

HEMATOMA CUASISOFOCANTE POST - PAAF

Dr. Mario Pablo Hernández¹ / Dra. Naia Aguirre Ahedo¹ / Dra. Irene Rubio Jiménez¹ / Dra. Marta Sanjuán Fernández¹ / Dr. Nicolás Zaballos Barcala² / Dr. Miguel Javier Salvador Bravo³

¹ Médico Interno Residente. Servicio de Anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

² Facultativo Especialista. Servicio de Anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

³ Jefe de Servicio de Anestesiología, reanimación y tratamiento del dolor. Complejo Hospitalario de Navarra. Pamplona

RESUMEN

La punción aspiración con aguja fina (PAAF), es reconocida como una de las técnicas más seguras y eficientes para la evaluación y diagnóstico de nódulos tiroideos. Sin embargo, no está exenta de posibles complicaciones como por ejemplo: hematoma cervical, afectación de nervios circundantes (nervios recurrentes y laríngeo superior)...^{3,4}.

Se presenta un caso, en el cual la paciente, a las horas de haberse realizado una PAAF tiroidea, acude urgencias por disfagia, sin disnea acompañante. Objetivándose en ese momento hematoma cervical que desvía tráquea sin llegar a comprimirla, debido a sangrado activo de arteria tiroidea inferior, requiriendo de intubación orotraqueal urgente, para posterior embolización de dicha arteria.

PALABRA CLAVE

Tiroides, punción aspiración con aguja fina (PAAF), hematoma cervical, intubación orotraqueal (IOT)

POST-PAAS QUASIFOCATING HEMATOMA

ABSTRACT

Fine needle aspiration (FNA) puncture is recognized as one of the safest and most efficient techniques for the evaluation and diagnosis of thyroid nodules. However, it is not exempt from possible complications such as: cervical hematoma, involvement of the surrounding nerves (recurrent and superior laryngeal nerves)...^{3,4}.

A case is presented in which the patient, when performing a thyroid FNA, reaches the dysphagia emergency room, without accompanying dyspnea. At this time, cervical hematoma was observed, which deviates the trachea without compressing it, due to active bleeding from the inferior thyroid artery, which requires urgent orotracheal intubation, for the subsequent embolization of said artery.

KEY WORDS

Thyroid, fine needle aspiration puncture (FNA), cervical hematoma, and orotracheal intubation

Notas Clínicas

INTRODUCCIÓN

La punción aspiración con aguja fina (PAAF) guiada por ecografía se ha convertido en la técnica diagnóstica de elección, así como en la más precisa, segura y costo efectiva para la evaluación de nódulos tiroideos. Cuando el resultado de tal prueba no es concluyente, se realizará una biopsia con aguja gruesa (BAG). Las principales complicaciones derivadas de estas técnicas diagnósticas son: dolor, infección, lesión de nervios, fístula arteriovenosa y la que principalmente atañe en este caso, el hematoma post punción⁴.

La incidencia de hematoma tras PAAF guiada por ecografía es de 0.8%, y la de hematoma tras BAG de 4,9%.

Aunque se trata de una incidencia relativamente baja, no olvidar la gran morbimortalidad que puede asociar esta complicación dada su evolución brusca y silente^{3,4}.

CASO CLÍNICO

Mujer de 42 años de edad, sin alergias conocidas. ASA I – U. Entre sus antecedentes personales destaca bocio multinodular normofuncionante con dos PAAF previa con criterios de benignidad. Actualmente presenta nódulo tiroideo de unos 5 cm en lóbulo tiroideo derecho.

Se realiza PAAF de forma programada sobre dicho nódulo tiroideo, y es dada de alta, sin complicaciones.

A las horas, regresa y es valorada por servicio de Endocrinología, por molestias locales a nivel cervical. Se visualiza mediante ecografía sangrado arterial, pero se recomiendan medidas conservadoras y AINEs.

