

Caso clínico

Pseudoaneurisma lingual postamigdalectomía

Dr. Ernesto Abraham Padilla-Zúñiga,* Dr. Alejandro Nuricumbo-Vázquez,**
Dr. Sergio Castro-Ibarra***

RESUMEN

Los pseudoaneurismas son complicaciones vasculares difíciles de diagnosticar, sobre todo después de un procedimiento quirúrgico programado tan común como una amigdalectomía, las complicaciones postoperatorias se presentan más en adultos que en niños.¹ Asimismo, el abordaje diagnóstico de los pseudoaneurismas es muy parecido al de la epistaxis crónica de difícil manejo. Pacientes que incluso el diagnóstico es de índole hematológica o que presentan malformaciones arteriovenosas y su única resolución es por medio de la cirugía.⁷ En esta publicación se reporta un caso de pseudoaneurisma de la arteria lingual izquierda que presentó un gran reto diagnóstico; sin embargo, con tratamiento exitoso y recuperación total del paciente. En paralelo exponemos una breve revisión literaria sobre los pseudoaneurismas y el manejo de la epistaxis que es parecido al algoritmo que nos orienta para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad.

Palabras clave: Amigdalectomía, angiotomografía, pseudoaneurisma, enfermedad de von Willebrand.

ABSTRACT

Pseudoaneurysms vascular complications are difficult to diagnose, especially after a surgical procedure scheduled as common as a tonsillectomy, postoperative complications occur more in adults than in children.¹ Also the diagnostic approach to pseudoaneurysms is very similar to the chronic epistaxis unwieldy. Patients the diagnosis is even kind of hematologic, or arteriovenous malformations present and only resolution is through surgical procedure.⁷ In this publication, we report a case of a pseudoaneurysm of the left lingual artery, which, even when it portrayed a great diagnostic challenge, the singularity evolved to the full recovery of the patient. In parallel we present a brief literature review on the pseudoaneurysm, and the management of epistaxis which is similar to the algorithm that guides us to the diagnosis and treatment of this disease.

Key words: Tonsillectomy, angiotomography, pseudoaneurysm, von Willebrand disease.

INTRODUCCIÓN

La amigdalectomía con o sin adenoidectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más frecuentes en cirugía en México y Estados Unidos.¹ La indicación más frecuente para este procedimiento es la amigdalitis crónica.¹ La complicación más grave y frecuente es la hemorragia postoperatoria que ocurre entre 0.28 a 20%.¹ Los pseudoaneurismas son

complicaciones vasculares cada vez más frecuentes en una época en que la medicina intervencionista avanza y muestra un significativo aumento de sus procedimientos.² Un pseudoaneurisma o aneurisma falso se define como una dilatación por rotura de la pared arterial que no incluye las tres capas de la arteria, a diferencia de los aneurismas verdaderos, en los que existe una dilatación que afecta a todas las capas de la arteria.

* Médico interno de pregrado, Hospital ISSSTECALI, Mexicali.

** Cirujano vascular adscrito, Hospital ISSSTECALI, Mexicali.

*** Cirujano de cabeza y cuello, colaborador externo adscrito al Hospital ISSSTECALI, Mexicali.

Los pseudoaneurismas de las arterias periféricas son poco habituales, aunque en los últimos años su frecuencia está aumentando debido al mayor uso de técnicas que implican una manipulación invasiva de las arterias.³

Además de los accesos vasculares, los traumatismos arteriales que bien pueden ser de origen accidental y/o iatrogénico, son otras etiologías de estos pseudoaneurismas.⁴ A continuación se presenta el caso clínico sobre un pseudoaneurisma en un sitio poco común.

CASO CLÍNICO

Mujer de 29 años de edad programada para amigdalectomía, la indicación para la misma fue amigdalitis crónica. Se realizó el procedimiento quirúrgico sin complicaciones. La paciente acudió a revisiones periódicas en el Servicio de Otorrinolaringología; a los siete días posteriores al procedimiento se observó proceso fibrinoide en el lecho quirúrgico, la paciente refiere un leve sangrado tres días posteriores a la revisión.

Acudió a una segunda revisión a los cuatro días y refirió sangrado leve sin complicaciones, a la exploración física no se encontraron datos de sangrado activo.

