

Necrosis de úvula tras anestesia general

Uvula necrosis after general anesthesia

RESUMEN

La necrosis de úvula es una complicación poco frecuente que puede aparecer después de una intubación orotraqueal o gastroscopia. Presentamos un caso de una mujer de 38 años que se sometió a cirugía de ligadura de trompas bajo anestesia general e intubación traqueal. Tras la intervención la paciente refirió odinofagia. Tras ser dada de alta, la paciente acude a urgencias 48 horas después refiriendo odinofagia, disfagia y sensación de cuerpo extraño. Al examen visual de la orofaringe se observa la base de la úvula eritematosa e inflamada con necrosis de la punta de la misma. Recibió tratamiento conservador y tuvo una resolución espontánea en 10 días. La lesión y necrosis de la úvula se cree que puede ser como consecuencia de la compresión de la úvula contra el paladar duro o faringe posterior. La revisión de otros casos muestra una clínica y evolución similar a nuestro caso. El manejo conservador tiene buen pronóstico clínico.

PALABRAS CLAVE:

Cirugía ginecológica, necrosis úvula, orofaringe.

SUMMARY

Uvula necrosis is an uncommon complication that may occur after orotracheal intubation or gastroscopy. We present a case of a 38-year-old woman who was operated on tubal ligation surgery with general anesthesia and tracheal intubation. After the patient's intervention, he reported odynophagia. After being discharged, the patient comes to the emergency room 48 hours after the odynophagia referring, dysphagia and sensation of foreign body. Visual examination of the oropharynx reveals a erythematous and inflammation uvula with necrosis of the tip. She received conservative treatment and had a spontaneous resolution in 10 days. Injury and necrosis of the uvula is believed to be a consequence of compression of the uvula against the hard palate or posterior pharynx. The review of other cases shows a clinical and similar evolution to our case. Conservative management has a good clinical prognosis.

KEY WORDS:

Gynecological surgery, necrosis uvula, oropharynx.

Introducción

Tras una intubación orotraqueal, el dolor de garganta suele tener una incidencia estimada nada desdeñable que ronda el 40%¹. Existen otras complicaciones más graves y frecuentes relacionadas con la intubación orotraqueal como la aspiración del contenido gástrico o el daño en dientes o mucosas. La necrosis de úvula es una complicación rara descrita después de una intubación orotraqueal o gastroscopia. A continuación presentamos un caso de necrosis de úvula en paciente joven que se somete a una cirugía ginecológica bajo anestesia general e intubación orotraqueal.

Caso Clínico

Mujer de 38 años que se somete a cirugía ginecológica para ligadura de trompas. Como historial médico sólo destaca que es fumadora de medio paquete al día y que cuenta con antecedentes de asma leve pero sin medicación habitual. Las únicas intervenciones que ha tenido han sido la exéresis de un ganglión en la muñeca, que se realizó bajo anestesia local y una anestesia general para la extracción de una muela sin contar con complicaciones anestésicas al respecto.

Tras la inducción intravenosa con propofol y rocuronio, se procede a la intubación revelando una laringoscopia Cormack-Lehane de 2. Se intuba al primer intento, sin complicaciones, con un tubo orotraqueal de 7,5 mm. El procedimiento quirúrgico se realiza de forma laparoscópica, dura 70 minutos y la posición del paciente es en tredelemburg. Para el despertar, se procede a aspirar secreciones de la orofaringe con sonda de Yankauer y se extuba. Durante la extubación la paciente hace un laringospasmo, que se soluciona aportando una ligera presión a la vía aérea. Tras ver estabilidad clínica, se decide traslado a la reanimación. Se infunden alrededor de 600 ml de cristaloides y la cirugía se realiza sin otras incidencias perioperatorias anestésicas ni quirúrgicas.

En reanimación la paciente refiere odinofagia, que se relaciona a la extubación y se propone analgesia con antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). Tras ser dada de alta, acude a urgencias con sensación de cuerpo extraño y dificultad para tragar. La paciente se encuentra estable, sin fiebre ni otros síntomas de infección. El abdomen es blando sin defensa.

