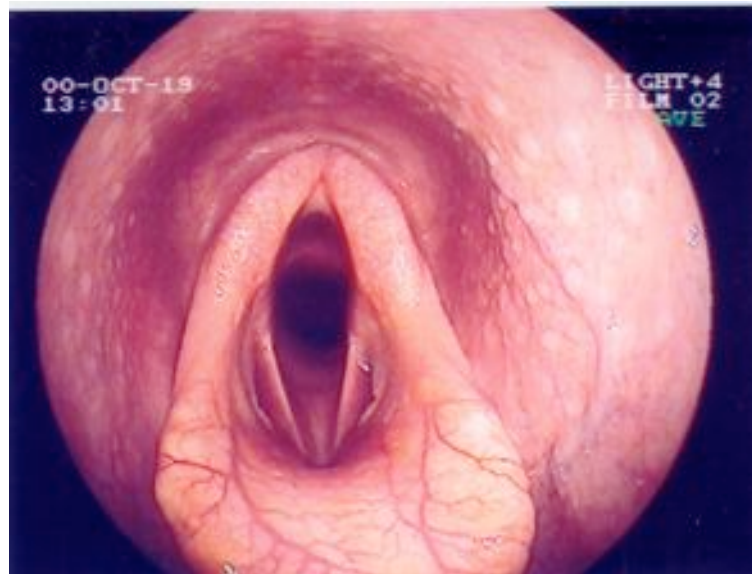




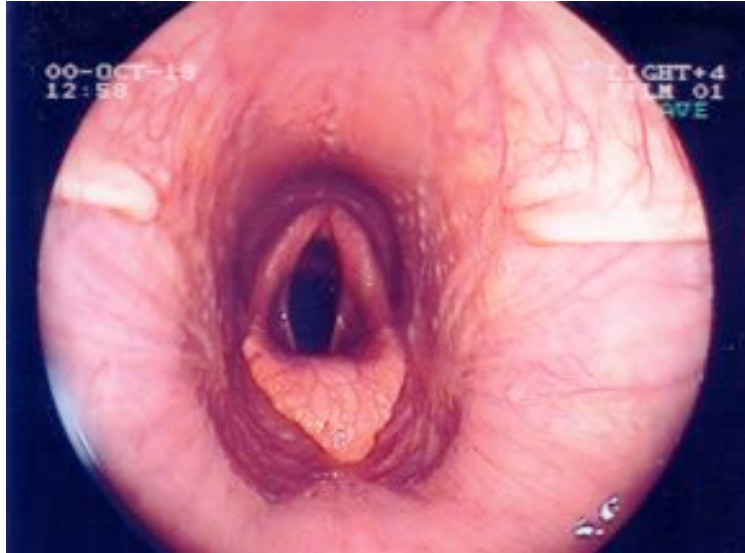
**equisan.com**

la clínica equina en la web

El uso de la laringoplastia para la corrección quirúrgica de la hemiplejía laríngea fue descrito en 1970 y sigue siendo una técnica adecuada hoy en día, aunque han ido surgiendo modificaciones. El principio de la técnica es situar una o varias suturas entre el proceso muscular del cartílago aritenoides y la superficie caudodorsal del cartílago cricoides, para abducir el cartílago aritenoides y simular la acción del músculo cricoaritenideo dorsal.



Se considera el mejor procedimiento para eliminar la intolerancia al ejercicio y para evitar el ronquido o estridor respiratorio asociado a la hemiplejía laríngea, particularmente cuando el examen endoscópico revela que la superficie corniculada del cartílago aritenoides está desplazada axialmente desde la posición normal de reposo o la intermedia. El porcentaje de éxitos con esta técnica es del 80-90%, produciéndose en la mayoría de los casos considerable mejoría en la capacidad respiratoria.



### **ANESTESIA Y PREPARACIÓN**

Se realiza bajo anestesia general con el caballo en posición de decúbito lateral, con el lado afectado (generalmente el izquierdo) hacia arriba. La cabeza y el cuello deben estar extendidos. Después de la laringoplastia el caballo se sitúa en decúbito dorsal para la ventriculectomía laríngea.

### **TÉCNICA QUIRÚRGICA**

Se hace una incisión de unos 10-12 cm sobre la piel en dirección paralela y ventral a la vena linguofacial desde el músculo mandibular externo. Se emplea ligadura o electrocauterio para controlar la hemorragia y la incisión se prolonga a través de la fascia para establecer un plano de disección por debajo de la vena y dorsalmente al músculo omohioideo. Este plano de disección se puede continuar con disección manual para exponer la cara lateral de la laringe con la unión de los músculos tiro faríngeo y crico faríngeo, de modo que el plano de división de estos dos músculos se pueda identificar. Dorsalmente se sitúan unos retractores para facilitar la exposición quirúrgica, teniendo precaución para evitar el pedículo vascular tiro faríngeo.

