

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 (cánum, 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 cánum, aprovechando que la hoja del laringoscopio desplaza fácilmente, el velo del paladar y permite guiar el fibroscopio de nuestro aparato hacia la nasofaringe.