

HOSPITAL DOCENTE CLINICOQUIRURGICO "COMANDANTE MANUEL FAJARDO"

Técnica del diptongo El en la laringoscopia indirecta

Dra. Odelinda Cárdenas García

Cárdenas García, O.: Técnica del diptongo El en la laringoscopia Indirecta.

Se plantean los antecedentes del origen de la Laringología en el mundo. Se hace referencia al maestro de canto *Manuel García*, precursor de la Laringología. Se refieren los métodos usuales para realizar la laringoscopia en el niño y el adulto. Se presenta un estudio en 80 pacientes adultos, de los cuales 12 tenían ptosis de la epiglotis y 8 marcada hiperreflexia faríngea. De los 8 con hiperreflexia, 5 fueron atendidos por la técnica del diptongo y los otros 3 remitidos a laringoscopia directa. El resto fue atendido por la variante El. Este trabajo se fundamenta en la realización de un diagnóstico precoz de las afecciones laringeas, que en algunas oportunidades presentan un pronóstico reservado o grave.

INTRODUCCION

Nos decidimos a la realización de este trabajo, dada la imperiosa necesidad de detectar precozmente toda una serie de afecciones que en un momento determinado pueden asentarse al nivel de la cara laríngea de la epiglotis y las cuerdas vocales en su tercio anterior, esto a veces se dificulta, pues existen pacientes que presentan ptosis de la epiglotis, lo que no permite en ocasiones la correcta visualización de estas regiones en la laringoscopia indirecta según la técnica generalizada, y a veces es necesario recurrir a la laringoscopia directa.

Las lesiones que pueden encontrarse varían: pueden ser congénitas, inflamatorias, específicas e inespecíficas, seudotumorales, tumorales, traumáticas, etcétera, y del diagnóstico precoz depende a veces la vida del paciente. Es por ello que exponemos a consideración esta variante en la técnica de la laringoscopia indirecta que hemos denominado, *técnica del diptongo El*.

ANTECEDENTES

Fue en 1854, cuando el profesor de canto Manuel García intentó y logró ver sus cuerdas vocales mediante una combinación de espejos y la luz solar, pues contaba con una laringe exenta de reflejos.

Posteriormente a su intento, algunos científicos continuaron en esta investigación, pero algunos desistieron de su empeño, por ejemplo: en 1807 Bozzini utilizó un tubo con dos espejos; en 1825

Cagniard de Latour puso en función un espejo introducido en la garganta y conjuntamente con *Senn* comenzó esta metodología; en 1829 *Benjamin Gay Babington* utilizó un espéculo y *Levert* ideó un método parecido; en 1832 *Benati* aplicó un instrumento construido por *Selique*, un mecánico enfermo de tuberculosis pulmonar; en 1840 *Listón* pudo apreciar lesiones a través de un espejillo; en 1844 *Warden*, en Edimburgo, pudo ver la laringe, pero no las cuerdas vocales.

Durante toda esa época, el diagnóstico de los pacientes que fallecían con afecciones en la laringe era *tísis laríngea*, pues este órgano era inaccesible al observador e incluso fue llamado por algunos autores como la *cueva de Platón*.

Por lo tanto, se puede considerar que *Manuel García* fue el precursor de la Laringología en el mundo, con su intento realizado en 1854 en el Palacio Royal, al poner en función la idea que ocupaba su mente durante muchos años y que era el poder visualizar las cuerdas vocales.¹

Este maestro de canto, siempre se interesó por el mecanismo de formación de la voz. Estuvo en contacto con el canto por proceder de una familia de artistas, en la cual su papá fue el famoso cantante *Vicente Popolo Manuel García*; su hijo *Manuel* también cantó, pero sin llegar a obtener renombre en ese aspecto. Siempre le interesaron los estudios científicos relacionados con la voz y la enseñanza del canto.

Fue miembro honorario de la Sociedad de Laringología de Londres, Doctor Honoris Causa de Medicina por la Universidad de Koengsberg y miembro honorario correspondiente de la Asociación Americana de Laringología.

MATERIAL Y METODO

En nuestro trabajo utilizamos:

1. Pacientes que acuden a la consulta de Logopedia y Foniatria del Hospital Docente Clinicoquirúrgico "Comandante Manuel Fajardo".
2. Espejo frontal.
3. Lámpara cuello de cisne.
4. Asa de Killiam.
5. Mechero de alcohol.
6. Silla de reconocimiento.
7. Banqueta auxiliar.

El método empleado es el referido en la discusión como laringoscopia indirecta.

RESULTADOS

Para realizar estas observaciones, se examinaron 80 adultos que necesitaron nuestros servicios y que presentaban disfonía. De estos 80 pacientes, 12 presentaron ptosis de la epiglotis y 8 marcada hiperreflexia.

