

Hematoma sublingual espontáneo secundario a terapia anticoagulante con warfarina

Eduardo Moreira*, Joaquín Ferreira†, Gastón Burghi‡

Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

Resumen

Las complicaciones hemorrágicas de la terapia con anticoagulantes orales son bien conocidas. Los hematomas sublinguales espontáneos secundarios a anticoagulación son una complicación extremadamente rara y potencialmente fatal. Reportamos el caso de una paciente anticoagulada con warfarina que desarrollo un hematoma sublingual espontáneo masivo con obstrucción de vía de aire superior y paro cardio respiratorio, en la que se realizó ventilación transtraqueal de emergencia.

Palabras clave: HEMATOMA
SUELO DE LA BOCA
WARFARINA

Key words: HEMATOMA
MOUTH FLOOR
WARFARIN

* Médico Intensivista. Centro de Tratamiento Intensivo del Hospital Maciel.

† Ex Residente de Medicina Interna. Jefe de Residentes de Medicina Interna del Hospital Maciel.

‡ Profesor Adjunto de Medicina Intensiva. Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Correspondencia: Dr. Eduardo Moreira. 25 de Mayo 174, Montevideo, Uruguay.

Correo electrónico: dreduardo.moreira@gmail.com.

Recibido: 29/1/16

Aprobado: 15/3/16

Introducción

Las complicaciones hemorrágicas de la terapia con anticoagulantes orales son bien conocidas. Estas se presentan más frecuentemente a nivel del aparato genitourinario o gastrointestinal, aunque también pueden generarse en el retroperitoneo o en el sistema nervioso central. Los reportes de sangrados a nivel de la vía aérea superior son excepcionales. Cuando se presentan en esta localización, más frecuentemente se trata de hematomas retrofaríngeos o de laringe, mientras que los hematomas sublinguales son extremadamente raros^(1,2).

Reportamos el caso de una paciente anticoagulada con un hematoma sublingual espontáneo masivo con obstrucción de vía de aire superior y paro cardiorrespiratorio de etiología hipóxica. Situación de alta morbimortalidad cuyo manejo requiere un diagnóstico y tratamiento precoces. La obtención de una vía aérea segura por acceso infraglótico frente a la situación de “no puedo ventilar, no puedo intubar” es fundamental así como la reversión de la anticoagulación.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 73 años de edad, hipertensa. Destacándose además como antecedente patológico un tromboembolismo pulmonar secundario a trombosis venosa profunda de miembro inferior izquierdo, razón por la cual recibía tratamiento anticoagulante con warfarina desde hacía dos meses.

Durante la última semana, la paciente realizó varias consultas por odinofagia en la unidad de emergencia móvil prehospitalaria y centro de salud de la periferia, recibiendo tratamiento sintomático. Luego presentó edema de lengua y dificultad en articulación de la palabra, sin otra sintomatología, lo que motivó la consulta a emergencia de nuestro hospital.

Al ingreso a emergencia la paciente se encontraba lúcida, con hemodinamia estable, constatándose hematoma sublingual que determina edema y ascenso de la base de la lengua, sin dificultad respiratoria. De los estudios de laboratorio se destacaba un International Normalized Ratio (INR) de 8. Se inició tratamiento para revertir la anticoagulación con vitamina K por vía oral. A las tres horas instaló disnea de reposo y estridor, y en la evolución inmediata cianosis y paro cardiorrespiratorio hipóxico (actividad eléctrica sin pulso) por obstrucción de vía aérea superior secundario a progresión del hematoma (figura 1).

