

Presentamos el caso de un paciente que necesitó anestesia general ante la imposibilidad de realizar la fibrobroncoscopia despierto. Se descartó la intubación endotraqueal porque se necesitaba observar las cuerdas vocales y la parte alta de la tráquea, motivo por el que se usó una mascarilla laríngea.

Varón de 76 años aquejado de molestias en la cara anterior del cuello y disnea de medianos y a veces pequeños esfuerzos, de dos meses de evolución. Entre sus antecedentes destaca diabetes mellitus tipo II, fumador de 2 cigarrillos/día, bebedor moderado y catarros de repetición. La exploración física fue totalmente normal, a excepción de disminución del murmullo vesicular en ambos campos pulmonares. Los datos analíticos, ECG y gasometría no mostraron ninguna anomalía. Se realizó espirometría que reveló una alteración ventilatoria obstructiva leve. En la Rx tórax y TAC torácica se evidenció ensanchamiento mediastínico superior debido a la combinación de elongamiento y tortuosidad de los troncos braquiocefálicos y lipomatosis mediastínica. Se intentó realizar broncoscopia que resultó imposible por presentar colapso de la luz traqueal y espasmo bronquial. Ante esta situación y con la sospecha de traqueomalacia, se decidió llevar a cabo la exploración bajo anestesia general. La inducción de la anestesia se realizó con propofol (2,5 mg/kg) y succinilcolina (1 mg/kg). Se insertó una mascarilla laríngea del n.º 4 y una vez comprobada su buena colocación, se introdujo un fibrobroncoscopio Olympus tipo 20 a su través. Al observar las cuerdas vocales se instilaron 50 mg de lidocaína al 1% y una vez en la tráquea otros 50 mg. El mantenimiento de la anestesia se llevó a cabo con O₂/N₂O, isoflurano y suplementos de propofol, en respiración espontánea. El paciente estuvo hemodinámicamente estable y bien oxigenado durante los 45 min que duró la exploración. Se pudo observar una región glótica mamelonada con mucosa de aspecto normal, hendidura intercordal estrecha y colapso traqueal en espiración compatible con traqueomalacia. El paciente se despertó sin complicaciones.

En este caso se presentó el problema de la imposibilidad de explorar la vía aérea con el paciente despierto, por lo que fue necesaria la anestesia general.

Actualmente el fibrobroncoscopio es el instrumento de elección en la mayoría de las broncoscopias, ya que suministra una visión dinámica de las vías superiores e inferiores con la cabeza del paciente en su posición natural. Es adecuado para el estudio de laringomalacia, traqueomalacia, los efectos de las lesiones endobronquiales como los tejidos de granulación o tumores y las compresiones extrabronquiales, que pueden ser observadas sin la distorsión que produce el broncoscopio rígido, motivo por el que se descartó su uso en este caso.

En los pacientes despiertos el fibrobroncoscopio puede ser introducido por la boca, nariz o traqueotomía con anestesia tópica y sedación. En los enfermos que precisan ser anestesiados es necesario controlar la vía aérea para proporcionar una oxigenación y ventilación adecuadas. Para ello se dispone de tres métodos: mascarilla facial con orificio para el paso del fibroscopio, intubación endotraqueal y mascarilla laríngea.

La mascarilla facial obliga a una sujeción constante, con maniobras para evitar la caída de la lengua y mantener permeable la vía aérea, lo que en ocasiones resulta imposible.

La intubación endotraqueal es el mejor método para el control de la vía aérea y el que mejor la aísla de las secreciones provenientes del tubo digestivo, sin embargo al atravesar las cuerdas vocales no permite ver las estructuras que se encuentran por encima de su orificio distal.

La mascarilla laríngea es un buen método de control de la vía aérea y, aunque no previene la broncoaspiración (lo que contraindica su uso en todos los casos de riesgo de vómitos o regurgitación), encontramos algunas ventajas respecto a la intubación endotraqueal:

1. Al no penetrar las cuerdas vocales ni la parte alta de la tráquea, permite ver estas estructuras, pudiendo ser de ayuda para el diagnóstico de patologías a estos niveles como epiglotitis, edema de cuerdas, obstrucciones, etc.

2. Es un buen método para el control de la vía aérea, por lo que la exploración puede hacerse con total seguridad y comodidad durante el tiempo que se considere necesario.

3. La mascarilla laríngea no necesita relajación muscular para su inserción, lo que permite mantener al paciente en respiración espontánea, conservando el movimiento fisiológico de todas las estructuras; de este modo es útil en los casos que interese observar el movimiento de las cuerdas vocales o de la tráquea, como son la parálisis de cuerdas o traqueomalacia.

