

---

## Amigdalectomía por Sluder

Dr. Alfonso Versara.

---

En el año de 1924 vi hacer por primera vez la amigdalectomía por Sluder, al Sr. Dr. Juan C. Sánchez en su sanatorio particular y la he seguido practicando hasta la fecha de un modo sistemático, teniendo actualmente una estadística muy grande y totalmente favorable. Más tarde el Sr. Dr. Fernando Meléndez, adoptó la técnica más o menos modificada, teniendo también a estas fechas, una magnífica estadística. Yo, en tiempo más reciente la llevé a la práctica y la he seguido empleando por las razones que más adelante indicaré.

La amigdalectomía es una operación que es indispensable verificar estando el enfermo anestesiado, ya sea localmente, que es la anestesia que más se emplea en personas adultas o general, que siempre se debe aplicar a los niños.

Por ser esta última la más frecuente, voy a describir la técnica empleando la anestesia general.

Con el objeto de hacerlo lo más ordenado posible, consideraré desde el personal necesario, su situación con relación al enfermo, la posición de éste, el instrumental y la técnica quirúrgica propiamente dicha.

Es necesario en este caso, que el cirujano sea auxiliado por un anestesista, de preferencia adiestrado en esta clase de intervenciones, y tanto éste como el pro-

pío cirujano deberán estar cubiertos con material estéril como si ambos fueran a operar.

El anestesista se colocará sentado ocupando la cabecera y se encargará, además de administrar el anestésico, de fijar la cabeza del enfermo en la posición que más convenga al cirujano en el momento de intervenir.

El operador estará situado a un lado de la mesa de operaciones, provisto de un explorador frontal para iluminar el campo operatorio.

El enfermo se coloca sistemáticamente en decúbito dorsal, sin almohada y sin que cuelgue la cabeza fuera de la mesa, siguiendo la técnica del Dr. Sánchez y semejanza de los americanos, prescindiendo de la posición sentada de los especialistas franceses y de la clásica posición de Ross que se emplea tanto en esta clase de intervenciones, con el objeto de que la sangre que mane escurra por los orificios naturales, boca y nariz y no caiga en la laringe, dando lugar a accidentes inmediatos como la asfixia o tardíos entre los que se señalan las neumonías y bronco neumonías. Estos peligros quedan eliminados en nuestra técnica o por lo menos muy reducidos, empleando oportunamente un aspirador, el que en operaciones de la garganta considero tan

útil como el mismo alumbrador frontal.

El enfermo en esa posición estará cubierto con compresas estériles o mejor con una sábana como lo que emplea en estos casos el Dr. Sánchez, que tiene una abertura triangular como de 10 un. de alto semejante a una toca de monja, con la que se limita el campo operatorio.

Como instrumental se tendrá el amigdalótomo de Sluder, que está formado de un vástago como de 12 cm. de extensión, sujeto en uno de sus extremos a un mango en escuadra, a la manera de pistola y en el otro tiene un ojal en el que desliza, gracias a una mecánica especial, una lámina fuerte de borde delgado pero no cortante; además un abreboca de tipo Henning o mejor el de Seeman, que está provisto de "un resorte en uno de sus extremos y gracias a él las dos ramas del abreboca están siempre perfectamente adaptadas a los dientes y no se muerde el enfermo los labios aunque mueva el maxilar, ni tampoco podrá desalojarlo fácilmente; también deberá tenerse lo siguiente: un abatidor de lengua, una pinza-tira lengua, un gancho para separar los pilares, una hoz de Rault, unas pinzas largas y fuertes como las de Segond, provistas de torundas.

**TÉCNICA.**—Una vez dispuesto todo más o menos como acabo de indicar, empieza a desarrollarse la técnica.

Para mayor claridad voy a dividirla en tres tiempos principales:

*Primer tiempo.*—Tan pronto el anestesista anuncia que el enfermo está dormido, se procede a colocar el abreboca y en seguida se empieza a despegar el pilar anterior de las amígdalas, haciendo uso de la hoz de Rault. la que se lleva de arriba abajo y se tira de ella hacia adelante; esto se hará las veces que sea necesario hasta que el pilar anterior quede bien despegado, maniobra que se hará en ambos lados.