No se logró intubación orotraqueal y se procedió a realizar una punción cricotiroidea que consistió en la introducción de un angiocatéter a través de la piel y la membrana cricotiroidea, y se realizó ventilación trans-



Figura 1. Hematoma sublingual con edema de base de lengua.

traqueal percutánea. Esta medida fue transitoria y permitió mejorar la oxigenación, con lo que la paciente retomó circulación alcanzando una hemodinamia estable. Luego se procedió a traqueostomía quirúrgica en sala de reanimación de emergencia e ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI). En UCI presentó buena evolución, retroceso del edema y resolución espontánea del hematoma con la consecuente desobstrucción de vía aérea superior. Egresó a la semana, lúcida, traqueostomizada, con crisis corregida y un INR en rango de seguridad.

Discusión y comentarios

La anticoagulación oral es un tratamiento habitualmente utilizado en nuestra población y cada vez más extendido. Sus indicaciones más frecuentes son la fibrilación auricular, prótesis valvulares cardíacas mecánicas y la enfermedad tromboembólica venosa⁽³⁾. Sus beneficios están extensamente demostrados, siendo la warfarina (derivado cumarínico) el anticoagulante oral más ampliamente utilizado a escala mundial. La relación entre la dosis y su respuesta depende de factores genéticos y ambientales que pueden influenciar en la absorción, la farmacocinética y la farmacodinamia. Presenta un estrecho rango terapéutico que requiere controles clínicos y biológicos frecuentes, incluyendo la determinación del INR en forma periódica. El INR objetivo se ajusta según el proceso del paciente^(4,5).

La sobreanticoagulación (INR > 4) es una reacción adversa medicamentosa (RAM) que siempre debe ser considerada por el personal de salud, ya que el número de pacientes que reciben anticoagulantes orales aumenta constantemente y las interacciones medicamentosas de estos fármacos son múltiples. Esto hace que en una población como la nuestra, cada vez más añosa y con polifarmacia, las RAM vinculadas a la anticoagulación sean

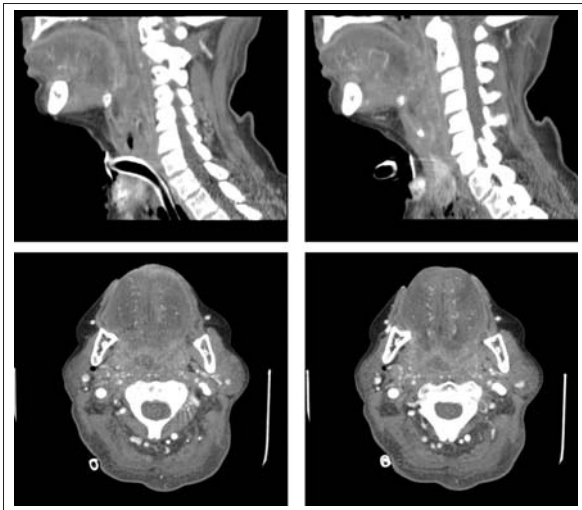


Figura 2. Imágenes tomográficas (cortes sagital y coronal) donde se observa el edema de piso de boca, de base de lengua y la obstrucción de vía aérea superior.

cada vez más frecuentes⁽⁶⁾. Hay que considerar también que los anticoagulantes orales son los fármacos que se asocian con más de la mitad de las consultas en servicios de urgencia debidas a una RAM, fundamentalmente en pacientes mayores de 65 años.

El hematoma sublingual es una complicación rara, pero potencialmente fatal, del tratamiento con warfarina. Se reportan menos de 20 casos en la literatura en idioma inglés y muy pocos casos en la literatura otorrinolaringológica. Lepore, en 1976, describe lo que denominó como un “fenómeno de pseudoangina de Ludwig”, una condición causada por trastornos de la anticoagulación que resulta en hemorragia espontánea en los espacios sublingual y submaxilar. Esto puede causar la elevación de la lengua y del piso de la boca, y por lo tanto generar dificultad respiratoria y obstrucción completa de la vía aérea superior. Debido a la naturaleza potencialmente grave y fatal de esta condición, se requiere una rápida reversión de la anticoagulación. La odinofagia es un síntoma casi constante, elemento que debe ser tomado en cuenta como un elemento de alarma en cualquier paciente anticoagulado⁽⁷⁻¹²⁾.