Al examen de la orofaringe se observa una úvula inflamada, eritematosa con tejido necrosado en la punta de



Figura 1: Úvula inflamada, eritematosa con tejido necrosado en la punta.

la úvula. Se ve perfectamente limitado el tejido necrótico (Fig. 1). No se observa hematoma de mucosas, exudado ni pus. No se observan linfadenopatías. En urgencias se decide avisar al especialista de ORL, que le pauta corticoides y AINEs. No se prescribieron antibióticos. El paciente fue dado de alta y se citó en consultas a los 5 días. En consultas de ORL se le explicó a la paciente que el problema era autolimitado y que sus síntomas se resolverían en unos días. En 10 días el tejido necrosado se resolvió sin secuelas y la clínica que presentaba la paciente desapareció.

Discusión

La necrosis de úvula es una complicación rara asociada a la intubación orotraqueal o gastroscopia. La literatura médica muestra casos con similar evolución y pronóstico^{2,5}.

Se piensa que la causa de esta lesión es la compresión de la úvula por el tubo orotraqueal o endoscopio. La succión orofaríngea con sonda rígida también puede tener un papel importante², así como el tamaño de la úvula⁵.

Comentar también que la paciente estuvo en posición de Trendelenburg 70 minutos. Esta posición aumenta la presión venosa central y disminuye el retorno venoso de cabeza y cuello⁶. Posiblemente la congestión venosa y la inflamación contribuyeran a la necrosis de úvula. No existen factores de riesgo propios del paciente para el desarrollo de esta complicación a excepción de la variante anatómica de tener una úvula más alargada.

La evolución, como en otros casos revisados, muestra un inicio precoz de la sintomatología que evoluciona muy rápido (en 48 horas) y se resuelve relativamente rápido sin secuelas y con manejo conservador^{4,8}. El tejido necrótico se delimita perfectamente, separado de una línea del tejido sano. El manejo conservador con analgésicos y corticoides es el adecuado, aunque también se puede usar tratamiento anestésico tópico con solución de lidocaína tópica al 2% (aplicando unos 15 ml cada 3 horas)⁸. El uso de antibióticos si no hay signos de infección no está inicialmente indicado. Revisando la literatura se saca la conclusión de que el resultado final del problema debe ser favorable en todos los pacientes.

Conclusión

Aunque el dolor de garganta u odinofagia después de una intubación orotraqueal es muy común¹, los síntomas persistentes o la sensación de cuerpo extraño que no mejora en horas nos debe hacer pensar en una evaluación adicional de la orofaringe para excluir una posible necrosis de úvula como diagnóstico diferencial.

Bibliografía

1. Biro P, Seifert B, Pasch T: Complaints of sore throat after tracheal intubation: a prospective evaluation. *Eur J Anaesthesiol* 2005;22:307- 311.
2. Stubbing JF: Anaesthetic morbidity from trauma to the uvula. *Anaesthesia* 1990;45:886-887.
3. Harris MA, Kumar M: A rare complication of endotracheal intubation. *Lancet* 1997;350:1820-1821.
4. Evans DP, Lo BM: Uvular necrosis after orotracheal intubation. *Am J Emerg Med* 2009, 27:633-634.
5. Krantz MA, Solomon DL, Poulos JG: Uvular necrosis following endotracheal intubation. *J Clin Anesth* 1994; 6:139-141
6. Cassorla L, Lee J-W: Patient positioning and anesthesia. In: Miller RD, editor. *Miller's Anesthesia*. (7th ed). Philadelphia (PA): Churchill Livingstone/Elsevier; 2010;1151-70.
7. Shunaha Kim-Fine¹, Elizabeth R. Casiano, Christopher J. Jankowski¹, et al. Uvular necrosis after gynecologic surgery: a case report. *Journal of Anesthesiology & Clinical Science* 2013, doi: 10.7243/2049-9752-2-9.
8. Tang SJ, Kanwal F, Gralnek IM: Uvular necrosis after upper endoscopy: a case report and review of the literature. *Endoscopy* 2002;34:585- 587.

Correspondencia

Dr. H. Miguel Alcalde
Hospital Santa Bárbara de Soria
Secretaría de anestesia.
E-mail: feihec@gmail.com