Podemos concluir que la endoscopia fibroscópica a través de mascarilla laríngea es un procedimiento válido para la exploración de la vía aérea. Permite la inserción cómoda del fibroscopio y en ocasiones presenta ventajas sobre la intubación endotraqueal.

J. Cortés Laiño, M. Cid Mendez y S. Rabanal Iglesias

Servicio de Anestesiología. Hospital General de Galicia. Santiago de Compostela.

1. Brain AII. The laryngeal mask- a new concept in airway management. *Brit Jour Anaesthesia* 1983; 55:801-805.
2. Vaca JM, Cabal JV, Camarero EJ, Vega A. La máscara laríngea. *Rev Esp Anestesiología Reanim* 1992; 39:28-33.
3. Heath ML, Allagain J. Intubation through the laryngeal mask. A technique for unexpected difficult intubation. *Anaesthesia* 1991; 46:545-548.
4. Smith JE, Sherwood. Combined use of laryngeal mask airway and fiberoptic laryngoscope in difficult intubation. *Anaesthesia and Intensive Care* 1991; 19:471.

Ingeniería social popperiana frente a esencialismo platónico en la elección de jefe de servicio

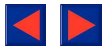
Sr. Director: En relación con el diálogo abierto meses atrás en las páginas de esta revista entre García Pachón y López Mejías¹⁻³, me ha parecido que no sería superfluo realizar las consideraciones que siguen.

Resulta claro, a mi juicio, que la educación intelectual que se nos ha dado en nuestro ámbito cultural está muy impregnada de los patrones del escolasticismo platónico-aristotélico, sin que apenas haya hecho mella en nuestras instituciones docentes el esfuerzo antimetafísico que, desde el siglo XVIII (Hume, Kant) y especialmente en la primera mitad de nuestro siglo (Wittgenstein, Círculo de Viena, Russell, Popper), se viene produciendo en el mundo anglosajón sobre todo europeo.

Haçe aproximadamente veinticuatro siglos, Platón fijó el problema fundamental de la política en la pregunta: ¿Quién debe gobernar el estado? Sin embargo, ya hace casi cinco décadas que Karl Popper, filósofo y metodólogo de la ciencia contemporáneo de origen vienés y afincado en Londres, nos hizo ver, en su magistral crítica de los totalitarismos tanto antiguos (Platón) como modernos (marxismo y fascismo)⁴, la inutilidad de formular tal tipo de preguntas de carácter esencialista por ser inoperantes e impropias del método científico (tal y como hoy lo entendemos: hipotético-deductivo) y conducentes en el ámbito de la teoría y la praxis políticas a actitudes autoritarias. "Es evidente, cito textualmente a Popper, que una vez formulada la pregunta: ¿Quién debe gobernar?, resulta difícil evitar las respuestas de este tipo: 'el mejor', 'el más sabio', 'el gobernante nato' (o también, quizás, 'La Voluntad General', 'La Raza Superior', 'Los Obreros Industriales', o 'El Pueblo')". Popper demuestra en su libro que este tipo de respuestas no solucionan ningún problema fundamental de la teoría política y hace ver (como López Mejías en su carta de contestación al editorial de García Pachón) lo difícil que es establecer un gobierno en cuya bondad y sabiduría pueda confiarse sin temor, proponiendo reemplazar la pregunta "¿Quién debe gobernar? con la nueva pregunta: ¿En qué forma podemos organizar las instituciones políticas a fin de que los gobernantes malos o incapaces no puedan ocasionar demasiado daño?" (que básicamente es el núcleo de la réplica de López Mejías).

Así pues, teniendo en cuenta las premisas anteriormente enunciadas, las cuales tengo por verdaderas, se comprenderá que no pueda estar en absoluto de acuerdo con la afirmación de García Pachón en su contestación a López Mejías de que "la mayoría [de sus comentaristas] no hacen sino "ampliar" y "adornar" algunas de las reflexiones que se recogieron en el editorial.

El punto de vista de García Pachón, fundamentalmente esencialista, se centra en la búsqueda del jefe de servicio platónico imposible (el gobernante sabio-filósofo). Una especie de ser humano paternal e iluminado "capaz de desarrollar sus múltiples funciones de forma armónica, con el máximo aprovechamiento... que garantiza el nivel profesional de su servicio... estimula el estudio e interés científico en todos los miembros del grupo... propicia y atempera las justas ambiciones profesionales, buscando los cauces adecuados para satisfacerlas.. el encargado de asegurar una formación completa adecuada", llegando en su afán de definir sus "atributos esenciales" a exigirle poderes adivinatorios: "Por otra parte, debe prever la evolución de la neumología y orientar su actividad en concurrencia con ese futuro".