A continuación se separa el tabique facial entre estos dos músculos usando unas tijeras "Metzenbaum" para exponer el proceso muscular del cartílago aritenoides en la parte dorsal de la incisión. Se establece entonces un plano de disección en dirección caudal bajo el músculo crico faríngeo. Con unas tijeras o elevador se practica un túnel hasta la porción caudal del cartílago cricoides para exponer la porción axial del mismo.

El material para la sutura debe ser no reabsorbible y se utiliza sobre todo Mersilene® del número 2 y Polidek® del número 5. Se puede realizar además un único punto de sutura o dos; en algunos casos la doble sutura se pasa por un único punto, y en otros por dos. También está descrita una técnica en la que la sutura pasa a través de un único punto del proceso muscular del cartílago aritenoides primero y dos puntos en el cartílago cricoides.

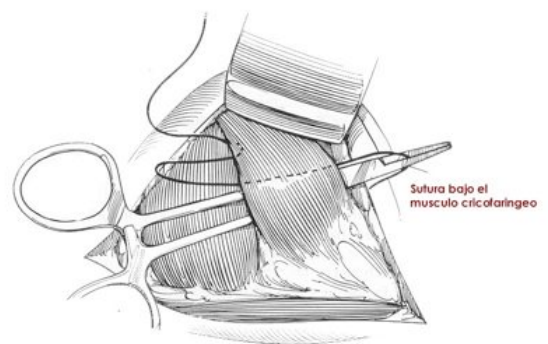
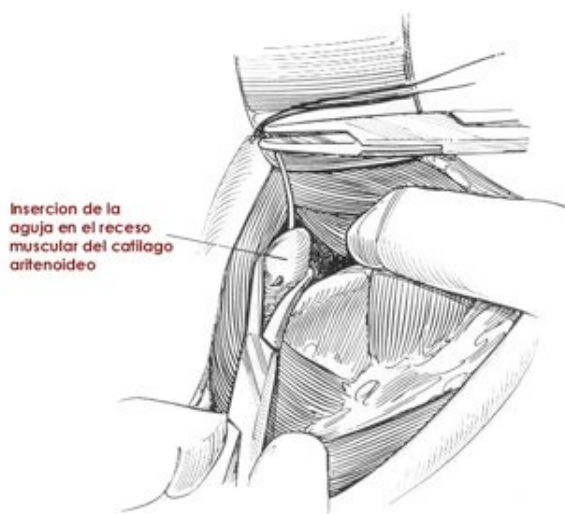
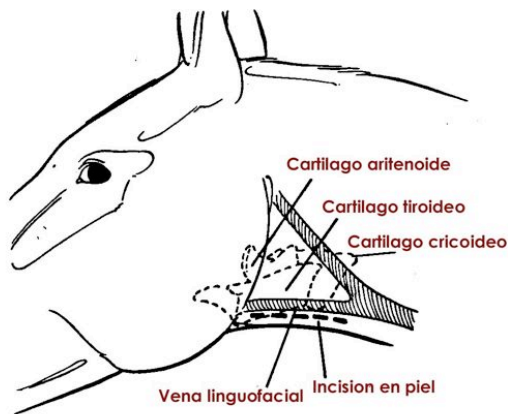
El primer paso para la colocación de la sutura es situar el cartílago aritenoides debajo de la punta del proceso muscular usando ganchos y tirando de él para facilitar la inserción de una aguja de medio círculo conteniendo la sutura. La aguja se pasa entonces en dirección mediolateral a través del proceso muscular ligeramente rostral al centro. Se coloca un doble hilo de sutura de la siguiente forma: la sutura se corta al final del emplazamiento para obtener dos hilos separados. Un cabo de dicha sutura se pasa caudalmente por debajo del músculo crico faríngeo. La zona para situar la sutura en el cartílago cricoides es un punto inmediatamente adyacente a la línea media dorsal de la laringe, que puede ser palpado con un dedo. El lugar de la sutura, o de las suturas si empleamos sutura doble, a través de ésta zona es importante para efectuar mecánicamente la abducción del cartílago aritenoides. Está demostrado que la máxima abducción se obtiene con menos tensión si la prótesis se anuda en el cartílago cricoides en su espina dorsal. Si la prótesis se sitúa demasiado lateralmente, comienza a producirse una abducción de la cuerda vocal, así como una inadecuada abducción de la porción corniculada del cartílago aritenoides. La situación de la sutura se puede facilitar por sujeción de la cara caudolateral de la laringe con un fórceps, elevando y rotando dicha zona posteriormente. Con la aguja de medio círculo el punto se emplaza detrás del cartílago cricoides en la región del recorte axial y cuidadosamente se avanza a través de la submucosa a lo largo de la superficie del cartílago para evitar penetrar en la mucosa laríngea. El cartílago cricoides se atraviesa aproximadamente 1-1,5 cm rostral al borde caudal. La arteria carótida y el esófago están relativamente cerca de la superficie dorsal de la laringe, pero se pueden evitar fácilmente con retractores. Si la aguja atraviesa vasos tiro laríngeos la hemorragia se puede controlar con gasas y presión. Las suturas se ligan con las manos aplicando moderada tensión. La incisión entre los músculos tiro faríngeo y crico faríngeo se cierra con material reabsorbible del número 2-0 en forma continua. La fascia adyacente a la vena linguofacial y el músculo omohiideo se cierran con material reabsorbible del número 0 también de forma continua y la piel se cierra con material no reabsorbible en "U" vertical. Para completar la prótesis quirúrgica el caballo se sitúa en decúbito dorsal para realizar la laringectomía y la ventriculectomía.

