

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios Superiores



Cursa de Especialización en
Otorrinolaringología

Profr. Dr. Carlos Valenzuela Esquerro

Monografía: Laringoscopia Directa Bajo Suspensión
y Visión Microscópica

Revisión de 130 Casos

Que presenta al término del cursa el Alumno Dr.

José Guillermo Roberto Hernández Valencia

1 9 7 3



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Aprobada como Tesis al terminar
Curso Universitario de Especialización
en Oceanografía, para tener de-
recho a presentar el examen final.

A la dicha estudio ~~-----~~

Car. Dr. Valencia 29/1973

Carvajal

LARINGOSCOPIA DIRECTA BAJO SUSPENSION Y VISION MICROSCOPICA

REVISION DE 130 CASOS

INTRODUCCION:

En vista de la frecuencia de la patología laríngea en nuestro medio y del gran avance que ha significado la introducción del microscopio en la Endoscopia Laríngea como procedimiento rutinario, para el estudio y tratamiento de este tipo de pacientes, se hace una revisión de los casos estudiados y tratados en el Departamento de Otorrinolaringología del Centro Médico La Raza del IMSS en el período comprendido de junio de 1970 a junio de 1971.

Este Hospital fue el primero en nuestro país en integrar como equipo rutinario todo el equipo e instrumental especialmente diseñado para la exploración y práctica de la microscopia laríngea. En el estudio se analizan los siguientes aspectos:

1. Breve historia de la Laringoscopia Directa Bajo Suspensión y Visión Microscópica.
2. Equipo e Instrumental con que se cuenta en el Departamento.
3. Análisis de 130 Laringoscopias Directas, considerando:
 - A) Edad.
 - B) Sexo.
 - C) Antecedentes personales de importancia.
 - D) Datos de Otorrinolaringología.
 - E) Datos de interés de patología general.
 - F) Motivo de la consulta.
 - G) Hallazgos a la Laringoscopia Indirecta pre-operatori
 - H) Hallazgos a la Laringoscopia Directa.
 - I) Diagnóstico anatómo-patológico.
 - J) Variedades de anestesia utilizada.
4. Resumen y Conclusiones.

1. HISTORIA:

El inicio de la Laringoscopia Directa bajo Suspensión y Visión Microscópica⁽¹⁾ fue motivado más que nada, por la inquietud y el deseo de poder diagnosticar el cáncer de la laringe en sus estadios iniciales, ya que la observación a simple vista de las estructuras laríngeas - no podía en la inmensa mayoría de los casos proporcionar suficientes datos para poder efectuar un diagnóstico diferencial con cierto grado de certeza.

Este tipo de procedimiento había sido ya puesto en práctica en el terreno de la Gineco-Obstetricia por Hinselman⁽²⁾ con la introducción del Colposcopio, el cual proporcionaba un diagnóstico en forma temprana del cáncer del cuello uterino.

Así, K. Storz (1958-59), por indicaciones de Kleinsasser⁽³⁾ construye los primeros microscopios laríngeos o lupas laringoscópicas, que constaban de: un laringoscopio tipo Von Riecker y Holinger y de un prisma óptico de 10 aumentos, con mango movable, mismos que a pesar de su estado rudimentario comparado con los procedimientos actuales, se podía observar con cierto detalle las alteraciones epiteliales laríngeas, así como también el imprimir placas fotográficas; aunque persistían los inconvenientes propios de la anestesia tópica en este tipo de intervenciones: gran molestia para el paciente y dificultad para una buena visualización.

Por otra parte se planteaba la necesidad de respetar al máximo el órgano fundamental de la fonación; las cuerdas vocales, para lo cual el cirujano debía de trabajar con más profundidad en cuanto a foco, con mayor-

aumento y sobre todo en una forma tranquila, así pues se -
inicia la práctica de las intervenciones laríngeas bajo -
anestesia general con intubación endotraqueal.

Al mismo tiempo son utilizados otros microscopios -
laríngeos por diferentes autores⁽²⁾ con los mismos -
inconvenientes anteriormente citados.