Veintiún días posteriores al evento quirúrgico ingresó al Servicio de Hospitalización Urgencias con sangrado leve en la cavidad oral, se hospitalizó. A su ingreso hematocrito 38% a la exploración física, se identificó vaso sangrante y se realizó hemostasia con sutura catgut crómico. En paralelo, al realizar la hemostasia de vaso sangrante, se solicitó valoración por Hematología, se inició estudio para enfermedad hematológica, y se sugiere la probabilidad de enfermedad de Von Willebrand *vs.* ausencia de factor VII. Mientras se descartaban dichas enfermedades se inició la administración de crioprecipitados y se solicitó cuantificación de factores de coagulación,

factor Von Willebrand, anti-ANCAS, factor reumatoide y anticuerpos antifosfolípidos, todos con resultados negativos.

Al día siguiente de la intervención hemostática, la paciente presentó sangrado intenso, se cuantificó la cantidad de 150 mL de tejido sanguíneo. De manera urgente el Servicio de Cirugía Vascular, con apoyo de Cirugía de cuello, realizó ligadura de carótida externa, respetando arteria tiroidea superior y arteria facial. Horas después del procedimiento, en la Unidad de Cuidados Postanestésicos, la paciente presentó hemorragia intensa y profusa a la exploración retrofaringea, no se logró identificar el sitio sangrante. La paciente perdió 67% del volumen circulante total y se restituyó con terapia de fluidos; se administraron siete concentrados eritrocitarios, seis plasmas frescos congelados, 16 concentrados plaquetarios, 3,000 cc de cristaloides, con reposición de calcio, potasio y se ingresó a UCI. Posteriormente a 14 días de estancia en Terapia Intensiva y estabilización del estado hemodinámico, se ingresó paciente a hospitalización y quedó en observación por cuatro días más. La paciente se mantuvo asintomática y egresó.

A los ocho días de su egreso hospitalario, la paciente reincidió en el Servicio de Urgencias con sangrado orofaríngeo en capas, intenso, no cuantificable. Con datos de choque hipovolémico, se manejó con desmopresina y fluidoterapia. Refirió deglución de contenido hemático e incluso melena, se realizó endoscopia de tubo digestivo alto para descartar hemorragia del mismo, pero sólo se identificaron coágulos en cámara gástrica y en trayecto esofágico secundarios a deglución.

La paciente ingresó a hospitalización y presentó crisis convulsiva, secundaria a hiponatremia severa de 119 mEq/dL. Se reingresó a UCI para manejo de desequilibrio hidroelectrolítico, el Servicio de Hematología solicitó estudio de angiotomografía que mostró como resultado un pseudoaneurisma de la

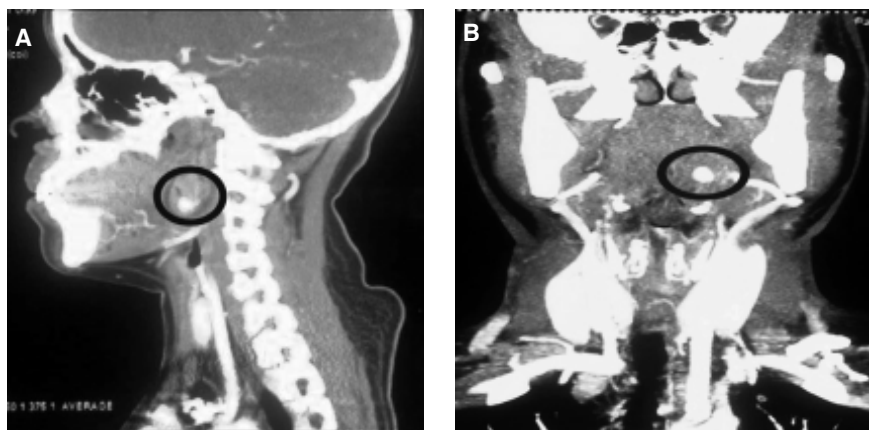


Figura 1. A. Corte lateral en el que se muestra ubicación de pseudoaneurisma a nivel de la arteria sublingual derecha. B. Corte coronal que muestra ubicación de pseudoaneurisma a nivel de la arteria sublingual derecha.

arteria lingual izquierda con comunicación de la arteria tiroidea superior (*Figura 1*).

