

Obstrucción de la vía aérea superior secundaria a edema faringolaríngeo por hematoma cervical

Sr. Director:

El desarrollo de insuficiencia respiratoria en relación con la canalización de la vena yugular interna es un hecho poco frecuente, especialmente la forma secundaria al edema en las vías respiratorias altas. Tras una búsqueda realizada en Pub-Med utilizando los términos “*respiratory insufficiency*”, “*jugular veins*” y “*catheterization*”, sólo hemos encontrado dos casos reportados^{1,2}. Recogemos aquí el caso de un paciente que desarrolló un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda con obstrucción de la vía aérea superior secundaria a un importante edema faríngeo y laríngeo tras la canalización de la vena yugular interna. Se trata de un paciente de 73 años de edad, con antecedentes de fibrilación auricular crónica -no recibía anticoagulación en ese momento-, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, hiperlipemia y diabetes mellitus, que ingresó en nuestro hospital por un cuadro de varios días de evolución de dolor y distensión abdominal, sospechándose una pseudoobstrucción intestinal. Con objeto de administrar nutrición parenteral se procedió a canalización de vena yugular interna derecha tras varios intentos infructuosos en la vena subclavia derecha. Tras uno de los intentos, se apreció un crecimiento abrupto laterocervical derecho en la zona de venopunción, secundario a extravasación de sangre, desarrollando minutos más tarde insuficiencia respiratoria aguda con aumento del trabajo respiratorio, cianosis y desaturación arterial. El paciente requirió de intubación orotraqueal (la cual se llevó a cabo de forma traumática, con colocación de un tubo orotraqueal n.º 7) y posterior conexión a ventilación mecánica. Al ingreso en nuestra Unidad de Cuidados Intensivos, el paciente se encontraba estable hemodinámicamente, sedado y adaptado a ventilación mecánica. Se apreciaban signos de venopunción infraclavicular y laterocervical derechas, así como hematoma laterocervical adyacente al triángulo del esternocleidomastoideo. Al intentar colocar una sonda nasogástrica se apreció un importante edema en faringe que englobaba pilares, pared posterior y úvula (fig. 1), que imposibilitaba el paso de la sonda. Bajo laringoscopia directa se objetivó cómo dicho edema afectaba hasta el área supraglótica. En el momento de la intubación orotraqueal se había apreciado mínimo edema.

Se inició tratamiento con corticosteroides (2 mg/kg/día) con objeto de disminuir el edema laríngeo, y a las 12 horas de su ingreso se apreciaba en la radiografía simple de tórax una desviación traqueal contralateral que no existía en la realizada al momento



Figura 1. Edema faríngeo que envuelve paladar y úvula.

del ingreso, razón por la cual se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) helicoidal cervical que mostró una disección de arteria carótida común derecha a nivel inferior y supraclavicular, con sangrado activo, existiendo un área de alta densidad en la encrucijada cervicotorácica derecha correspondiente a un hematoma que desplazaba esófago (figs. 2A y 2B). También se realizó una arteriografía que no mostró sangrado activo, manteniéndose actitud expectante y tratamiento con corticosteroides, pudiendo ser extubado sin incidencias a los 9 días de su ingreso.

La frecuencia de complicaciones asociadas a la canalización de la vena yugular interna es baja, oscilando entre un 0,1% y un 4,2%³. La más frecuente durante la canalización es la punción de la arteria carótida suponiendo hasta el 80%-90% de las mismas.

Cuando ocurre un hematoma cervical durante la canalización de la vena yugular interna hay que sospechar una punción arterial accidental, comúnmente de