No fue sino hasta dos años más tarde, cuando -
Zeiss, adapta el microscopio operatorio de uso común en -
Otología, equipado con objetivo de 400 mm, lográndose en -
esta forma la resolución satisfactoria de todos los proble -
mas ópticos y de iluminación, el cual, y a través del tiem -
po, día a día es mejorado.

Contándose de tiempo atrás con el aparato de sus -
pensión⁽²⁾, el cual fija el laringoscopio y deja ambas ma -
nos del cirujano libres, su integración a la microscopia -
laríngea completó el procedimiento. Al mismo ritmo ha evo -
lucionado el instrumental quirúrgico apropiado para este -
tipo de intervenciones, contando para ello, con las adapta -
ciones llevadas a efecto por Hahman, Storz y Reiner.

Mención especial merece el actual método anesté -
sico de la Neuroleptoanalgesia⁽³⁾ que permite eliminar la -
sonda endotraqueal y proporcionar por ende un campo de aún -
mayor libertad para el cirujano; a este respecto se hará -
especial énfasis en el capítulo correspondiente.

La incorporación de la fibra óptica fue un paso -
previo al uso rutinario del microscopio; además de mejorar -
notablemente la iluminación, brindó una fuente luminosa, -
distal, fría y sin peligro de explosión, dando así innega -
ble seguridad al procedimiento.

2. EQUIPO E INSTRUMENTAL

Desde que Czernak⁽⁴⁾ en 1858 desarrolló la técnica de la Laringoscopia Indirecta y Kirstein⁽⁴⁾ en 1894 la técnica de la Laringoscopia Directa, el instrumental para este tipo de intervenciones ha tenido una gran evolución⁽⁵⁾. El perfeccionamiento del instrumental antiguo y la aparición del nuevo, han hecho de la Laringoscopia Directa un método de gran utilidad diagnóstica y terapéutica.

En el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General Centro Médico La Raza, se cuenta con el siguiente equipo e instrumental:

a) Laringoscopio: es de Jako Pilling de iluminación de fibra óptica, el cual en la experiencia del Servicio ha demostrado ser el idóneo; existe en tres tamaños distintos: adulto, adolescente y niño y por lo tanto útil en la mayoría de los pacientes. También se cuenta con el Laringoscopio convencional de Hollinger y el de Chevalier Jackson. La abertura en su extremo proximal es de forma elipsoidal, con un diámetro interno de 28x12 mm; su extremo distal es casi redondo con un diámetro externo de 17mm e interno de 15mm. La longitud del mismo es de 18mm y el peso de aproximadamente 500 grs. Está hecho de acero inoxidable.

A ambos lados del laringoscopio se encuentran unos canales, que lo recorren en casi toda su longitud, pero sin llegar a su extremo distal y que sirven para la inserción o colocación de las puntas de los cables de la fibra óptica.

b) Aparato de apoyo o suspensión: Es el diseñado por Lewy, el cual consta de un extremo proximal, que sirve para la inserción o articulación del mango del laringoscopio,

por medio de rosca de cremallera y una rama larga cuyo extremo distal termina en forma de 'T' y el cual se apoya sobre una masa de Mayo, que le sirve de base o sostén a la suspensión así como también para darle la inclinación requerida al Laringoscopio. Esta construido aligual que éste, de acero inoxidable. Es importante señalar que contrariamente al uso que en algunos centro se le da a este Apoyo sobre el tórax, en el Departamento clínico esto no se acepta por interferir en la capacidad respiratoria y ser además una molestia innecesaria para el paciente.

Es menester recordar que existen otros tipos de aparatos de suspensión como son el de Kíllian y Lynch⁽²⁾ (6)

c) Fuente de luz: Es proporcionada por un aparato de fibra óptica de intensidad regulable que va de 1 al 6, del cual salen dos conductores de fibra óptica de 92 cms. de longitud, flexibles y esterilizables, cuyos extremos se insertan en los canales especiales que para ellos tiene el laringoscopio, a ambos lados del mismo.

