

Compromiso de la vía aérea en el postoperatorio de la endarterectomía carotídea. A propósito de un caso

M. F. Alvarez Refojo* - M. A. Casais Lezana* - A. Toral Pérez* -
E. Tovar Martín** - N. Herrero Martín***

Hospital «Juan Canalejo». La Coruña (España)

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente varón de 57 años de edad, diagnosticado de estenosis carotídea bilateral, en el que se realiza una endarterectomía sobre la carótida izquierda y posteriormente, con un intervalo de 12 días, igual técnica en la carótida derecha. En el curso del postoperatorio inmediato de esta segunda intervención presentó un hematoma en cuello que precisó vaciamiento y seguidamente desarrolló un edema de glotis que requirió la realización de una traqueotomía para el control de la vía aérea.

AUTHORS'S SUMMARY

We report a case of a fifty-seven year old man that was diagnosed a bilateral carotid disease and a carotid endarterectomy was practiced on him in the left carotid, and afterwards in a 12 day lapsus of time, the same was done in the right carotid. In the course of the immediate post-operative period, the patient presented a neck haematoma which required its removal and afterwards he developed a glottis oedema which called for the realisation of a tracheotomy in order to control the airway.

Introducción

La hemorragia postoperatoria tras una endarterectomía carotídea que conduce a un hematoma significativo es una complicación rara pero potencialmente mortal (1), ya que un gran hematoma puede causar obs-

trucción de la vía aérea y una seria dificultad respiratoria.

La incidencia de esta complicación es relativamente baja, de 1,4 al 3 %. A pesar de que la evacuación urgente puede ser en muchos casos necesaria para salvar la vida del paciente, pueden existir grandes dificultades para el manejo de la vía aérea, incluso con resultados fatales, tras la administración de anestesia general para la reexploración

del hematoma (2), de modo que si el estado respiratorio del enfermo y el hematoma son estables, no debe efectuarse ningún intento de intubación hasta que el equipo quirúrgico esté preparado para operar; aunque si la respiración está afectada o la hemorragia es profunda, puede ser necesaria la intubación nasotraqueal o traqueotomía de urgencia para salvar al paciente (3).

Se describe el caso de un paciente que sufrió hematoma en cuello y compromiso de la vía aérea en el postoperatorio inmediato de una endarterectomía carotídea derecha.

Caso clínico

Varón de 57 años, entre cuyos antecedentes patológicos destacaban: hipertensión arterial mal controlada con fármacos, síndrome de Leriche, así como una historia de un año de evolución de episodios isquémicos transitorios y un AVC en hemisferio izquierdo con hemiparesia derecha residual, a partir de lo cual y tras las pruebas pertinentes fue diagnosticado de estenosis carotídea bilateral, siendo programado para endarterectomía carotídea bilateral en dos tiempos.

Se realizó en un primer lugar la endarterectomía carotídea izquierda y a los 12 días la derecha. En ambas intervenciones fue utilizando un «shunt» intraluminal y heparina intravenosa (100 unidades por Kg de peso) cuyo efecto fue posteriormente

* Médico Adjunto de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor.

** Jefe de Servicio de Cirugía Vascular.

*** Jefe de Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapia del Dolor.

revertido con sulfato de protamina. Previamente y tras la intervención, el paciente recibió antiagregantes plaquetarios, pero en ninguna de las dos intervenciones se utilizaron dextranos ni se dejaron drenajes. Durante la segunda intervención se utilizó una perfusión de nitroglicerina para mantener un estricto control de la TA, que se mantuvo en torno a 100 mm de Hg. La extubación y el despertar transcurrieron sin incidencias y el paciente fue trasladado a la Unidad de Reanimación para continuar el tratamiento postoperatorio.

Aproximadamente a los 30 minutos de su llegada a la Unidad se evidenció la presencia de un episodio de HTA (240/100 mm de Hg) que se controló farmacológicamente con dificultad, así como el inicio de un hematoma en el lugar de la incisión. Seguidamente el paciente comenzó con un estridor respiratorio por lo que se decidió la reexploración quirúrgica del lado derecho del cuello, para lo cual el paciente fue trasladado al Quirófano de Urgencias.

Tras preoxigenar al paciente, se procedió a realizar una inducción anestésica convencional y, dado que la ventilación manual presentaba dificultad, se procedió inmediatamente a la laringoscopia directa de la vía aérea superior, apreciándose una mucosa supraglótica edematosa que impedía la correcta visualización de las cuerdas vocales, a pesar de lo cual pudo insertarse un tubo endotraqueal de 7 mm de diámetro interno. Al abrir la incisión cervical se objetivó un hematoma de pequeño tamaño, que fue evacuado, apreciándose una boquilla arterial sangrante que fue coagulada, comprobándose que no existía ningún otro punto sangrante, por lo que se procedió al cierre por planos, dejando un redón como drenaje. No se objetivó en ningún momento hipoxia ni alteraciones del ritmo cardíaco.