De los casos que presentaron hiperreflexia, 5 fueron observados mediante la utilización de anestésico de superficie y a los 3 restantes tuvimos la necesidad de practicarles la laringoscopia directa.

Los 12 pacientes que presentaron ptosis de la epiglotis, pudieron examinarse por medio de la técnica del diptongo. El sin necesidad de practicarles la laringoscopia directa.

Consideramos que con la variante expuesta, se logra una mejor atención al paciente que acude a nuestras consultas, pues disminuye el grado de manipulación del mismo, existe menor riesgo anestésico y se racionaliza la cantidad de personal que se debe utilizar.

DISCUSION

Después del genial intento de *Manuel Garda*, esta técnica fue utilizada en cadáveres por *Czermack y Turk*, y también en la clínica, valiéndose de ella como medio básico de diagnóstico; ésta lleva a un diagnóstico de certeza de afecciones laringeas, congénitas, inflamatorias, seudotumorales, traumáticas, tumorales, etcétera. También mediante esta técnica se pueden emplear medidas terapéuticas.

Ariza también cooperó a ello; él planteó que se había dado un paso gigantesco, pues la laringe está considerada como una roca contra la cual se estrellaban los intentos más entusiastas.

Por la presencia de dificultades debidas a hiperreflexia faríngea, *Jenillex* introdujo la cocaína, en 1894, y mejoró la metodología del empleo del espejo laríngeo. Posteriormente aparecieron la tetracaína, la xilocaína, la lidocaína, etcétera, que son utilizadas con esos fines con gran acierto.¹

La laringoscopia indirecta, que es la técnica que se emplea habitualmente en consulta, se realiza con el enfermo sentado frente al médico, con la cabeza un poco elevada y el cuerpo ligeramente inclinado hacia adelante. El médico, en un plano ligeramente superior. El paciente saca la lengua, el médico la sostiene con suavidad, pero con firmeza, fuera de la boca mediante una gasa (asa de Killiam) entre los dedos del medio y pulgar de la mano izquierda, mientras que el índice se mantiene en la comisura labial y formando un bloque con los dedos anular y meñique con el mentón del paciente. Al mismo tiempo, y suavemente, introduce con la mano derecha el espejo laríngeo previamente calentado y probado en su mano izquierda y lo desliza por la comisura labial izquierda del paciente, llevado entre los dedos pulgar, índice y del medio como si llevara una pluma. Llegado al velo del paladar, se "carga" la úvula, se tantea hasta iluminar la hipofaringe y el vestíbulo laríngeo, y se invita al paciente a pronunciar las vocales E o I.²

Si no se utiliza esta maniobra con la debida destreza, el espejo 1 lo puede tocar la pared faríngea y provocar reflejo nauseoso al paciente, lo que impediría el buen examen del mismo. La imagen se observará invertida, ya que la estructura que se encuentra en la porción anterior se aprecia en plano superior y las que se encuentran en la porción posterior, en plano inferior.

Existen pacientes que presentan hiperreflexia, a los cuales es necesario aplicarles anestésicos de superficies (pantocaína, lidocaína, xilocaína, etcétera), de las cuales no debe abusarse para evitar reacciones anafilácticas y de sobredosificación.

Asimismo, pueden utilizarse las técnicas de Killiam, Avellis y Turk cuando existe dificultad para observar la comisura anterior, posterior y paredes laterales de la hipofaringe respectivamente.³

Cuando se encuentran pacientes que presentan ptosis de la epiglotis, la cual no permite la visualización del aditus laryngis, puede utilizarse el retractor de epiglotis, previa anestesia del vestíbulo laríngeo e hipolaríngeo.⁴

Si existen dificultades se indica la laringoscopia directa; ésta se realiza con sedación del paciente; anestésico de superficie con el paciente acostado en decúbito superior y la cabeza en hiperextensión; se introduce el laringoscopio de Jackson y a veces puede utilizarse la espátula de Jackson, que es la que se emplea en el primer tiempo de la broncoscopia. Se inmoviliza al paciente y se introduce el laringoscopio por la comisura labial derecha hasta llegar a la epiglotis, que se "carga" y nos permite visualizar la laringe.⁵

En esta maniobra hay que tener presente que cualquier movimiento brusco del paciente puede llevarlo a graves consecuencias, así como algún movimiento en falso por parte del examinador puede producir luxaciones de la articulación temporomaxilar, perforación en la pared faríngea, etcétera.

Nuestro planteamiento está basado en la técnica de la laringoscopia indirecta, que es la que se realiza diariamente en las consultas de Otorrinolaringología, Logopedia y Foniatría, y como dijimos, a veces nos resulta imposible la visualización del aditus laryngis, aun con la máxima cooperación del paciente y la utilización de anestésico de superficie.