En una mayoría de casos se puede prescindir de este tiempo pero no he podido hacerlo como los autores franceses nos cuentan, que sistemáticamente se puede empezar la técnica por el segundo tiempo que a continuación voy a describir, es decir, sin despegar los pilares, pues la práctica nos ha enseñado que en ciertas ocasiones es indispensable despegar, principalmente cuando se trata de amígdalas encasquilladas, envueltas por el pliegue de Hiss que puede estar muy desarrollado.

Es por esta eventualidad por lo que considero esta maniobra como primer tiempo de la técnica., a sabiendas de que muchas son las veces 'en que se puede empezar por el segundo tiempo.

*Segundo tiempo.*—Está constituido por la toma de la amígdala que puede iniciarse por cualquiera de los dos lados: Tomando el cirujano el amigdalótomo con la mano derecha y el abatidor con la izquierda, empieza por abatir la lengua haciendo ligera presión y tracción al mismo tiem-

po, para poder de esta manera, despejar más ampliamente el campo, que en este caso son las fauces; en seguida, se coloca el arco del amigdalótomo entre la amígdala y el pilar posterior, apoyándolo enérgicamente sobre la rama ascendente del maxilar inferior dándole una inclinación de tal manera que el vastago deslice sobre la comisura de la boca del lado opuesto, al mismo tiempo con el dedo índice o con una pinza provista de una torunda y a través del pilar anterior, se tratará de hacer entrar la amígdala en el anillo del instrumento, lo que se consigue mediante un ligero masaje con relativa facilidad cuando el órgano está bien pediculado. Con una rápida inspección se dará una cuenta de que solo la amígdala está en el anillo, es decir que libra el pilar anterior y la úvula; se baja en seguida la lámina y se aprieta con fuerza.

*Tercer tiempo.*—En este momento, con una pinza provista de torunda o también con el dedo índice como elemento más inteligente, se fija el lecho amigdaliano. al mismo tiempo que se tira de la pinza de Sluder, que bien se le puede llamar así supuesto que en la técnica que describo obra más bien como pinza que como amigdalótomo. Con esta última maniobra se desprende la amígdala por arrancamiento.

En el segundo tiempo se nos puede presentar una variante, a saber: lo ideal sería que siempre pudiéramos hacer deslizar la lámina precisamente en el plano

de unión de la amígdala con su lecho, lo que se consigue muchas veces, principalmente cuando la amígdala está bien pediculada, pero en algunos casos únicamente se logra que la lámina caiga muy cerca de este plano, pero no obstante la amígdala se puede quitar entera en una sola toma; para esto se tira del amigdalótomo como ya indiqué, con una fuerza regular dándole un ligero movimiento de rotación hacia dentro con el objeto de facilitar la enucleación del polo superior que precisamente en estos casos no se puede introducir entero en el anillo y gracias a esta pequeña maniobra se va presentando, primero haciendo hernia a través del pilar anterior y después completamente luxado; *es* ahora cuando se apoya el dedo contra el lecho colocándolo exactamente entre éste y el polo superior enucleado y se tira de la amígdala para desprenderla.

Una vez que se ha quitado una amígdala, inmediatamente se pasa a hacer lo mismo con la otra sin cambiar o cambiando el amigdalótomo de mano.

Como complemento de la operación y si se desea que el enfermo pierda la menor cantidad posible de sangre, se coloca en seguida una pinza con torunda en cada lóculo, ejerciendo ligera presión durante algunos segundos, aspirando después la sangre que se hubiere derramado; en el caso contrario, se puede abandonar al enfermo con la

(Concluye en la pág. 65)