

MADRID **SONIA MORENO**
soniamb@diariomedico.com

La necesidad aguza el ingenio; a ella remite el cirujano Francisco Hernández Altermir para explicar cómo nació la técnica de intubación submental. El especialista ideó esta alternativa a la traqueostomía, que ha facilitado la labor de cirujanos del área de cabeza y cuello en todo el mundo, según reflejan las publicaciones internacionales al respecto. Más de tres décadas después de que se presentara a la comunidad científica, primero en la *Revista Iberoamericana de Cirugía Oral y Maxilofacial*, y después en la europea *The Journal of Maxillofacial Surgery*, esta técnica sigue gozando de buena salud y empleándose, en su forma original o con alguna variante, en el quirófano.

“La vía submental surge ante la dificultad que observamos en los anesthesiólogos para intubar a determinados enfermos, como los que sufren un accidente de tráfico con fracturas complejas del territorio craneofacial o maxilar. Normalmente, la vía de elección es la nasotraqueal, pero puede resultar complicada en presencia de fractura conminuta; además, puede dificultar el tratamiento quirúrgico, por lo que en estos casos se tenía que recurrir a la traqueostomía, que, sin cuestionar su eficacia ni sus indicaciones, es una técnica más traumática para el paciente”. Hernández Altermir relata cómo al llegar al Hospital Miguel Servet, de Zaragoza, como jefe de Cirugía Oral y Maxilofacial, procedente del madrileño Hospital La Paz, contó con el apoyo del por entonces jefe de Servicio de Anestesiología del centro zaragozano, Marceliano Temiño, para poner en marcha este procedimiento pionero.

MENOS TRAUMÁTICA

“Consiste en introducir el tubo orotraqueal en el paciente, que luego se devuelve por las estructuras paralinguales y subperiósticas del suelo de la boca a la región submandibular, de tal manera que se crea una especie de asa dentro de la boca, que se cierra con la salida del tubo por debajo de la mandíbula. De esta forma, la acción quirúrgica no se ve interferida por la cánula en la cavidad oral ni en la nariz. Es una forma de facilitar el trabajo del cirujano. Una vez que ha finalizado la operación, el tubo se puede reubicar en la cavidad oral en el propio quirófano”.

Hernández Altermir recuerda que desde los primeros casos que hicieron ya constataron las ventajas de la nueva técnica: “Era menos traumática y favorecía la recuperación del paciente, y también resultaba menos costosa”, comenta, y añade que la traqueotomía “tiene un postoperatorio de unos diez o quince días, con cuidados específicos y, aun así, puede generar secuelas. La vía submental conlleva mínimas complicaciones”.



REVISTA ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL

Paso a paso. La técnica se inicia con una intubación orotraqueal temporal; a continuación, el tubo endotraqueal y el *baloncito* neumático se hacen pasar por el espacio diseñado para ello en la cara interna de la región paramandibular, sin alterar las estructuras del suelo de la boca (respetando los músculos genihioides y digástrico y atravesando el músculo milohioides). El tubo de la cavidad oral debe permitir su desplazamiento a uno y otro lado de la lengua para así facilitar el trabajo en la región. Concluida la intubación, se fija el tubo a la piel (en este caso, con suturas de nailon). Al terminar la cirugía, se recoloca el tubo dejando una intubación oral clásica.

Así nació la intubación submental, una vía para eludir la traqueostomía

La vía submental, una técnica empleada desde hace tres décadas en quirófanos de todo el mundo, se gestó en un hospital español

En uno de los estudios más recientes sobre este procedimiento, una revisión publicada en abril en *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery* sobre 70 artículos que reúnen datos de la técnica aplicada en 1.021 pacientes, se concluye que la complicación asociada más frecuente es la infección (periorificial subcutánea) presente en un 3,5 por ciento de los enfermos estudiados.

“La intubación submental es una buena alternativa a la traqueostomía en los casos en que no se requiere una ventilación postoperatoria prolongada, y se asocia a mínimas complicaciones”, escri-

ben los autores del estudio, de la Universidad de Malasia, en Kuala Lumpur. Las principales indicaciones son graves traumatismos del territorio craneofacial, afecciones oncológicas de estas regiones, las derivadas de malformaciones y deformidades congénitas craneofaciales, así como casos seleccionados de cirugía ortognática, rinoplastia y ritidectomía, entre otras.

Esta revisión es uno de los estudios recientes –incluida una tesis doctoral de Susana Hernández Montero, defendida en 2016 en la Universidad de Zaragoza– que analizan la eficacia de la técnica;

en algunos también se proponen modificaciones. Para Hernández Altermir, es lógico que se intente superar los procedimientos, si bien “casi todas las técnicas, en buenas manos, suelen ser excelentes, igual que un gran procedimiento puede tener resultados nefastos si no se realiza con los parámetros adecuados”.

El fin de esta y otras innovaciones propuestas por el especialista es “hallar formas de reducir el impacto de nuestros procedimientos en el paciente”. Antes de poner a punto la intubación submental, ya había explorado de forma pionera la intubación nasotraqueal con fi-

broscopio, en colaboración con el jefe de Anestesia del Hospital La Paz, Antonio Pérez Carvajal. “Era el año 1975, y el fibroscopio se empleaba sobre todo para estudiar las estructuras bronquiales. Pensé que se podría meter el tubo nasotraqueal en el fibroscopio e intubar así al enfermo. De esta forma, tratábamos a pacientes con anquilosis o fracturas de cóndilos en los que era imposible intubar sin hacer una traqueostomía”.

CIRUGÍA TRANSFACIAL

Otra clave de la innovación que ha marcado la carrera de este médico es el apoyo de sus compañeros en el hospital. Así fue también cuando tuvieron que enfrentarse al caso en el Miguel Servet de un niño con un angiofibroma gigante, localizado en el macizo facial y en la base del cráneo.

“No había visto un caso así en mi vida y no sabía cómo operarle sin causar una gran pérdida de sustancia. Así fue como decidimos hacer el abordaje a la región maxilofacial, dejando pediculado el maxilar –sujeto con el colgajo de las partes blandas– para poder dar la vuelta, entrar en la base del cráneo, extirpar el tumor y luego devolver todas las estructuras óseas



FRANCISCO HERNÁNDEZ ALTERMIR

“Con estas innovaciones he intentado minimizar el impacto de los procedimientos en el paciente”

que no estaban implicadas a su sitio. Aquella primera vez realizamos el procedimiento con traqueostomía, pero en una sucesiva intervención empleamos por intubación submental”, detalla sobre el procedimiento que se publicó como un original acceso transfacial al área retromaxilar en *The Journal of Maxillofacial Surgery*, también con repercusión internacional.

“Hace unos meses, lo mencionaron en un congreso en Múnich; en esta ocasión atribuyendo correctamente la autoría”, ironiza sobre la pugna que algunos profesionales del campo médico mantienen por atribuirse innovaciones no merecidas. “No es mi caso”, recalca este especialista, que ejemplifica bien una forma de hacer medicina en la que el ingenio debía suplir la escasez de medios.