

Necrosis Uvular Postoperatoria. Reporte de un Caso

Postoperative Uvular Necrosis. A case Report

¹Josefina Colín-Hernández, ¹Médico Anestesióloga Pediatra. Hospital Star Médica, Hospital Infantil Privado. CDMX, México. ²José Maya-Behar. ²Médico Cirujano plástico, Centro Médico ABC Santa Fe. Ciudad de México. ³Elizabeth Crisanto-Campos. ³Médico Cirujano Plástico. Hospital Ángeles Acoxa. CDMX, México.

Anestesia en México 2022; 34(1):

Fecha de recepción octubre 2021
Fecha de revisión noviembre 2021
Fecha de publicación enero 2022

jcolinh18@gmail.com

Resumen

Una complicación rara, aunque generalmente delitesciente después de la intubación endotraqueal, es la necrosis uvular; donde la punta de la úvula se torna isquémica, edematosa, necrótica e incluso llega a desprenderse. A continuación, se reporta un caso de necrosis uvular posterior a una intubación atraumática para rinoseptumplastía.

Palabras clave: necrosis, úvula, intubación.

Abstract

A rare but generally delitescient complication after endotracheal intubation is uvular necrosis; where the tip of the uvula becomes ischemic, edematous, necrotic and even detaches. Next, a case of uvular necrosis after atraumatic intubation for rinoseptumplastia is reported.

Keywords: necrosis, uvula, intubation.

Introducción

La odinofagia es un síntoma muy común, posterior a un procedimiento que requiera intubación endotraqueal o manipulación orofaríngea. La odinofagia ha sido descrita en 24–40 % de los pacientes. Sin embargo, el dolor persistente más allá de 48 horas debe alertar al médico sobre alguna posible complicación. El dolor de la orofaringe es el síntoma característico principal de la necrosis postoperatoria uvular, (1–3).

La necrosis uvular, fue descrita por primera vez en 1978 por Seigne. Puede presentarse desde 45 minutos hasta dos días postoperatorios con odinofagia, tos, sensación de cuerpo extraño, ronquido, disfagia o disnea; y en casos graves, aún más raros, desarrollar infección e incluso obstrucción de vía aérea superior (1,4-6).

A pesar de no tener una causa establecida, se cree que es provocada por la supresión de aporte sanguíneo a la úvula durante la instrumentación orofaríngea y existen algunos factores de riesgo que pueden predisponer su presentación (1). La necrosis uvular se ha asociado con mayor frecuencia a la intubación endotraqueal con el tubo fijo en línea media o colocada vía nasotraqueal; otros factores son la posición en prono, la endoscopia, el realizar succión a ciegas y el uso prolongado de máscara laríngea. (1-5, 7, 8).

En las series de casos reportadas, no se ha encontrado asociación con el tipo de cirugía ni su duración, el tipo de tubo para ventilar ni su tamaño. Se ha reportado que es más común en hombres, sin embargo, no hay una asociación significativa por género (1).

El diagnóstico se hace con la observación del daño directo de la úvula, la cual puede estar alargada, edematosa y cubierta de un exudado blanco. El tratamiento generalmente es conservador y se resuelve por completo en aproximadamente 14 días (1-10).

Presentación del caso

Femenino de 20 años, programada de manera electiva para rinoseptoplastía. Previamente sana. A la exploración de vía aérea: distancia tiromentoniana mayor a 6 cm, apertura oral mayor de 3 cm, *Mallampati* I. Dentadura propia y completa. Sin predictores para ventilación o intubación difíciles.

Posterior a la inducción, se realizó laringoscopia con hoja *Macintosh* número tres, se observa *Cormack -Lehane* grado I; En el primer intento se colocó el tubo endotraqueal (TET) número 7.0 mm con neumotaponamiento y se fijó a 20 cm de la arcada dental, sobre el lado izquierdo.

El procedimiento quirúrgico transcurrió sin complicaciones, tuvo una duración de 90 minutos. Se retiró TET previa aspiración de secreciones con cánula de *yankauer*.

La evolución fue favorable y se egresó ese mismo día a su domicilio. 48 horas posteriores a la cirugía la paciente reporto odinofagia y sensación de cuerpo extraño, sin disnea, estridor, disfagia ni fiebre.

A la exploración se observó la faringe ligeramente hiperémica, sin exudados. Úvula edematizada y en la punta un exudado blanquecino, fijo y doloroso. (Figura 1). La imagen número 2 muestra la úvula a los 8 días de evolución.

Figura 1: Úvula 48 horas postquirúrgicas.



Figura 2: Úvula de 48 horas postquirúrgicas.



Por el procedimiento quirúrgico se recetó antibiótico tipo cefalotina, analgésico (paracetamol) y antiinflamatorio no esteroideo (AINE) (ibuprofeno). Medicamentos que se iniciaron el mismo día de su egreso.

La paciente refiere mejoría diaria de la odinofagia. Una segunda revisión y exploración se realizó una semana después de la primera. No refiere dolor o sensación de cuerpo extraño y se observa faringe normal y en la punta de la úvula, un pequeño punto blanquecino fijo. (Figura 2). Se continúa con ibuprofeno una semana más. 12 días posteriores al evento quirúrgico se vuelve a explorar al paciente encontrando faringe y úvula de coloración normales sin ningún exudado, con recuperación completa. (Figura 3).

