acompañamiento; por tanto, no hubo necesidad de cirugía. El hematoma se redujo espontáneamente en los siete días posteriores. Sin embargo, la paciente falleció al décimo día debido a una infección pulmonar, a pesar de la administración intravenosa de antibióticos apropiados.

Un análisis sistemático de los artículos indexados desde 1977 se hizo con el interés de ofrecer un mejor fundamento a nuestro estudio. La búsqueda se efectuó con el uso de los siguientes términos: "hematoma" y "retrofaringeo" en las bases de datos Lilacs (Literatura Latinoamericana y del Caribe

en Ciencias de la Salud), Pubmed (U.S. *National Library of Medicine National Institutes of Health*) y Embase (Excerpta-Medica). De las 129 referencias encontradas solamente en el Pubmed, apenas 11 relatos de casos se referían al hematoma retrofaríngeo debido al traumatismo secundario (Tabla I).

Tabla I – Análisis de los Artículos Indexados Publicados desde 1977 referenciados a “Hematoma Retrofaríngeo Secundario a un Pequeño Trauma”

	“hematoma” y “retropharyngeal” en 129 referencias
Lilacs	No
Embase	No
Pubmed	11

El hematoma retrofaríngeo, aunque sea raramente encontrado, es un problema grave que puede ocurrir en una unidad de emergencia.

REFERENCIAS

1. Van Velde R, Sars PR, Olsman JG, Van De Hoeven H – Traumatic retropharyngeal haematoma treated by embolization of the thyrocervical trunk. *Eur J Emerg Med*, 2002;9:159-161.
2. Daniello NJ, Goldstein SI – Retropharyngeal hematoma secondary to minor blunts head and neck trauma. *Ear Nose Throat J*, 1994;73:41-43.
3. Mackenzie JW, Jellicoe JA – Acute upper airway obstruction. Spontaneous retropharyngeal haematoma in a patient with polycythaemia rubra vera. *Anaesthesia*, 1986;41:57-60.
4. Owens DE, Calcatessa TC, Aarstad RA – Retropharyngeal hematoma. A complication of therapy with anticoagulants. *Arch Otolaryngol*, 1975;101:565-568.
5. Senthuran S, Lim S, Gunning KE – Life-threatening airway obstruction caused by a retropharyngeal haematoma. *Anaesthesia*, 1999;54:674-678.