Una vez con el diagnóstico se procedió a realizar ligadura de la arteria lingual izquierda y tiroidea superior con resección de pseudoaneurisma. Se disecó la arteria lingual hasta su segmento intrafaríngeo, se resecó área en forma de huso, se ligó parte distal y proximal resecándose el segmento, se envió pieza a estudio anatomopatológico. No se presentaron complicaciones en el posquirúrgico, se ingresó a UCI para cuidados posquirúrgicos, por tres días. Se ingresó a hospitalización de medicina interna, posterior a cinco días en dicho servicio se egresó paciente del servicio totalmente asintomática, se refirió al Servicio de Hematología por Consulta Externa para seguimiento y estudio de enfermedad de von Willebrand y se descartó dicha patología. Posterior a la resección del pseudoaneurisma la paciente no presentó complicaciones clínicas de ningún tipo. El estudio histopatológico descartó la lesión de la capa muscular de la arteria y la túnica interna, así como formación excesiva de tejido fibroconectivo alrededor de la pared vascular, lo cual demuestra por histología la formación del pseudoaneurisma.

La complicación hemorrágica postamigdalectomía se curó por completo.

DISCUSIÓN

Se revisó la literatura médica electrónica disponible usando los filtros: pseudoaneurisma, amigdalectomía, hemorragia postamigdalectomía, en motor de búsqueda PubMed, ClinicalKey, Scielo, entre otras. No se ha encontrado un solo caso reportado de esta entidad patológica. Su reto diagnóstico, al ser una zona poco común representó un verdadero problema, incluso al grado de orientar el diagnóstico a una probable enfermedad hematológica. Para el diagnóstico el estándar de oro continúa siendo la angiografía.⁵ A pesar de la existencia de métodos diagnósticos tan útiles como la angiorresonancia y la angiotomografía, el diagnóstico definitivo sólo puede hacerse mediante el estudio histopatológico. El tratamiento se elige con base en las necesidades del paciente; a pesar de los múltiples procedimientos descritos,⁶ el procedimiento quirúrgico es el más controlado y de mejor pronóstico. Se debe hacer hincapié en la importancia de realizar el diagnóstico oportuno de una entidad poco común como la presentada anteriormente debido a la evolución rápida y que puede llegar ser mortal en los pacientes postoperados de un padecimiento tan rutinario como la amigdalectomía.

Se agregó la revisión rápida de los temas abarcados en este reporte de caso para mantener al tanto a la medicina de primer y segundo nivel de atención y para hacer constar que esta entidad patológica se puede manejar de una forma tan común como la epistaxis; sin embargo, no nos atrevemos a decir en ningún momento que su diagnóstico es sencillo al igual que el de la epistaxis crónica. Cabe destacar insistentemente que varios pseudoaneurismas han sido descritos en la literatura, pero hasta ahora ninguno después de un procedimiento tan común, hecho que complicó el diagnóstico, la biopsia fue concluyente, al describir el tejido fibroconectivo que se forma alrededor de la pared vascular de la arteria resecada, por lo tanto, no queda la menor duda de lo que estamos reportando.

CONCLUSIÓN

Los pseudoaneurismas son complicaciones vasculares que aumentaron considerablemente su incidencia desde el advenimiento de los procedimientos invasivos. Las complicaciones más comunes de esta patología son los sangrados continuos, escasos y crónicos. Las complicaciones ofrecen una amplia gama de manifestaciones clínicas, desde un síndrome anémico, hasta un choque hipovolémico. Queda claro que se pueden presentar en cualquier sitio en el que sean manipuladas una o más arterias y posterior a procedimientos tan comunes como una amigdalectomía. Se recomienda un abordaje rápido y pronta resolución debido a que el tiempo es fundamental en esta patología. Su abordaje diagnóstico es parecido al de la epistaxis crónica de difícil control que termina en procedimiento quirúrgico. Esta patología es difícilmente pensada debido a su poca incidencia o a su no evidenciada incidencia. Reportamos el primer caso de pseudoaneurisma en este territorio vascular. Exponemos su complicación diagnóstica y su tratamiento resolutivo.

ASPECTOS ÉTICOS

Protección de confidencialidad: no se ha revelado ningún dato vital de la paciente y se solicitó por escrito el consentimiento informado para la publicación del caso.

