

Variaciones hechas a la Técnica de la Amigdalectomía con el Aparato Sluder Ballanger de doble lámina

Por el doctor Carlos G. Archila M.

Hace precisamente cuatro años que sucedió en el Servicio Médico Escolar, a mi estimado colega y amigo doctor Jorge Suárez Hoyos y a él debo la enseñanza de la técnica quirúrgica de la amigdalectomía en los niños por el empleo del aparato conocido con el nombre de Sluder Ballanger.

Durante mis años de ejercicio profesional, practiqué sistemáticamente en los niños la amigdalectomía por disección y lo consideraba el método de elección, sin dejar de apreciar, que presenta grandes dificultades en su ejecución, ya por que la anestesia general para esta intervención es demasiado prolongada por ser un poco demorados los tiempos quirúrgicos de ella y los pequeños pacientes se despiertan con gran facilidad, poniendo en apuros al anestésista y al mismo cirujano, que tienen que iniciar de nuevo su trabajo, alargando por lo tanto la operación.

Invitado por el doctor Suárez Hoyos, al Hospital de la Misericordia en donde él efectuaba semanalmente varias intervenciones a los niños de las Escuelas Públicas de Bogotá me convencí que el procedimiento del Sluder es del una extrema simplicidad, en manos de este hábil cirujano, y desde entonces me formé el propósito de aprenderlo para lo cual le pedí me permitiera practicar algunas amigdalectomías controlado con su sabios consejos y enseñanzas.

Hoy, después de cuatro años de haber trabajado constantemente y de haber practicado alrededor de 1.100 amigdalectomías me siento autorizado a recomendarlo como el método ideal.

Clasificación de los pacientes.

El Servicio Médico Escolar de Bogotá es sin duda uno de los más concurridos y se puede decir sin temor a equivocarse que por lo menos una vez al año, consulta cada uno de los niños que pertenecen a las Escuelas Públicas y que suman alrededor de 15.000; naturalmente el número de enfermos de las amígdalas es también numeroso y teniendo en cuenta la repercusión tan grande que tienen las afecciones de la garganta sobre el rendimiento intelectual de los pequeños pacientes se procura atender de una manera cuidadosa, estas afecciones que en muchos de los casos justifican la intervención quirúrgica. Así es que el especialista trata de clasificar de una manera precisa los casos que necesitan la intervención, bien porque las amígdalas son crípticas e infectadas y corresponden a enfermos que han tenido anginas a repetición que les hacen perder considerablemente días y días de Colegio o a enfermos que tienen complicaciones más serias como son dolores reumáticos frecuentes, abscesos de las amígdalas, trastornos digestivos, etc., etc.

En la historia clínica después del examen detenido del estado de la amígdala se hace constar el tamaño aproximado de este órgano, y que corresponde al tamaño de la lámina que se debe emplear en el aparato usado para la intervención, y así se clasifican en los tipos número uno que corresponde a las amígdalas de tamaño pequeño; número 2 a las amígdalas que corresponden al tamaño medio, y número tres a las amígdalas de gran tamaño. Una vez hecha esta constancia en la historia del paciente se envía con una orden especial al Laboratorio Municipal de Higiene, en donde le hacen el examen de la coagulación, tiempo de sangría, protrombina y calcio.

Si encontramos que existe una coagulación retardada, es decir que pase, por ejemplo de 14 minutos, de tiempo de coagulación, de 8 minutos de protrombina, y de 5 minutos de tiempo de sangría, lo preparamos como sigue: se le trata durante una semana con una inyección diaria de extracto hepático y de calcio; durante la siguiente semana con una inyección diaria de etaneo y cabitín, y al cabo de dos semanas se puede asegurar que todos los tiempos de coagulación, protrombina, calcio etc., son normales, y se puede intervenir sin ningún riesgo.

Cuando el tiempo de coagulación pasa de 16 minutos, el de protrombina de 11 minutos, entonces la duración del tratamiento será de tres semanas al cabo de las cuales, se hace una segunda prueba de

control de coagulación, y si éste es satisfactorio se interviene y si nó se aplaza por una semana más.

Semanalmente se envían al Laboratorio 8 o 10 exámenes, y así se mantiene un cupo de enfermos preparados para operar que en ningún caso bajan de seis por semana efectuándose estas intervenciones los sábados en el Hospital de la Misericordia, calculándose un promedio de 24 operaciones mensuales o sean 240 anuales en los diez meses del curso escolar, fuera de los casos del Hospital de la Misericordia, que corresponden a niños nó escolares, y que suma 2 o 3 por semana.

El siguiente es el cuadro de las operaciones de escolares en los cuatro años que llevo al frente del servicio:

Número de intervenciones efectuadas en los cuatro años según consta en los libros de estadísticas, llevados cuidadosamente en el servicio médico escolar.

