

**HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE  
"ROBERTO RODRIGUEZ FERNANDEZ"**

**Vía aérea difícil en el síndrome de Gerhart pos quirúrgico. Presentación de un caso.  
Difficult ourway in post surgery Gerhart syndrome. A case report.**

Marlene Borroto Guevara (1), Maria Elena de la Paz Granados (2), Niurys Sunderland Tayón (3), Olga Lidia Conde Denis (4).

**Resumen**

Se presenta el caso de una paciente anunciada de urgencia al servicio de Anestesiología y Reanimación del Hospital Morón, con el diagnóstico de Síndrome de Gerhart pos quirúrgico para realizársele traqueostomía de urgencia previa permeabilización de la vía aérea, teniendo en cuenta las características anatómica difíciles para abordar la tráquea, marcada dificultad respiratoria y estridor laríngeo, imposibilidad para el decúbito supino y predictivamente una vía aérea difícil de abordar tanto endotraqueal como quirúrgicamente, por este cuadro clínico tan comprometedor para la paciente y la imposibilidad de colocar en posición para la técnica quirúrgica así como el compromiso respiratorio, es que el cirujano solicita que la vía aérea deba ser abordada por anestesia y posteriormente realizar el proceder quirúrgico. Dada la infrecuente coincidencia de estas dos situaciones en un mismo paciente y la complejidad de acceder a la vía aérea se decidió presentar el caso.

**Palabras Clave:** SINDROME DE GERHART, TRAQUEOSTOMIA, VIA AEREA, ESTRIDOR LARINGEO.

- 1-Especialista de primer grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor instructor.
- 2- Especialista de primer grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor asistente.
- 3- Especialista de primer grado en Anestesiología y Reanimación.
- 4-Especialista de primer grado en Anestesiología y Reanimación.

**INTRODUCCIÓN**

Durante la realización de la tiroidectomía en pacientes que presentan un marcado aumento de volumen de la glándula tiroides o cuando la intervención se hace muy laboriosa que requiere gran manipulación, muchas veces sin que ocurra sección del nervio laríngeo recurrente se produce parálisis de los músculos dilatadores de la laringe por lesión de algunas de las fibras nerviosas que inervan este órgano, en este caso la cuerda vocal paralizada va a la línea media y no se afecta el habla pero la respiración se compromete pues existen movimientos de aducción y no de abducción lo que provoca gran estridor laríngeo.

El abordar la vía aérea en estos pacientes es de vital importancia y en ocasiones se dificulta. Ante la necesidad de permeabilizar la vía aérea en un paciente se realizan varios test predictivos que pueden orientar y preparar al equipo médico para enfrentar con éxito este reto <sup>1,2,3,4,5</sup> los mas utilizados son:

Escala de Mallampati modificada por Samsoon y Young

Valora visualización de estructuras anatómicas faríngeas con el paciente en posición sentada y la boca completamente abierta. Sensibilidad del 60%, especificidad del 70% y valor predictivo de acierto de un 13%.

- Clase I. Visibilidad del paladar blando, úvula y pilares amigdalinos.

- Clase II. Visibilidad de paladar blando y úvula
- Clase III. Visibilidad del paladar blando y base de la úvula.
- Clase IV. Imposibilidad para ver el paladar blando.

Distancia esternomentoniana.

Valora la distancia de una línea recta que va del borde superior del manubrio esternal a la punta del mentón, cabeza en completa extensión y boca cerrada. Sensibilidad de un 80%, especificidad de 85% y valor predictivo positivo de 27%.

- Clase I. Más de 13 cm.
- Clase II. De 12 a 13 cm.
- Clase III. De 11 a 12 cm.
- Clase IV. Menos de 11 cm.

En la actualidad se cuentan con varios métodos y equipamientos para hacer de esta tarea un proceder más seguro, eficaz y rápido en manos de los anesthesiólogos <sup>6, 7, 8, 9,10</sup> como son:

- La Máscara Laríngea
- Combitubo
- Ventilación Jet transtraqueal.
- Introdutor de Macintosh- Eschmann.
- Fastrach.
- Estilete con luz.
- Técnicas transtraqueales: intubación retrógrada y cricotirotomía.
- Fibrobroncoscopia.
- Asistidor de Lambertus.
- Traqueostomía.

### **Presentación de Caso**

Paciente M H L de 50 años de edad, femenina blanca, obesa, ama de casa, con el antecedente de habersele realizado tiroidectomía total por el diagnóstico de neoplasia de Tiroides la cual requirió gran manipulación por parte del equipo quirúrgico acompañada además de características anatómicas que hacen su intubación difícil, en esa cirugía se le realizó traqueostomía de urgencia la que mantuvo por un mes. Regresa transcurrido 6 meses de la operación portadora de un síndrome de Gerhart pos quirúrgico que se agudizó progresivamente imposibilitando adoptar el decúbito supino por la gran dificultad respiratoria, se anuncia al servicio de anestesia para realizar traqueostomía de urgencia previa permeabilización de la vía aérea

**Cuadro Clínico:** Disnea, sensación de asfixia, estridor laríngeo.

#### **Examen Físico:**

Aparato cardiovascular: ruidos cardíacos rítmicos, no soplos.

Tensión arterial: 130-80 mm de Hg. Frecuencia Cardíaca: 100 latidos x minuto.