ANEXO

Pseudoaneurisma

Un pseudoaneurisma o aneurisma falso se define como una dilatación por rotura de una pared arterial que no incluye las tres capas de la arteria, a

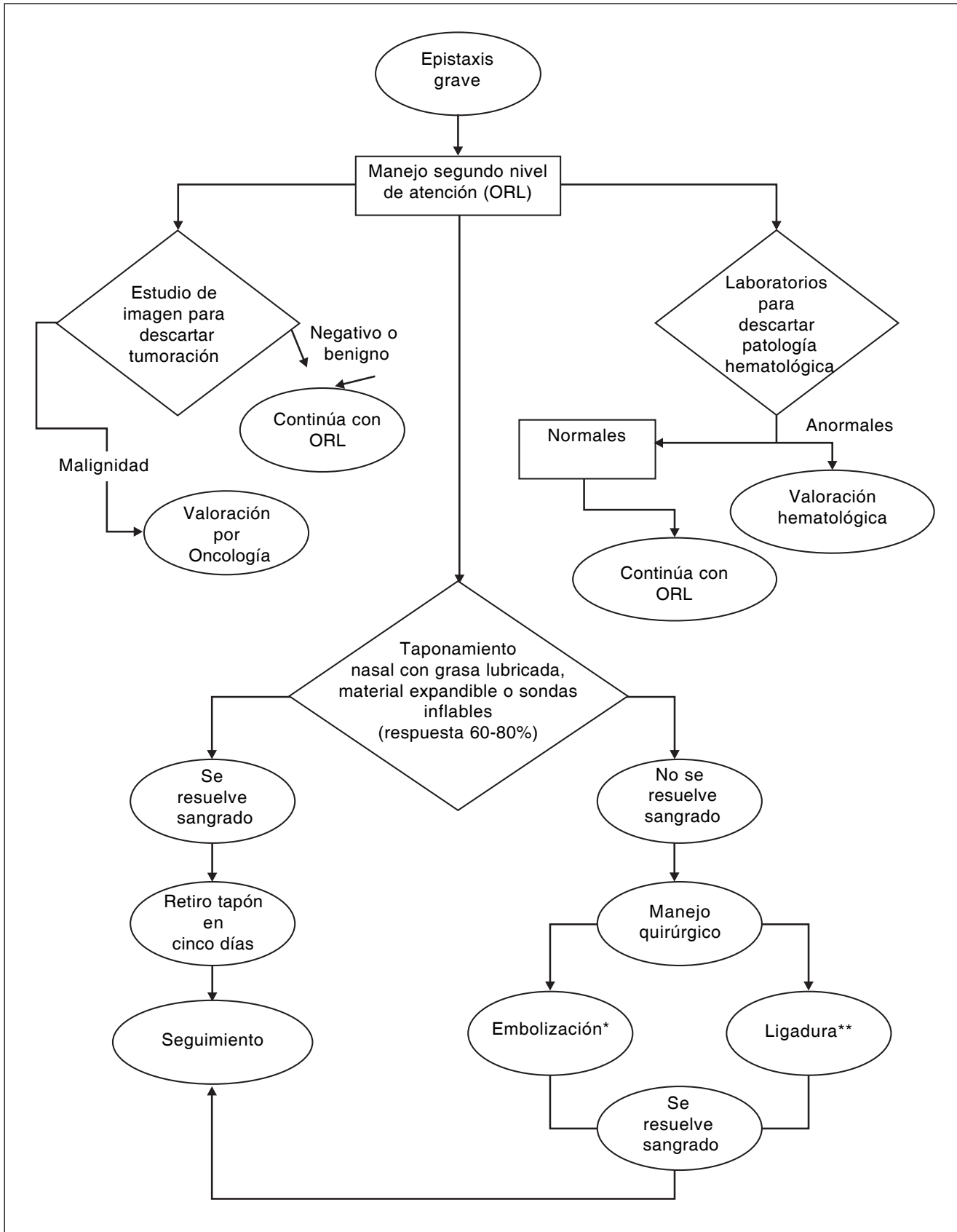


Figura 2. Epistaxis. *Mayores complicaciones. **Menores complicaciones.

