

OPEN

Recibido: 4 septiembre, 2020 • Aceptado: 9 septiembre, 2020 • Online first: 5 octubre, 2020

DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e948>

Cifoescoliosis cervical *Cervical kyphoscoliosis*

Sandeep Khanna^a , Sergio Bustamante^b 

^aDepartamento de Anestesiología Cardiorácica, Departamento de Anestesiología General y Departamento de Investigación de Resultados, Instituto de Anestesiología, Cleveland Clinic Foundation. Ohio, USA.

^bDepartamento de Anestesiología Cardiorácica, Instituto de Anestesiología, Cleveland Clinic Foundation. Ohio, USA.

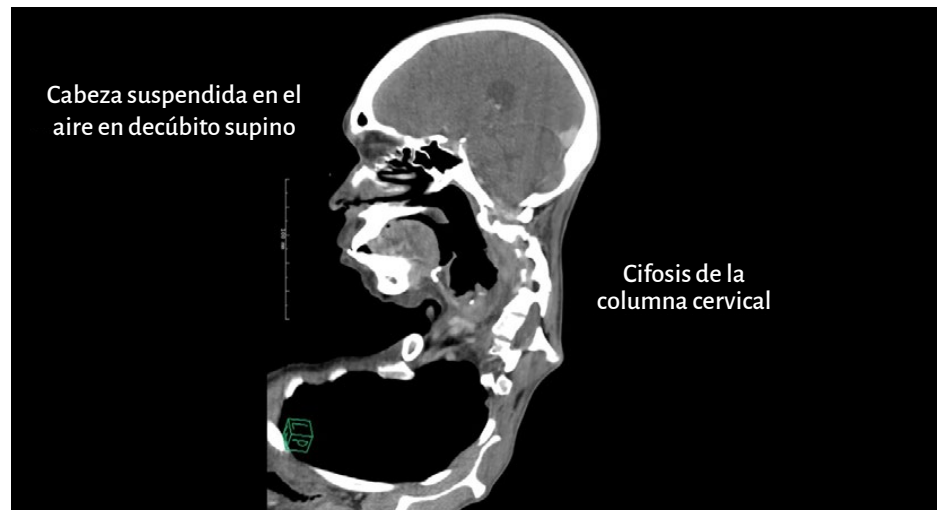
Correspondencia: Department of Cardiothoracic Anesthesiology, Department of General Anesthesiology and Department of Outcomes Research, Anesthesiology Institute, Cleveland Clinic Foundation. 9500 Euclid Avenue, E3-108, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio 44122. **E-mail:** khannas@ccf.org

Cómo citar este artículo: Khanna S, Bustamante S. Cervical kyphoscoliosis. Colombian Journal of Anesthesiology. 2021;49:e948.

La cifoescoliosis cervical es una deformidad poco común de la columna vertebral. La cifosis, o curvatura de la columna en sentido externo (*Imagen A*) lleva a una fijación en flexión que hace que la cabeza del paciente quede suspendida en el aire mientras permanece acostado en la mesa de radiología. Además, la dextroescoliosis o convexidad derecha del eje vertebral lleva a una inclinación persistente de la cabeza hacia la izquierda (*Imagen B*). La radiación de cabeza y cuello y el trauma pueden generar cifoescoliosis. Además de la deformidad cosmética, los pacientes presentan síntomas sensitivos y motores mielopáticos como debilidad y hormigueo de las extremidades superiores. El efecto de Poisson dice que la flexión de la columna alarga y estira el canal medular, reduce su área y estrecha su luz. Esto genera compresión de la médula espinal y mielopatía.⁽¹⁾

Por lo general se requiere un abordaje quirúrgico anteroposterior para corregir la deformidad. La imposibilidad de asumir la posición de "olfateo", la desviación de la laringe lejos de la línea media y la extensión limitada del cuello hacen que el manejo de la vía aérea sea difícil, haciendo que sea necesario intubar con dispositivo de fibra óptica con el paciente despierto.^(1,2) En vista de que el procedimiento quirúrgico puede ser prolongado con un mayor riesgo de sangrado, es necesario establecer monitorización arterial invasiva y un acceso vascular

IMAGEN A. Cifosis o curvatura de la columna en sentido externo.



FUENTE: Autores.

IMAGEN B. Dextroescoliosis o convexidad derecha del eje vertebral.



FUENTE: Autores.

Read the English version of this article on the journal website www.revcolanest.com.co

Copyright © 2021 Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.).

Este es un artículo de acceso abierto bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

de grueso calibre. Conjuntamente con la posición prona, estas condiciones confieren un mayor riesgo de pérdida perioperatoria de visión, lo cual amerita una conversación con el paciente. Además de evitar la presión directa sobre los ojos, ubicar la cabeza al mismo nivel del corazón o por encima de éste puede ayudar a disminuir el riesgo de pérdida visual. Si bien la maniobra de Trendelenburg invertido ayuda a lograr una posición adecuada de la cabeza, aumenta el riesgo de embolia aérea venosa.⁽³⁾ Las infusiones de propofol y remifentanilo facilitan la monitorización con potenciales evocados sin interferir con la adquisición o la interpretación de la señal, mientras que podrían requerirse infusiones de vasoconstrictores para mantener la perfusión sistémica y de la médula espinal. Es prudente diferir la extubación después de una cirugía prolongada. La distorsión de la vía aérea debido al edema y un posible hematoma cervical pueden hacer que la ventilación a través de máscara o de dispositivo supraglótico sea ineficaz y obstaculice el esfuerzo de reintubación.^(1,4)

RECONOCIMIENTOS

Contribuciones de los autores

SK: Concepción del proyecto, planeación y redacción final del manuscrito.

SB: Concepción del proyecto, aprobación del manuscrito.

Asistencia para el estudio

Ninguna declarada.

Apoyo financiero y patrocinio

Ninguno declarado.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Presentación

Ninguna declarada.

REFERENCIAS

1. Crosby ET, Wartier DC. Airway Management in Adults after Cervical Spine Trauma. *Anesthesiology* 2006;104:1293-318. doi: <https://doi.org/10.1097/00000542-200606000-00026>.
2. Kirksey MA, Haskins SC, Soffin EM, Liu SS: *Anesthesia for Orthopedic Surgery*, Clinical Anesthesia, 8th edition. Edited by Barash PG, Cullen BF, Stoelting RK, Cahalan MK, Stock MC, Ortega R, Sharar SR, Holt NF: Clinical Anesthesia, 8th edition. Philadelphia, Lippincott-Raven Publishers, 2017, pp 1442-7.
3. Practice Advisory for Perioperative Visual Loss Associated with Spine Surgery 2019: An Updated Report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Perioperative Visual Loss, the North American Neuro-Ophthalmology Society, and the Society for Neuroscience in Anesthesiology and Critical Care. *Anesthesiology* 2019;130(1):12-30. doi: <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002503>.
4. Palumbo MA, Aidlen JP, Daniels AH, Bianco A, Caiati JM. Airway compromise due to laryngopharyngeal edema after anterior cervical spine surgery. *J Clin Anesth* 2013;25:66-72. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2012.06.008>.