La luz de la Fibra óptica se utiliza al inicio de la exploración, pues una vez colocado y fijado el laringoscopio y la región adecuadamente expuesta, la fuente de luz es proporcionada por el microscopio⁽⁴⁾, aún cuando pueden funcionar simultáneamente ambas fuentes de luz.

d) Microscopio: Es el microscopio convencional de Ziess, OPMI-II, utilizado desde hace muchos años en la cirugía otológica, equipado con binoculares rectos, visores laterales y objetivo de 400mm, además, de contar con dispositivos adaptables para fotografía y TV de circuito cerrado⁽⁶⁾

Proporciona una visión binocular, una adecuada distancia para trabajar y un espacio suficiente para la cirugía.

Es conveniente recordar que lentes de 350 y 375 mm. pueden ser cambiados y utilizados, en casos en el que el cirujano tenga brazos cortos para trabajar en una distancia adecuada⁽²⁾

Algunos autores como De Lisa⁽⁷⁾ reportan como de gran utilidad el uso de oculares inclinados para este tipo de Microcirugía. En el Hospital se utiliza el sistema de oculares rectos.

e) Instrumental: Paralelamente al gran avance técnico -- que es el microscopio quirúrgico y la fibra óptica, diversos laringólogos han diseñado gran variedad de instrumental para la práctica de la microcirugía laríngea, inspirados en el instrumental de la microcirugía otológica, con algunas modificaciones. Se han diseñado varios tipos de pinzas, bisturís, tijeras, retractores de banda y cuerda -- vocal, espejos para explorar el espacio subglótico, tubos de succión, agujas, porta-agujas para suturas endolaríngeas, porta algodones y tubos combinados para succión e irrigación para el método de tinción supravital que nos ayudan a detectar lesiones malignas incipientes.

Todos estos adelantos de la técnica, se traducen en beneficio del paciente y del cirujano mismo, ya que le permite realizar una microcirugía limpia y segura, resolviendo problemas que antes eran prácticamente inaccesibles o inseguros en su resolución.

3. REVISION DE CASOS

A) EDAD La edad de los pacientes en quienes se practicó laringoscopia Directa bajo Suspensión y Visión Microscópica fluctuó desde los 3 meses el más pequeño, hasta los 84 años el de mayor edad. (Tab. 1)

TABLA N° 1

EDAD	N° casos	Porcentaje
Menores de 1 año . . .	10	7.6 %
De 1 a 10 años . . .	16	12.3 %
De 11 a 20 años . . .	12	9.1 %
De 21 a 30 años . . .	27	20.7 %
De 31 a 40 años . . .	23	17.6 %
De 41 a 50 años . . .	20	15.3 %
De 51 a 60 años . . .	8	6.1 %
De 60 años o más . . .	13	10.0 %

Las dos primeras décadas de la vida, corresponden fundamentalmente a intervenciones debidas a papilomatosis infantil, intervención que en ocasiones hay que llevar a cabo en intervalos cortos de tiempo, según necesidad de cada caso en particular⁽⁸⁾ ⁽⁹⁾. En el adulto el mayor número correspondió a patología crónica inflamatoria, manifestada por pólipos, nódulos, quistes, etc., así como a tumores benignos representados en nuestra revisión por el papiloma del adulto, quedando para la edad avanzada los casos de tumores malignos. Cifras todas ellas que corresponden con las reportadas por diferentes autores.⁽¹⁾⁽⁴⁾⁽¹⁰⁾

B) SEXO Al respecto, es manifiesta la predominancia del sexo masculino en la patología laríngea en general, coincidiendo en este aspecto con los datos publicados por autores como Kleinsasser⁽¹⁾ y Lambert⁽⁴⁾.

La proporción en nuestra revisión es de 3 a 1, no pudiendo aclarar los factores que sean responsables de tal predominio masculino. (Tab. 2)

TABLA N° 2

S E X O	N° casos	Porcentaje
Masculino	96	73.8 %
Femenino	34	26.1 %

C) ANTECEDENTES PERSONALES DE IMPORTANCIA Dentro de este capítulo analizaremos un factor de especial interés: - el tabaquismo.

