

Where the mucosa is still tightly adherent, an incision is made, parallel with the gingival margin and which measures approximately 2 cm in length. With the haemostat the lower edge of this last incision is detached.

Through this space, the endotracheal tube has to be passed. With the haemostat we catch the endotracheal tube in the mouth, momentarily deflating the pneumatic cuff, to pass it firstly through our space and then to pass the endotracheal tube itself. A nasal speculum introduced through the submental route can help to pass the endotracheal tube.

When the endotracheal tube is correctly placed, it will be fixed at submental level, in a similar way to a thoracic drainage tube.

Intraorally, the endotracheal tube must be allowed to move from one side of the tongue to the other, to make our intraoral manipulations easier.

Extubation is performed as for any normally intubated patient.

The submental wound is sutured taking advantage of some sutures inserted in advance, without seeking a taut closure, in order to allow thereby a certain degree of drainage.

## ► DISCUSSION

The technique is designed so that the geniohyoid and genioglossus muscles do not have to be crossed, easily sparing also the insertion of the anterior belly of the digastric muscle, as our subperiosteal detachment is performed behind the latter insertion.

We will avoid damaging structures such as Wharton's duct and its orifices, the lingual nerve, the sublingual and submaxillary glands. All this is achieved easily, by correctly applying the technique and knowing the anatomy and function of the area.

The endotracheal tube then passes through a space which is related to the anterior belly of the digastric muscle, the anterior most portion of the mylohyoid muscle and the lower edge of the mandible paramedially.

With the proposed innovation, the typical surgical manoeuvres of oral and maxillofacial surgery can be done without the interference of intubation through the natural orifices and without having to resort to a tracheostomy.

When the classical endotracheal intubation, nasal or oral, is possible, it will be preferred to our submental route, as it is less haemorrhagic.

Certain disadvantages can be assumed with our technical innovation, which until now we have not seen, but our experience is still very limited:

*las pinzas cerca del área donde la mucosa alveolar lingual va a plegarse para constituir la mucosa del suelo de la boca.*

*Donde la mucosa permanece fuertemente adherida, se practica una incisión paralela al borde gingival, que mide aproximadamente 2 cm de longitud. Con las pinzas hemostáticas que separa el borde inferior de esta última incisión.*

*Se inserta el tubo endotraqueal a través de este espacio. Con la pinza hemostática cogemos el tubo endotraqueal dentro de la boca, desinflando momentáneamente el balón, para pasarlo primero por nuestro espacio y a continuación pasar el tubo endotraqueal en sí. Un espéculo nasal introducido por vía submentoniana puede facilitar el paso del tubo endotraqueal.*

*Cuando el tubo endotraqueal está correctamente situado, se fijará a nivel submentoniano de manera similar a la fijación de un tubo de drenaje torácico.*

*Dentro de la cavidad oral, el tubo endotraqueal debe poderse desplazar de un lado al otro de la lengua, para facilitar las maniobras intraorales.*

*La extubación se lleva a cabo de la misma manera que en cualquier paciente intubado por la vía habitual.*

*Se sutura la herida submentoniana aprovechando algunas suturas realizadas previamente, sin cerrar bajo tensión, para permitir un cierto grado de drenaje.*

*Se ha desarrollado esta técnica para que los músculos geniohioideo y genogloso no tengan que cruzarse, también salvando fácilmente la inserción del vientre anterior del músculo digástrico, ya que nuestra separación subperióstica se realiza detrás de la inserción de éste, tal como mostramos en el vídeo.*

*Deben evitarse lesiones de estructuras tales como el conducto de Wharton y sus orificios, el nervio lingual, y las glándulas sublinguales y submaxilares. Todo ello se logra fácilmente con una aplicación correcta de la técnica y un buen conocimiento de la anatomía y función de la zona.*

*Por lo tanto, el tubo endotraqueal pasa por un espacio que se relaciona con el vientre anterior del músculo digástrico, la porción más anterior del músculo miohioideo y el borde inferior de la mandíbula en posición paramediana.*

*Con la innovación propuesta, las maniobras quirúrgicas típicas de la cirugía oral y maxilofacial pueden llevarse a cabo sin interferencia de la intubación por los orificios naturales y sin tener que recurrir a la traqueostomía.*

*Cuando la intubación endotraqueal clásica, nasal u oral, es factible, será preferible a la vía submentoniana, dado que resulta menos hemorrágica.*