



ENFERMEDAD DE FORRESTIER. A PROPÓSITO DE UN CASO.

DR. JORGE L. FEITO PÉREZ.* DRA. LISBET BORROTO ARMAS.* DR. MISIEL HERNÁNDEZ PERAZA.*

*** ANESTESIÓLOGO INSTITUTO DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIURUGÍA. LA HABANA.**

INTRODUCCIÓN.

La Hiperostosis Esquelética Idiopática Difusa o Enfermedad de Forrester y Rotes-Querol fue descrita por primera vez en 1950. Es una forma idiopática de artritis degenerativa. La enfermedad predomina en la columna vertebral, pero puede afectar múltiples sitios periféricos. Los síntomas de la enfermedad están determinados por las osificaciones del periostio, más frecuentes en las zonas de inserciones óseas de los ligamentos y tendones siendo la más habitual la región torácica de la columna y en menor frecuencia la región cervical.

OBJETIVO

Mostrar a modo de presentación de caso, el abordaje de la vía aérea en un paciente con Enfermedad de Forrester intervenido quirúrgicamente de Macroadenoma de Hipófisis. Fig. I

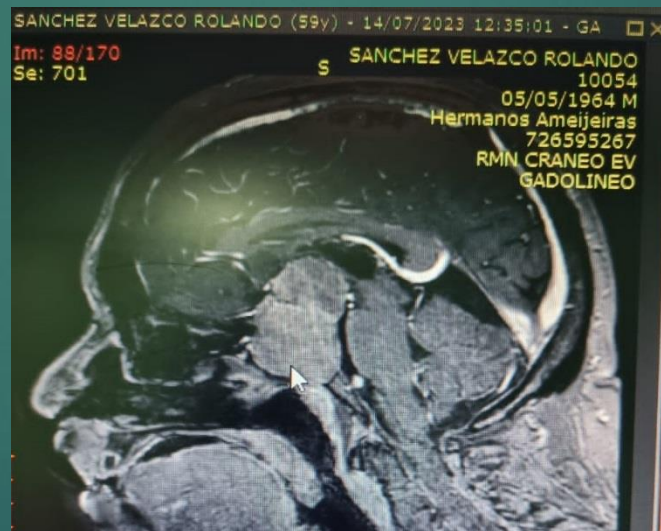


Fig. I Imagen de RM contrastada que muestra lesión hipofisaria con extensión supraselar.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 59 años de edad, manualidad diestra, piel mestiza, con APP de HTA y Enfermedad de Forrester. En tratamiento con Nifedipino 30 mg vía oral cada 8h e Hidroclorotiazida 25 mg vía oral al día. El mismo refiere que hace alrededor de 10 meses comenzó a notar disminución progresiva de la agudeza visual en ambos ojos, asociado a cefalea global por lo que acude a Hospital Provincial de Camagüey donde además de otros estudios se realiza TAC y RMN de cráneo donde se observa lesión de aspecto tumoral en región selar con extensión supraselar.

Se administró premedicación con atropina 0,5 mg como antisialagogo, monitorización no invasiva, se realiza bloqueo bilateral del nervio laríngeo superior a nivel del hueso hioides, posteriormente se localiza la membrana cricotiroides y se realiza bloqueo transtraqueal a través de ella con 5ml de lidocaína al 2%. Fig.2. Se realizó además anestesia tópica de orofaringe con la aplicación de tres “puff” de lidocaína al 10% a nivel de los pilares palatoglosos y luego de 2 minutos se introdujo el fibroscopio hasta la visualización de la carina, para luego introducir el tubo endotraqueal No 8, y retirar el fibroscopio. Se comprueba la presencia de curva capnográfica y se realiza auscultación pulmonar bilateral para determinar la posición adecuada del tubo endotraqueal. Se procede a la fijación del mismo e inducción de la anestesia general.



Fig.2 Bloqueo anestésico transtraqueal.