Hemos querido incluir este factor, considerado universalmente, como un irritante tanto de las vías aéreas superiores como inferiores, del cual se ha demostrado asimismo su participación directa en la patología laríngea⁽¹¹⁾ (12)(13), catalogado actualmente como un factor carcinogénico⁽¹⁴⁾, ya que en estudios practicados post mortem, se han observado cambios atípicos en las células del epitelio laríngeo, más a menudo a nivel de las cuerdas vocales y en menor grado a nivel de las bandas ventriculares; como ejemplo de lo anterior, Bolstad⁽¹¹⁾ en una revisión de 203 casos de carcinoma de la laringe encontró que más del 75% - eran fumadores.

En nuestra revisión de 130 casos, excluyendo a los menores de 10 años, (Tab N° 3), el 60.5% presentaba tabaquismo positivo; tomando en cuenta que sólo se incluyen los que manifestaban dicho antecedente como francamente positivo, no así aquellos en que sólo referían el hábito tabáquico como ocasional.

TABLA N° 3

TABAQUISMO	N° casos	Porcentaje
Positivo	63	60.5 %

D) DATOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA. Corresponde a una serie de entidades (Tab. 4) las cuales en forma directa o indirecta guardan relación con el motivo de nuestra revisión⁽⁹⁾⁽¹⁵⁾⁽¹⁶⁾. Observando que un gran porcentaje presentaba Amigdalitis y Rinitis Crónica, entidades ambas que pueden considerarse como predisponentes y coadyuvantes⁽¹⁷⁾ y que en algunos casos ameritaron resolución previa.

En otros casos, dichos cuadros forman parte del cotejo sintomático en sí, como en el Escleroma respiratorio, de cuyos 14 en los cuales se practicó Laringoscopia Directa, en 8 durante el mismo acto quirúrgico se tomó biopsia de mucosa nasal, por las manifestaciones encontradas también a dicho nivel.

TABLA N° 4

DATOS DE OTORRINOLARINGOLOGIA	N° casos	Porcentaje
Amigdalitis crónica . . .	57	43.8 %
Rinitis Crónica . . .	28	21.5 %
Otomastoiditis crónica . . .	6	4.6 %
Sinusitis Maxilar . . .	5	3.8 %

E) DATOS DE INTERES DE PATOLOGIA GENERAL. Otras entidades presentes fueron la Diabetes Mellitus y la Tuberculosis Pulmonar, enfermedades generales, debilitantes, que hacen del paciente un terreno propicio para la presentación de cualquier patología, incluyendo la laringea⁽¹⁶⁾.
(Tab. 5)

TABLA N° 5

<u>DATOS DE INTERES DE PATOLOGIA GENERAL</u>	N° casos	Porcentaje
Diabetes Mellitus	11	8.4 %
Tuberculosis Pulmonar	2	1.5 %

F) MOTIVO DE LA CONSULTA. En esta parte de nuestra revisión hemos querido enfatizar aquellos síntomas y signos - que hacen o motivan al paciente a buscar auxilio médico.- (Tab. 6)

El síntoma más frecuente fue la disfonía, presente en el 100% de los casos; lo anterior fácil de comprender, ya que siendo este trabajo básicamente una revisión de la patología laríngea, guarda un lugar preponderante la afección de la voz; quedando en segundo término los signos de insuficiencia respiratoria (30.7%) cotejo - sintomático propio de entidades como la papilomatosis infantil y en ocasiones el escleroma respiratorio⁽¹⁸⁾.

Siguiendo en orden de frecuencia (18.4%) la tos y la expectoración que en forma general y no poco habitual acompañan a cuadros catalogados como laringitis aguda catarral considerada ésta por algunos autores⁽¹⁾⁽⁹⁾ como estadio previo para la formación de pólipos laríngeos.