López Mejías, por el contrario, tiene una actitud popperiana al poner su punto de mira en las instituciones y la posibilidad de reformarlas, evitando conscientemente la pregunta ¿quién debe dirigir un servicio de Neumología?, para sustituirla por ¿cómo podemos deshacernos de un mal jefe de servicio de la forma menos traumática posible? Por tanto, no son precisamente las metáforas matrimoniales del estilo literario de López Mejías, a pesar de dar gracejo y suavidad crítica a su carta, lo que me parece a mí más valioso en su réplica a García Pachón, sino su certero contenido metodológico que, evitando los aspectos psicológicos que inciden sobre el individuo y que son incontrolables, se centra en la posibilidad de eliminar o corregir los posibles errores cometidos al elegirlo. De hecho tales adornos estilísticos han suscitado una nueva propuesta desacertada, según creo, de García Pachón en forma de orfelinato neumológico: "Si a algo se asemeja el jefe, nos dice ahora, es a la figura del padre, pero de un padre peculiar, adoptante y adoptado".

A mi juicio, un servicio de Neumología debe ser contemplado no desde el punto de vista de los médicos residentes o de cualesquiera otros miembros del mismo, sino como una institución social. Desde luego, podemos y debemos establecer las tareas (asistenciales, docentes e investigadoras) y por tanto el nivel de cualificación profesional de la persona que lo ha de dirigir. Pero en modo alguno podemos conocer sus motivaciones psicológicas al presentarse como candidato a la jefatura del mismo (ambición-egolatría o actitud de responsabilidad-servicio), ni evitar los intereses creados entre los miembros del tribunal que lo ha de seleccionar, o aún menos predecir las capacidades que va a manifestar en el ejercicio de su cargo. Lo que sí podemos o deberíamos procurar hacer es delimitar los procedimientos para sustituir a un jefe de servicio que ha demostrado su incapacidad para desempeñar tal responsabilidad.

Que duda cabe que a todos nos gustaría tener como jefe de servicio a una persona adornada de las más excelsas virtudes intelectuales, morales y profesionales (aunque puestos a elegir maestro yo me apuntaría con Sócrates que al parecer decía cosas tan interesantes como: "Cualquiera sea la autoridad que yo tenga, esta descansa exclusivamente en mi conocimiento de lo poco que sé"), pero veinticinco siglos de áridas discusiones epistemológicas nos han enseñado a ser más humildes cuando pretendemos haber alcanzado la verdad o la perfección. Como dice Bertholt Brecht en su "Galileo": "El principal objetivo de la ciencia no consiste en abrir una puerta a la sabiduría infinita, sino poner unos límites al error infinito"⁵.

E.G. García Martínez

1. García Pachón E. ¿Cómo es un buen jefe de Neumología? Arch Bronconeumol 1990; 26:96-97.
2. López Mejías J. Cómo es un buen jefe de servicio de Neumología (o cómo debe ser

un marido perfecto). Arch Bronconeumol 1991; 27:281.

3. García Pachón E. ¿Cómo es un buen jefe de Neumología? Arch Bronconeumol 1991; 27:386.
4. Popper KR. La sociedad abierta y sus enemigos. Barcelona: Editorial Paidós Ibérica 1982:7.
5. Cita tomada de: Skrabanek, P. y McCormick, J. Sofismas y desatinos en medicina. Barcelona: Ediciones Doyma 1992:19.

Infección respiratoria por *Pasteurella multocida*

Sr. Director: *Pasteurella multocida* (PM) es un cocobacilo gram-negativo que puede causar procesos infecciosos tanto en animales como en humanos¹. Este germen ha sido aislado en la nasofaringe de muchos animales (perros, gatos, cabras...) y ocasionalmente en el hombre sano o con patología pulmonar subyacente². Se describen tres tipos de procesos infecciosos asociados con PM: a) Infecciones secundarias a mordeduras o arañazos de animales (70% perros y gatos) que pueden dar lugar a abscesos focales o metastásicos. b) Infecciones asociadas con exposición a animales pero sin mordedura. c) Infecciones en pacientes sin historia de contacto con animales. En estos dos últimos casos la PM da lugar con mayor frecuencia a infecciones respiratorias (IR) o intraabdominales¹.

Dentro del espectro de IR ha sido descrita como causa de IR sin neumonía³⁻⁵, neumonía^{2, 6-8}, empiema^{2, 7}, etc.

