



Hematoma sublingual con extensión a espacios profundos de cuello y afectación de la vía aérea: manejo de urgencia

Expanding sublingual hematoma to deep neck spaces and airway compromise: emergency management.

Clarissa Verónica Arizmendi-Ramos,¹ Gabriela Angulo-Pérez²

Resumen

ANTECEDENTES: Los hematomas espontáneos en espacios profundos de cuello son afecciones relacionadas con pacientes con coagulopatías o administración crónica de medicamentos anticoagulantes, que en algunos casos llegan a causar daño de la vía aérea que deberá ser tratado de forma urgente.

CASO CLÍNICO: Paciente femenina de 49 años, con importante aumento de volumen en la región submentoniana, sin dificultad respiratoria a la exploración. La tomografía de cuello mostró una imagen heterogénea con realce al medio de contraste en la región sublingual, submentoniana y submandibular. Se aseguró de manera de urgencia el manejo de la vía aérea con una traqueostomía y drenaje del hematoma de espacios profundos de cuello.

CONCLUSIONES: La mayor parte de los hematomas en espacios profundos de cuello se deben a lesiones de grandes vasos o a traumatismos de gran intensidad. El tratamiento es quirúrgico y está encaminado al drenaje de los mismos y evitar el daño de la vía aérea.

PALABRAS CLAVE: Hematoma; traqueostomía; drenaje.

Abstract

BACKGROUND: Spontaneous hematomas in deep neck spaces are usually caused by coagulopathies or chronic anticoagulant therapy. In some cases, they lead to life-threatening compromise of the airway that must be managed urgently.

CLINICAL CASE: A 49-year-old woman presented with gross enlargement of the submental region and no signs of dyspnea on examination. The neck CT scan showed a heterogeneous image with contrast enhancement in the sublingual, submental and submandibular regions. Emergency airway management was ensured with a tracheostomy and drainage of the deep neck hematoma.

CONCLUSIONS: Most hematomas in deep neck spaces develop as a result of large vessel lesions or severe trauma. Surgical drainage of the hematoma must be performed to avoid an airway compromise.

KEYWORDS: Hematoma; Tracheostomy; Drainage.

¹ Servicio de Otorrinolaringología, Hospital General Regional núm. 72 Lic. Vicente Santos Guajardo, Instituto Mexicano del Seguro Social, Tlalnepantla, Estado de México.

² Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México.

Recibido: 20 de junio 2022

Aceptado: 28 de junio 2022

Correspondencia

Gabriela Angulo Pérez
apybag@gmail.com

Este artículo debe citarse como:
Arizmendi-Ramos CV, Angulo-Pérez G. Hematoma sublingual con extensión a espacios profundos de cuello y afectación de la vía aérea: manejo de urgencia. An Orl Mex 2022; 67 (3): 222-227.



ANTECEDENTES

El piso de la boca es una zona muy irrigada, el suministro de sangre está compuesto por las arterias sublingual o la submentoniana, ramas de las arterias lingual y facial, respectivamente. Una hemorragia importante en el piso de la boca puede expandirse con facilidad entre los tejidos blandos, el área sublingual y en cuestión de minutos causar obstrucción importante de la vía aérea.^{1,2,3}

Los hematomas masivos en la región cervical que afecten espacios profundos de cuello pueden tener un sinfín de causas, las principales son:^{4,5} traumáticas, posquirúrgicas, anticoagulación e idiopáticas.

Los hematomas confinados a la región sublingual y submentoniana con frecuencia se relacionan con complicaciones durante procedimientos dentales; sin embargo, son pocos los hematomas masivos que no se relacionan con alteraciones en la coagulación, administración de terapia anticoagulante o con alteraciones sistémicas que afecten la vía aérea y, por tanto, ponga en riesgo la vida del paciente.^{6,7} El manejo de estos pacientes deberá estar encaminado a asegurar la vía respiratoria para lo cual se amerita intubación o traqueostomía de urgencia, drenaje del hematoma compresivo y ligar el vaso principal causante de la hemorragia.⁸