DISCUSIÓN

En el manejo anestésico de los pacientes la anticipación de una intubación difícil resulta de vital importancia pues evita tener que lidiar con situaciones críticas que ponen en riesgo la vida de un paciente inconsciente, apneico y con posibles dificultades para ventilar adecuadamente. Por esta razón es que manejar a estos pacientes con procedimientos que permitan mantenerlos despiertos, al mantener la ventilación espontánea y conservar los reflejos protectores de la vía aérea resulta de vital importancia.



Fig.3 Paciente en decúbito supino con calzos.



Fig.4 Localización de la tráquea y hueso Hioides.

Desde la introducción del fibroscopio en el año 1967 en el campo de la anestesiología, este se ha convertido en el instrumento más versátil para el uso de la intubación con paciente despierto, pues permite preservar la ventilación espontánea, la oxigenación y la protección de la vía aérea, así como la conservación de la anatomía y el tono muscular. Desde el año 2003 la Sociedad Americana de Anestesiología ha incluido al fibroscopio flexible en el algoritmo de manejo de VAD. No obstante, otras variantes en el manejo de dicha situación no están excluidas, tal es el caso de la intubación nasal u oral a ciegas o técnicas de intubación retrógradas. El fibrobroncoscopio flexible resulta particularmente útil, en manos entrenadas, en aquellos casos en los que la vía aérea ha sido maltratada como consecuencia de sucesivos intentos de entubación o en aquellos casos en los que el antecedente de trauma nos hace pensar en la posibilidad de una lesión cervical.



Fig. 5 Intubación con fibrobronscopio.



Fig.6 Tubo endotraqueal in situ.

BIBLIOGRAFÍA.

1. APFELBAUM JL, HAGBERG CA, CONNIS RT, ABDELMALAK BB, AGARKAR MA, DUTTON RP, ET AL. 2022 AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGISTS PRACTICE GUIDELINES FOR MANAGEMENT OF THE DIFFICULT AIRWAY. ANESTHESIOLOGY [INTERNET] 2021 [CITADO 3 SEP 2024]; 136(1):31-8. DISPONIBLE EN: [HTTPS://PUBS.ASAHQ.ORG/ANESTHESIOLOGY/ARTICLE/136/1/31/117915/2022-AMERICAN-SOCIETY-OF-ANESTHESIOLOGISTS](https://pubs.asahq.org/anesthesiology/article/136/1/31/117915/2022-AMERICAN-SOCIETY-OF-ANESTHESIOLOGISTS)
2. WALZ JM, ZAYARUZYNY M, HEARD SO. AIRWAY MANAGEMENT IN CRITICAL ILLNESS. CHEST [INTERNET] 2007 [CITADO 3 SEP 2024]; 131:608-620. DISPONIBLE EN: [HTTPS://WWW.RESEARCHGATE.NET/PROFILE/JENS-WALZ-2/PUBLICATION/6508023_AIRWAY_MANAGEMENT_IN_CRITICAL_ILLNESS/LINKS/00B7D5363D6EC0669E000000/AIRWAY-MANAGEMENT-IN-CRITICAL-ILLNESS.PDF](https://www.researchgate.net/profile/Jens-Walz-2/publication/6508023_Airway_Management_in_Critical_Illness/links/00b7d5363d6ec0669e000000/Airway-Management-in-Critical-Illness.pdf)
3. VARGAS-SOTO L. INTUBACIÓN GUIADA POR FIBROSCOPIO FLEXIBLE EN UNA PACIENTE CON TRAUMA AQUIMEDULAR CERVICAL, MANEJADO POR EL SERVICIO DE ANESTESIOLOGÍA. GAC MED BOL [INTERNET] 2013 [CITADO 3 SEP 2024]; 36(2):93-95. DISPONIBLE EN: [HTTP://WWW.SCIELO.ORG.BO/PDF/GMB/V36N2/V36N2A9.PDF](http://www.scielo.org.bo/pdf/gmb/v36n2/v36n2a9.pdf)