

ISSN: 2340-3438

Edita: Sociedad Gallega de
Otorrinolaringología.

Periodicidad: continuada.

Web: [www: sgorl.org/revista](http://www.sgorl.org/revista)

Correo electrónico:

actaorlgallega@gmail.com

SGORL PCF
Sociedad Gallega de Otorrinolaringología
y Patología Cervicofacial



Acta Otorrinolaringológica Gallega

Caso Clínico

Disnea postoperatoria por hematoma retrotraqueal en relación con osteofito vertebral cervical anterior

Postoperative dyspnea due to retrotracheal hematoma in relation to an anterior vertebral cervical osteophyte

María Irene Vázquez–Muñoz, Wasim Elhendi-Halawa, Antonio Caravaca-García.

Servicio de Otorrinolaringología del Hospital Punta de Europa (Algeciras - Cádiz).

Recibido: 20/2/2018 Aceptado: 15/4/2018

Resumen

Los osteofitos anteriores de las vértebras cervicales, asociados frecuentemente a patología osteodegenerativa, son, en su gran mayoría, asintomáticos, pero pueden dar lugar a complicaciones severas a tener en cuenta, como la que presentamos en este caso clínico, donde debido a la formación de hematoma retrotraqueal obstructivo, se produce un cuadro de disnea rápidamente progresiva, que precisa de una actuación urgente ante el compromiso vital del paciente.

Palabras clave: osteofito, hematoma, disnea

Abstract

The anterior osteophytes of the cervical vertebrae, often associated with osteogenerative pathology, are, usually, asymptomatic, but may lead to severe complications to be considered, such as that presented in this case report, where due to the formation of obstructive retrotracheal hematoma, a rapidly progressive dyspnea is produced, and an urgent response was required due to the patient's live-threatening condition.

Correspondencia: María Irene Vázquez–Muñoz

Hospital Punta de Europa (Algeciras - Cádiz)

Correo electrónico: irenilladecai@hotmail.com

Keywords: osteophytes, hematoma, dyspnea.

Introducción

La cervicoartrosis es una patología bastante extendida en la población. Uno de sus principales factores de riesgo es la edad. También hay factores hereditarios que dan lugar a una mayor predisposición a la artrosis. Además, ciertas posiciones, posturas o caídas, pueden dañar a la columna cervical¹.

La artrosis o espondilosis cervical afecta principalmente a la articulación C5-C6 y sobre todo C6-C7.

El dolor y la rigidez son los síntomas más importantes en la artrosis, el dolor es de tipo mecánico que aumenta con la actividad y disminuye con reposo y que en fases avanzadas puede convertirse en un dolor crónico¹.

El proceso de degeneración y herniación discal aproxima los cuerpos vertebrales, y hace que entren en juego los demás factores que comprometen las raíces nerviosas, responsables del dolor, la pérdida de la fuerza muscular y la atrofia muscular¹.