La mayoría de los casos anteriormente descritos han encontrado la resolución espontánea del hematoma una vez que se normaliza la coagulación. En general, la resolución espontánea se produce a los pocos días de la suspensión del tratamiento anticoagulante⁽¹³⁾.

La prioridad terapéutica es asegurar y controlar la vía aérea del paciente. Si la intubación es imposible a causa del tamaño del hematoma debe optarse por una técnica de rescate de la vía aérea. El acceso infraglóti-



Figura 3. Dispositivo con el cual se realizó la ventilación transtraqueal.

co de la vía aérea, especialmente la ventilación jet transtraqueal percutánea (por catéter) y la cricotirotomía son técnicas de uso transitorio y urgente, utilizadas para salvar vidas cuando no se puede lograr una correcta ventilación ni una intubación orotraqueal. Esta técnica fue la elegida en nuestra paciente. El escenario de “no puedo ventilar, no puedo intubar” es raro, pero puede presentarse al médico de urgencias⁽¹⁴⁾. Equipar y entrenar al clínico con alternativas para el manejo de la vía aérea superior incrementa el potencial de rescate de una vía aérea segura fallida y previene o minimiza resultados adversos devastadores. Enfrentados a la situación “no puedo ventilar, no puedo intubar”, lo urgente y primordial es aportar oxígeno al paciente. Un dispositivo de ventilación colocado por debajo de la lesión resolverá los problemas glóticos o subglóticos. Lo más expedito y con menor riesgo de trauma (al menos en la etapa inicial) es insertar un catéter de ventilación jet transtraqueal. Una vez lograda la oxigenación y estabilización del paciente se podrá efectuar un nuevo intento de intubación o insertar una guía flexible a través del mismo, que permita realizar una cricotirotomía por Seldinger en vistas a una intubación retrógrada o guiar un fibrobronoscopio⁽¹⁵⁻¹⁷⁾. En nuestra paciente se realizó cricotirotomía pero no se logró el pasaje de la guía, de manera que se realizó ventilación transtraqueal percutánea hasta la realización de una traqueotomía quirúrgica. Se realizó ventilación mediante la inserción de un catéter (14G) con bisel metálico a través de la membrana cricotiroides, posteriormente se conectó el catéter a una jeringa de 5 mL con solución salina, una vez confirmada la posición intratraqueal se insertó el extremo caudal de la jeringa a una sonda orotraqueal N° 9 y se conectó a un dispositivo Ambú® conectado a una fuente de oxígeno al 100% (figura 3). El beneficio más importante del uso de esta técnica en nuestro caso fue la disponibilidad inmediata de oxigenación y ventilación. Con estas medidas la saturación de oxígeno

arterial fue mantenida por encima del 90% hasta asegurar la vía aérea en forma definitiva realizando la traqueotomía. La principal desventaja de esta técnica es el desconocimiento del volumen corriente y de la presión de vía aérea obtenida. Se debe tener especial cuidado en este tipo de pacientes, vigilando la excursión torácica de inspiración-espирación y dándole más tiempo a la espiración (relación 1:4). La ventilación de alto flujo tiende a resultar en una mayor presión de la vía aérea a pesar de un volumen corriente más pequeño. El barotrauma es la principal complicación de estos sistemas, con una incidencia que alcanza hasta el 20%⁽¹⁸⁻²⁰⁾. Varios estudios han documentado la eficacia de esta estrategia cuando los pacientes son ventilados por vía transtraqueal con un jet de oxígeno intermitente a través de un catéter. Esto sugiere que la utilización de un angiocath de 12-16 G y oxígeno proporciona un adecuado volumen corriente para mantener la oxigenación y la ventilación en pacientes apneicos adultos. Además de asegurar una adecuada oxigenación (o incluso hiperoxigenación), esta técnica produce normo o hipocapnia. Una vez reoxigenado y estabilizado el paciente, se debe optar por una cricotirotomía o una traqueotomía, la decisión última la debe tomar el equipo quirúrgico, dependiendo de su experiencia y del caso clínico en particular.