Figura 3: Vista de la Úvula 12 días después



Discusión

La necrosis uvular es una entidad reportada en la literatura, solamente en series de casos o en reportes de caso, y quizá ocurra con mayor frecuencia de la reportada (1). Un factor descrito como predisponente es el tener una úvula alongada como en la mayoría de los varones, además de tener mayor tejido muscular y poco tejido graso en el cuello, que, durante la anestesia se torna

flácido y más susceptible al daño mecánico, así como la fijación del tubo en línea media (1,4).

Es menos común en pacientes pediátricos (1,2) y sorprendentemente, la mayoría de los casos reportados se describen en pacientes cuya intubación fue fácil (4). Sin embargo, en este caso, la paciente no tiene los factores mencionados antes y el tubo endotraqueal no fue fijado en línea media. Y aunque la laringoscopia no fue traumática, hubo aspiración rutinaria y cuidadosa de secreciones en orofaringe con un dispositivo rígido, siendo este el único factor relacionado. El tipo de cirugía, en este caso, rinoseptoplastia, tampoco es relevante, ya que como lo indica la literatura, tiene una asociación de apenas 4% con cirugía estética (1) y la intubación no fue prolongada.

Al considerarse una entidad benigna, el tratamiento es controversial. Se ha reportado una sola dosis de esteroide, antibióticos y antiinflamatorios en el tratamiento empírico, con buenos resultados, evitando así las secuelas severas como infección u obstrucción de vía aérea superior (1-6,10).

Se ha propuesto también, el tratamiento quirúrgico, con escisión de la porción necrosada de la úvula, cuando hay datos de infección o de obstrucción de la vía aérea superior que puede poner en riesgo la vida, sin embargo, la mayoría de los casos se resuelve totalmente dentro de 14 días con tratamiento conservador, cuando la parte necrosada de la úvula se cae por si sola (1,4)

En este caso se decidió continuar con el tratamiento médico indicado para el procedimiento quirúrgico y al no sumarse sintomatología, no se agregó esteroide y la evolución fue favorable con resolución total, antes de los 14 días.

La comunicación con la paciente y la exploración fue estrecha y constante, con el fin de detectar a tiempo una evolución tórpida. Se le informó que la condición que presentó era autolimitada y que se esperaba la resolución completa en un período corto. También, con su autorización, se pudo documentar la evolución con imágenes.

Conclusiones

La necrosis uvular durante la manipulación de la orofaringe es una complicación descrita como muy rara en la literatura, pero probablemente se deba a un subregistro de casos. Existen recomendaciones para disminuir su presentación: el uso de videolaringoscopia para disminuir el trauma orofaríngeo, posicionar los tubos endotraqueales en línea media, minimizar la succión a ciegas y disminuir la potencia de esta, aunque aun siguiendo las recomendaciones descritas, puede presentarse.

Por ello debe sospecharse cuando el paciente presenta odinofagia intensa persistente sin otro dato relacionado, hasta 48 horas después del procedimiento quirúrgico, con el fin de mantener en observación constante y vigilar su evolución, que generalmente es autolimitada y de buen pronóstico.

Referencias

1. Reid J, Samy A, Jeremic G, Brookes J, Sowerby L. Postoperative uvular necrosis: a case series and literature review. *Laryngoscope* 2020;130: 880–885. DOI: 10.1002/lary.28096
2. Arigliani M, Dolcemascolo V, Passone E, Vergine M, Cogo P. Uvular trauma after laryngeal mask airway use. *J Pediatr* 2016;176:217 <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpeds.2016.05.056>
3. Evans D, Bruce M. Uvular necrosis after orotracheal intubation. *American Journal of Emergency Medicine* 2009; 27: 631.e3–631.e4 doi:10.1016/j.ajem.2008.09.004
4. Pamnani A, Faggiani S, Hood M, Kacker A, Gadalla F. Uvular injury during the perioperative period in patients undergoing general anesthesia. *Laryngoscope*, 2014;124: 196–200. DOI: 10.1002/lary.23774
5. Smith Z, Lobo S. Uvular necrosis in an adolescent following general anaesthesia in the prone position. *Anaesthesia Cases* 2014-0291 <http://dx.doi.org/10.21466/ac.UNIAAFG.2014>
6. A. Budde C, Parsons M, Eikermann. Uvula necrosis after fiberoptic intubation. *British Journal of Anaesthesia*. 2018; doi: 10.1016/j.bja.2018.02.011
7. Ersgaard M, Hjelmar R, Pachai A. Uvula trauma using a supraglottic airway. *Anaesthesia Cases/2013-0096*, DOI:10.1002/j.2396-8397.2013.tb00022.x
8. Ziahosseini K, Ali S, Simo R, Malhotra R. Uvulitis following general anaesthesia. *BJM Case Rep* 2014; doi:10.1136/bcr-2014- 205038
9. Del Rio M, Villatoro P, Vela A. Necrosis de úvula. *Acta Médica Grupo Ángeles*. 2020; 18 (3): 316-318. doi: 10.35366/95413
10. Chaterjee A, Kannujia A, Paul M, Verna A. Can lateral decubitus cause uvular necrosis after general anesthesia? *Journal of Clinical Anesthesia* 2018; 90. <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2017.12.020>