Sabemos que en esta maniobra se utilizan las vocales E o I porque son claras y son las que hacen subir la laringe en la fonación, pero pronunciadas separadas a veces no se aprecia el efecto deseado.

Nosotros las hemos utilizado ligadas, empleando el mismo tono, en saltos de segunda, cuarta, sexta y octava, según la escala musical; así se aprecia claramente cómo el cartilago epiglótico gira, se acerca a la pared anterior de la faringe, y deja visualizar perfectamente las cuerdas vocales y la cara laríngea de la epiglotis, así como el vestíbulo laríngeo.

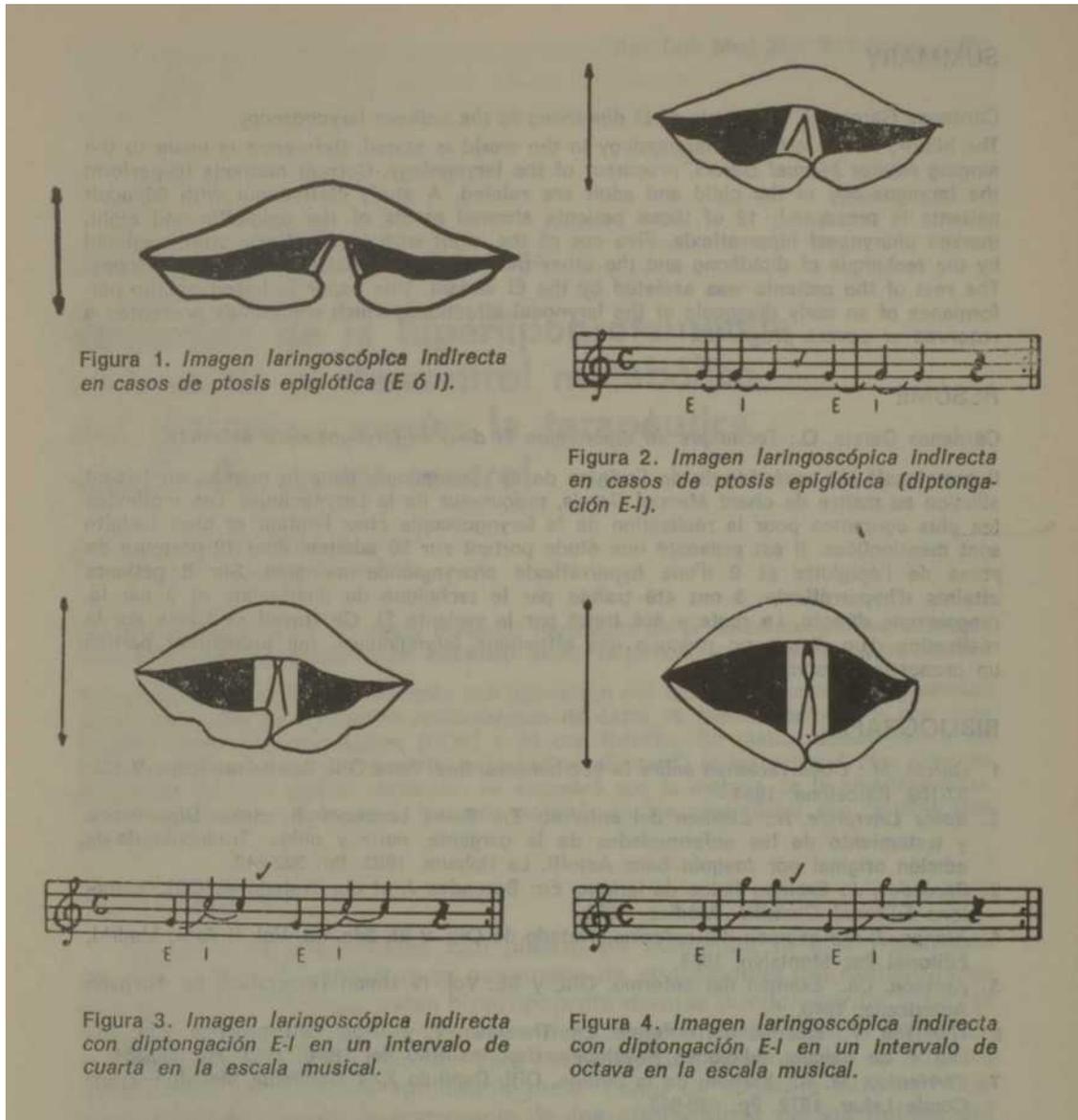
MECANISMO FISIOLÓGICO EN LA VARIANTE

La laringe, además del resto de las funciones que posee, es un órgano que en el desarrollo de la especie se convierte en un instrumento musical, el cual sube y baja de acuerdo con la altura tonal del sonido, aunque hay cantantes entrenados que utilizan la laringe siempre baja.