El paciente fue trasladado de nuevo a la Unidad de Reanimación, in-

tubado y en ventilación espontánea, donde es extubado a las 7 horas por no tolerar el tubo orotraqueal. Al persistir el hematoma cervical, así como el estridor con compromiso de la vía aérea se decide realizar una traqueotomía. Después de producirse la resolución del cuadro que condujo a ella, se cierra la traqueotomía a los 16 días de evolución.

El paciente no sufrió ningún tipo de secuela neurológica ni cardíaca, por lo que fue dado de alta, siendo controlado en la actualidad por el Servicio de Cirugía Vascular.

Discusión

Bukht y cols. (4) describen un caso de obstrucción severa de la vía aérea atribuido a hematoma tras una endarterectomía carotídea. Los autores sugirieron que la obstrucción era debida a una compresión laringotraqueal directa por el hematoma. **Bexton** y **Radford** (5) refieren el caso de un paciente con obstrucción respiratoria tras tiroidectomía, e indican como etiología edema laríngeo y faríngeo, más que compresión directa del hematoma. **Hare** (6) sugiere que el mecanismo de la obstrucción respiratoria puede ser debido a un edema de la submucosa secundario a congestión linfática y venosa producida por el hematoma; cree improbable que una tráquea rígida pueda ser comprimida por un hematoma hasta el punto de comprometer la respiración. **O'Sullivan** y cols. (2) remarcan el hecho de que en todos los pacientes con sangrado del cuello el grado de edema orofaríngeo interno siempre es mayor que el esperado por la apariencia externa; incluso en dos pacientes encontraron dificultad para ver la laringe en ausencia de estridor o dificultad respiratoria.

Por lo tanto nos podemos encontrar con un hematoma solamente, con una combinación de hematoma y edema laríngeo o faríngeo o bien

con la presencia únicamente de edema de la mucosa.

En cuanto a la etiología del sangrado, no siempre se encuentra un punto de hemorragia. **O'Sullivan** (2) refiere que en los pacientes que desarrollaban HTA perioperatoria presentaban múltiples puntos pequeños que rezumaban sangre. **Kukel** (1) en su serie sólo encontró un punto claro de sangrado en un 20 % de los casos. Quizás la administración combinada de antiagregantes plaquetarios y dextranos perioperatoriamente pueden predisponer a la formación de un hematoma por alteración de la función plaquetaria. En este caso es preciso realizar una cuidadosa hemostasia.

La HTA postoperatoria también puede contribuir al sangrado de la línea de sutura (2, 7), por lo que debe ser tratada enérgicamente.

En los casos en los que hay un rezumamiento difuso están indicados los drenajes, así como el uso de agentes hemostáticos tópicos y la reversión del efecto heparínico con sulfato de protamina.

Para la evacuación del hematoma suele ser suficiente la infiltración con anestesia local (2), aunque si existe gran hematoma ésta puede ser impracticable, requiriendo entonces anestesia general, con la consiguiente dificultad para el manejo de la vía aérea y riesgo para la vida del enfermo (1).

Nuestro paciente presentó un pequeño hematoma, con un punto de sangrado claro, al que pudo contribuir la HTA que apareció en el postoperatorio, pero con una gran dificultad respiratoria, probablemente secundaria al gran edema de la mucosa supraglótica.

Así, pues, una meticulosa técnica quirúrgica en lo que se refiere a la hemostasia, un control estricto de la HTA postoperatoria, así como un drenaje de la herida, pueden contribuir a reducir la incidencia de hematoma postoperatorio.

En nuestro caso, debido a la dificultad respiratoria que presentó el paciente, urgía el control rápido de la vía aérea, por lo que nos decidimos por la anestesia general; sin embargo, y siempre que sea posible, se debe obviar en estas circunstancias, siendo de elección el uso de anestésicos locales.

BIBLIOGRAFIA

1. KUNKEL, J. M.; GOMEZ, E. R.; SPEBOR, M. J.; DELGADO, R. J.; JARSTLER, B. S.; COLLINS, G. J.: Wound hematomas after Carotid Endarterectomy. «Am. J. Surg.», 148 (6): 844-847, 1984.
 2. O'SULLIVAN, J. C.; WELLS, D. G.; WELLS, G. R.: Difficult airway management with neck swelling after carotid endarterectomy. «Anaesth. Intensive Care», 14 (4): 460-464, 1986.
 3. HALLET, J. W.; BRESWTER, D. C.: «Cuidados del paciente en Cirugía Vascular». Ed. Salvat (Barcelona), 144, 1985.
 4. BUKHT, D.; LANGFORD, R. M.: Airway obstruction after surgery in the neck. «Anaesthesia», 38 (4): 389-390, 1983.
 5. BEXTON, M. D. R.; RADFORD, R.: An unusual case of respiratory obstruction after thyroidectomy. «Anaesthesia», 37: 596, 1982.
 6. HARE, R.: Respiratory obstruction after thyroidectomy. «Anaesthesia», 37: 1136, 1982.
 7. RAINER, W. G.; GUILLEN, J.; BLOOMGUIST, C. D., et. al.: Carotid artery surgery. «Am. J. Surg.», 116: 678-681, 1968.
-