

CONSIDERACIONES SOBRE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS LARINGITIS ESTENOSANTES NO DIFTÉRICAS

por el doctor

S. GODAY CASALS

Médico de número de la Casa de Maternidad

Ocurre en medicina—como en los demás ramos del saber humano—que la atención de los estudiosos es atraída de continuo por los problemas que la actualidad impone, prosiguiéndose las discusiones hasta sentar conclusiones más o menos definitivas o hasta que nuevos temas más imperiosos o seductores se ponen en litigio. Ocurre, entonces, que el resultado de tales disquisiciones queda como estereotipado y los autores las incorporan en sus obras sin previo juicio crítico, transmitiéndose de unos a otros hasta que por circunstancias especiales se someten nuevamente a revisión.

Lo que acabamos de decir puede muy bien aplicarse al tema que nos ocupa: La operación de la traqueotomía, primero, y la intubación después, juntamente con el descubrimiento de la verdadera etiología de la difteria y su tratamiento específico, dieron un impulso enorme al conocimiento de las afecciones estenosantes de la laringe y actualmente el médico puede sentirse orgulloso delante de un caso de laringitis diftérica porque su arte le proporciona una serie de recursos tan sabiamente discutidos y tan eficaces que sin titubeos puede orientar su conducta. Pero nuestra experiencia personal nos ha demostrado que en otras laringitis estenosantes no rige igual rigorismo científico y el médico práctico por la simple lectura de los libros que obran en su poder no puede prever ciertos accidentes gravísimos que pueden ocurrirle de seguir una orientación equivocada y que pueden ser la causa de la pérdida del enfermo que tiene a su cuidado.

No creemos necesario encarecer la importancia que tiene la patología de la laringe en la infancia, no solamente por la frecuencia de las lesiones que en ella asientan, sino, principalmente, por la gravedad inminente y por la imperiosidad que reclaman la intervención del práctico. Haciendo caso omiso de las laringitis diftéricas y de otras específicas, cual la tuberculosa y la sífilítica, quedan otras de etiología muy varia y de caracteres menos precisos que suelen evolucionar muy benignamente, pero que en un momento determinado pueden determinar un síndrome de obstrucción laríngea gravísima. Ello es en gran parte debido a las condiciones anatómicas y funcionales de la laringe infantil, que creemos oportuno recordar someramente.

Tendremos en cuenta, en primer lugar, que hasta la pubertad conserva la laringe los caracteres infantiles y que su desarrollo definitivo no comienza sino en este momento. En otros términos, el desarrollo de la laringe no es proporcionado con el de la talla del sujeto.

A más del tamaño es preciso tener presentes ciertas particularidades: La curvatura transversal de convexidad anterior de la epiglotis es más pronunciada y dificulta la exploración del orificio glótico. Los ventrículos de MORGAGNI son más anchos, la glotis interligamentosa, poco desarrollada, presenta la misma longitud que la glotis interaritenóidea. Todo ello nos explica la precosidad y gravedad de los trastornos respiratorios en las laringitis en las que la tumefacción de la glotis interaritenóidea oblitera más fácilmente el orificio de la glotis.

En el niño la región sub-glótica es poco desarrollada y en esta región se concentra todo el interés patológico en esta época de la vida. De forma cónica con la base inferior durante la espiración, toma la forma cilíndrica en la inspiración a fin de dejar libre el paso del aire. Este cambio de forma y de capacidad es debido únicamente al deslizamiento de la mucosa sub-yacente, dando lugar a la formación y desaparición de pliegues. Este deslizamiento es posible gracias a la existencia debajo de la mucosa de una capa de tejido conjuntivo extremadamente laxo muy rico en vasos sanguíneos y linfáticos. Conocida esta estructura resulta fácil comprender cómo pueden recaer en esta región procesos inflamatorios con infiltraciones edematosas. Los edemas no solamente disminuyen la luz del orificio sino que, principalmente, dificultan los movimientos descritos anteriormente, determinando, por este doble mecanismo, un obstáculo permanente a la respiración.

Otra particularidad—no menos importante—de la mucosa laríngea es la de estar dotada de una exquisita sensibilidad, lo que da lugar a que se originen espasmos enérgicos con obstrucción de la glotis por causas irritativas insignificantes.

Edemas y espasmos, diversamente combinados, explican la patogenia de los procesos estenosantes laríngeos. Unas veces es el espasmo el elemento primordial, cual ocurre en el pseudo-crup o laringitis estridulosa; otras es el edema, como pasa en las laringitis ulcerosas y edematosas.