Aparato respiratorio: dificultad respiratoria, posición sentada, tiraje supraesternal, agotamiento respiratorio, murmullo vesicular rudo. Frecuencia Respiratoria: 30 x minuto

Mucosas: húmedas y normocoloreadas

TCS: no infiltrado

Boca: lengua ancha, grande

Cuello: corto

Complementarios:

Hemoglobina 110g/l

Glicemia: 4.6 mmol/ l

Serología: no reactiva.

Test predictivo de intubación:(figura 1)

- Mallampati: grado III
- Distancia esternomentoniana. 10 cm.
- Distancia Tiromental: menor de 6 cm.

Clasificación ASA del estado físico: U 4.

A su llegada al salón de operaciones es monitorizada con oximetría de pulso SPO2 84%, se preparan todas las condiciones para realizar intubación difícil y se administra oxígeno suplementario antes de comenzar el proceder.

Analizadas las posibilidades con las que se cuentan en el centro, se decide Máscara Laríngea o Fastrach en caso de que empeore la función respiratoria o la paciente no coopere al proceder despierta, y de elección el asistidor de Lambertus (figura 2), ya que ocasiona menos molestias y se tolera mejor despierto, se consideró el ideal en este caso y a través de el colocar el tubo endotraqueal y no interferir en la técnica quirúrgica, fabricado en el centro a partir de la idea original diseñada por Tomás E Lambertus quien plantea<sup>11</sup>, "Con este recurso técnico, la intubación, deja de ser una angustiante tarea diaria" .

Administración de lidocaína al 2 % 1 mg/ Kg/EV.

Anestesia local en orofaringe instilada con spray de Xilocaina para realizar intubación despierta , previa comunicación a la paciente de la necesidad de cooperar ante este proceder, se decide utilizar introductor de Lambertus para abordar la vía aérea y a través de el se colocó tubo endotraqueal No 6 sin coff, posteriormente se acopló a ventilador mecánico para administrar oxígeno, comprobándose que la inserción del tubo endotraqueal fue correcta, se durmió con Ketalar 2 mg x Kg , pudiéndose realizar el proceder quirúrgico sin dificultad, logrando una óptima recuperación de sus funciones respiratorias y SPO2 , la evolución de la paciente posteriormente ha sido satisfactoria. Por lo que debemos concluir planteando que el asistidor de Lambertus es una opción ante una vía aérea difícil que puede estar presente en todas las unidades quirúrgicas por su fácil fabricación artesanal.

## **ABSTRACT**

A Case presented of an emergency announced patient to anesthesiology and Reanimation of Morón hospital with the diagnosis of post surgery Gerhart syndrome to do an emergency tracheostomy previous permeabilization of the airway taking into account the difficult anatomical characteristics to approach the trachea, marked respiratory difficulty and laryngeal stridor impossibility of supine position and predictively a difficult airway approach endotracheal as well as surgical because of this clinical picture so dangerous for the patient and the impossibility to position the patient for the surgical technique as well as respiratory failure is when the surgeon ask for the airways being approached by anesthesia and afterwards do the surgical procedure. Given the unfrequent coincidence of these two situations in the same patient and the complexity. To approach the airways it was decided to present a case.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.**

1. Díaz Alersi R. Guías de actuación de la ASA para la vía aérea difícil. REMI [en línea] noviembre 2002[fecha de acceso 28 Abril del 2003]; 2(11). URL disponible en: <http://remi.uninet.edu>
2. American Society of Anesthesiology. Practice Guidelines for management of the difficult airway. Anesthesiology. 1993; 78: 597-601.
3. Ingelmo P M. La intubación un momento crítico. [en línea] [fecha de acceso 17 Enero del 2005]. URL disponible en: <http://anestesia.com.mx>

4. Mallampati S R, Gatt S P, Gugino L D, Desal S P, Waraska B, Freiburger D et al. A clinical sign to predict difficult tracheal intubation: a prospective study. *Can Anesth Soc J* 1985; 32: 429- 434.
5. Frerk C M. Predicción de la intubación difícil. *Anestesia* [en línea] 1991[fecha de acceso 17 Enero del 2005]; 46: 1005-1008. URL disponible en: [http:// anestesia. com.mx](http://anestesia.com.mx)
6. Halligon M, Charters P A. Clinical evaluation of the Bonfils Intubation Fibrescope. *British Journal of anaesthesia* 2003; 58(11): 1087-1091.
7. Lucas Garcia N. Intubación en la asistencia inicial al paciente traumatizado grave. *REMI* [en línea] 1 Diciembre 2002[fecha de acceso 28 Abril del 2003]; 2(12). URL disponible en: <http://remi.uninet.edu>
8. Golecki N. The Lipp/ Golecki. Airway management set. *KliniK fur anesthesiologie* 2003: 6-46.
9. Karl Storz. Endoscopes for anaesthesiology and emergency medicine 3ªed. Alemania 2004:4-83.
10. Urtabia Valenzuela R. Combitubo para el manejo electivo de la vía aérea. *Anestesia* [en línea] Diciembre del 2002[fecha de acceso 17 Enero del 2005]; 31(3). URL disponible en: [http:// anestesia. com.mx](http://anestesia.com.mx)
11. Lambertus T E. Asistidor de Lambertus. [en línea] Agosto 1999 [fecha de acceso 17 Enero del 2005]. URL disponible en: [http:// anestesia. com.mx](http://anestesia.com.mx)

**ANEXOS**



figura.1 Test predictivo de intubación.



Fig. 2 Asistidor de Lambertus y otras alternativas.