La paciente acude a Urgencias por incremento de la sintomatología, la cual refiere como disfagia. Se objetiva hinchazón y edema en región cervical anterior que se extiende hacia regiones laterales, sin disnea ni estridor acompañante.

Se solicita TAC de urgencia, en el que se objetiva sangrado activo de la arteria tiroidea inferior derecha, que desvía tráquea hacia lado izquierdo (Fig. 1).

La paciente se encuentra estable desde el punto de vista hemodinámico y respiratorio. Se realiza inducción de secuencia rápida (0.5mg de atropina + 150 mg de propofol + 100 mg de succinilcolina). Abordaje de vía aérea mediante laringoscopia óptica (Airtraq®), se consigue IOT al primer intento, sin incidencias. TOT nº 7 anillado.

Se inicia perfusión de propofol 7mg/kg/h + rocuronio 0.5mg/kg/h y se traslada a sala de

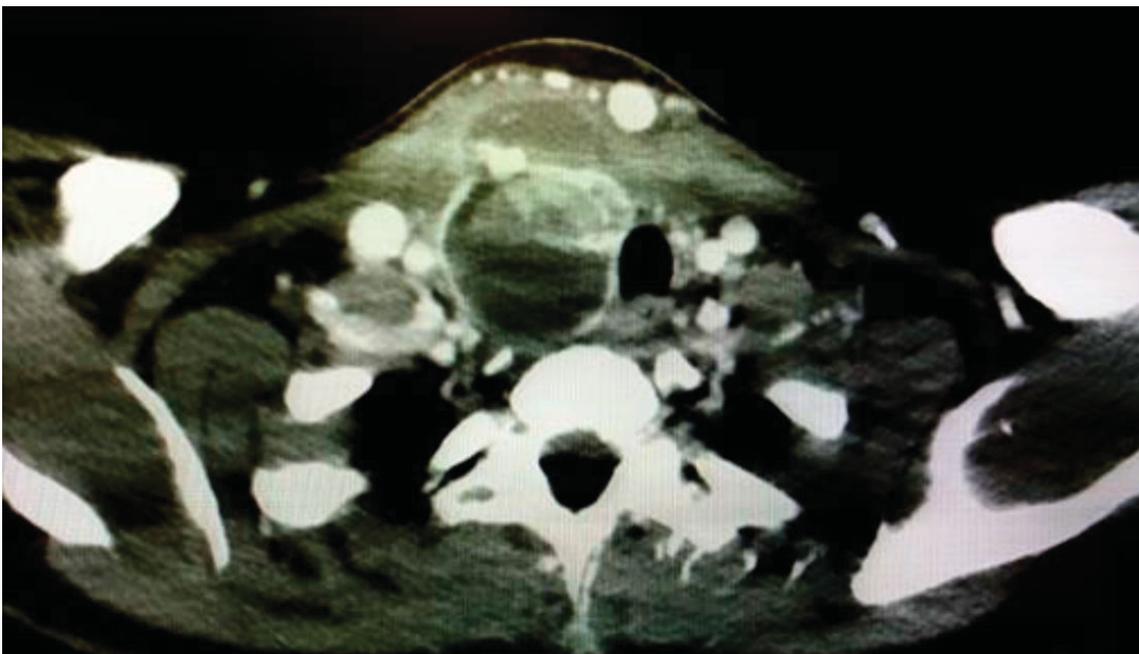


Fig. 1. TAC de la paciente donde se objetiva hematoma cervical que desvía tráquea hacia lado derecho, sin signos de compresión extrínseca.

Notas Clínicas

radiología intervencionista, donde se realiza embolización de arteria tiroidea inferior derecha mediante coils, sin incidencias. La paciente es trasladada a la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA), donde permanece hemodinámicamente estable.

