

SINDROME DE HERZOG

*Comunicación libre que presenta el Servicio de Cirugía de Tórax
de la Fundación Jiménez Díaz*

DR. SERRANO MUÑOZ

DR. NAVARRO MORENO

DR. GARCÍA VÁZQUEZ

Desde que HERZOG describió su síndrome en el año 1960-61, son ya muchos los autores que lo han estudiado, llamando la atención sobre su frecuencia.

Según HERZOG, este síndrome se caracteriza por los síntomas siguientes. 1) Estridor respiratorio marcado muy claro por la auscultación. 2) Crisis de disnea muy acentuada y de marcha progresiva. 3) Disfagia durante las crisis de disnea. 4) La crisis de disnea, al contrario que en las crisis asmáticas, no responde a los broncodilatadores. 5) Contrariamente también al asma, estas crisis de disnea obedecen a la narcosis. 6) En la broncoscopia, éste es el síntoma más importante: la porción membranosa de la tráquea se pega a su porción cartilaginosa durante la espiración, dificultando la ventilación. 7) En las tomografías laterales de tórax, hechas con buena técnica, se puede ver el bamboleo de la porción membranosa de la tráquea con los movimientos respiratorios.

ETIOLOGÍA

Se sabe muy poco sobre la etiología de este síndrome. HERZOG apunta las siguientes posibles etiologías: a) Infección crónica. b) Una deficiente vascularización nutricia de la pared de tráquea. c) La marcada cifosis senil. d) Causas congénitas.

CASOS CLÍNICOS PRESENTADOS

Caso núm. 1:

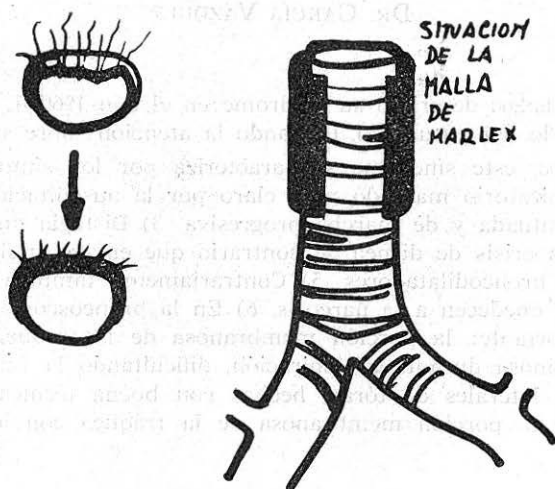
M. Córdoba Martínez (de 60 años). Sin antecedentes hasta los 54 años. Desde entonces empieza a tener cuadros periódicos de disnea intensa; entre las crisis, cada vez más frecuentes, le queda un estridor muy peculiar, de tipo este nótico de vías altas.

Estas crisis se acompañan de intensa cianosis de dedos, labios, etc. Desde entonces empezó a presentar, además, un cuadro de dolores articulares erráticos. En la exploración broncoscópica no se pudo apreciar más que una tráquea de gran diámetro lateral. En la exploración radiográfica se pudo apreciar una sombra mediastínica anterior y alta que se interpretó como posible tumoración mediastínica. Fue diagnosticado de reumatismo maligno sin especificar su origen e intervenido de su posible tumoración mediastínica.

Resumen operatorio: Toracotomía sobre quinta costilla; hallazgo de un pulmón enfisematoso que se colapsa con dificultad encontrándose en posición inspiratoria. En el vértice de la cavidad torácica se encuentra un tronco braquicocefálico, ateromatoso, dilatado y tortuoso. A la palpación no se encuentra ninguna tumoración mediastínica.

