



MAZZ

La Mutua de Accidentes de Zaragoza

SEPTIEMBRE 1993

UN NUEVO INSTRUMENTO

El Fibrolaringoscopio

Introducción

Con el objeto de obviar algunas de las dificultades de la exploración de la base de la lengua, hipofaringe, regiones supraglóticas, endolaríngicas 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.

DR. D. FRANCISCO HERNÁNDEZ ALTEMIR

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 fibroscopio a 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 través de un túnel 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, esto nos sirve para llevar el fibroscopio a la zona de entrada del conducto (laringe, tráquea, esófago) o del espacio (cávum, por ejemplo), que nos interese explorar.

Una vez allí, el fibroscopio se moverá según nuestros intereses exploratorios, mediante los dispositivos que el fibroscopio 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. También se puede acomodar, el fibroscopio propiamente dicho, a un soporte cefálico, que lleve el operador, con lo que también 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 biopsias y pequeñas cirugías, incluso en enfermos sedados con respiración espontánea, ayudándonos de algún abre bocas que podemos colocar previamente entre las arcadas dentarias o maxilares durante la inducción anestésica, por ejemplo.

A veces, durante la realización de una traqueostomía, o en el cambio de una cánula traqueal, se puede «perder» la luz del traqueostoma; en estos momentos, nuestro fibrolaringoscopio puede resultar de ayuda.

Indicaciones

- Para la exploración de la orofaringe, la región supraglótica y las estructuras endolaríngicas, traqueales y digestivas.
- Para el examen 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 supraglótica y cuerdas.

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

- Cada especialista, una vez conocido el procedimiento, podrá ir dándole las aplicaciones que considere oportunas y en principio lo vemos indicado en anestesiología, cuidados intensivos y reanimación (cuando se plantean dificultades 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 día 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 el 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 0, 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.

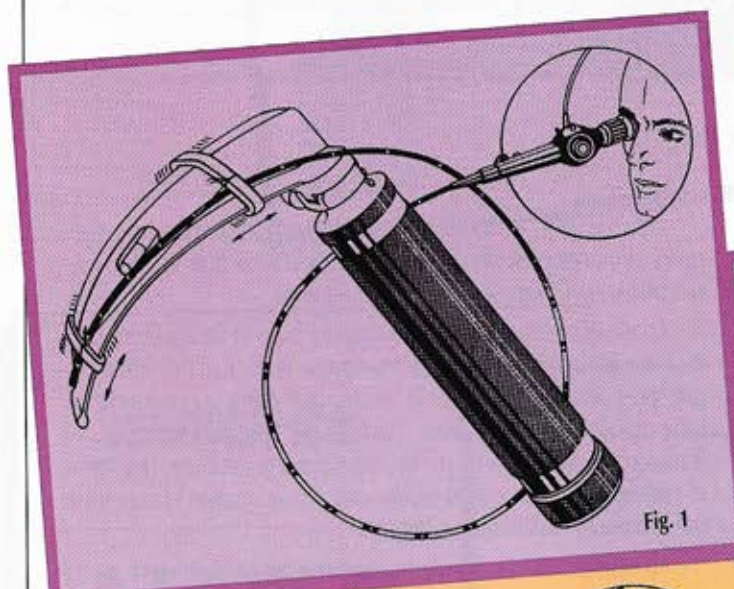


Fig. 1

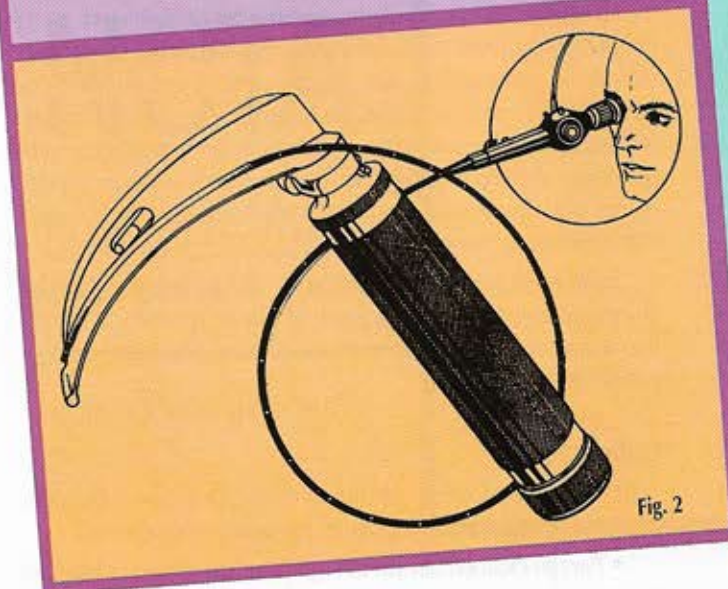


Fig. 2

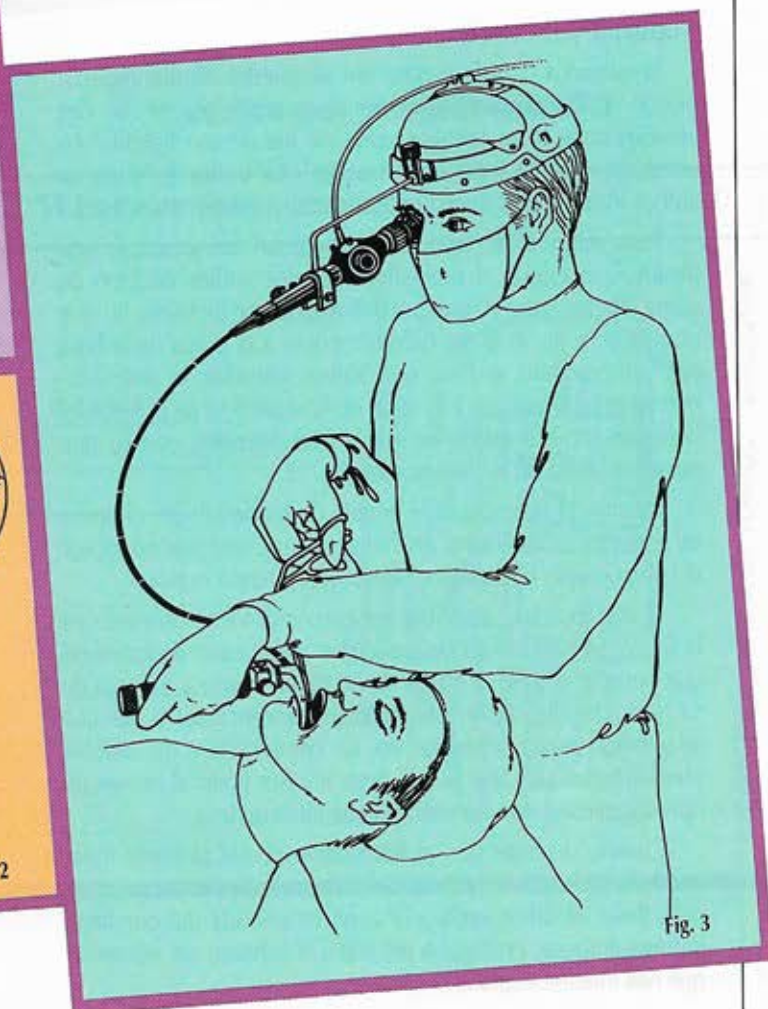


Fig. 3