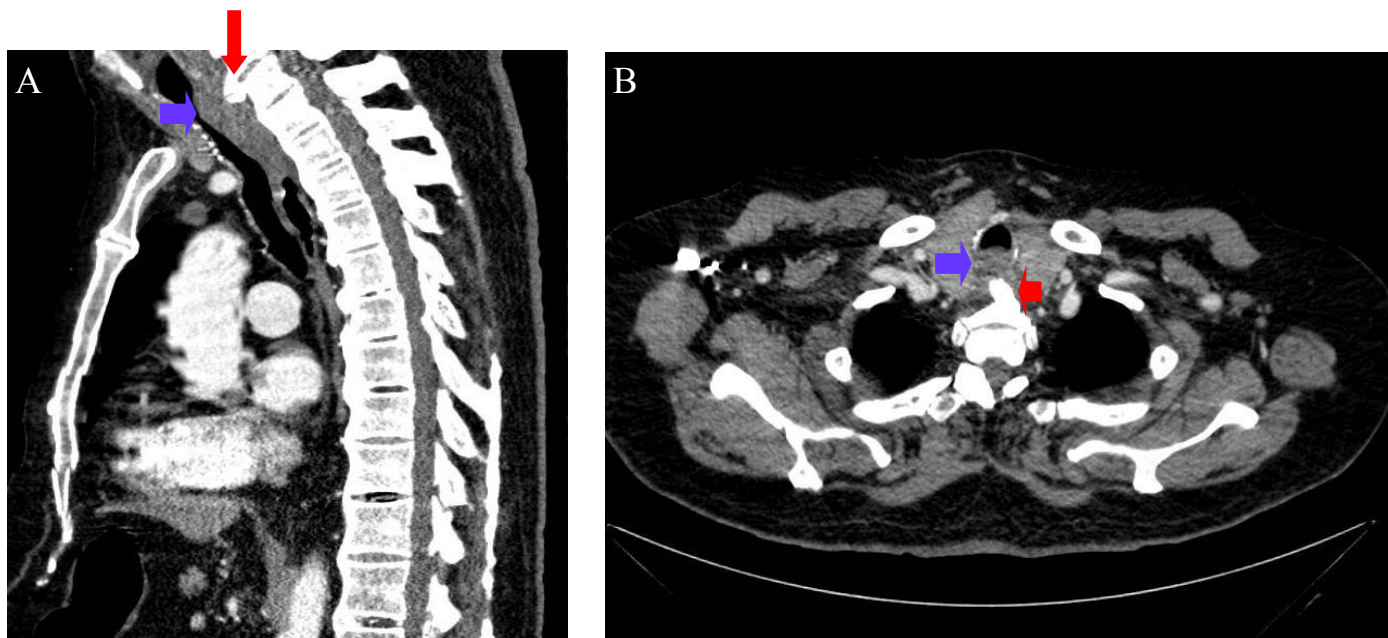
Frecuentemente se suelen asociar a osteofitos anteriores que suelen ser asintomáticos², aunque existen varios casos descritos de disfagia orofaríngea²⁻⁶ e incluso disnea asociada a otra patología reumática como es la enfermedad de Forestier (que es una entidad reumática caracterizada por la osificación del ligamento común vertebral anterior. Afecta más comúnmente a la región vertebral torácica pero también puede ocurrir en la región cervical de C4 a C7, en un 20 a 30% de los casos)³.

Caso Clínico

En este artículo presentamos el caso de un paciente varón de 81 años que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal compatible con obstrucción intestinal. Como antecedentes personales del paciente destacamos HTA, DM2 y tratamiento con Acenocumarol por antecedentes de trombosis venosa profunda y tromboembolismo pulmonar.

Tras realizar una TAC abdominal en Urgencias, el paciente es diagnosticado de hernia inguinoescrotal derecha conteniendo colon sigmoidees y grasa, que produce obstrucción intestinal. El Servicio de Cirugía procede a la realización urgente de hernioplastia con colocación de malla plana, bajo anestesia general con intubación orotraqueal (IOT). La cirugía, el acto anestésico y el postoperatorio inmediato cursaron sin incidencias.

Al tercer día postquirúrgico, el paciente comienza con disnea y estridor de forma progresiva, sin mejoría con tratamiento broncodilatador ni con depleción de volumen, por lo que, ante la sospecha de tromboembolismo pulmonar, se realiza de forma urgente una angio-TAC, donde se observa a nivel C7-D1 aproximadamente, una disminución progresiva del diámetro antero-posterior de la luz traqueal, llegando a ser solo de unos milímetros, existiendo a ese nivel de máxima estenosis un osteofito cervical anterior de 11 mm de largo, cubierto por tejido prevertebral de densidad partes blandas engrosado que parece corresponderse a hematoma (figura 1a y 1b).



Figuras 1a (corte sagital) y 1b (corte axial): Angio -TAC donde se observa osteofito a nivel de C7-D1 (flecha roja), con masa anterior partes blandas compatible con hematoma (flecha azul), que colapsa esófago y abomba la tráquea provocando una severa obstrucción de su luz.

Se procede a la inmovilización cervical y se contacta de manera urgente con el ORL, ante la inminente decisión de traqueotomizar al paciente. A la exploración fibroendoscópica, se observa anatomía laríngea e hipofaríngea dentro de la normalidad, con buena movilidad laríngea y buen paso glótico. Se intuye masa hiperémica debajo de la subglotis.