Ante la enorme dificultad de ventilar el pulmón y la relativa facilidad de hacerlo al cambiar de posición la cánula de anestesia, observamos que la parte membranosa de tráquea se bamboleaba de modo ostensible con los movimientos respiratorios. Fue cuando pensamos en un síndrome de HERZOG e improvisamos la siguiente intervención:

Pusimos una malla de plástico tipo Marlex alrededor de la tráquea y fijamos a ésta la porción membranosa de tráquea (fig. 1). El enfermo mejoró



RECTIFICACIÓN DE UNA MEMBRANA TRAQUEAL FLÁCIDA, POR TRAQUEO-MALACIA, CON UNA PROTESIS DE MARLEX MESH.

Fig. 1

al principio, pero ante la persistencia de la disnea, le hicimos una mediastinoscopia y se comprobó, por estudio biopsico, tratarse de una fibrosis que estenosaba la porción alta de tráquea.

Pensamos que la misma fibrosis era la causa de la alteración membranosa y el motivo de la no mejoría postoperatoria.

Fue intervenido el día 9 de diciembre de 1964 y dado de alta el día 14 de abril de 1965 con un tratamiento médico ambulatorio.

Caso núm. 2:

J. Pueyo Arnal, de 47 años, natural de Puértolas (Huesca). Hasta hace cuatro años, sin antecedentes. A los 43 años tiene un cuadro agudo pulmonar con tos intensa, fiebre y disnea a los mínimos esfuerzos, incluso al reposo. A los tres meses de este cuadro se pone bien y así sigue hasta hace 10 meses que comienza con dolores articulares en los dedos de los pies y posteriormente

en tobillos. A los 15 días de esto empieza a tener paulatinamente tos y expectoración, sobre todo al hacer algún esfuerzo, experimentando opresión precordial y, en ocasiones, mareos. Estos mareos, cada vez más frecuentes, llegan incluso a la pérdida súbita del conocimiento, sucediendo siempre al intensificarse una crisis de tos.

A la exploración broncoscópica se demuestra «flaccidez de la membrana posterior de la tráquea, de tal forma que obstruye la tráquea con los golpes de tos». Creemos se trata de un síndrome de HERZOG.

Fue intervenido el día 19 de julio de 1965. Se le practicó la operación de HERZOG, pero modificada por nosotros. La toracotomía le fue practicada no en decúbito lateral sino en decúbito prono, pues así el campo operatorio se amplía notablemente. Además del injerto típico de la operación de HERZOG, a lo largo de la pared membranosa de tráquea pusimos dos injertos, también de costilla (véase fig. 2), en las raíces de los bronquios principales. Según nuestra

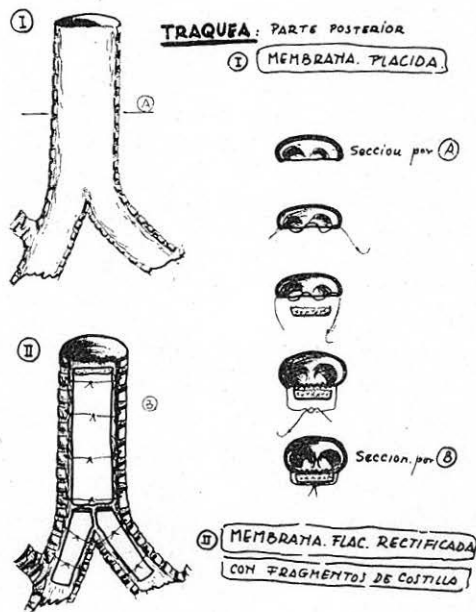


Fig. 2

observación preoperatoria, en contra de lo que piensa HERZOG, también estaba afectada la porción membranosa de la raíz de los bronquios, por lo que decidimos reconstruirlas también.

En el curso postoperatorio el enfermo mejoró muchísimo, y aunque sólo lleva mes y medio de curso, todavía no es tiempo para soluciones definitivas. Estamos hoy convencidos de la utilidad de esta intervención en esta clase de enfermos y también pensamos, como HERZOG, de la frecuencia de estos casos que para descubrirlos hay que pensar muchas veces en ellos.

Madrid, septiembre de 1965.

Servicio de Cirugía de Tórax.