UN NUEVO INSTRUMENTO: EL FIBROLARINGOSCOPIO

NOMBRE Y APELLIDOS DEL AUTOR: Dr. Don Francisco Hernández Altemir.

LOCALIDAD: Zaragoza

AÑO DE LA IMPRESION: 1991.

EDITADO POR EL AUTOR EN: Calle Fray Luis Amigó, 8, planta 0, letra B

IMPRESO: Copisteria Kronos, C/ Serrano Sanz, 6 Zaragoza

MARCA DE LA FOTOCOPIADORA: Kodak

NUMERO DE SERIE: 501-8031.

NUMERO DEPOSITO LEGAL: Z-2336-91

U N N U E V O I N S T R U M E N T O

EL FIBROLARINGOSCOPIO

Dr. Don Francisco Hernández Altemir

Introducción

Con el objeto de obviar algunas de las dificultades de la exploración de la base de la lengua, hipofaringe, regiones supraglóticas, endolaríngeas y traqueobronquiales fundamentalmente, hemos desarrollado un nuevo dispositivo al que denominamos fibrolaringoscopio, que aúna las ventajas individuales del fibroscopio y laringoscopio convencionales, mediante un acoplamiento muy sencillo de ambos instrumentos, hasta que dispongamos de uno especialmente construido al efecto.

Material y Método

Empleamos para la confección de nuestro fibrolaringoscopio, de un fibroscopio convencional, para exploración de vías aerodigestivas y un laringoscopio, de los de uso habitual en anestesia, para la intubación traqueal. La forma de disponer ambos instrumentos queda reflejada en los esquemas adjuntos.

Para "fijar" el fibroscopio a la hoja del laringoscopio, empleamos al iniciar el procedimiento, dos anillos de tubo de goma, atados entre sí, que pueden disponerse de forma tal que uno de ellos fije la punta del fibroscopio a la punta de la hoja del laringoscopio, o bien que ambos permitan el desplazamiento del fibroscopioa lo largo de la superficie de la hoja del laringoscopio, sin salirse de sus límites laterales, con lo que

nuestro sistema no se "desmonta" (Fig.1).

Cuando el fibroscopio se acople de forma tal que el anillo de goma, lo fija a la punta del laringoscopio, será preciso mover el laringoscopio hacia las zonas que nos interesa explorar.

El diseño actual del fibrolaringoscopio, viene reflejado en la Fig. 2. Se trata de un laringoscopio modificado de forma tal, que permite el paso a traves de un tunel creado a lo largo de su hoja, del dispositivo fibroscópico convencional o del que adaptemos específicamente en la composición de nuestro fibrolaringoscopio, que puede tener el visor junto al mango de nuestro aparato, con las ventajas que ello conlleva.

Cuando dejamos que el fibroscopio pueda moverse libremente a lo largo de la hoja del laringoscopio, ésto nos sirve, para llevar el fibroscopio a la zona de entrada del conducto (laringe, tráquea, esófago) o del espacio (cavúm,por ejemplo), que nos interese explorar.

Una vez allí, el fibroscopio se moverá según nuestros intereses exploratorios, mediante los dispositivos que el fibroscopío posee, para dirigir, la punta del mismo.

El anestesiólogo, cuando lo emplea para la intubación, precisa de un ayudante, que le mantenga el ocular del fibroscopio, en posición, para que la mano, que tiene que manejar el tubo traqueal, quede libre. Tambien se puede acomodar, el fibroscopio propiamente dicho, a un soporte cefálico que lleve el operador, con lo que tambien, una de sus manos, queda libre para manejar instrumentos (Fig.3).

La técnica de la fibrolaringoscopia, facilita además de la intubación traqueal, en sus distintas modalidades, la exploración de las zonas que genéricamente vamos a denominar hipofaríngeas, así como las tomas de biópsias y pequeñas cirugías, incluso en enfermos sedados con respiración espontánea, ayudándonso de algún abrebocas que podemos colocar previamente, entre las arcadas dentarias o maxilares durante la inducción anestésica, por ejemplo.

A veces, durante la realización de una traqueostomia o en el cambio de una cánula traqueal, se puede "perder" la luz del traqueostoma, en estos momentos, nuestro fibrolarisgoscopio puede resultar de ayuda.

Indicaciones

- Para la exploración de la orofaringe, la región supraglótica y las estructuras endolaríngeas, traqueales y digestivas.

- Para el exámen del cávum, aprovechando que la hoja del laringoscopio desplaza fácilmente, el velo del paladar y permite guiar, el fibroscopio de nuestro aparato hacia la nasofaringe.

