

Fonocirugía

J C ARAUZ •

El término Fonocirugía (Phonosurgery) fue creado por el Dr. Godfrey Arnold para ser usado como dirección cablegráfica, y posteriormente usado por el mismo autor para agrupar todas aquellas técnicas que tienen por fin reparar una glotis o crear una nueva que la reemplace, cuando ésta falta. Sin duda se inspiró en la palabra Foniátrios, que había sido creada por Sir Morell Mackenzie y usada también como dirección cablegráfica para su famoso consultorio de Harvey Street 184, Londres.

Si revisamos viejos libros de la especialidad, vemos que muchas de las técnicas nuevas, más que creaciones, son en realidad antiguos procedimientos modernizados: Lennox Browne, en 1906, habla de fotografía laríngea; Sir Morell Mackenzie (1912), habla de la laringoscopia por suspensión, y Brünning en 1911 ya practicaba la inyección intracordal de parafina.

Hay dos descubrimientos que dieron nacimiento a la cirugía laríngea. Uno de ellos ya es centenario; me refiero al espejo de García, que permitió efectuar la laringoscopia indirecta. Este procedimiento se benefició más aún cuando Koller, en 1884, publicó la acción anestésica tópica con cocaína.

La laringoscopia indirecta y la anestesia local han cedido su lugar, en la fonocirugía, a la laringoscopia directa y a la anestesia general. Esa lucha de médico y paciente no tiene hoy sentido, y la vía indirecta para un estudio minucioso o un tratamiento quirúrgico sólo es practicada por excepción. La laringoscopia directa se ha visto beneficiada con la idea de Nejeune de usar laringoscopio por suspensión y microscopio. Este procedimiento, perfeccionado y divulgado posteriormente por Kleinsasser, ha permitido que la microcirugía sea sin dudas la técnica ideal para sacar nódulos y pólipos, y la anestesia general con intubación traqueal no le agrega morbilidad.

Puede discutirse si los nódulos vocales peque-

ños deben inicialmente operarse, o bien reeducarse: creo que ambas conductas son honestas, y en definitiva serán el médico y el paciente quienes elegirán con qué empezar. Teniendo en cuenta la eficacia y rapidez con que puede solucionarse el problema, nos inclinamos por la resección, seguida o no por reeducación según el caso.

La microcirugía cuenta actualmente con un nuevo auxiliar: el rayo laser de Co_2 . Este método para destruir tejidos es particularmente útil en papilomas, displasias graves y carcinomas "in situ". El rayo laser, utilizado bajo control del microscopio, ya está impuesto en la laringología y sólo el elevado costo de este instrumental hace que su uso se vea limitado a algunas clínicas. Su mayor ventaja es la precisión de corte y la falta de reacción secundaria (edema, necrosis, etc.), lo que permite prácticamente eliminar el reposo postoperatorio.

Otro problema que ha resuelto la fonocirugía es la corrección de la disfonía en la parálisis recurrente unilateral. La vieja técnica de Brünning fue abandonada por los riesgos de la parafina, y Arnold ideó la inyección en la cuerda paralizada de pasta de teflón, con lo que se consigue una buena aproximación de las cuerdas durante la fonación. Sin duda, ésta es una técnica que produce satisfacciones. Los resultados inmediatos y alejados son excelentes, pero no debe indicarse hasta 6 meses después de iniciada la parálisis y debe evitarse el exceso de teflón. También la hemos usado con éxito para tratar de achicar la glotis en pacientes que por haber sufrido una operación dentro de la laringe (cordectomía), quedan con glotis grande. En estos casos a veces el teflón no penetra y es necesario rellenar el lado sano. En algunos casos de surco cordalis, sobre todo cuando el hiatus es muy grande, el resultado funcional con inyección de teflón es bueno. Se usa también para cerrar la glotis en los casos de parálisis con falsa ruta.

• Profesor Titular. Primera Cátedra de Otorrinolaringología. Hospital Escuela "José de San Martín". Universidad Nacional de Buenos Aires. Dirección postal: Cangallo 2150, Capital Federal.
Conferencia dictada durante las Jornadas Extraordinarias Otorrinolaringológicas 1985, desarrolladas en la Universidad Nacional del Sur del 5 al 7 de Septiembre de 1981.

En las parálisis recurren bilaterales el problema es ampliar la glotis, pues hay una importante insuficiencia respiratoria (aunque la voz es buena). Usamos la aritenotiropexia con la técnica de King, operación que se realiza abordando la laringe por vía externa a través del cuello. Estamos usando también, y con marcado éxito, la resección cordal con **laser o pinza**. Es un procedimiento simple y rápido que se hace por vía endoscópica, resecando los dos tercios posteriores de la cuerda, con lo que se consigue ampliar la glotis para una mejor respiración con un método mucho más simple que la operación de King. Tucker (de Cleveland, USA) ha propuesto hacer un injerto de músculo omohioideo, sacado del lugar donde entra el asa del hipogloso que lo inerva. Es un procedimiento aún muy discutido, y no todos los cirujanos hemos conseguido que la cuerda recupere su movilidad. En algunos casos, sobre todo después de cirugía de cuello, la laringe se adhiere a los planos superficiales y necesita ser liberada. En una ocasión, este fenómeno fue provocado por un tendón anómalo en un niño; es un cuadro similar al de tortícolis congénita.

La más reciente y espectacular adquisición de la fonocirugía es quizás el tratamiento quirúrgico de la disfonía espástica. Esta afección, de antiguo conocida y que no respondía a ningún tratamiento, producía diversos grados de invalidez que ahora pueden solucionarse con la sección de uno

de los nervios recurrentes, como lo ha propuesto Dedo. Tal como lo describe el autor, hay que probar la sección temporaria anestesiando el nervio, provocando así una parálisis pasajera; si el resultado es satisfactorio se procede luego a la sección quirúrgica del nervio.

Corresponde mencionar entre las técnicas de fonocirugía a los procedimientos de Stafieri y Serafini. Son cirugías llamadas conservadoras, que se aplican en los casos de laringectomía total y en las que se pretende, en el mismo acto operatorio, restablecer una vía aérea mediante la construcción de un "túnel" entre tráquea e hipofaringe que permita hablar precozmente, pero a mi juicio tienen el inconveniente de que el paciente hace falsa ruta al tragar líquidos. Cuando los resultados son buenos, y esto sucede más frecuentemente con la técnica de Stafieri, el resultado es óptimo.

Quizás lo más nuevo para intentar restablecer la voz esofágica, cuando se extrajeron las cuerdas vocales, es el empleo de válvulas de un sólo sentido que se colocan en una fístula esófago-traqueal creada con ese fin. Su funcionamiento se basa en que la columna aérea que se expelle por la tráquea pasa al esófago a través de la fístula ocluida por una válvula, que permite el paso de aire en sentido traquea-esófago pero que impide el paso de alimentos en sentido esófago-tráquea. Hay varios modelos: la de Blom-Singer, fácil de poner por el propio paciente, es la que preferimos.