Por último, la disfagia y la odinofagia presente en 21 casos (16%) atribuible también a procesos inflamatorios agudos o crónicos y que también guardan relación con aquellos casos de carcinoma laríngeo.

TABLA N° 6

SINTOMAS Y SIGNOS	N° casos	Porcentaje
Disfonía	130	100.0%
Signos de I.R.	40	30.7%
Tos y expectoración	24	18.4%
Odinofagia	10	7.6%
Disfagia	11	8.4%

Dentro de este capítulo es de interés, hacer mención al tiempo que tiene que transcurrir desde el inicio de la sintomatología hasta que el paciente acude a consulta; poniéndose una vez más de manifiesto que la mayoría de nuestra gente, aún cuando cuenta con Servicio Médico Asis- tencial, actúa con cierta displicencia para solicitar su atención, ya que como observamos (Tab. 7) en un 10.7% de los casos, tiene que transcurrir más de 10 años para ini- ciar su estudio y tratamiento.

Si bien es cierto que al respecto el mayor por- centaje (29.5%) acudió en el periodo correspondiente a me- nos de un año, ésto se ve influenciado por la presentación de los cuadros de papilomatosis infantil, cuyos síntomas y signos todos ellos angustiantes, hacen que los padres so liciten como urgente la atención médica en las primeras manifestaciones del mismo.

TABLA N° 7

TIEMPO DE INICIO DE LA SINTOMATOLOGIA	N° casos	Porcentaje
Menos de un año	38	29.5 %
De 1 a 2 años	27	20.7 %
De 2 a 3 años	20	15.4 %
De 3 a 4 años	13	10.0 %
De 5 a 10 años	18	13.8 %
De más de 10 años	14	10.7 %

G) HALLAZGOS A LA LARINGOSCOPIA INDIRECTA PRE-OPERATORIA.

Como se menciona en diferentes textos de la especialidad - (1)(15)(16), la práctica de una laringoscopia indirecta en manos experimentadas y muchas veces auxiliada de la aplicación de anestesia local previa, da un alto porcentaje de diagnósticos de certeza, quedando para la laringoscopia directa, solo la confirmación y en muchos casos, el tratamiento del cuadro patológico.

Haciendo hincapié en que para la correcta realización de la misma, guarda primordial importancia el factor paciente, es decir, comunicarle que es lo que se va a hacer, la posición correcta que debe adoptar, la forma en que se coloca el explorador, el método de exploración en sí, etc., requisitos todos que si se llevan a cabo en forma correcta, redundarán en una mejor exploración con la consiguiente impresión diagnóstica más apegada a la realidad.

En nuestra revisión (Tab. 8) no se practicó dicha exploración en 18 casos (13.8%) debido a la imposibilidad de realizarla en un lactante, preescolar o escolar, por razones obvias.

En la Tabla 8 se muestran las cifras y porcentaje que correspondieron a cada entidad, con diagnóstico prefuncional hecho por medio de la laringoscopia indirecta.

TABLA N° 8

HALLAZGOS	N° casos	Porcentaje
Pólipo	34	26.1 %
Papiloma del adulto .	25	19.2 %
Sugestivo del cáncer.	11	8.5%
Papilomatosis infantil	83	6.1 %
Escleroma Respiratorio	9	6.9 %

Granulomas	6	. . . . .	4.6 %
Laringitis C. Hiperplásica.	6	. . . . .	4.6 %
Nódulo del cantante	4	. . . . .	3.0 %
Quistes	4	. . . . .	3.0 %
Edema de Reinke	2	. . . . .	1.6 %
No se practicó	18	. . . . .	13.8 %

H) HALLAZGOS A LA LARINGOSCOPIA DIRECTA. Antes de revisar los hallazgos, haremos una breve descripción de las particularidades y ventajas de la misma. (5)(6)(8)(10)(19)

La laringoscopia directa bajo suspensión y visión microscópica es una exploración armada con muchas ventajas, dentro de las cuales se pueden enunciar las siguientes:

a) La amplificación y magnificación que de las estructuras laríngeas proporciona.