	Año 1946	Año 1947	Año 1948	Año 1949
Febrero.	Op. 9	11	26	1
Marzo.	Op. 5	18	19	12
Abril.	Op. 14	23	30	23
Mayo.	Op. 21	32	21	26
Junio.	Op. 25	13	18	34
Julio.	Op. 25	11	11	23
Agosto.	Op. 28	27	27	27
Septiembre.	Op. 35	33	36	39
Octubre.	Op. 28	34	28	28
Noviembre.	Op. 13	1	12	12
Diciembre.	Op. 0	23	5	12
	-----	-----	-----	-----
	203	226	233	225

Operaciones efectuadas en el Hospital, para niños no escolares.

Año 1946,	80 operaciones.
Año 1947,	80 operaciones.
Año 1948,	60 operaciones.
Año 1949,	70 operaciones.

TOTAL 290

Suma total de las intervenciones practicadas en niños escolares y no escolares en el Hospital de la Misericordia durante los cuatro años.

TOTAL 1.107

Segundo tiempo. *Limpieza de la boca.* Antes de practicar la amigdalectomía se hace a los pequeños pacientes un examen completo de la dentadura, y si algunas de éstas están en mal estado se ordena su reparación o extracción.

Tercero. *Anestesia.* La efectuamos con la mezcla de Schlich con el aparato de Ombredane o simplemente con una mascarilla común hecha con una compresa; esta no debe ser muy profunda lo que determina en muchos casos fenómenos axfícos por las pequeñas partículas de sangre que puedan irse a la tráquea, o al menos pueden producirse fenómenos de tos o cualquier otra molestia que dificultan la maniobra operatoria. Generalmente se les duerme con lo que se llama anestesia a la reina, que sin ser muy profunda permite efectuar los tiempos operatorios que son muy rápidos.

Instrumental. Mis primeros ensayos los hice con el Sluder de lámina sencilla que es más liviano y de más fácil manejo, pero que ofrece el inconveniente de que es necesario mantener una presión constante, al hacer la toma de la amígdala y la hemostasis es menos perfecta que con el de lámina doble, sin embargo en muchos clientes de mi clientela particular lo he usado sin que nunca se me haya presentado un caso de hemorragia.

En el Servicio Médico se usa, el Sluder Ballanger del tipo Martin con tres guillotinas, grande, mediana y pequeña, que corresponden a los tres tamaños de las amígdalas, que describí al principio de este trabajo, como los tipos número 1, número 2 y número 3. Además de este instrumento, que podemos llamar, el instrumento maestro, hay otros coadyuvantes como son: abre-boca americano Whitehead; Segundo, Baja-lenguas. Tercero, Pinzas hemostáticas amigdalianas. Cuarto. Taponos de gasa montados en sus piezas, de forsiapresura. Quinto, Compresas de gasa cuadrangular. Sexto, Adenotomo de canastilla.

Técnica. Se coloca el abre-boca de Whitehead que debe abrirse en dos tiempos con suavidad y lentitud evitando que los labios del enfermo puedan quedar prensados con las ramas del aparato, el cual debe tomar apoyo sobre los dos caminos superiores, y los incisivos inferiores.

Manejo e introducción. Segundo tiempo. Con el índice y el medio de la mano derecha bajamos la lengua, y empuñamos el Sluder con la izquierda principiando siempre por este lado; el pulgar pasa por detrás de la rama posterior, los cuatro dedos restantes pasan por delante de la rama anterior, el mayor y el anular entran en la anilla, siendo ellos los que hacen activar la palanca que impulsa la hoja roma, la hemostáti-

ca, que será la primera en actuar. El índice queda sobre el gatillo colocado más superiormente y acciona la palanca para la hoja cortante. El meñique se apoya sobre la saliente de la palanca cremallera, y activa sobre ella cuando queremos soltar la presa amigdaliana para rectificar la toma cuando no ha quedado bien hecha.

Toma de la amígdala. Introducido el aparato en la boca se hace con los dedos, índice y medio, de la mano opuesta, presión sobre la lengua de modo de poner en descubierto la amígdala hasta donde sea posible, especialmente su polo inferior que debemos enganchar el primero en el anillo, lo cual se consigue, dirigiendo el aparato hacia abajo y hacia atrás, hacia el ángulo dietro formado por el borde posterior de la amígdala y el pilar posterior; una vez introducido el polo inferior en el anillo, se dirige hacia arriba de modo de introducir el polo superior que debe entrar igualmente en el aparato. En seguida se hace girar el aparato formando un ángulo recto con la rama horizontal del maxilar inferior. Hecho ésto se dirige el aparato presionando sobre el pilar anterior, procurando con el índice y el medio, de la mano opuesta hacer un masaje suave y continuo sobre la cara anterior de la amígdala que va penetrando de una manera inesperada en el anillo produciendo una sensación táctil especial cuya apreciación no se puede captar sino después de haber verificado un buen número de amigdalectomías; en algunos casos el polo superior de la amígdala es encastillado en la celda, y al hacer presión con el aparato sobre el pilar anterior, se dibujan sus contornos por transparencia a través de la mucosa de este pilar, en cuyo caso se debe hacer un masaje, de arriba hacia abajo de modo de conseguir la introducción de la pieza en el aparato. La maniobra del masaje de la amígdala, debe ser hecha con la yema de los dedos y nó, de una manera brutal, ni con la uña que podría determinar la desgarradura del pilar anterior, o al menos de la mucosa que lo recubre.