diferencia de los aneurismas verdaderos en los que existe una dilatación que afecta todas las capas de la arteria.² Todos los pseudoaneurismas tienen en común la rotura de la pared arterial con extravasación de sangre dentro de los tejidos que rodean la arteria, el resultado es la formación de una cápsula fibrosa de tejido conectivo que crece progresivamente debido a la presión arterial. El pseudoaneurisma es una lesión que suele pasar inadvertida.⁵ Los auxiliares diagnósticos (ultrasonido, arteriografía) son necesarios para la confirmación diagnóstica y planeación quirúrgica. El mayor tiempo de evolución se relaciona con mayor dificultad técnica para la resolución del problema.⁵ Hay diversas formas de tratarlo según Dos Santos y cols,² proponen seis maneras de abordar los pseudoaneurismas basados en recopilación de la literatura mundial. Para fines prácticos hablaremos del tratamiento quirúrgico, que es el estándar de oro en el tratamiento de esta entidad patológica. El primer tratamiento propuesto fue el quirúrgico; la cirugía es tradicional, usualmente eficaz y relativamente segura (tasas no elevadas de mortalidad), pero tiene costo elevado, es invasiva y obliga a un periodo mayor de internamiento. Sin embargo, es altamente resolutive.

Epistaxis

El control de la epistaxis suele ser rápido y simple; en situaciones de epistaxis persistentes el manejo rápido y adecuado es importante para aminorar la morbilidad y la mortalidad, en caso de que existan heridas maxilofaciales que dificulten el manejo de la vía aérea por hemorragia masiva, requiriendo procedimientos quirúrgicos complejos. Aproximadamente 60% de la población experimenta un episodio de epistaxis y sólo 6% necesita tratamiento médico; 1.6 por cada 1,000,000 pacientes son hospitalizados. La prevalencia oscila entre 10-12%. Su incidencia varía con la edad, presenta una distribución bimodal con un aumento entre los cinco y 20 años, y por encima de los 55. La epistaxis se clasifica como anterior o posterior, en la mayoría de los casos su origen es en el área de Kiesselbach que es un plexo vascular de la parte anteroinferior

del tabique nasal. El 80% de los casos son de origen anterior (área de Little), la cual es una zona reseca y suele haber trauma digital; sólo 5-10% son de origen posterior con mayor frecuencia en adultos. Existen diversas formas de tratamiento, desde taponamientos anteriores y posteriores, hasta tratamiento endoscópico. En caso de trauma se realiza taponamiento nasal anterior, taponamiento nasal posterior o con balón, fijación intermaxilar, electrocauterización, cauterización química, vasoconstrictores, embolización transarterial y ligamiento de las arterias carótidas externas directamente a ciegos^{7,9} (Figura 2).

REFERENCIAS

1. Cressman WR, Myer CM III. Management of tonsillectomy hemorrhage: results of a survey of pediatric otolaryngology fellowship programs. *Am J Otolaryngol* 1995; 16: 29-32.
2. dos Santos Nogueira AC, Gonzalez Salgado C, dos Santos Nogueira FB, do Amaral SI, Rabischoffsky A. Pseudoaneurismas: cuándo y cómo tratarlos. Hospital Pro-Cardíaco, Río de Janeiro, RJ, Brasil.
3. Rial Horcajo R, Moñux Ducajù G. Tratado de las enfermedades vasculares. Vol II. Barcelona: Viguera editores; 2006, p. 879-89.
4. Rutherford RB. Vascular Surgery, I. 6th ed. Philadelphia: Elsevier Saunder; 2005, p. 1044-58.
5. Sierra-Juárez MA, Córdova-Quintal PM. Pseudoaneurisma. Lesión inadvertida, un reto para la comunidad médica no vascular. *Rev Mex Angiol* 2012; 40(2): 72-6.
6. González Beristáin AC. Epistaxis. *Medicina Oral* 2011; XIII(2): 53-7.
7. Garcia Callejo FJ, et al. Taponamiento nasal en la epistaxis posterior. Comparación de dos métodos. *Act Otorrinolaringol Esp* 2010. Doi:10.1016/otorri.2009.11.005.
8. Naser G, Aedo B. Epistaxis: Diagnóstico y alternativas terapéuticas actuales. *Rev Hosp Clin Univ Chile* 2007; 18: 227-38.
9. Epistaxis. Diagnóstico y tratamiento, guía de práctica clínica IMSS-008-1881.

Correspondencia:

Dr. Ernesto Abraham Padilla-Zúñiga
Hospital ISSSTECALI Mexicali
Av. Reforma No. 1006
Col. Nueva
21100, Mexicali, Baja California
Tel.: 01-686 552-2044