

Extravasación de contraste yodado, una complicación que debemos conocer.

Juan Apellániz Antón, Ismael Martín Sainz, Roberto Carrera Abad, María Garralda del Villar, David Rodríguez Palomo.

Hospital Universitario de Navarra

Objetivos

Presentar un caso de complicación de extravasación de contraste yodado tratado en nuestro hospital.



Material y métodos

Paciente de 76 años que acude a Urgencias por dolor, inflamación parestesias e impotencia funcional en mano derecha tras realizarse ayer un TAC con contraste intravenoso. No presenta fiebre, ni sensación distérmica.

A la exploración física, destacar un aumento considerable de volumen de la mano, con piel a tensión. Coloración violácea del dorso. Buen sangrado de los pulpejos a la punción. Disminución de la temperatura local respecto a contralateral. Presenta tres flictenas en el dorso. Movilidad de muñeca conservada. Movilidad de dedos activa limitada, pasivamente no es dolorosa. Sin déficit V/N distal aparente.

Rx mano AP y Oblicua: presencia de contraste.



Resultados

La paciente es diagnosticada de extravasación de contraste intravenoso. En box de urgencias, se realiza incisión cutánea y subcutánea drenando gran hematoma. Se realiza lavado intracavitario con Clorhexidina acuosa y se coloca de drenaje tipo penrose. La paciente se ingresa para controlar evolución, inicio de antibioterapia y es dada de alta al día siguiente. Se pauta amoxicilina + clavulánico 875/125 mg cada 8 horas hasta cumplir 7 días.

A las dos semanas, la paciente presenta mejor aspecto de la mano, sin signos de infección evidentes. Zonas del dorso con escaras necróticas que se desbridan. Se observan zonas que han epitelizado y zonas con tejido subcutáneo sangrante. A los dos meses es valorada de nuevo, y debido al buen aspecto de las heridas, se decide cierre cutáneo primario. 6 meses después la paciente está asintomática.



Conclusiones

La extravasación de contrastes yodados en TAC es una complicación que ocurre entre un 0.1% a 1.2% de los procedimientos.

Puede causar daño tisular (inflamación y edema, úlceras, necrosis), alteraciones nerviosas o síndrome compartimental, entre otros.

El tratamiento debe ser inmediato: extremidad elevada, frío local, antiinflamatorios (AINES o corticoides) e intervención quirúrgica (durante las primeras 6 horas) si la sintomatología persiste o hay complicaciones.

Es obligatorio prevenir la sobreinfección cuando hay lesiones cutáneas. Para ello, se puede utilizar sulfadiazina argéntica cada 12 horas y antibioterapia oral.