b) El dejar libres ambas manos del cirujano, para una mejor microcirugía laríngea.

c) La relación en cuanto a profundidad y espacio dentro de la laringe proporciona, por medio de la visión binocular.

d) El ser el complemento de una correcta laringoscopia indirecta, ya que permite observar áreas inaccesibles por cualquier otro método, como son: superficie laríngea de la epiglotis (usando el espejillo laríngeo); el interior de los ventrículos (usando el retractor de banda) y el área de la subglotis (usando espejillo y retractor). Inspección completa de cuerdas vocales, observando su movilidad, su consistencia, etc.

e) El hacer el diagnóstico preciso en casos de queratosis, zonas de leucoplasia y de carcinoma in situ; esto de especial importancia, sobre todo para su diagnóstico temprano, ya que autores como Kleinsasser⁽¹⁾ manifiestan que son precisamente estos casos, en los cuales no hay evidencia de invasión y en los que la movilidad de las cuerdas vocales no está comprometida, los candidatos a la extirpación por medio de la microcirugía laríngea.

f) Aunque la Laringoscopia Directa Microscópica no sustituye a la biopsia y al estudio histológico de la misma, sí proporciona el sitio mejor para la toma de ésta, y evita por lo tanto la repetición frecuente de tomas de biopsia.

g) Permite también una cirugía precisa con el mínimo daño a las estructuras subyacentes.

h) Por último, reviste especial interés la formación integral de los Médicos Residentes de la especialidad al permitir la observación directa de todo tipo de procedimientos quirúrgicos, aunado esto a los avances modernos de la técnica fotográfica y de la cinematografía.

A continuación se presenta en la Tabla 9 los hallazgos a la Laringoscopia Directa:

TABLA N° 9

HALLAZGOS A LA LARINGOSCOPIA DIRECTA:	N° casos	Porcentaje
Pólipo	36	27.6 %
Papilomatosis infantil	27	20.7 %
Papiloma del adulto .	15	11.6 %
Escleroma Respiratorio	14	10.8 %
Sugestivo del cáncer .	11	8.4 %
Nódulo del cantante .	7	5.4 %
Granulomas	6	4.6 %
Quistes Cs Vs	5	3.8 %
Laringitis crónica .	4	3.0 %
Hiperplásica		
Edema de Reinke	5	3.8 %

CORRELACION DE HALLAZGOS ENTRE LA LARINGOSCOPIA INDIRECTA
Y DIRECTA

TABLA N° 10

HALLAZGOS	Laringoscopia Indirecta	Laringoscopia Directa
Pólipo	84	36
Papiloma del adulto	25	15
Sugestivo de cáncer	11	11
Papilomatosis infantil	8	27
Escleroma Respiratorio	9	14
Granulomas	6	4
Laringitis C. Hiperclásica.	6	4
Nódulo del cantante	4	7
Quistes	4	5
Edema de Reinke	5	5

I) DIAGNOSTICO ANATOMO PATOLOGICO. Es importante observar aquí un hecho que previamente se había citado en párrafos anteriores, referente a que la laringoscopia directa, si bien no es sustituto de la biopsia, sí nos permite en cambio elegir el sitio de toma mejor para la misma, pues como se puede observar guardan gran similitud el diagnóstico hecha transoperatoriamente y el resultado histopatológico.

Solo es de hacer notar que de los once casos de carcinoma, todos ellos correspondieron a la variedad epidermoide, con mucho, la variedad más frecuente en esta área de la economía⁽²⁰⁾.