El pseudo-crup, cuyo elemento anatómico consiste en una tumefacción catarral de la mucosa laríngea, que reside por debajo de las cuerdas vocales, generalmente se presenta como una secuela de un coriza, de una manera completamente súbita, durante la noche, con un acceso de asfixia, como HOCHNIGER describe en forma muy clara: "El niño se despierta subitamente

te, se ha puesto ronco, con tos perruna, y lo que más llama la atención de las personas que le rodean es que su respiración se ha hecho muy retrayente, muy sonora, de un sonido de sierra o de sople enteramente seco. "Existen retracciones inspiratorias características del tórax, que indican una estenosis laríngeas; pero a diferencia de lo que ocurre en el crup genuino, este síntoma no ha ido apareciendo paulatinamente, sino de una manera súbita y el cuadro ha sido precedido por un coriza catarral.

Si bien casi siempre es fácil el diagnóstico de laringitis estridulosa, no dejan de presentarse casos en que pueden cometerse errores diagnósticos que acarreen errores terapéuticos y en los que precisa una atenta observación clínica. Según HOCHNIGER, un síntoma de gran importancia y que se presenta durante el acceso consiste: "En la existencia de pausas entre el fin de cada expiración aislada y el principio de la inspiración sonora máxima." Según él, esto tiene el valor enteramente especial de los accesos graves de estenosis. Cuando claramente pueden percibirse pausas—aunque sean breves—puede establecerse como seguro el diagnóstico de pseudo-crup. Tales pausas no se pueden efectuar en las estenosis pseudo-membranosas de la laringe, porque en tales casos, a consecuencia de la disnea sin límite, la respiración no puede parar ni siquiera unas fracciones de segundo."

HOCHINGER, para distinguir la respiración con estenosis y el crup genuino, añade lo siguiente:

"Si con el pulgar se ejerce una ligera presión sobre los bordes del cartílago cricoides y durante esta presión se observa el estridor y la respiración, se notará que si hay falso crup, mientras dure la presión se debilita el estridor y la retracción, contrariamente a lo que ocurre si hay crup genuino."

En la laringitis estridulosa el tratamiento médico es el más importante, y sólo debe recurrirse al quirúrgico en casos excepcionales.

Las laringitis inflamatorias con lesiones ulcerosas o con abundantes edemas son relativamente frecuentes en la infancia pudiendo coincidir con los procesos más variados. En la *viruela* son debido a pustulas variolosas que radican en la región supra glótica, raras veces sobre las cuerdas vocales, algunas veces en la región subglótica. En la varicela se han encontrado pequeñas ulceraciones en las cuerdas vocales.

En algunas epidemias de sarampión se presentan bastante a menudo laringitis estenosantes que han dado lugar a profundos estudios, discutiéndose el papel que podía jugar la asociación con el germen de la difteria y motivando uno de los trabajos más interesantes del sabio profesor SUÑER. En las laringitis sarampiñosas las ulceraciones radican sobre la parte posterior de las cuerdas vocales y en la extremidad de los cartílagos de Santorini. Son pequeñas ulceraciones irregulares y dentelladas rodeadas de una zona de infiltración.

En la gripe los accidentes laríngeos coexisten muy a menudo con las ulceraciones de la garganta, del velo del paladar o de la boca parecidas al herpes ulcerado.

Otras veces son procesos sépticos locales (estomatitis,

faringitis) que por propagación determinan localizaciones inflamatorias en la laringe.

No queremos proseguir en la exposición de la etiología de esta clase de laringitis. Nos basta repetir que son mucho más frecuentes en el niño que en el adulto y que su descripción puede encontrarse con todo lujo de detalles en los tratados clásicos. Pero al llegar al capítulo del tratamiento quirúrgico parece como si un mismo molde hubiese servido para imprimir todas las obras: Suspéndida la discusión sobre las indicaciones de la traqueotomía y de la intubación los autores se asimilaron la fórmula reinante que lo van transmitiendo sin que ninguno quiera aportar su criterio personal. Nótase, en general, falta de decisión en la indicación del procedimiento a seguir. La mayoría abogan por la traqueotomía pero empleando frases poco precisas, dejando al clínico que diga la última palabra según sea el caso particular.

