

Hematoma retrofaríngeo: a propósito de un caso

Dres. Christian Daniel Yic*, Marcelo Héctor Pereyra Borzomit,
Julio César Pontet†, Mario Cancela§

Resumen

El hematoma retrofaríngeo de causa traumática es una entidad clínica muy poco frecuente. Por la proximidad con la vía aérea superior y por tratarse de una lesión ocupante de espacio a nivel de los planos profundos del cuello, la misma puede producir la rápida instalación de una insuficiencia respiratoria aguda de tipo obstructivo.

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino, de 72 años, que sufre un siniestro de tránsito, moto contra moto, como conductor sin casco. Es asistido en la vía pública por unidad de emergencia móvil prehospitalaria (UEMPH), que constata: traumatismo encéfalo-craneano (TEC) sin pérdida de conocimiento. Se otorga el alta a domicilio desde el lugar del accidente. Reconsulta en domicilio por cuadro de dificultad respiratoria de rápida instalación y edema de cuello. Valorado nuevamente por UEMPH en domicilio, se constata: polipnea, estridor, disfonía. Se realiza traslado en ambulancia a emergencia del Hospital de Clínicas donde se realiza intubación orotraqueal (IOT), asistencia respiratoria mecánica (ARM) y con diagnóstico tomográfico de hematoma retrofaríngeo ingresa a la unidad de cuidados intensivos (UCI). En la evolución se realizó traqueostomía quirúrgica (TQT) y tratamiento conservador con buena evolución. El hematoma retrofaríngeo traumático es una entidad poco frecuente de gravedad potencial o real que debe conocerse para no demorar su diagnóstico. Una vez que la vía aérea se encuentra asegurada, se presentan dos opciones: drenaje del hematoma u observación clínica. La opción quirúrgica no ha mostrado ventajas respecto al tratamiento conservador.

Palabras clave: HEMATOMA-complicaciones
OBSTRUCCIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS
TRAUMATISMOS DEL CUELLO

Keywords: HEMATOMA-complications
AIRWAY OBSTRUCTION
NECK INJURIES

* Médico Intensivista. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

† Postgrado de Medicina Intensiva. Hospital de Clínicas. Montevideo. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

‡ Médico Intensivista. Ex Profesor Adjunto de Medicina Intensiva y Fisiología. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

§ Médico Intensivista. Ex Profesor de la Cátedra de Medicina Intensiva. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Uruguay.

Correspondencia: Dr. Christian Yic. Canelones 1821/201, Montevideo, Uruguay.

Correo electrónico: docyic@hotmail.com

Recibido: 26/5/14

Aprobado: 22/9/14

Introducción

El hematoma retrofaríngeo de origen traumático es una entidad clínica muy poco frecuente^(1,2).

Por tratarse de una lesión ocupante de espacio y rápidamente expansiva puede ser fatal si no se llega rápidamente a un diagnóstico y se implementan medidas inmediatas para mantener permeable la vía aérea.

La importancia clínica de estos hematomas se debe a la proximidad del espacio retrofaríngeo con la vía aérea superior. Un hematoma a dicho nivel puede protruir la pared posterior de la faringe y del esófago en sentido anterior, comprimiendo la vía aérea superior y produciendo la rápida instalación de una insuficiencia respiratoria aguda de tipo obstructivo.

La conducta médica inicial debe ser mantener la permeabilidad de la vía aérea del paciente.

El diagnóstico de esta entidad tiene como base el examen físico y los estudios imagenológicos.

En cuanto al tratamiento, este depende del tamaño del hematoma y de la evolución clínica que presente el paciente, pudiendo requerir cirugía evacuadora o simplemente conducta expectante en estrecho seguimiento clínico hasta su reabsorción⁽¹⁾.

Expondremos el caso clínico de un hematoma retrofaríngeo traumático. Se discutirán el manejo clínico inicial y el tratamiento de esta entidad en la UCI del Hospital de Clínicas.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino de 72 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial severa, tabaquista intenso y cardiopatía isquémica, la cual requirió cirugía de revascularización miocárdica en el año 1999 con colocación de cinco bypass coronarios.

Sufre un siniestro de tránsito como conductor de moto contra moto, sin casco. Asistido en vía pública por UEMPH, se constata TEC sin pérdida de conocimiento, con máximo impacto a nivel de arcada superciliar izquierda, presentando a dicho nivel herida cortante en piel, la que se sutura en el lugar, otorgándose el alta médica.

El paciente reconsulta en su domicilio a los 50 minutos del incidente por cuadro de dificultad respiratoria de rápida instalación y aumento de volumen del cuello.