- Como medio facilitador de la intubación oro y nasotraqueal, cuando resulta imposible la visión directa, de la región supraglítica y cuerdas.

- El fibrolaringoscopio puede acoplarse a cámaras de TV, monitores, etc.

- Cada especialista, una vez concocido el procedimiento, podrá ir dándole, las aplicaciones, que considere oportunas y en principio lo vemos indicado en aneste-

siología, Cuidados Intensivos y Reanimación (cuando se plantean dificultades de intubación traqueal, paso de sondas de alimentación, etc.) en Otorrinolaringología y Cirugía Oral y Maxilofacial, para las exploraciones, que hemos comentado del espacio orofaríngeo, base de la lengua, región epiglótica, pilares, etc.

Conclusiones

Sin duda, hoy dia, se cuenta con sistemas muy sofisticados, para la exploración de las regiones orofaríngeas y traqueales. Con nuestro instrumento, que de alguna manera crea, una nueva metodología exploratoria, podemos minimizar e incluso en ocasiones, mejorar a los procedimientos a los que aludimos. Estamos refiriéndonos a la fibrolaringoscopia, que aprovecha dos instrumentos reconocidos, pero que al acoplar funciones determinan uno nuevo.

Sumario

Un nuevo dispositivo, para exploración de la región faríngea y adyacentes, se ha desarrollado empleando dos instrumentos clásicos, el fibroscopio y laringoscopio, acoplados de manera muy sencilla, pero que juntos determinan uno nuevo, con diferentes posibilidades exploratorias y diagnósticas.

Bibliografía:

- F. Hernández Altemir: Intubación endotraqueal por vía nasal, oral y traqueal bajo fibroscopia. Comunicación III Congreso Nacional de Cirugía Oral y Maxilofacial. Salamanca (1972).

- F. Hernández Altemir: The Submental Route for Endotracheal Intubation. J. max. fac. surg. 14(1986)

- F. Hernández Altemir: Trompomanipulador frontal de uso múltiple. Autoedición en Clínica de Cirugía Oral y Maxilofacial, calle Fray Luis Amigó, 8, Planta O, Letra B. Depósito Legal nº Z-116-91. Número Provisional de Registro Provincial 219 previo a Registro General de la Propiedad Intelectual, 14 de enero de 1991.

