

## Nota clínica

# Hematoma lingual secundario a fibrinólisis con rtPA

V. E. Merlo González, F. Árbol Linde, P. López Onega, E. Juan Sarmiento

UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

HOSPITAL "NUESTRA SEÑORA DEL PRADO". TALAVERA DE LA REINA. TOLEDO.

## RESUMEN

Un varón de 71 años con el diagnóstico de infarto de miocardio es tratado con rtPA y heparina, objetivándose un hematoma lingual que ocasiona disfagia y dificultad respiratoria. El hematoma lingual es una complicación muy rara del tratamiento fibrinolítico, pero potencialmente letal, ya que puede producir obstrucción de la vía aérea superior. La nasoesoscopia de la orofaringe y glotis ayuda a decidir si es precisa la intubación para asegurar la vía aérea, siendo la intubación nasal con fibrobroncoscopia y anestesia local de elección en esta situación.

**Palabras Clave:** Hematoma. Lingual. Alteplase.

## ABSTRACT

Lingual haematoma secondary to thrombolytic with rtPA

A 71-year-old man with a diagnosis of myocardial infarction treated with alteplase and heparin developed a lingual haematoma, precipitating dysphagia and dyspnea. The haematoma in the tongue is a very rare and potentially lethal complication of thrombolytic therapy, because it can need intubation by upper airway obstruction. The nasopharyngolaryngoscopy shows the oropharynx, glottis and larynx, and it is the method of choice in securing the airway if required.

**Key Words:** Haematoma. Lingual. Alteplase.

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia es la complicación más importante de los fibrinolíticos, apareciendo entre un 4-15% de los casos<sup>1</sup>. La mayoría son banales y, afectan principalmente a los puntos de punción (70%)<sup>1-3</sup> y encías. El hematoma lingual es una complicación rara de la fibrinólisis. Revisamos la literatura realizando una búsqueda bibliográfica en MEDLINE de los últimos 10 años con las palabras clave hematoma, lingual. Presentamos un caso observado en nuestro servicio.

## OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de 71 años con antecedentes de hipertensión arterial y exfumador desde hace 10 años. Acude a urgencias por

dolor retroesternal opresivo con diaforesis de una hora de duración. A la exploración tensión arterial 140/90 mmHg, frecuencia cardíaca 72 l/min, eupneico, resto normal. ECG: ritmo sinusal a 72 l/min; elevación mayor de 2 mm del ST en V<sub>2</sub>-V<sub>4</sub>. El paciente era tratado con ácido acetilsalicílico (200 mg), heparina (5.000 U en bolo), rtPA (100 mg), y heparina sódica en perfusión (1.000 U/hora), objetivándose sangrado leve por encías. A las 6 horas de su ingreso, el paciente refiere dificultad respiratoria y deglutoria, visualizándose aumento del volumen lingual con coloración violácea, compatible con hematoma lingual (figura 1); orofaringe sin signos de sangrado. La actividad de protrombina era 98,6% y el tiempo de tromboplastina parcial activado era 102 segundos (INR 3), motivo por el cual se suspendió la heparina sódica. En 24 horas, el paciente evolucionó favorablemente, con menor disfagia y dificultad respiratoria, tolerando alimentación semisólida.

**Correspondencia:** Victoria Eugenia Merlo González. C/ Ferreluz, 26, 2º B. 28039 Madrid.

**Fecha de recepción:** 30-5-2000

**Fecha de aceptación:** 2-1-2001



Figura 1. Hematoma lingual a las 24 horas después de su inicio.

da. La CK máxima fue 246 U/l (MB 33). ECG postfibrinolisis: ritmo sinusal a 65 l/min. Onda T negativa en I, aVL, V<sub>1</sub>-V<sub>6</sub>.

## DISCUSIÓN

El hematoma lingual ha sido descrito como una complicación de la fibrinolisis con estreptoquinasa y alteplase (rtPA)<sup>4,7</sup>. Si bien los pacientes con infarto agudo de miocardio, generalmente son tratados también con antiagregantes y heparina, que pueden favorecer la aparición de hemorragias<sup>7</sup>, como ocurrió en nuestro enfermo. En ocasiones, hay factores locales, no presentes en nuestro paciente, que favorecen la aparición de un hematoma lingual como son los desgarros o heridas linguales por intentos de intubación orotraqueal<sup>4</sup> o extracción dentaria reciente<sup>8</sup>.