Al día siguiente, Radiología realiza nueva ecografía de control, donde objetivan pseudoaneurisma con persistencia de flujo, por lo que es trasladada de nuevo a sala de radiología intervencionista, donde se emboliza arteria tiroidea superior derecha. Posteriormente, es trasladada a quirófano, para evacuación de forma urgente de hematoma y realización de hemitiroidectomía derecha de urgencia.

Tras cirugía la paciente es trasladada a URPA, donde permanece estable en todo momento sin necesidad de aporte de drogas vasoactivas.

A las 24 horas post cirugía, tras no objetivarse empeoramiento clínico de hematoma cervical, ni signos de sangrado activo se decide extubación. Tras 12 horas extubada, evolución favorable, consciente orientada. Estable desde el punto de vista hemodinámico y respiratorio se decide alta a planta.

DISCUSIÓN

El hematoma post-PAAF que compromete vía aérea, es una entidad clínica inusual, que puede poner en riesgo la vida del paciente en cuestión de muy poco tiempo^{1,2}.

Diversos factores de riesgo se han asociado a esta entidad, como son el sexo masculino, la toma previa de anticoagulantes, la experiencia del clínico que realiza la técnica, el origen neoplásico de la masa a biopsiar, etc.^{2,4}.

Dada la gravedad que entraña esta situación, y la excesiva rapidez con la que el hematoma puede convertirse en compresivo y provocar asfixia aguda, precisa de intubación orotraqueal rápida, antes de realizar cualquier prueba diagnóstica o terapéutica^{2,3,4}.

Todo lo anterior comentado acerca del hematoma cervical, unido a que la intubación fue llevada a cabo de manera urgente en un medio poco habitual para el anesestesiólogo, hizo que se optará como primera opción para llevar a cabo la IOT por un laringoscopio óptico, Airtraq®, con el cual el clínico estaba familiarizado. Dicho dispositivo nos proporciona una visión directa de la glotis, sin necesidad de alinear los ejes oral, faríngeo y laríngeo, que precisamente en este caso se encontraban alterados debido al hematoma.

En este caso en concreto, el uso del fibroscopio óptico estaría contraindicado, pues se carecía del tiempo necesario para llevar a cabo la IOT con dicho aparato.

Resulta de vital importancia, conocer en todo momento por parte del clínico las posibles complicaciones que pueden suceder al realizar las distintas técnicas tanto diagnósticas como terapéuticas, para así poder detectarlas y tratarlas de manera precoz.

CONCLUSIONES

En primer lugar, el anesestesiólogo ha de ser consciente de la velocidad y de la gravedad con la que se desarrolla este cuadro clínico, a pesar de que se trate de una entidad poco frecuente.

En segundo lugar, ha de ser conocedor de los distintos dispositivos existentes en su centro para vía aérea difícil (VAD), así como de sus limitaciones personales en cuanto al uso de los mismos, con el fin de optimizar al máximo los intentos de IOT.

Por último, me gustaría remarcar la importancia de conocer las potenciales complicaciones de las técnicas invasivas o mínimamente invasivas, así como sus posibles consecuencias y curso clínico, por parte de los médicos que las realizan.

Notas Clínicas

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartz JJ, Akhtar S, Rosenbaum SH. Función Endocrina. En: Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, et al, editores. Anestesia clínica. 8ª ed. Barcelona (España). Wolters Kluwer. 2017. P. 1327-1356.
2. Garot M, Caiazza R, Andrieu G, Lebuffe G. Anestesia y reanimación en la cirugía de la glándula tiroidea. EMC.2015;41:1-10.
3. Katagiri H, Lefor AK, Kubota T, et al. Massive hematoma after fine-needle aspiration of the thyroid. Surgery.2016;160:245-6.
4. Chae IH, Kim EK, Moon HJ, et al. Ultrasound-guided fine needle aspiration versus core needle biopsy: comparison of post-biopsy hematoma rates and risk factors. Endocrine.2017. DOI: 10.1007/s12020-017-1319-0.