Nosotros que hemos tenido ocasión de seguir de muy cerca casos, en los que la elección del procedimiento representaba el éxito o el fracaso más rotundo, hemos formulado de una manera definitiva nuestro criterio en las laringitis estenosantes no diftélicas y creemos que puede ser de utilidad para el médico práctico la aportación de cuantos datos puedan ilustrar su ávida atención sobre estos problemas, que, como el que nos ocupa, revisten caracteres de urgencia. A este fin transcribimos con ciertos detalles los siguientes ejemplos:

HISTORIA CLÍNICA

J. P., de 5 años de edad, asilado en la Casa de Maternidad desde hace dos años. No es posible recoger antecedentes familiares ni personales anteriores a su ingreso. Durante su permanencia en el Asilo ha tenido enfermedades de poca importancia. El hábito exterior del niño es satisfactorio: esquelito bien desarrollado, no presenta estigmas de raquitismo, buena nutrición; pequeñas adenopatías sub-maxilares, amígdalas ligeramente hipertrofiadas, nada importante ni en corazón ni pulmones. Se nos enseña el niño porque presenta una inflamación en la boca y se alimenta mal. Examinamos la cavidad bucal del niño y podemos comprobar, en efecto, gran número de placas aftosas en diversas partes de la boca: labios, lengua, paredes laterales de la boca y paladar. Las aftas son ligeramente excretantes y rodeadas de un halo rojo e infiltrado. Se establece un tratamiento tópico adecuado. En los días siguientes aparecen nuevas aftas que invaden cada vez más las partes posteriores de la boca, asentando algunas de ellas en la base de la lengua y paredes faríngeas. Temperaturas discretas, 37,5 a 38. El niño se alimenta mal y decae algo el estado general. Al quinto día de enfermedad el niño está angustioso, disneico, sentado en la cama, color lívido, respira con esfuerzo, presentando tiraje marcadísimo. La situación actual se explica fácilmente: las aftas han seguido su marcha invasora alcanzando las paredes de la faringe y el vestíbulo de la laringe, dando lugar a un proceso inflamatorio que acarrea una obstrucción laríngea con la asfixia consiguiente. Se impone dar paso al aire y discutimos la oportunidad de la traqueotomía o de la intubación. Creemos que lo que procede es la traqueotomía, pero por circunstancias especiales del momento nos decidimos a practicar la intubación. La intervención resulta fácil quedando el niño completamente aliviado del síndrome que presentaba. Los dos días siguientes los pasa bien, se alimenta, juega, mejoran notablemente las lesiones de la boca. Al tercer día creemos oportuno desintubar el niño, pero temerosos de que pudieran ocurrir fenómenos de asfixia aguda consecutiva a la extracción del tubo, no intentamos ésta sino después de preparado todo lo necesario para la traqueotomía.

Nuestras inquietudes eran comentadas irónicamente por los médicos internos y otros compañeros que nos hacían el honor de asistir a nuestra visita. El espectáculo que ofrecía la sala de operaciones resultaba paradójico: de una parte el operador y el ayudante disponiendo todo lo necesario para la traqueotomía y terminando su *toilette*; de otra el niño sentado en la mesa de operaciones presentaba un aspecto completamente normal, contestaba con el mejor humor a los mimos de que era objeto. Todo dispuesto, se procede a la desintubación por el procedimiento digital. Inmediatamente la escena cambia por completo: el niño se incorpora con la faz angustiada haciendo esfuerzos inauditos para respirar que resultaban completamente inútiles, como lo demostraban el tiraje y el cambio rapidísimo de color, a los pocos instantes se deja caer anonadado y parece que va a sucumbir a la asfixia. Se procede a la traqueotomía con la mayor rapidez posible, temerosos de no llegar a tiempo a pesar de tenerlo todo dispuesto previamente. Abierta la tráquea y colocada la cánula se restablece de nuevo la respiración y tenemos la suerte de asistir al consolador espectáculo de la vuelta a la vida de nuestro enfermo. Los días siguientes transcurrieron felizmente y después de una serie de tentativas pudimos prescindir de la cánula, quedando el niño completamente curado.

Tanto nosotros como los compañeros que asistían, convenimos en que habíamos pasado uno de los momentos más emocionantes de nuestra práctica médica, ya que pocas veces, por no decir nunca, se había desarrollado ante nuestra vista un cuadro tan agudo que debía acabar fatalmente con la vida del enfermito a no ser por la prontitud de la asistencia.