TABLA N° 11

DIAGNOSTICO ANATOMOPATOLOGICO	N° casos	Porcentaje
Pólipo	36	27.6 %
Papilomatosis infantil.	27	20.7 %
Escleroma Respiratorio.	14	10.8 %
Papiloma del adulto	13	10.0 %
Carcinoma Epidermoide	11	8.4 %
Laringitis crónica	13	10.0 %
Nódulo del cantante	7	5.4 %
Quiste mucoso	5	3.8 %
Granuloma	4	3.0 %

TABLA N° 12

CORRELACION ENTRE EL DIAGNOSTICO TRANSOPERATORIO Y ANATOMO PATOLOGICO

DIAGNOSTICO	Transoperatorio	Anatomopatológico
Pólipo	36	36
Papilomatosis infantil	27	27
Escleroma Respiratorio	14	14
Papiloma del adulto	15	13
Carcinoma	11	11
Laringitis crónica	13	16
Nódulo del cantante	7	7
Quistes	5	5
Granuloma	6	4

J) VARIEDADES DE ANESTESIA UTILIZADA. Reviste especial interés este capítulo, pues como se cita más adelante (Tab. 13) en 82 casos (63.1%) se utilizó el método de la Neuroleptoanalgesia, de gran utilidad en la microcirugía laríngea, ya que al eliminar el tubo de intubación orotraqueal, permite la observación completa de todas las estructuras endolaríngeas, sobre todo en lo que se refiere a cuerdas vocales, que aunque no es el estado real o fisiológico de las mismas, por el uso de anestesia tópica y la tracción que el laringoscopio y aparato de suspensión ocasionan, sí nos permite valorar con cierto grado de certeza la movilidad de las mismas.

La neuroleptoanalgesia consiste fundamentalmente⁽³⁾ en el empleo intravenoso de fármacos que poseen individualmente una acción perfectamente definida y que unidos, no solamente suman sus efectos o se potencializan, sino que corrigen entre ellos aspectos farmacológicos no deseables.

Sin tratar de profundizar en el tema, mencionaremos las bases del procedimiento:

1° Medicación pre-anestésica, que en los adultos se efectúa utilizando, benzodiazepina, como tranquilizante; aminóxico de atropina como anticolinérgico; prometazina como sedante, antihistamínico y potencializador de agentes anestésicos; u secobarbital como sedante o hipnótico. En los niños menores se utiliza el hidrato de cloral como hipnótico o sedante.

2° Durante el acto quirúrgico se utilizan: Acido gamahidroxi-butírico o Gam OH, que tiene la particularidad de desencadenar hipnosis y anestesia a los 15 minutos-

de ser aplicado por vía endovenosa durando su acción alrededor de 45 minutos; propenidida o Epontol que desencadena hipnosis y anestesia inmediata pero poco duradera; Pentazocina o Sosigón, con acción analgésica semejante al demerol y que posee también acción sedante; Benzodiazepina que fundamentalmente es sedante, tranquilizante y que produce marcado estado psíquico de indiferencia al medio, sobre todo cuando se aplica en forma endovenosa; Xylocaina tópica para atomización sobre la mucosa laríngea. Es de hacer notar que en ningún caso se presentó accidente alguno.

En el resto de los pacientes intervenidos (48) se utilizó anestesia general con Fluothane. (Tab. 13)

TABLA N° 13

TIPO DE ANESTESIA . . .	N° casos	Porcentaje
Neuroleptoanalgesia . . .	82 . . .	63.1 %
Anestesia General con Fluothane	48 . . .	36.9 %

Nota: Al término de la intervención se tuvo que practicar traqueotomía, por el estado en que se encontraban las estructuras endolaríngeas, con el consecuente trastorno para la ventilación, en un 6.1% (8 casos); cuya distribución correspondió a papilomatosis infantil 3 casos; escleroma respiratorio 3 casos y carcinoma laríngeo 2 casos.

