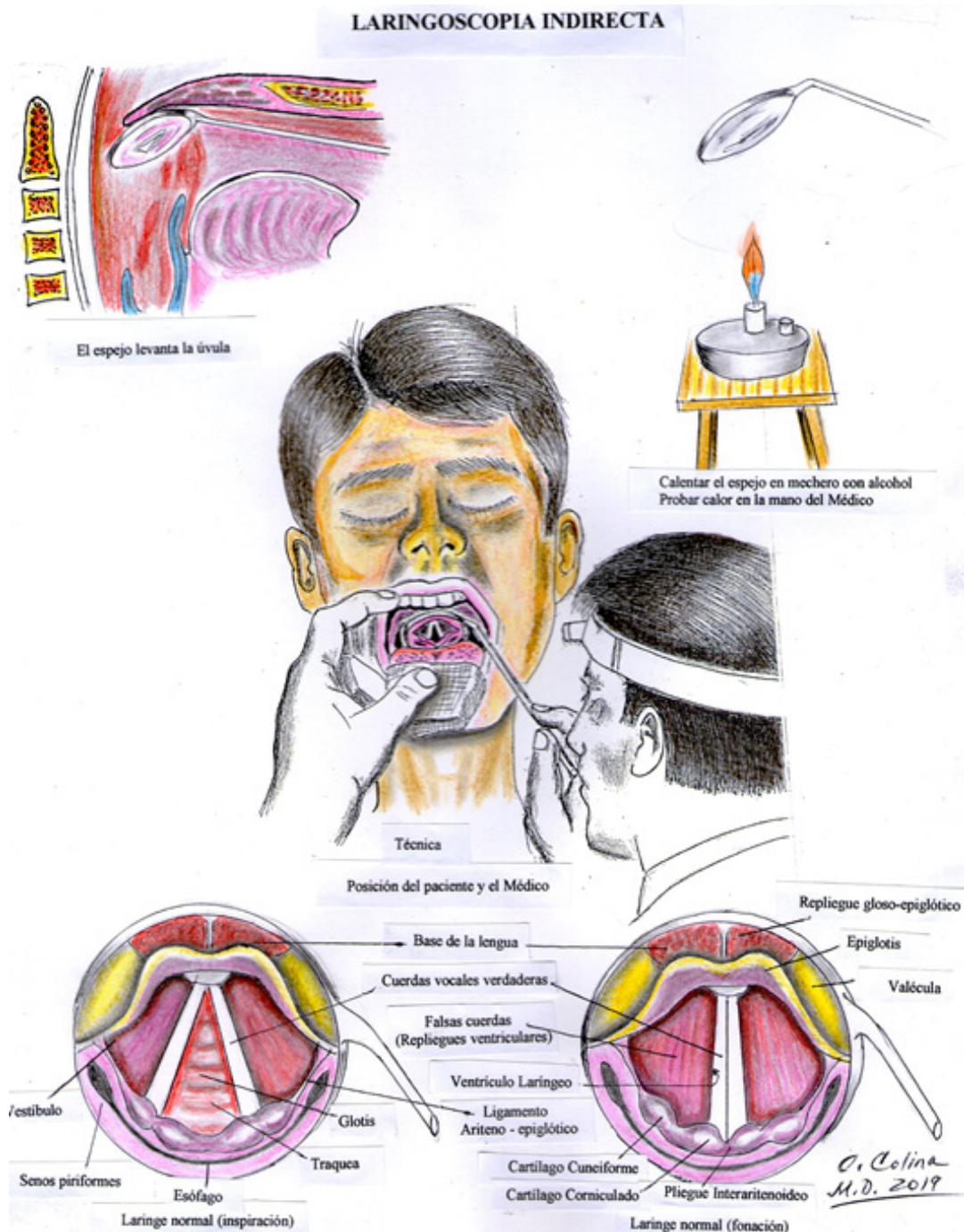




## SECCIÓN DE ILUSTRACIÓN MÉDICA LARINGOSCOPIA INDIRECTA

Dr. Oscar Colina C.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Profesor de Cirugía. Escuela Razetti. Universidad Central de Venezuela. Director del Postgrado de Cirugía General de la Cruz Roja Venezolana. Cirujano del Centro Médico de Caracas.  
Email: boleroscar@yahoo.com





### INTRODUCTION

Curiosamente fue un cantante de ópera español y no un médico, quien inventó el espejo laríngeo, que permitió visualizar las cuerdas vocales en los seres humanos por primera vez. Manuel García (1805-1906), cantante, barítono y profesor de canto, nació en Madrid el 17-03-1805 y falleció en Londres el 01-07-1906. Para ello utilizó un espejillo dental, un espejo manual y la luz del sol, logrando así por primera vez observar el movimiento de las cuerdas vocales en 1854 (1,2). Así nació la laringoscopia indirecta hace 155 años.

Es interesante destacar que ni el espejillo laríngeo ni el procedimiento de la laringoscopia indirecta han sufrido modificaciones conceptuales en estos 155 años, permitiendo al médico general y al especialista, realizar esta exploración de la laringe, en vivo, en el consultorio, sin anestesia, sin dolor ni molestia, sin costos elevados ni aparatos complicados. Es un método seguro y como resultado puede obtener diagnósticos inmediatos de: parálisis de cuerdas vocales, pólipos, corditis, degeneración quística de las cuerdas, tumores benignos y malignos, cuerpos extraños, etc, etc. También permite la toma de biopsia y la extracción de cuerpos extraños.

### TÉCNICA DE LA LARINGOSCOPIA

1. El paciente y el médico sentados uno frente al otro.
2. Se le explica al paciente en que consiste el procedimiento.

3. El médico tracciona suavemente la lengua del paciente protegido con una gasita.
4. Se calienta el espejo laríngeo en la llama de un mechero de alcohol y se comprueba la temperatura del mismo en el dorso de la mano del médico.
5. Con el dorso del espejo se levanta la úvula, con el frontoluz se ilumina el espejo y se pide al paciente que respire por la boca y se verá la glotis abierta. A continuación se le pide que pronuncie la letra "i" y se verá la glotis cerrada en posición fonatoria.
6. En un 15 a 20% de los pacientes esta exploración no es posible debido al reflejo nauseoso. En estos casos se puede recurrir a la anestesia tópica, pero realizada en un ambiente quirúrgico, donde se pueda tratar cualquier intolerancia producida por la rápida absorción del anestésico tópico.

### REFERENCIAS

1. Kramer Guill. Traite des maladies de Poreille. Paris. Germer Baillère ed., 1848.
2. Manuel García 1805-1906. Disponible en: <http://www.cantolirico.com/content/view/48>