Un caso idéntico aconteció también en la Maternidad anteriormente al que acabamos de referir. Estaba una niña de unos 6 años afecta de laringitis infección banal que en un momento dado presentó síntomas de asfixia que se combatieron con la intubación. Estubo bien mientras llevó el tubo pero al practicarse la desintubación presentó el cuadro dramático que ocurrió a nuestro enfermo y a pesar de encontrarse en un centro hospitalario con personal idóneo y las vitrinas del instrumental muy cerca, la enfermita sucumbió rápidamente y con el mismo cuadro con que comenzó el nuestro.

Recordamos, también, que durante la primavera del año 1918, siendo entonces médico interno, asistimos en la Casa de Maternidad a una epidemia de sarampión muy maligna en la que frecuentaban las complicaciones graves principalmente respiratorias. Ocurrieron dos casos de crup sarampiñoso: uno tratado por la traqueotomía, que sucumbió a consecuencia de la bronconeumonía que ya padecía antes de la intervención; el otro se intubó, pero tuvo que sufrir una reintubación inmediata a la extracción del tubo por presentar un síndrome estenósico y después de la reintubación no hubo más remedio que traqueotomizar al enfermito, siendo finalmente perdido por la marcha invasora de la bronconeumonía que se le había esbozado antes de presentarse el crup sarampiñoso.

No es nuestro intento generalizar nuestras observaciones, no queremos decir que siempre que se practique la intubación en casos de laringitis estenosantes no diftéricas deba ocurrir semejante hecatombe, porque entonces todo el mundo estaría de acuerdo y se hubiera proscrito la intubación en estos casos, pero sí creemos oportuno publicar estos ejemplos desgraciados para que nuestros colegas reflexionen sobre la enorme responsabilidad del práctico en casos semejantes.

Los accidentes de la intubación en las laringitis no

diftéricas pueden ser unas veces trágicos como prueban nuestros dos primeros casos. Pero sin llegar a tal grado pueden presentarse otras contingencias, tales como la necesidad de proceder a nuevas reintubaciones o la formación de úlceras en la laringe que dan lugar a procesos cicatriciales ulteriores que hacen de la intubación una operación peligrosísima en esta clase de laringitis.

¿Cómo explicarnos la patogenia de estos accidentes? Nos parece tarea extraordinariamente fácil: basta recordar las condiciones analíticas y funcionales de la región y la etiología de la enfermedad. Se trata de un proceso inflamatorio con sus atributos consiguientes de tumor, dolor, calor y rubor que recae en un órgano—laringe—donde hay un tejido conjuntivo extraordinariamente laxo y muy rico en vasos linfáticos y sanguíneos. El tubo se abre paso rechazando y comprimiendo tejidos infiltrados, produciendo una isquemia mecánica. Nada tiene, pues, de extrañar que al practicar la desintubación se produzca un edema *ex vacuo* fulminante que juntamente con el espasmo produzcan la obliteración súbita del orificio glótico. La misma patogenia puede aplicarse a los casos graves.

Resumiendo nuestro criterio formularemos las siguientes conclusiones:

- 1.ª En la infancia las laringitis inflamatorias, cualquiera que sea su etiología, pueden originar en un momento dado un síndrome asfíctico;
- 2.ª El tratamiento de elección será siempre la traqueotomía, y
- 3.ª Si por circunstancias especiales ante el síndrome asfíctico no disponemos de otro recurso sinó la intubación, recordaremos los peligros que acarrea la extracción del tubo y lo dispondremos todo para practicar la traqueotomía inmediata si las circunstancias lo requieren.

LA NEUROVACUNA Y LA VACUNACIÓN JENNERIANA

por el doctor

PEDRO GONZÁLEZ

Director del Laboratorio Municipal, de Barcelona

La preparación de la vacuna antivariólica elaborada en los laboratorios y en particular en los Laboratorios Municipales lleva consigo una serie de trabajos continuos para entretener y sostener la virulencia del ultravirus y una serie de precauciones para defenderla contra las agresiones que la sitian durante su desarrollo en la ternera. En todos los laboratorios del mundo preocupa la conservación de la virulencia de la linfa de ternera y que esta virulencia se conserve después del período llamado de depuración para que con ella disminuyan los gérmenes saprofiticos que ella lleva consigo a pesar de todas las precauciones tomadas. Muchas veces, no obstante teniendo los cuidados posibles, bien la virulencia desaparece, bien la atenuación posterior es rápida e imposibilita por lo tanto la utilización a distancia del Laboratorio productor, sobre todo en los países cálidos y en las épocas del verano.