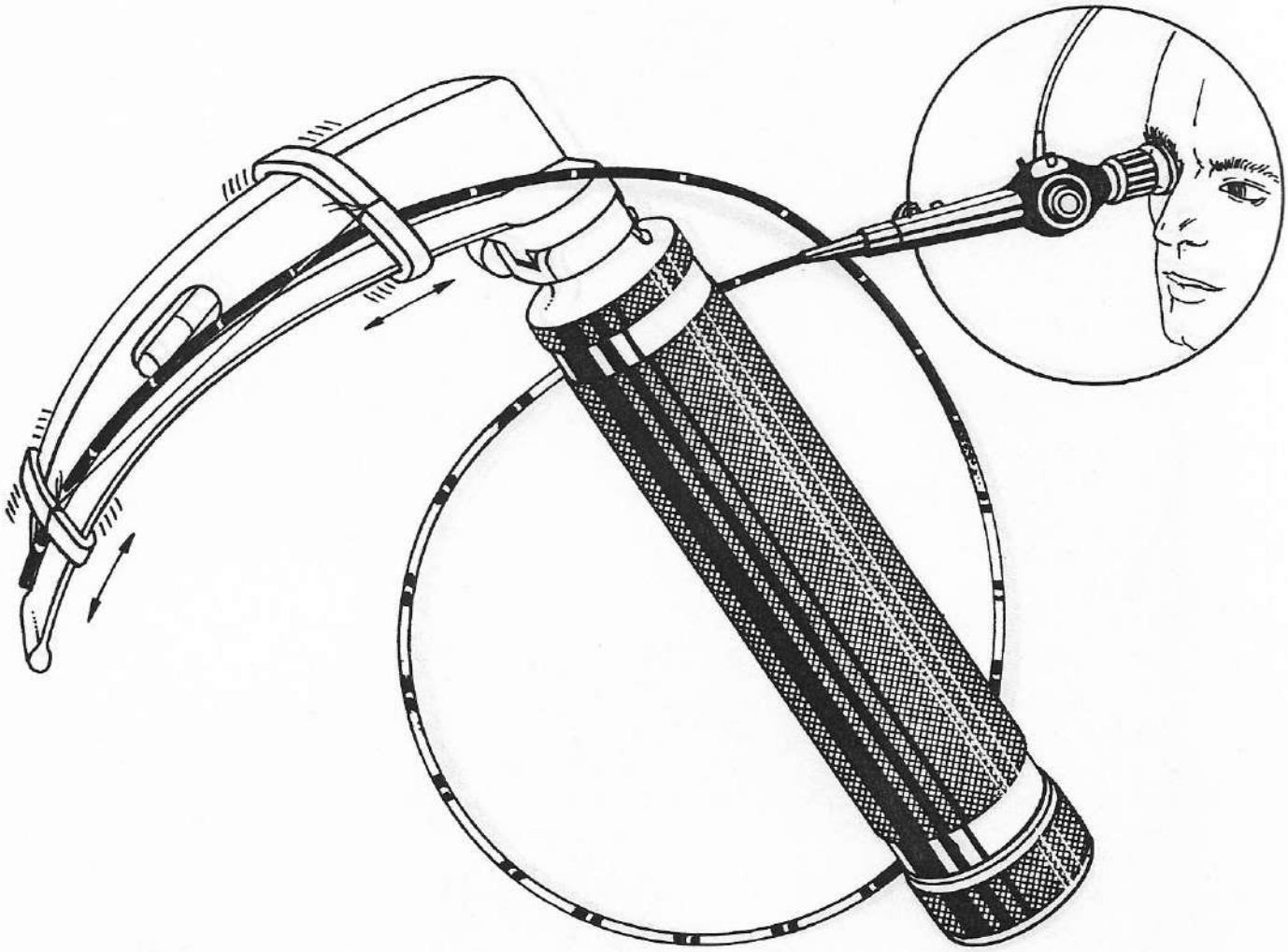

Fig.1

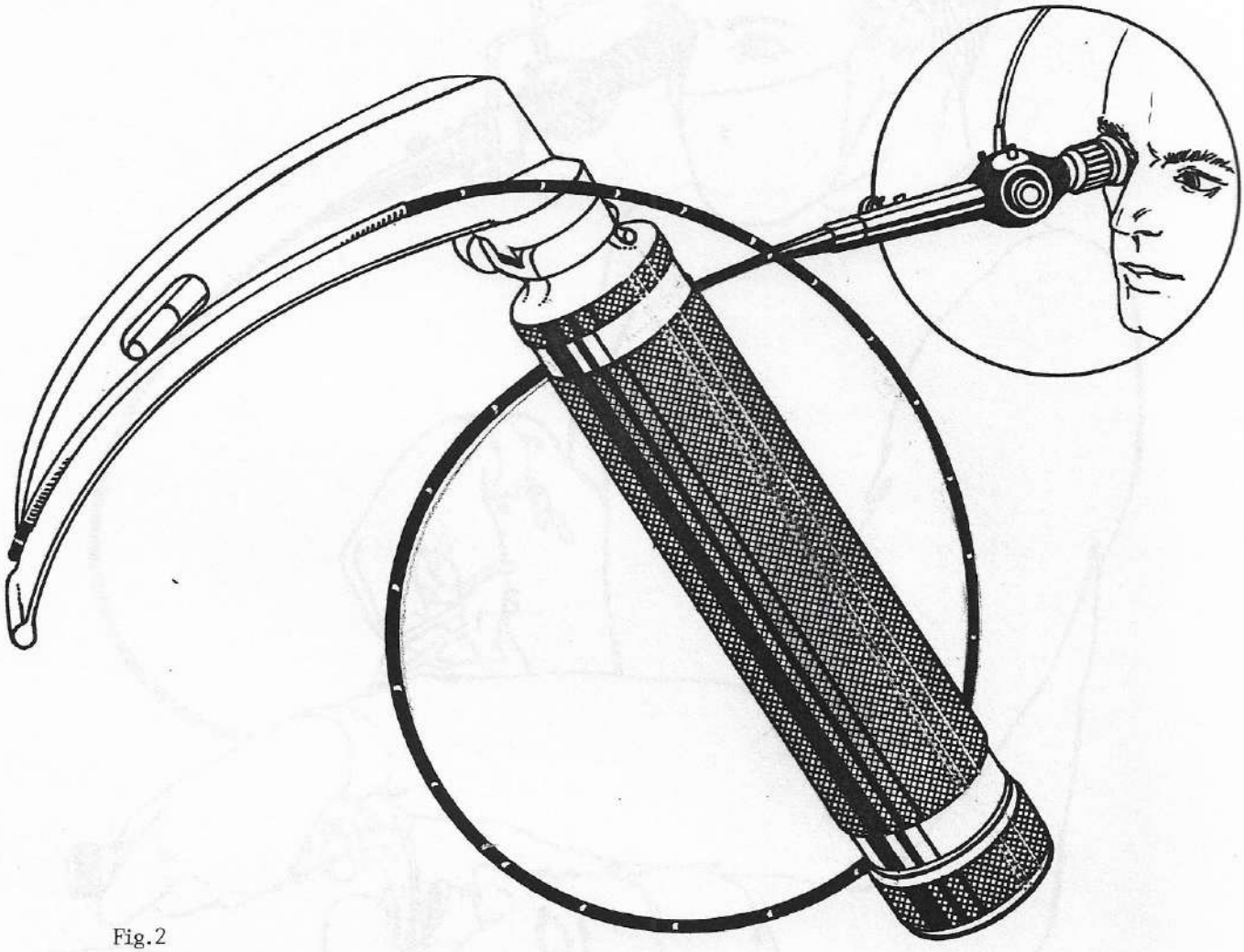