Los protocolos de tratamiento específico para los hematomas sublinguales espontáneos no están basados en la evidencia, no está claro que el drenaje quirúrgico logre reducir la inflamación ni los días de ARM, por lo que en este caso no se realizó. Creemos que el manejo inicial del hematoma sublingual debe incluir la reversión de la terapia anticoagulante, una evaluación rápida de la vía aérea y su protección inmediata dado que puede convertirse rápidamente en una afección potencialmente mortal. Su detección temprana, el tratamiento médico oportuno (administración precoz de vitamina K, plasma fresco congelado o complejo protrombínico) y el seguimiento clínico continuo pueden evitar la necesidad de un procedimiento de vía aérea quirúrgica^(21,22). En caso de ser necesario, utilizando un catéter de calibre grande se proporciona oxigenación y ventilación rápida, efectiva, y puede salvar la vida cuando la ventilación con mascarilla y bolsa o la laringoscopia directa e intubación endotraqueal son imposibles. Si bien el acceso invasivo a la vía respiratoria rara vez se practica, cualquier operador debería conocer esta maniobra para un correcto manejo de estos pacientes⁽²³⁾.

Agradecimientos

A los Dres. G. Ruiz y J. Follonier, jefes de guardia de la Emergencia del Hospital Maciel.

Abstract

Hemorrhagic complications in oral anticoagulant therapy are frequent. Spontaneous sublingual hematomas secondary to anticoagulants are an extremely unusual complication that is potentially lethal. The study reports a case of a patient on anticoagulation therapy with warfarine who develops a massive, spontaneous sublingual hematoma with obstruction of the high airway and cardiac arrest, where emergency transtracheal catheter ventilation was used.

Resumo

As complicações hemorrágicas do tratamento com anticoagulantes orais são conhecidas. Os hematomas sublinguais espontâneos secundários a anticoagulação são uma complicação extremadamente rara e potencialmente fatal. Descrevemos o caso de uma paciente anticoagulada com warfarina que apresentou um hematoma sublingual espontâneo massivo com obstrução da via aérea superior e parada cardiorrespiratória, e que foi submetida à ventilação transtraqueal de emergência.

Bibliografía

1. **González-García R, Schoendorff G, Muñoz-Guerra MF, Rodríguez-Campo FJ, Naval-Gías L, Sastre-Pérez J.** pper airway obstruction by sublingual hematoma: a complication of anticoagulation therapy with acenocoumarol. *Am J Otolaryngol* 2006; 27:129-32.
2. **Puri et al.** Massive sublingual hematoma secondary to anticoagulant therapy complicated by a traumatic denture: a case report. *Journal of Medical Case Reports* 2012 6:105.
3. **Nuevo González JA, Cano Ballesteros JC, Pintor Holguín E, Braun Saro B, Visús Soler E, Sevillano Fernández JA.** Exceso de anticoagulación oral: análisis desde un Servicio de Urgencias. *Rev Clin Esp.* 2008;208(2):66-70.
4. **Roncalés J.** Tratamiento anticoagulante oral: una historia interminable. Servicio de Hematología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. España. *Rev Med Clinica* Vol. 124. Núm. 09. 12 Marzo 2005doi: 10.1157/13072421.
5. **Fontcuberta J.** Anticoagulación oral en enfermedad tromboembólica. Unitat d'Hemostàsia i Trombosi. Departament d'Hematologia. Hospital de la Santa Creu i Sant Pau. *Med Clin (Barc).* 2008;131(Supl 2):60-65 Barcelona. España.
6. **Mallet L, Spinewine A, Huang A.** The challenge of managing drug interactions in elderly people. *Lancet* 2007; 370: 185-91.
7. **Cohen AF, Warman SP.** Upper airway obstruction secondary to warfarin-induced sublingual hematoma. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1989;115:718-20.
8. **Duwat A, Petiot S, Malaquin S, Hinard S, Dupont H.** Cricothyroidotomie de sauvetage avant tracheotomie chirurgicale: a' propos de deux cas. *Annales Francaises d'Anesthesie et de Reanimation* 2014;33:364-6.