El mecanismo por el cual la epiglotis se acerca a la pared faríngea y las cuerdas se tensan, se debe a la rotación del cartilago tiroideo sobre el cricoides, el cual realiza un movimiento en báscula y se acerca a la pared faríngea ante la contracción del músculo cricotiroideo que es tensor de las cuerdas vocales.¹⁵¹⁶

Observamos que, mientras mayor es el intervalo, mayor es la retracción de la epiglotis y permite la mejor visualización del vestíbulo laríngeo (figuras 1-4).

A esta técnica la hemos denominado técnica del diptongo Ei en la laringoscopia indirecta.



RECOMENDACIONES Y CONSIDERACIONES

En lo que pudimos apreciar a lo largo del estudio de estos casos, nos decidimos sugerir a laringólogos y logofoniatras que pongan en práctica la técnica del diptongo EI, en los casos que presentan ptosis de la epiglotis, e incluso en algunos casos de hiperreflexia faríngea, y así lograrán un diagnóstico precoz y menor manipulación del paciente.

Desde el punto de vista hospitalario, también encontramos ventajas con la manipulación de esta técnica, pues disminuye la utilización de instrumental, medicamentos y personal del salón de operaciones.

SUMMARY

Cárdenas García, O. *Technique of El diphthong in the indirect laryngoscopy.*

The history of the origin of laryngology in the world is stated. Reference is made to the singing master *Manuel Garcia*, precursor of the laryngology. Current methods to perform the laryngoscopy in the child and adult are related. A study carried out with 80 adult patients is presented; 12 of those patients showed ptosis of the epiglottis and eight, marked pharyngeal hiperreflexia. Five out of the eight with hyperreflexia were assisted by the technique of diphthong and the other three were referred to direct laryngoscopy. The rest of the patients was assisted by the El variant. This paper is based on the performance of an early diagnosis of the laryngeal affections, which sometimes presented a reserved or severe prognosis.

RÉSUMÉ

Cárdenas García, O.: *Technique du diphtongue El dans la laryngoscopie indirecte.*

Il est signalé les antécédents de l'origine de la Laryngologie dans le monde, en faisant allusion au maître de chant *Manuel Garcia*, précurseur de la Laryngologie. Les méthodes les plus courantes pour la réalisation de la laryngoscopie chez l'enfant et chez l'adulte sont mentionnées. Il est présenté une étude portant sur 80 adultes, dont 12 porteurs de ptôse de l'épiglotte et 8 d'une hyperréflexie pharyngienne marquée. Sur 8 patients atteints d'hyperréflexie, 5 ont été traités par la technique du diphtongue et 3 par laryngoscopie directe. Le reste a été traité par la variante El. Ce travail se fonde sur la réalisation d'un diagnostic précoce des affections laryngiennes, qui présentent parfois un pronostic réservé ou grave.

BIBLIOGRAFIA

1. *García, M.*: Observaciones sobre la voz humana. Rev. Acta ORL Ibero-Americana V (2): 87-106, Barcelona, 1954.
2. *foles Lawrence, R.*: Examen del enfermo. En: Boies Lawrence R. otros: Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de la garganta, nariz y oídos. Traducido de la edición original por Joaquín Sanz Astolfi. La Habana, 1963. Pp. 322-342.
3. *Berendes, J.*: Examen físico de laringe. En: Berendes J. et al.: Tratado de ORL. Barcelona Editorial Científico-Médica, 1970.
4. *Alonso, J. M.*: Examen del enfermo. Tratado de ORL y BE 2da. ed. Vol. II Arol, Madrid, Editorial Paz Montalvo, 1964.
5. *Jackson, Ch.*: Examen del enfermo. ORL y BE. Vol. IV Unión Tipográfica, Ed. Hispano Americana. 1949.
6. *Thomson, V.*: Examen del enfermo. En: Thomson, V. y otros: ORL práctica. 2da. ed., cap. 4. La Habana, Ediciones Revolucionarias, Instituto del Libro, 1963. Pp. 380-384.
7. *Barrientos, M. A.*: Examen de la laringe. ORL Capitulo XXV Colombia Medellin, Franz Conde Lehar, 1972. Pp. 639-643.
8. *Hernández Gonzalo, P.*: Anatomía y exploración de la faringe y laringe. Otorrinolaringología práctica. 4ta. ed. Facultad de Medicina de la Universidad de La Habana 1939. Pp. 57-59.

Recibido: 5 de febrero de 1985
Aprobado: 12 de agosto de 1985
Dra. Odelinda Cárdenas García
20 de Mayo No 710 entre
Ayestarán y Panchito Gómez
Municipio Cerro
Ciudad de La Habana
Cuba.