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 49 años, sin antecedentes personales patológicos de importancia. Inició su padecimiento 12 horas previas a la valoración por el servicio, con aumento de volumen en la región sublingual, secundario a infiltración de anestésico local en el piso de la boca, rápidamente progresivo, con desplazamiento a la región submentoniana, negó disnea y dificultad respiratoria al momento de la valo-

ración. A la exploración física se encontró a la paciente sin datos de dificultad respiratoria, saturando al 95% con oxígeno suplementario a 5 L/minuto, con apertura bucal muy limitada. Se observó aumento importante de volumen en la región submentoniana, a tensión, doloroso a la palpación, sin cambios tróficos en piel, tráquea central, sin afectación cardiopulmonar (**Figura 1**). El resto de la exploración no mostró alteraciones. La tomografía de cuello contrastada evidenció una imagen de densidad heterogénea con realce al medio de contraste, redondeada de bordes lobulados, medial y lateral al vientre del músculo digástrico con extensión a la región submandibular derecha. **Figura 2**

Se diagnosticó hematoma masivo de espacios profundos de cuello con afectación importante de la vía aérea, por lo que se decidió realizar una traqueostomía de urgencia con la paciente despierta para asegurar la vía aérea, para posteriormente, bajo anestesia general, hacer drenaje del hematoma a través de una incisión submandibular derecha y submentoniana, obteniendo aproximadamente 60 cc de contenido hemático coagulado en su totalidad (**Figura 3**); se encontró desplazando la vía aérea posterior y lateral izquierda. Se realizó, además, exploración quirúrgica de cuello para identificar lesión de vasos, sin encontrar ninguna lesión arterial de importancia, por lo que se decidió practicar hemostasia de lecho quirúrgico, colocación de drenaje tipo penrose y cierre parcial de heridas. La paciente se mantuvo en vigilancia y hospitalización para que recibiera esquema doble antimicrobiano intravenoso y vigilar datos de sangrado posquirúrgico; sin complicaciones importantes y mejoría evidente a las 24 horas después de la cirugía (**Figura 4**). Se decidió decanulación de traqueostomía, obturación de estoma traqueal y retiro de drenajes, con adecuada tolerancia y sin datos de dificultad respiratoria durante 24 horas más, por lo que fue dada de alta a domicilio. En el seguimiento al mes de la



Figura 1. Edema en la región sublingual y submaxilar secundario a hematoma. Imagen frontal (A), lateral (B) y de la base (C) que muestra el gran aumento de tamaño y el daño de los tejidos blandos.

cirugía en la consulta externa se encontró a la paciente sin secuelas, con adecuado proceso de cicatrización de estoma traqueal e incisiones submandibular y submentoniana.

DISCUSIÓN

Los hematomas linguales son afecciones muy frecuentes posteriores a procedimientos dentales en consultorio; sin embargo, los hematomas masivos no relacionados con procedimientos quirúrgicos mayores ocurren en una menor frecuencia.^{1,2,4} Es muy común que los pacientes en tratamiento anticoagulante

a base de warfarina o con alteraciones en la coagulación tengan estas complicaciones de manera habitual.^{1,5,9}

Los procedimientos dentales causantes de sangrado excesivo y complicaciones fatales con afectación de la vía aérea más frecuentes son la colocación de implantes dentales.^{5,7,10} Los tejidos blandos del piso de la boca son suministrados por una rica red vascular de anastomosis de las arterias lingual, sublingual, submental y las incisivas, ello incide en riesgo mayor de hematoma masivo al lesionar algunas de estas estructuras vasculares.^{9,11}