9. **Lepore M.** Upper airway obstruction induced by warfarin sodium. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1976, 102:505-6.
10. **Buyuklu M, Bakirci EM, Topal E, Ceyhun G.** Spontaneous lingual and sublingual haematoma: A rare complication of warfarin use. *BMJ Case Rep* 2014. 2014 pii: bcr2014204168.
11. **Pathak R, Supplee S, Aryal MR, Karmacharya P.** Warfarin induced sublingual hematoma: a Ludwig angina mimic. *Am J Otolaryngol.* 2015 Jan-Feb;36(1):84-6. doi: 10.1016/j.amjoto.2014.08.008. Epub 2014 Aug 20.
12. **Karmacharya P, Pathak R, Ghimire S, et al.** Upper Airway Hematoma Secondary to Warfarin Therapy: A Systematic Review of Reported Cases. *North American Journal of Medical Sciences.* 2015;7(11):494-502.
13. **Evgeni B, Leonid K, Schwartz A, Efim R, Amit F, Alexander Z, Moti K.** Spontaneous sublingual hematoma: Surgical or nonsurgical management? *International Journal of Case Reports and Images.*
14. **Benumof JL, Scheller MS.** The importance of transtracheal jet ventilation in the management of the difficult airway. *Anesthesiology* 1989; 71: 769-78.
15. **Ferguson C, Mir F.** Transtracheal jet ventilation. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine* 2011;12(7): 299-302.
16. **Rosenblatt WH.** Percutaneous Translaryngeal Jet Ventilation. *Benumof and Hagberg's Airway Management (Third Edition)*, 2013, Pages 592-603.e2
17. **Rocco CM, Guzmán J.** Manejo de la vía aérea por acceso intrafraglótico: Ventilación jet y cricotirotomía. *Rev Chil Anest,* 2010; 39: 158-66.
18. **Bellemain A, Ghimouz A, Goater P, Lentschener C, Esteve M.** Pneumothorax bilatéral au retrait du cathéter de jet ventilation à haute fréquence. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation* 2006;25(4): 401-3.
19. **Bellemain A, Ghimouz A, Goater P, Lentschener C, Esteve M.** Pneumothorax bilatéral au retrait du cathéter de jet ventilation à haute fréquence. *Annales Françaises d'Anesthésie et de Réanimation*, Volume 25, Issue 4, April 2006, Pages 401-403.
20. **Liu YH, Wang AL, Marchese AD, Kacmarek RM, Jiang Y.** Jet or intensive care unit ventilator during simulated percutaneous transtracheal ventilation: a lung model study. *Br J Anaesth* 2013;110(3):456-62.
21. **Dillon J, Christensen B, Fairbanks T, Jurkovich G, Moe K.** The emergent surgical airway: cricothyrotomy vs tracheotomy. *Int J Oral Maxillofac Surg* 2013; 42: 204-8.
22. **E. Fernández-Hinojosa, F. Murillo-Cabezas, A. Pupo-Moreno, S.R. Leal-Noval.** Alternativas terapéuticas de la hemorragia masiva. *Med Intensiva.*2012;36:496-503 - Vol. 36 Núm.7 DOI: 10.1016/j.medin.2011.11.010
23. **Valeroa R, Sabatéb S, Borrasc R, Áñezd C, Bermejoe S, González-Carrasco FJ, et al.** Massó. Difficult airway management protocol. Involvement of the Declaration of Helsinki. *Rev. Esp. de Anestesiología y Reanimación* Volume 60, Supplement 1, June 2013, Pages 34-45.