Recientemente se ha publicado en su Revista un caso de infección por PM en un paciente con patología pulmonar crónica.

Nosotros queremos aportar un nuevo caso en una niña de 14 años que también presenta patología pulmonar crónica secundaria a bronquiectasias en lóbulo inferior izquierdo (LII).

Paciente de 14 años, procedente del medio rural, con antecedentes de bronquiectasias en LII. Un año antes del ingreso actual presentó neumonía en dicha localización que tuvo una evolución tórpida. Posteriormente presentó tos y expectoración purulenta sin fiebre. En la exploración física presenta crepitantes y roncus en base pulmonar izquierda. La analítica elemental de sangre y orina fue normal.

Las inmunoglobulinas, alfa I antitripsina y el test de cloro en sudor eran normales. Test cutáneos para hongos negativos.

La TAC mostró colapso y bronquiectasias cilíndricas localizadas en LII. Se realizó broncofibroscopia apreciándose mucosa hiperémica y abundantes secreciones purulentas a ese nivel. El cultivo del broncoaspirado fue positivo para *Haemophilus influenzae*. Fue tratada con amoxicilina-clavulánico con buena respuesta clínica. Cuatro meses después consultó por tos, sensación febril y esputo purulento. No presentaba leucocitosis en sangre periférica ni datos radiológicos de consolidación.

En el esputo se aisló PM en cultivo puro, sensible a penicilina, amoxicilina, cefalospo-

ginas y ciprofloxacina. Fue tratada con amoxicilina-clavulánico 500 mg/8h/15 días, no volviéndose a aislar el germen en cultivos realizados posteriormente.

La IR por PM es infrecuente existiendo pocos casos descritos en la literatura. Este es el quinto caso de IR sin neumonía recogido en la literatura española³⁻⁵. Probablemente esta infrecuencia está en relación con la dificultad para identificarlo. Si no se conoce el antecedente epidemiológico de exposición a animales y si no se realizan técnicas específicas para su identificación (oxidasa y catalasa) es fácilmente confundido con *Haemophilus influenzae* y otros gram-negativos.

No conocemos con exactitud cual es la frecuencia de las IR por PM en pacientes con patología pulmonar crónica, pero probablemente sea mayor que la descrita en la literatura, pues estos pacientes son tratados empíricamente con antibióticos de amplio espectro a los que suele ser sensible la PM.

I. Otero González, C. Montero Martínez y J.M. Fontan Bueso

Servicio de Neumología. Hospital Juan Canalejo. La Coruña.

1. Boyce JM. *Pasteurella* species. Mandell, Douglas and Bennet (eds): Principles and practice of infectious diseases. New York-Edinburgh-London-Melbourne: Churchill Livingstone Inc 1990:1.746-1.748.
2. Weber DJ, Wolfson JS, Swartz MN, Hooper DC. *Pasteurella multocida* infections. Report of 34 cases and review of the literature. Medicine 1984; 63:133-134.
3. Dorronsoro I, Diez R. Infecciones humanas por *Pasteurella multocida* no relacionadas con mordedura de animales. Rev Clin Esp 1978;151-163.
4. Amor Sánchez E, Pérez Rivilla A, Otero JR. Infección respiratoria por *Pasteurella multocida* sin neumonía. Enf Infec Microbiol Clin 1987; 5:254-255.
5. Pérez Moreno MO, Jordi Baiges AM, Zaragoza López JJ, Fernández Rivas C, Padrós Soler G. Infección respiratoria por *Pasteurella multocida* en portador nasofaríngeo. Rev Esp Microbiol Clin 1990; 5:112-113.
6. De los Santos S, González A, Capote F, Fernández P, López Mejías J. Neumonía por *Pasteurella multocida*. Arch Bronconeumol 1987; 23:35-36.
7. Melchor Iníguez R, Martín Herraiz A, Carbajosa SG et al. Infección pleuropulmonar por *Pasteurella multocida*. Descripción de un caso y revisión de la literatura. Rev Clin Esp 1983; 171:157-159.
8. Campos Bueno A, Ulla Anes M, Merino Fernández FJ, Val Adán P, Ramos Goriostola P, Sánchez Arroyo RJ. Infección respiratoria en un paciente con síndrome del lóbulo medio asociado. Arch Bronconeumol 1992; 28:122-124.
9. Lueiro Lores F, Amores Antequera C, Castaño Vidriales J, Sanmartín C, Román F, Lueiro Lores V. Infección por *Pasteurella multocida* a propósito de un caso. Rev Esp Microbiol Clin 1987; 2:46-49.