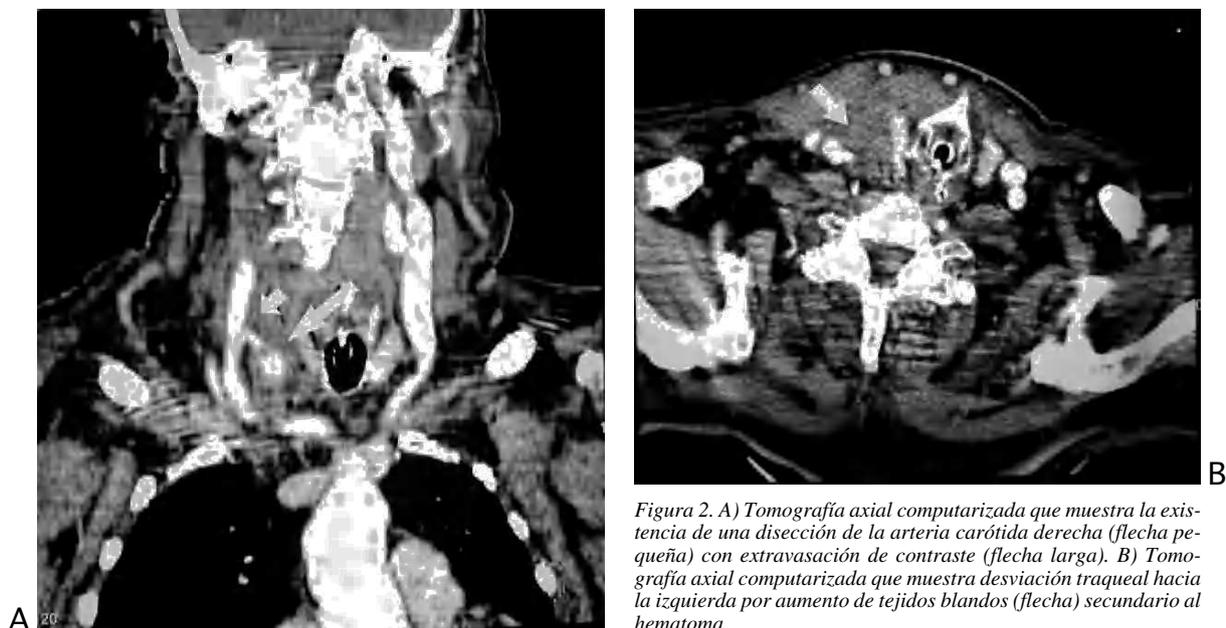


Figura 2. A) Tomografía axial computarizada que muestra la existencia de una disección de la arteria carótida derecha (flecha pequeña) con extravasación de contraste (flecha larga). B) Tomografía axial computarizada que muestra desviación traqueal hacia la izquierda por aumento de tejidos blandos (flecha) secundario al hematoma.

la arteria carótida. En ausencia de diátesis hemorrágica, las punciones arteriales suelen ser benignas y se tratan de forma conservadora mediante presión *in situ* durante 10 minutos. Pero, incluso en ausencia de trastornos de coagulación, puede llegar a formarse un hematoma de gran tamaño. La compresión directa de la tráquea por el hematoma puede ocasionar la obstrucción de la vía aérea, apareciendo insuficiencia respiratoria, aunque algunos autores afirman que la rigidez de la tráquea dificulta su compresión. En nuestro caso, el compromiso respiratorio ocurrió en relación al desarrollo de edema de vía respiratoria superior, hecho escasamente descrito, pudiéndose presuponer como hecho causal que el sangrado procedente de la carótida difundió por los tejidos paratraqueales causando obstrucción venosa y/o linfática en el cuello¹, comprometiendo el drenaje venoso y/o linfático de la laringe, desarrollando el edema laríngeo. Esta causa no había sido documentada como motivo de edema laríngeo hasta el grado de ocasionar parada respiratoria sin estridor laríngeo hasta el año 1990¹, pudiendo infraestimar el grado de edema faringolaríngeo el hematoma cervical⁴.

Con objeto de evitar este tipo de incidencias se han empleado técnicas como la ecografía que permite la perfecta localización de la vena yugular interna, la visualización de su trayecto, así como la profundidad a la que se encuentra, además de su posición con respecto a la arteria carótida correspondiente, pudiendo ayudar a la canulación de la vena y reducir el número

de complicaciones al disminuir la necesidad de múltiples punciones para localizar el acceso vascular⁵. Estas características convierten a la ecografía en una técnica recomendable en pacientes de alto riesgo: obesos, cuello corto, coagulopatías, canulaciones repetidas, etc.

A. CÓRDOBA LÓPEZ^a, J. MONTERRUBIO VILLAR^a,
I. BUENO ÁLVAREZ-ARENAS^b Y G. CORCHO SÁNCHEZ^a
^aUnidad de Cuidados Intensivos. Hospital Comarcal de Don Benito. Badajoz. España. ^bEspecialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Comarcal de Don Benito. Badajoz. España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Randalls B, Toomey PJ. Laryngeal oedema from a neck haematoma. *Anaesthesia* 1990;45:850-2
2. Lo WK, Chong JL. Neck haematoma and airway obstruction in a pre-eclamptic patient: a complication of internal jugular vein cannulation. *Anaesth Intensive Care* 1997;25:423-5.
3. Tyden H. Cannulation of the internal jugular vein: 500 cases. *Acta Anaesthesiol Scand* 1982;26:485-8
4. Carmichael FJ, McGuire GP, Wong DT, Crofts S, Sharma S, Montanera W. Computed tomographic analysis of airway dimensions after carotid endarterectomy. *Anesthesia and Analgesia* 1996;83:12-7.
5. Randolph AG, Cook DJ, Gonzalez CA, Pribble CG. Ultrasound guidance for placement of central venous catheters: a meta-analysis of the literature. *Crit Care Med* 1996;24:2053-58.