Una vez seguros de la introducción completa de la amígdala, se cierra la lámina hemostática, que hace la toma completa y la hamostasis, entonces se hace girar el aparato hacia la parte media de la boca, al mismo tiempo que se apoya el dedo correspondiente sobre el gatillo que acciona la lámina cortante, inclinando al mismo tiempo el aparato hacia abajo, con lo cual se provoca el destroncamiento definitivo de la amígdala. Este movimiento debe ser muy suave, sin hacer tracciones violentas que aparte de ser antiestéticas, es desagradable a la vista. El doctor Suárez Hoyos, mi gentil maestro, acostumbraba a operar primero la amígdala derecha, pero poco a poco, nos fuimos dando cuenta que, al principio de la operación por la derecha producía inundación de

sangre del campo operatorio y teniendo en cuenta, que la mano izquierda es más torpe para maniobrar, la toma de la amígdala izquierda, era más difícil, por lo cual resolvimos operar, primero la amígdala izquierda, y luego la derecha.

Naturalmente cuando se dispone de un aparato de succión, que pueda chupar fácilmente la sangre que se produce, y que despeja convenientemente el campo operatorio, es indiferente operar la derecha o la izquierda en primer lugar.

Tercer tiempo. *Hemostasis*. Aparte de la hemostasis efectuada por la misma lámina hemostática del aparato, sucede que en algunos casos se produce en la celda dejada por la extracción de la amígdala, pequeñas hemorragias en capa o hemorragias capilares, más o menos abundantes y que deben controlarse lo más rápidamente posible, para lo cual, acostumbramos a emplear lo que llamamos la hemostatis cruzada, es decir, la presión del tapón, montado en la pinza correspondiente, y tomado en la mano derecha para la amígdala izquierda, y en la mano izquierda para la amígdala derecha, cruzando como se vé las dos pinzas, y ejerciendo una presión suave y continuada sobre las células anotadas.

Cuarto tiempo. Consiste en la retirada del abre-boca limpiando previamente, la lengua y encías de los coágulos que hubieran podido quedar al efectuar la intervención.

Quinto tiempo. Auncuando parezca que nos salimos del tema, hemos resuelto en todos los casos de amigdalectomías practicar sistemáticamente y al mismo tiempo la adenectomía, pues estamos seguros por la enseñanza que nos ha dado la experiencia en los cuatro años que llevamos de trabajar que todos los niños cual más cual menos, tienen vegetaciones adenoides más o menos abundantes y que conviene estirpar simultáneamente con las amígdalas con lo cual se evitan los catarros frecuentes, las rinitis, y las otitis medias, que se presentan al tenor de cualquier gripa o resfriado que tenga el paciente.

Inspección de la celda. La inspección de la celda a los ocho días de efectuada la intervención, la hacemos indefectiblemente para darnos cuenta de si ella ha quedado con sus paredes lisas, absolutamente indemnes de desgarradura, y sobre todo observamos si hay coágulos producidos por pequeñas hemorragias, que haya que retirar con una pinza de corazón apropiada.

En los 1.107 casos que se han operado en estos cuatro años, habrá habido un cuatro por ciento de hemorragias inmediatas, que hemos controlado un dos por mil, de hemorragias tardías que se controlaron también fácilmente. Solamente un caso de los operados el año pasado

tuvo una hemorragia grave que hubo que hospitalizar, pues se produjo a los ocho días de efectuada la operación que se produjo a consecuencia de una fuerte gripa, con tos fuerte, y que hubo que tratar con plasma y todos los hemostáticos conocidos, pero que afortunadamente cedió al tratamiento con el plasma, saliendo el enfermito del Hospital 15 días después de su ingreso.

La operación la efectuamos actualmente en el Hospital de la Misericordia simplificando hasta el máximo el acto operatorio y hemos suprimido hasta el fotoforo, colocando al enfermo en frente de una ventana de bastante amplitud y con la luz del día y los rayos solares, que entran suficientemente por ella, hemos podido realizar las operaciones con magníficos resultados.