4. RESUMEN Y CONCLUSIONES.

a) Se revisaron 130 casos de patología laríngea en los cuales se practicó Laringoscopia Directa Bajo Suspensión y Visión Microscópica, en el lapso de un año, llevados a cabo en el Servicio de Otorrinolaringología del Hospital General del Centro Médico La Raza, del Instituto Mexicano del Seguro Social.

b) Se pone de manifiesto la evolución que ha experimentado la Microlaringoscopia y Microcirugía, siendo actualmente un método de diagnóstico y tratamiento básico en el terreno de la Laringología moderna.

c) Es evidente en la revisión de casos que se efectúa, la preponderancia por el sexo masculino y la influencia del hábito tabáquico.

d) Es la edad media de la vida, 3a. y 4a. décadas, en donde se practicó mayor número de intervenciones.

e) En todos los casos el síntoma más frecuente fue la disfonía, siguiéndole en orden decreciente los signos de la insuficiencia respiratoria y la tos.

f) Se comprueba la importancia de una correcta Laringoscopia Indirecta, la cual da un alto porcentaje de diagnóstico de certeza.

g) Se hace hincapié en las particularidades y ventajas de la Laringoscopia Directa Bajo Suspensión y Visión Microscópica, observándose que la patología más frecuente que requirió la práctica de la misma, fueron los pólipos y la papilomatosis infantil.

h) El diagnóstico histológico corrobora en la mayoría de los casos la impresión diagnóstica transoperatoria.

i) Se hace especial énfasis en el uso de la Neuroleptoanalgesia, para este tipo de cirugía.

BIBLIOGRAFIA.

1. Kleinsasser, O., Microlaringoscopia y Microcirugía - Endolaringea, Editorial Científico Médica. Barcelona (España) 1968.
2. Jacko, G.L., Laryngoscope for Microscopic Observation, Surgery and Photography. Arch Otolaryng. 91:196-199 - (Feb) 1970.
3. Bonilla, A.: Anestesia para Microcirugía Laringea. - Tema libre presentado en el XXII Congreso Nacional de Otorrinolaringología. (Mayo) 1972.
4. Lambert, A.J.: Microlaryngeal Surgery. Arch Otolaryng. 94:151-154 (Aug) 1971.
5. Stuart M.: Microscopic Laryngoscopy. The Laryngoscope. 80:1540-1542 (oct) 1970.
6. Tardy, M.E.: Microscopic Laryngology. Teaching Techniques. The Laryngoscope. 82/1315-1321 (July) 1972.
7. Delisa, D.A.: Inclined oculars for Microsurgery of Larinx. The Laryngoscope. 58:1871-1873, 1970.
8. Boyle, W.; McCoy, G.: Treatment of Papilloma of the Larynx in Children. The Laryngoscope. 80:1063-1077 (July) 1970.
9. Eggston, A.A.: A Discussion of Forty Two Years Experience with Otolaryngological Pathology. Ann Otol. 70:1080-1094 (Dec.), 1961.
10. De Santo, L.W.: Microlaryngoscopic Surgery, Arch Otolaryng 91/324-327 (April), 1970.

11. Bolstad, D.S.: End Results in the Treatment of 203 Cases of Carcinoma of the Larynx. Jour. Laryngol. 75/794-810. (Sept), 1961.
12. Dockerty, M.B.: Malignant and Semimalignant Tumor of the Nasopharynx and Larynx; Pathologic Features. Arizona, Med. 18:294-297 (Nov), 1961.
13. Pollack, R.S.: Indications for Operation in Laryngeal Cancer. 95/115-117 (Aug) 1961.
14. Auerbach, O.: Histologic Changes in the Larynx in Relation to Smoking Habits. Cancer. 25/92-105 (Jan), 1970.
15. Portmann, M.: Manual de Otorrinolaringología. Editorial Toray-Masson. Barcelona, 1969.
16. Zollner, F.: Tratado de Otorrinolaringología. Tomo II. Editorial Científico-Médica, Barcelona, (España), 1969.
17. Andrews, H.A.: Surgery of Benign Tumors of the Larynx. Otolaryngologic Clinics of North America. 3: 517-527. October, 1970.
18. Steffen, T.N.: Scleroma in a Nonendemic Area. The Laryngoscope. 71/1386-1401 (Nov) 1961.
19. Pullen, W.F.: Postintubation Tracheal Granuloma. Arch-Otolaring. 92/340-342, 1970.
20. Work, W.P.: Cancer of the Larynx. The Laryngoscope. 71:830-840. (July) 1961.