La gravedad de las hemorragias por fibrinolisis depende de su cuantía (necesidad o no de transfusión sanguínea) o sus secuelas (hemorragias cerebrales)<sup>3</sup>. El hematoma lingual es una complicación potencialmente letal, ya que puede producir obstrucción de la vía aérea con imposibilidad para la intubación orotraqueal<sup>4,8</sup>. Ante esta complicación hemorrágica por fibrinolisis deben evaluarse los siguientes aspectos: 1) Persisten-

tencia de la actividad trombolítica; 2) Defectos hemostáticos consecuentes; 3) Consecuencias de la corrección de las alteraciones detectadas sobre la reperfusión coronaria<sup>4,5,8</sup>; 4) Compromiso de la vía aérea superior<sup>4,5,6,8</sup>. Los tres primeros puntos son comunes a cualquier hemorragia secundaria a fibrinolisis, y la actuación básicamente consiste en: a) interrumpir la administración del fibrinolítico y/o anticoagulantes; b) inhibir la plasmina si persiste alguna actividad fibrinolítica con aprotinina (2.000.000 UI en 10 minutos, seguidos de 70.000 UI/h), ácido tranexámico o ácido  $\epsilon$ -aminocaproico (0,1 g/kg en 30-60 minutos, seguido de 0,5-1 g/h) hasta el control de la actividad lítica o la hemorragia; c) antagonizar la heparina con protamina (1 mg por cada 100 U de heparina intravenosa); d) reemplazar los factores deplecionados preferentemente con plasma fresco congelado; y e) plaquetas si es preciso<sup>1,5</sup>. En nuestro caso, las alteraciones de la coagulación se normalizaron a las 4 horas de la suspensión de la heparina, y el paciente no presentó angina postinfarto.

En caso de hematoma lingual debe valorarse la afectación de orofaringe, epiglotis y laringe por nasoescoopia<sup>4</sup>, recomendándose, si existe deterioro del paciente, la intubación nasotraqueal con fibrobroncoscopia con el paciente despierto<sup>4,6</sup>, ya que otras técnicas para el control de la vía aérea en esta situación como la traqueostomía con anestesia local pueden tener un alto riesgo de hemorragia<sup>5</sup>. Su realización de forma profiláctica debe tener en cuenta los factores desfavorables de los sedantes a veces empleados (cocaína) sobre el miocardio<sup>5</sup>. La mayoría de los casos evoluciona de forma favorable no precisando intubación<sup>4</sup>, incluso sin reversión de los defectos hemostáticos<sup>4</sup>, pero con suspensión de la heparina<sup>5,6,8</sup> como ocurrió en nuestro caso. En ocasiones el tratamiento con corticoides<sup>4,8</sup>, ha disminuido el estridor y con ello evitado la intubación endotraqueal.

En conclusión, en los pacientes fibrinolizados que refieren dificultad respiratoria debe valorarse la posibilidad de un hematoma lingual, ya que su detección precoz contribuye a un manejo más adecuado.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1- Barranco Ruiz F, Martos López J, García Horcajadas A. Fibrinolisis en la cardiopatía isquémica aguda. En: Torres Ruiz JM. Treinta años de tratamiento trombolítico. De la vena periférica al sistema nervioso central. Barcelona. 1998:47-62.
- 2- Pasternak RC, Braunwald E, Sobel BE. Infarto agudo de miocardio. En: Braunwald E. Tratado de cardiología. 4ª ed. Madrid. Interamericana McGraw-Hill. 1992:1380.
- 3- Cánovas Robles J. Uso de los fibrinolíticos. En: Caturla J. Infarto agudo de miocardio. Barcelona. 1994: 105-137.
- 4- Eggers KA, Mason NP. Lingual haematoma following streptokinase therapy. *Anaesthesia* 1994;49:922.
- 5- Williams PJ, Jani P, McGlashan J. Lingual haematoma following treatment with streptokinase and heparin; anaesthetic management. *Anaesthesia* 1994; 49:417-8.
- 6- McMechan SR, Morrow B, Campbell NP. Lingual haematoma after treatment with alteplase (recombinant tissue plasminogen activator) for acute

myocardial infarction. Br Heart J 1995;74:205.

7- Kounis NG, Zarras GM, Frangides C, Andreas A. Lingual haematoma af-

ter treatment with alteplase (recombinant tissue plasminogen activator) for acute myocardial infarction. Heart 1996;75:427.

8- Scuba JR, Parrado C. Parapharyngeal hemorrhage secondary to thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. J Oral Maxillofac Surg 1992;50:413-5.