Fig.2

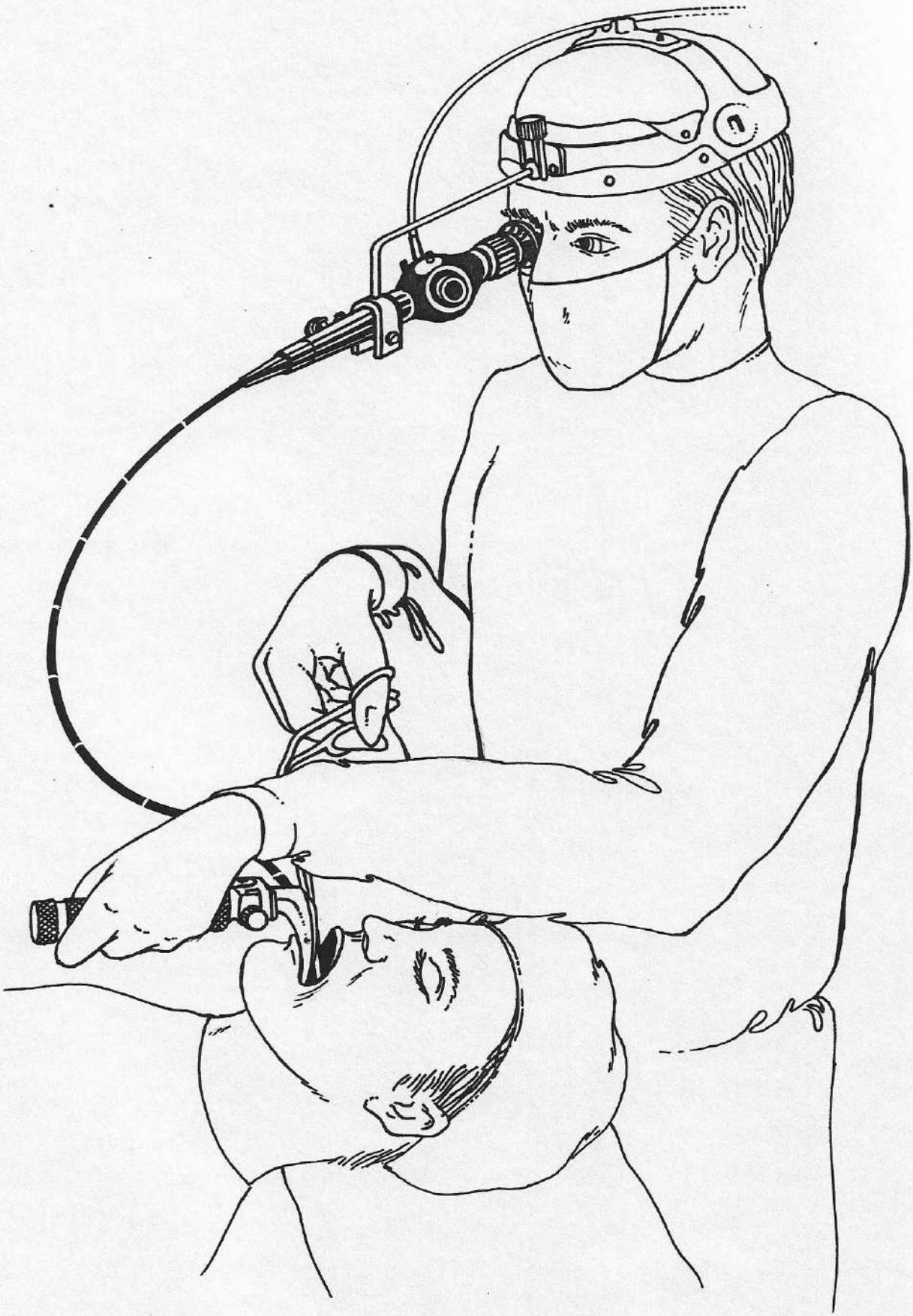

Fig. 3