

**CASOS CLÍNICOS**

## Doctor, me duele la garganta. Un caso infrecuente de odinofagia

Cuesta-Montero P, Monsalve Naharro JA, Charco Roca L, García Martínez B.

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

**Resumen**

El dolor faríngeo es frecuente tras la intubación orotraqueal, aunque en la gran mayoría de los casos no precisa ningún tipo de tratamiento, siendo poco habitual que este tipo de dolor se asocie a lesiones estructurales.

La necrosis de úvula es una rara complicación tras la intubación, y ha sido escasamente documentada en la literatura. Presentamos el caso de un paciente de 27 años que presentó una necrosis de úvula 5 días después de una anestesia general con intubación orotraqueal.

**Introducción**

El dolor faríngeo es frecuente tras la intubación orotraqueal, aunque en la gran mayoría de los casos no precisa ningún tipo de tratamiento, siendo poco habitual que este tipo de dolor se asocie a lesiones estructurales.

La necrosis de úvula es una rara complicación tras la intubación, y ha sido escasamente documentada en la literatura. Presentamos el caso de un paciente de 27 años que presentó una necrosis de úvula 5 días después de una anestesia general con intubación orotraqueal.

**Caso Clínico**

Varón de 27 años sin antecedentes personales de interés, que acudió a Urgencias por dolor de garganta y sensación de cuerpo extraño en orofaringe, que aumenta con la deglución y no se acompaña de disnea, disfonía, odinofagia ni otra sintomatología. Refiere esta

sintomatología de forma progresiva desde el postoperatorio inmediato de una apendicectomía laparoscópica 5 días antes.



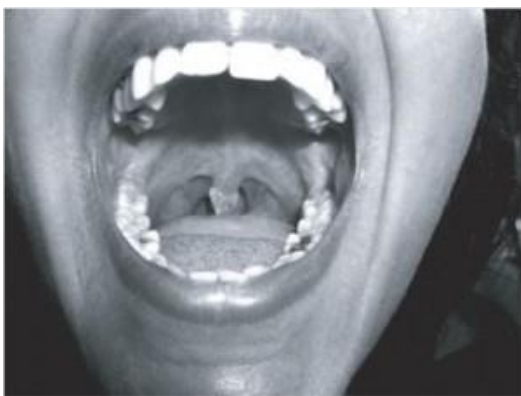
La valoración preoperatoria de la vía aérea fue anodina. El paciente fue intubado con facilidad al primer intento con un tubo orotraqueal de 7,5 mm de diámetro interno mediante una pala de laringoscopia Macintosh número 3. El tiempo de intubación fue de 65 minutos. No se succionó la orofaringe al final del procedimiento, y la extubación se realizó sin incidencias.

El examen físico mostró una úvula edematizada y elongada, con signos de

necrosis de la punta. El resto de la orofaringe, laringe y exploración sistémica no mostraban alteraciones relevantes. El paciente fue ingresado y recibió tratamiento con antibióticos intravenosos, corticoides y antiinflamatorios no esteroideos. La evolución fue favorable, el paciente fue dado de alta a los 3 días, y a los 12 días la sintomatología se había resuelto completamente.

## Discusión

El dolor de garganta tras la intubación orotraqueal es frecuente. En un análisis prospectivo de 809 pacientes lo describe hasta en el 40% de los casos, con un promedio de duración de  $16 \pm 11$  horas<sup>1, 2</sup>. Sin embargo, su asociación con una lesión estructural de la úvula es rara, aunque la necrosis debe considerarse como parte del diagnóstico diferencial en aquellos casos con dolor persistente, particularmente si se asocian a sensación de cuerpo extraño.



Este cuadro clínico se ha descrito de forma infrecuente en la literatura<sup>3 a 8</sup>. Se piensa que puede deberse a la isquemia de la úvula por fenómenos mecánicos de interrupción del aporte sanguíneo al quedar presionada entre un tubo y el paladar duro o la faringe posterior<sup>3, 4</sup>. No obstante, este cuadro también ha sido descrito en procedimientos endoscópicos<sup>9 a 11</sup> y aspiraciones de la orofaringe a ciegas<sup>12</sup>, que en este caso no fueron realizadas.