Visto nuevamente por UEMPH en domicilio, se constata paciente con polipnea, estridor y disfonía. Se realiza hidrocortisona intravenosa y adrenalina nebulizada, procediéndose al traslado a emergencia del Hospital de Clínicas.

En dicho centro se constata aumento del trabajo respiratorio, polipnea y estridor, por lo que se procede a realizar intubación orotraqueal (IOT) con sonda N° 6.5,

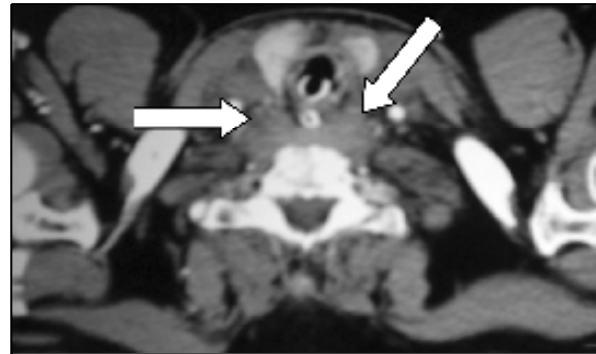


Figura 1. Tomografía computada de cuello. Se observa colección espontáneamente hiperdensa desde la orofaringe hasta el mediastino posterior.

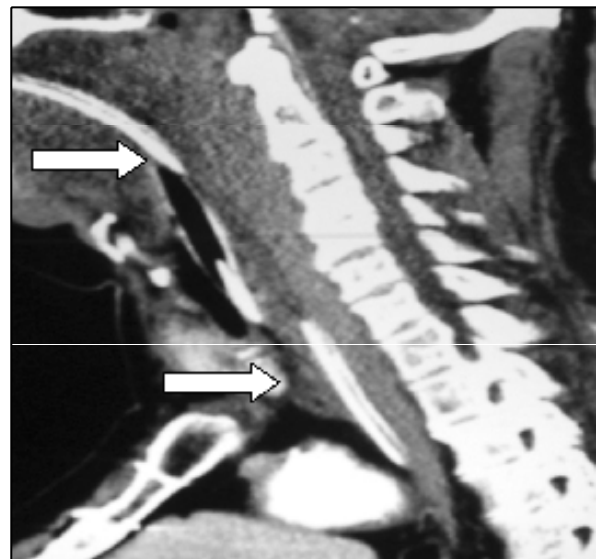


Figura 2. Tomografía computada de cuello. Se observa colección espontáneamente hiperdensa desde la orofaringe hasta el mediastino posterior.

sin incidentes. Durante el procedimiento se visualiza glotis levemente edematizada. Se conecta a asistencia respiratoria mecánica (ARM).

Se realiza tomografía computada (TC) que informa (figuras 1 y 2): en cuello eje visceral del cuello bien centrado. A nivel prevertebral se observa colección espontáneamente hiperdensa desde la orofaringe hasta el mediastino posterior compatible con hematoma. No neumomediastino ni enfisema subcutáneo. Vasos mediastinales y troncos supraaórticos permeables y de calibre habitual. No se observa flat intimal. En cráneo, sin alteraciones de la densidad del parénquima, estructuras de la línea media bien centradas. Resto normal.

Posteriormente es valorado por otorrinolaringólogo (ORL) de guardia, quien informa: hematoma que determina oclusión de la rino y orofaringe. Se visualiza en la



Figura 3. Arteriografía. Disección de arteria lingual izquierda, estasis de flujo con doble luz.

TC desplazamiento de la vía aérea a nivel laríngeo y traqueal en sentido anterior. Sin soluciones de continuidad. Se plantea conducta expectante del punto de vista ORL. Ingresa a la UCI.

Se realiza arteriografía que informa: disección de arteria lingual izquierda, estasis de flujo con doble luz. Se procede a realizar cateterización supraseductiva de la arteria para aponer la luz falsa, lo que se logra mediante un microcatéter, quedando la arteria con mejor flujo (figura 3).

De la evolución en UCI se destaca ecocardiograma transtorácico que informa: fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) conservada con disfunción diastólica leve a moderada.

Al día tercero de su evolución es revalorado por ORL, que constata leve desplazamiento del eje visceral. Dada la buena evolución y no habiendo contraindicaciones para la extubación, la misma se realiza de coordinación al cuarto día, bajo fibrobroncoscopia, previa prueba de tubo en T, sin incidentes, con buena evolución en las primeras horas posexubación.

A los cinco días del ingreso nuevo episodio de estridor laríngeo e insuficiencia respiratoria con obstrucción de la vía aérea alta que obliga a IOT/ARM, no constatándose durante la intubación edema a nivel de glotis.