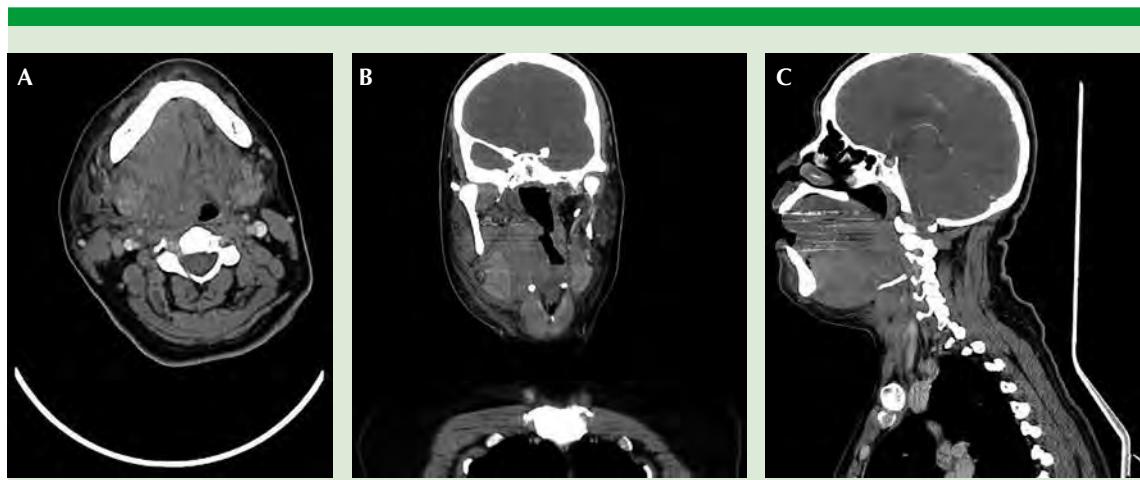


Figura 2. Tomografía computada de cuello en fase contrastada, cortes axial (A), coronal (B) y sagital (C), que evidencia imagen de densidad heterogénea, con refuerzo al medio de contraste en espacios sublingual y submandibular derechos.



Figura 3. Abordaje quirúrgico sublingual.

El diagnóstico de los hematomas cervicales debe establecerse de forma oportuna, es decir, deben reconocerse para una intervención inmediata y adecuada y, de esta forma, asegurar la vida del paciente.⁸ Al igual que la mayor parte de

los traumatismos en la región cervical, debe iniciarse con asegurar la vía respiratoria.^{12,13} Debe identificarse si el paciente tiene datos de insuficiencia respiratoria que ameriten una intervención quirúrgica de urgencia o pueden



Figura 4. Posquirúrgico mediato a las 24 horas del abordaje.

realizarse estudios diagnósticos para valorar al paciente.¹³ En este caso, al tratarse de una paciente estable, se decidió realizar una tomografía computada y así valorar la extensión de la lesión y efectuar una planeación quirúrgica dirigida. Con el estudio tomográfico y al comprobar afectación parcial de la vía respiratoria, se decidió asegurar la vía respiratoria de manera urgente con una traqueostomía con la paciente despierta, al no poder realizar de manera segura una intubación orotraqueal; esto se conoce como el fenómeno de pseudo-Luwing, causado por un excesivo sangrado en los espacios sublingual y submaxilar, por lo que hay elevación del piso de boca y lengua, lo cual, si no se atiende de manera oportuna, causará dificultad respiratoria y, por último, obstrucción completa de la vía respiratoria.^{9,13}

En múltiples estudios de casos, se ha reportado que la mayor parte de las hemorragias del piso de la boca se detienen de manera espontánea debido a la presión ejercida por el hematoma hacia los tejidos blandos; sin embargo, una vez asegurada la vía respiratoria, el manejo estará encaminado a drenarlo por completo y a realizar una exploración quirúrgica de la zona para descartar lesión a estructuras vasculares que pudieran causar una hemorragia posquirúrgica.^{7,14} El abordaje ideal para estas zonas es a través

de una incisión submental para visualizar las arterias y ligar las afectadas.⁹

Una vez atendida la situación de urgencia, el paciente deberá mantenerse en hospitalización para una vigilancia estrecha, ya que el riesgo de un nuevo sangrado en las primeras 24 horas es elevado.¹³ De la misma manera, deberá ser cubierto con esquema antimicrobiano y valorar la disminución del aumento de volumen a las 24, 48 y 72 horas posquirúrgicas y evitar posibles complicaciones tardías.¹⁴

CONCLUSIONES

El daño de la vía respiratoria, secundario a un hematoma masivo sublingual, es un padecimiento de urgencia, que debe ser atendido bajo las mejores condiciones y asegurar la vida del paciente, debido a su crecimiento rápidamente progresivo. Los hematomas masivos sublinguales que no se relacionan con una afección o laceración a grandes troncos arteriales y sin enfermedades hematológicas de importancia son raros e infrecuentes; sin embargo, son una complicación que no debe descartarse, sobre todo después de procedimientos dentales menores.