Por ello, pensamos que la causa de la necrosis pudo justificarse por una excesiva compresión de una úvula elongada por un tubo posicionado en la línea media, produciendo la disrupción de su vasculatura. El posicionamiento lateral del tubo puede ayudar a prevenir esta complicación<sup>4, 6</sup>.

Aunque es controvertido cuál debe ser el manejo más adecuado, el tratamiento generalmente es conservador mediante el uso sistémico de corticoides, antihistamínicos, antibióticos, y/o adrenalina tópica<sup>3, 5</sup>. No obstante, puede considerarse la resección de la parte necrótica de la úvula<sup>5</sup>. Con independencia del tratamiento elegido, el pronóstico es bueno y la recuperación suele ocurrir en unas 2 semanas<sup>3, 4, 6</sup>.

## Conclusiones

La necrosis de úvula, aunque infrecuente, debe ser tenida en cuenta en pacientes con dolor faríngeo prolongado que hayan sido sometidos a una intubación orotraqueal, debiendo realizar una cuidadosa exploración de la orofaringe.

La simple precaución de posicionar el tubo lateral a la úvula tras la intubación puede ayudar a prevenir esta complicación.

## Bibliografía

1. Christensen AM, Willemoes-Larsen H, Lundby L, Jacobsen KB. Postoperative throat complaints after tracheal intubation. *Br J Anaesth* 1994;73(6):786-7. ([PubMed](#))
2. Biro P, Seifert B, Pasch T. Complaints of sore throat after tracheal intubation: a prospective evaluation. *Eur J Anaesthesiol.* 2005;22(4):307-11. ([PubMed](#))
3. Salengros JC, El Founas W, Velghe-Lenelle CE, Willemse E, Sosnowski M, Andry G, Dignonnet A. Uvular and tonsillar pillar mucosal necrosis as a cause of severe sore throat after orotracheal intubation. *Anaesth Intensive Care.* 2011;39(4):772-3. ([PubMed](#))

4. Evans DP, Lo BM. Uvular necrosis after orotracheal intubation. *Am J Emerg Med.* 2009 Jun;27(5):631.e3-4. ([PubMed](#)) ([pdf](#))
5. Calikapan GT, Karakus F. Uvula necrosis after endotracheal intubation for rhinoplasty. *Aesthetic Plast Surg.* 2008;32(4):710-1. ([PubMed](#))
6. Atkinson CJ, Rangasami J. Uvula necrosis--an unusual cause of severe postoperative sore throat. *Br J Anaesth.* 2006;97(3):426-7. ([PubMed](#)) ([pdf](#))
7. Commins DJ, Whittet H, Okoli UC, Ewart M. Postintubation uvular necrosis. *Anaesthesia.* 1994;49(5):457-8. ([PubMed](#))
8. Krantz MA, Solomon DL, Poulos JG. Uvular necrosis following endotracheal intubation. *J Clin Anesth.* 1994;6(2):139-41. ([PubMed](#))
9. Sunio LK, Contractor TA, Chacon G. Uvular necrosis as an unusual complication of bronchoscopy via the nasal approach. *Respir Care.* 2011;56(5):695-7. ([PubMed](#))
10. Shores NJ, Bloomfeld RS. Images in clinical medicine. Uvular necrosis after endoscopy. *N Engl J Med.* 2009;361(12):e20. ([PubMed](#)) ([pdf](#))
11. Tang SJ, Kanwal F, Gralnek IM. Uvular necrosis after upper endoscopy: a case report and review of the literature. *Endoscopy.* 2002;34(7):585-7. ([PubMed](#))
12. Bogetz MS, Tupper BJ, Vigil AC. Too much of a good thing: uvular trauma caused by overzealous suctioning. *Anesth Analg.* 1991;72(1):125-6. ([PubMed](#)) ([pdf](#))

---

**Correspondencia al autor**

*Pablo Cuesta-Montero*

[pabloccuesta@yahoo.es](mailto:pabloccuesta@yahoo.es)

*FEA. Anestesia y Reanimación.*

*Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.*

---

[Publicado en AnestesiaR el 16 de mayo de 2012](#)