Se decide intentar como primer procedimiento, y menos cruento, una IOT, estando preparados para la realización de una traqueotomía de urgencias bajo anestesia local si se fracasa en el intento de intubación. La traqueotomía se preveía difícil debido a la inmovilización cervical, la anatomía del paciente con cuello corto y grueso, la anticoagulación, y sobre todo a que la localización del hematoma retrotraqueal es baja, por lo que la cánula puede no sobrepasar la zona de estenosis o producir hemorragia aguda por manipulación. La IOT del paciente, realizada en la Unidad de Cuidados Intensivos, con tubo endotraqueal del número 6 con guía de Eschmann, fue exitosa. El paciente se mantiene intubado bajo sedación durante varios días hasta la reabsorción casi completa del hematoma, procediendo entonces a su extubación bajo exploración endoscópica directa por el tubo endotraqueal, sin incidencias.

Discusión

Los hematomas retrotraqueales, pueden poner en peligro la vida del paciente por una rápida obstrucción de la vía aérea.

Hematomas retrofaríngeos o retrotraqueales como el descrito en este caso clínico, suelen aparecer asociados a algún antecedente traumático cervical previo, pero, en nuestro caso clínico, la simple existencia de un osteofito (C7-D1) de gran tamaño, asociado al estado de anticoagulación que presentaba el paciente, provocaron que, posiblemente, las simples maniobras de extensión cervical para la IOT o posteriores maniobras movilizadoras del paciente en planta (pues el paciente tenía movilidad reducida) favorecieran su apari-

ción .

Probablemente, nuestro paciente habría presentado, también, un cuadro de odinofagia y disfagia, por la compresión esofágica alta, debida a la localización del hematoma, pero dado que el paciente estaba en dieta absoluta y nutrición parenteral debido a la cirugía abdominal previa, estos síntomas no se han manifestado. El tratamiento de este tipo de hematomas suele ser conservador, con vigilancia estrecha hasta su total reabsorción, aunque ante alguna complicación, puede precisar drenaje quirúrgico. En el caso presentado, el paciente no precisó evacuación quirúrgica de la colección, que se fue reabsorbiendo poco a poco de forma espontánea.

La cervicoartrosis es una patología muy frecuente entre pacientes de edad avanzada, muchos de estos pacientes presentan osteofitos asintomáticos, y en muchos de ellos, no existirá ninguna prueba de imagen diagnóstica previa que los confirme, pero hay que tener en cuenta que los osteofitos anteriores pueden llegar a adquirir gran tamaño y llegar a producir complicaciones de la vía aéreo-digestiva alta, como la descrita en este caso, que precisan de la actuación de un equipo multidisciplinar de extrema urgencia para su correcto manejo.

Declaración de conflicto de intereses: No existen conflictos de intereses

Bibliografía

- 1- Segura Martínez N, González Rodríguez N, Aguilera Perera HM, Pimienta Suri A. Características morfológicas de las vértebras cervicales y trastornos funcionales asociados a cambios degenerativos por artrosis. Universidad Virtual de la Salud Manuel Fajardo, 2013:1-10. Disponible en: <http://www.uvsfajardo.sld.cu/caracteristicas-morfologicas-de-las-vertebras-cervicales-y-trastornos-funcionales-asociados-cambios>
- 2- Silveri C, Velasco JM, Silveri A. Disfagia producida por osteofito de columna cervical. A propósito de un caso. *Coluna / Columna* 2014;13(2):150-152
- 3- Yohani J, Perticoni V, Ferreira A. Tumoración retrofaringea asociada a enfermedad de Forestier. *Revista del hospital privado de la Comunidad*. 2005; 8:1.
- 4- Sánchez Potenciano M, Herrero Fernández C, Campos Paradinas V. Disfagia y disnea como presentación de un Síndrome de Forestier. *Rev. Port. ORL*. 2009; 47:2.
- 5- Martínez Guisado P, Balderrama Caballero DH, Montero García C. Disfagia por osteofito cervical gigante en la enfermedad de Forestier. *Rev. Port. RL*. 2006; 44:1.
- 6- Seo JW, Park JW, Jang JC et al. Anterior cervical osteophytes causing dysphagia and paradoxical vocal cord motion leading to dyspnea and dysphonia. *Ann Rehabil Med*. 2013; 37(5):717-720.