Durante su evolución, sufre episodio de autoextubación, comenzando posteriormente con estridor, el que mejora rápidamente con adrenalina nebulizada e hidrocortisona intravenosa. Se mantiene conducta expectante con buena tolerancia con máscara de bajo flujo (MBF), sin trabajo respiratorio.

En los días siguientes mala evolución, se procede nuevamente a IOT/ARM por hipodinamia y depresión de conciencia. Valorado por ORL, se realiza TQT quirúrgica, colocándose cánula con manguito N° 10, sin incidentes. Se coloca en modo presión de soporte (PSI) + presión positiva al final de la espiración (PEEP) con buena tolerancia clínico gasométrica.

Al día 28 de su estadía en UCI se coloca cánula fonatoria sin incidentes, siendo trasladado dos días después a la unidad de cuidados intermedios, con buena evolución, otorgándose el alta a domicilio a los 37 días del ingreso.

Discusión

El hematoma retrofaríngeo es una entidad extremadamente poco frecuente que puede ocurrir como consecuencia del trauma cervical, cirugía, infecciones de los planos profundos cervicales, aneurisma de carótida y adenoma hemorrágico de paratiroides. También existe referencia de algunos casos cuyo origen son por movimientos bruscos del cuello o del cuerpo causados por tos, vómitos o ejercicios musculares⁽¹⁾.

Puede darse, además, espontáneamente en los pacientes con trastornos hemorrágicos⁽³⁾.

La formación de un hematoma en el espacio retrofaríngeo tiene relevancia clínica dado su potencial para obstruir rápidamente la vía aérea superior⁽¹⁾.

Anatómicamente el espacio retrofaríngeo está conformado por tres espacios virtuales: el espacio retrovisceral, el espacio peligroso y el espacio prevertebral⁽⁴⁾.

El espacio retrovisceral está presente a nivel de la línea media, y está situado entre la capa posterior o visceral de la fascia cervical media y la lámina alar. Su extensión va desde la base de cráneo hasta el nivel de la bifurcación traqueal, punto en el que la lámina alar y la fascia bucofaríngea se fusionan⁽⁴⁾.

El espacio peligroso se encuentra delimitado por las dos láminas de la capa profunda de la fascia cervical profunda. Se extiende desde la base de cráneo hasta el mediastino posterior, por lo que se entiende la gravedad de su afectación en las infecciones cervicales profundas⁽⁴⁾.

El espacio prevertebral está delimitado anteriormente por la lámina prevertebral de la capa profunda de la fascia cervical profunda, y posteriormente por la columna vertebral y el ligamento longitudinal anterior⁽⁴⁾.

El espacio retrovisceral contiene tejido celular laxo, algunos vasos y nódulos linfáticos retrofaríngeos⁽²⁾. Los vasos son ramas de la arteria faríngea ascendente y venas tributarias del plexo venoso faríngeo⁽⁵⁾. Por este motivo se encuentra justificada la realización de una arteriografía de vasos de cuello.

La clínica está dada por la ocurrencia de disnea de rápida instalación, estridor, tiraje alto, polipnea, disfonía, aumento del tamaño del cuello, hematomas subcutáneos en cara anterior de cuello y tórax superior^(2,6-8).

Nuestro paciente desarrolló un hematoma retrofaríngeo por accidente de tránsito como conductor de moto contra moto, sin casco, con impacto a nivel de la arcada superciliar izquierda, sin traumatismos en otros territorios, instalando en la primera hora del accidente difícil-

tad respiratoria dada por polipnea y estridor. La TC de cuello y tórax evidencia la presencia de una colección espontáneamente hiperdensa a nivel prevertebral que abarca desde la orofaringe hasta el mediastino posterior compatible con un hematoma.

El tratamiento del hematoma retrofaríngeo comienza con la protección de la vía aérea, manteniéndola libre de obstrucción^(1,2,7,9).

Una vez que la vía aérea se encuentra asegurada, se presentan dos opciones: drenaje del hematoma u observación clínica.

El drenaje quirúrgico se realiza accediendo al hematoma por dos vías:

1. En forma transoral a la pared posterior de la faringe a través de la cual se aspira el hematoma.
2. En forma externa a través de la pared lateral del cuello.

Estos procedimientos no han mostrado ninguna ventaja respecto al tratamiento conservador, aumentando el riesgo de infección.

Algunos autores defienden la observación y solo prescriben el drenaje para aquellos hematomas que no se reabsorben en un periodo mayor a dos o tres semanas.

Los pacientes con hematomas pequeños y sin expresión clínica pueden ser tratados en forma conservadora con inmovilización de la columna cervical.

Para los hematomas mayores, como para aquellos que no se reabsorben espontáneamente, estaría indicado el drenaje del mismo.