Asegurar la vía aérea en estos pacientes es primordial para de manera posterior manejar



las complicaciones adyacentes al hematoma, como el drenaje del mismo y realizar adecuada hemostasia para evitar recidivas posteriores.

REFERENCIAS

1. Limongelli L, Tempesta A, Crincoli V, Favia G. Case report massive lingual and sublingual haematoma following postextractive flapless implant placement in the anterior mandible. *Case Rep Dent* 2015; doi: 10.1155/2015/839098
2. Ribeiro A, Silva W, Menezes S, Kataoka M, et al. Life-threatening expansive sublingual hematoma: a stab wound with lingual artery injury. *J Craniofac Surg* 2014; 25 (1): 61-65, doi 10.1097/SCS.0b013e3182a4c6b9.
3. Tarakji B, Zakaria M. Factors associated with hematoma of the floor of the mouth after placement of dental implants. *Saudi Dental J* 2012; 24 (1): 11-15, doi: 10.1016/j.sdentj.2011.11.003.
4. Puri A, Nusrath MA, Lyall J. Massive sublingual hematoma secondary to anticoagulant therapy complicated by a traumatic denture: a case report. *J. Med Case Rep* 2012; 10 (6): 105. doi 10.1186/1752-1947-6-105.
5. Shaps HJ, Snyder GE, Sama AE, Rudolph GS. Airway compromise secondary to lingual hematoma complicating administration of tissue plasminogen activator of acute ischemic stroke. *Ann Emerg Med* 2001; 38 (4): 447-449, doi 10.1067/mem.2001.116615.
6. Woo B, Al-Bustani S, Ueeck B. Floor of mouth haemorrhage and life-threatening airway obstruction during immediate implant placement in the anterior mandible. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2006; 35 (1): 961-964, doi 10.1016/j.ijom.2006.03.020.
7. Niamtu J, Richmond V. Near-fatal airway obstruction after routine implant placement. *Oral Surgery Oral Med Oral Pathol* 2001; 92 (6): 597-600, doi 10.1067/moe.2001.116503.
8. Mordenfield A, Andersson L, Brgström B. Hemorrhage in the floor of the mouth during implant placement in the edentulous mandible: a case report. *Int J Oral Maxillofac Impants* 1997; 12 (4): 558-561.
9. Cohen A, Warman S. Upper airway obstruction secondary to warfarin-induced sublingual hematoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1989; 115 (2): 718-720.
10. Gupta MK, McClymont LG, El-Hakim H. Case of sublingual hematoma threatening airway obstruction. *Med Sci Monit* 2003; 9 (11): 95-97.
11. Moreire E, Ferreira J, Burghi G. Hematoma sublingual espontáneo secundario a terapia anticoagulante con warfarina. *Rev Med Urug* 2016; 32 (2): 119-123.
12. Kattan BS, Snyder H. Lingual artery hematoma resulting in upper airway obstruction. *J Emerg Med* 1991; 9 (1): 421-424.
13. Toro-Núñez M, Martínez S, Peña-De Buen N, Franco-Hernández JA, Lafuente-Ojeda N. Manejo de vía aérea tras hematoma cervical posttiroidectomía. *Rev Mex Anestesiología* 2017, 40 (1), 54-57.
14. Katsumi Y, Tanaka R, Hayashi T, Koga T, et al. Variation in arterial supply to the floor of the mouth and assessment of the relative hemorrhage risk in implant surgery. *Clin Oral Implant Res* 2011; 2 (1): 1-7. doi: 10.1111/j.1600-0501.2011.02348.x.