El drenaje quirúrgico resulta esencial para hematomas grandes, principalmente en aquellos en los cuales existe una rápida expansión⁽¹⁾.

Abstract

Retropharyngeal edema caused by trauma is a rather unusual clinical entity. Given its close proximity to the upper airway and being a lesion that occupies space in the deep planes of the neck it may result in a fast installation of acute respiratory distress.

The study presents the case of a male patient of 72 years old who suffered a car accident, where two motorbikes took part, and he was not wearing a helmet. He was seen in the site by the mobile emergency services who found: traumatic brain injury (TBI) with no unconsciousness. He was released to go home. The patient consulted again from his domicile for difficulties in breathing of rapid installation and neck swelling. He was assessed by emergency services in his domicile which found: polypnea, stridor and dysphonia. He was sent to the Emergency Unit at the Clinicas University Hospital in an ambulance where orotracheal intubation was performed, he received mechanical ventilation. The scan

diagnosis was retropharyngeal edema and he was admitted in the ICU. Upon evolution a surgical tracheostomy was performed and a conservative treatment resulted in a favorable evolution. Traumatic retropharyngeal edema is rather an unusual condition with a potential or real severity that needs to be known to avoid delaying diagnosis. Once the airway is ensured two options are possible: draining the area or clinical observation. The surgical option has evidenced no advantages when compared to a conservative treatment.

Resumo

O hematoma retrofaríngeo de origem traumática é uma entidade clínica muito pouco frequente. Por sua proximidade com a via aérea superior e por ser uma lesão que ocupa espaço na área dos planos profundos do pescoço, pode produzir rapidamente uma insuficiência respiratória aguda de tipo obstrutivo.

Apresentamos o caso de um paciente de sexo masculino, de 72 anos, que teve um acidente de trânsito, motocicleta contra motocicleta, no qual era condutor e estava sem capacete. Foi atendido na via pública por uma unidade de emergência móvel pré-hospitalar (UEMPH), que constatou: traumatismo cranioencefálico (TCE) sem perda de consciência. No lugar do acidente recebeu alta. Consultou novamente no domicílio por quadro de dificuldade respiratória de instalação rápida e edema de pescoço. Avaliado novamente por uma UEMPH no domicílio, foi constatada: polipneia, estridor, disfonia. Foi transferido em uma ambulância ao pronto-socorro do Hospital das Clínicas aonde foi submetido a intubação orotraqueal (IOT), assistência respiratória mecânica (ARM); com diagnóstico tomográfico de hematoma retrofaríngeo foi internado na unidade de cuidados intensivos (UCI). Foram realizados uma traqueostomia cirúrgica (TQTc) e tratamento conservador com boa evolução. O hematoma retrofaríngeo traumático é uma entidade pouco frequente, com gravidade potencial ou real e que deve ser conhecido para evitar demora no seu diagnóstico. Quando a via aérea estiver assegurada, existem duas opções: drenagem do hematoma ou observação clínica. A alternativa cirúrgica não tem apresentado vantagens com relação ao tratamento conservador.

Bibliografía

1. **Senel AC, Gunduz AK.** Hematoma retrofaríngeo secundário a pequeno trauma contuso no pescoço: relato de caso. Rev Bras Anestesiol 2012; 62(5):731-5.
2. **Williams SR.** Airway management for a retropharyngeal hematoma. J Emerg Med 1995; 13(2):243-4.
3. **Mackenzie JW, Jellicoe JA.** Acute upper airway obstruction. Spontaneous retropharyngeal haematoma in a patient

- with polycythaemia rubra vera. *Anaesthesia* 1986; 41(1):57-60.
4. **Suárez C, Gil-Garcedo LM, Marco J, Medina JE, Ortega P, Trinidad J.** Tratado de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. 2 ed. Madrid: Médica Panamericana, 2008:2821-32.
 5. **Rouvière H, Delmas A.** Anatomía humana: descriptiva, topográfica y funcional. 10 ed. Barcelona: Masson, 1999:472-510.
 6. **Martí Gomar L, Jiménez MG, Garcerán RM.** Spontaneous retropharyngeal haematoma. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2012; 63(1):77-8.
 7. **Lin JY, Wang CH, Huang TW.** Traumatic retropharyngeal hematoma: case report. *Auris Nasus Larynx* 2007; 34(3):423-5.
 8. **Mitchell RO, Heniford BT.** Traumatic retropharyngeal hematoma—a cause of acute airway obstruction. *J Emerg Med* 1995; 13(2):165-7.
 9. **Clifton R, Zahur S, Nicolai P.** A case of traumatic retropharyngeal haematoma. *Inj Extra* 2005; 36(4):84-6.