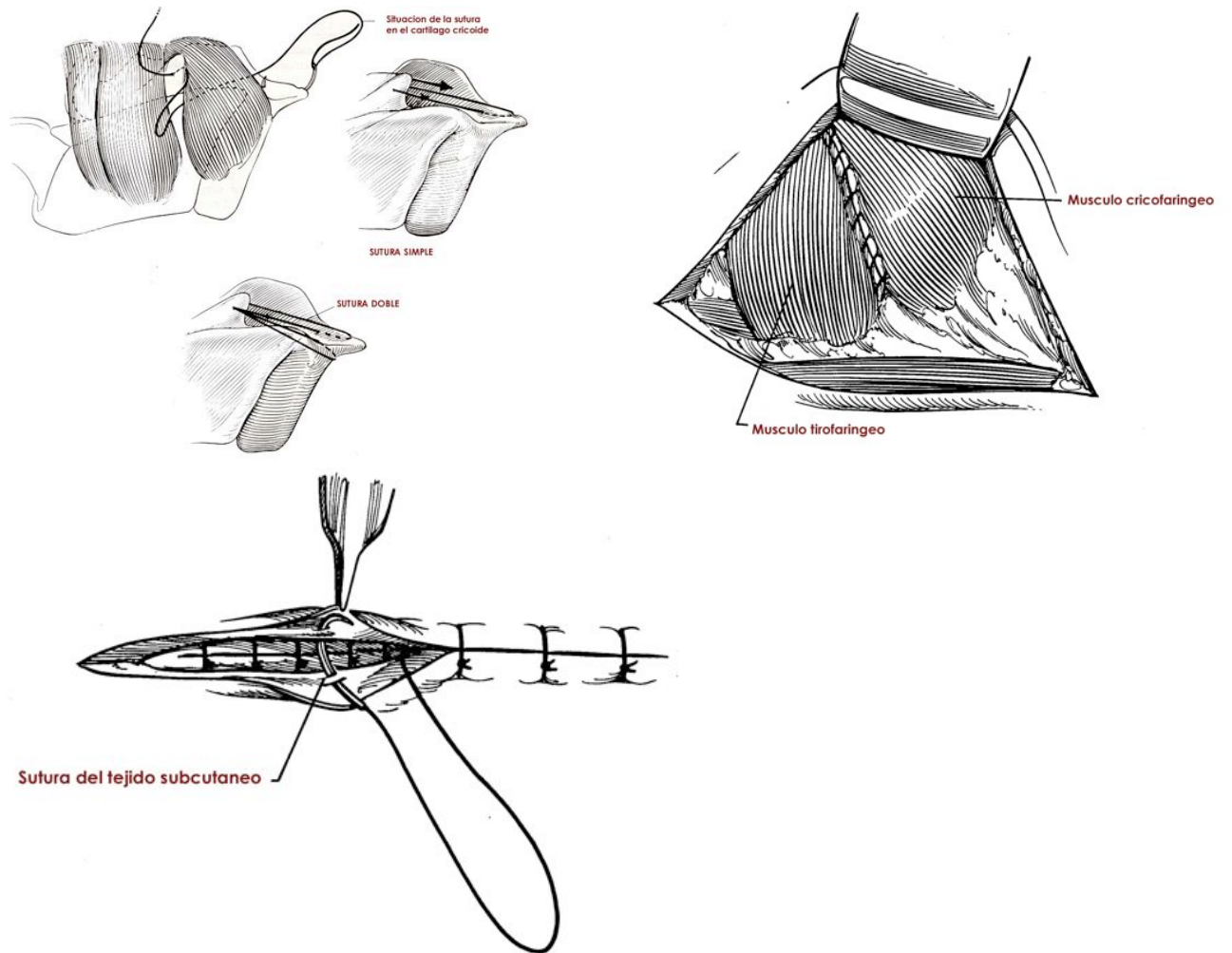
## CUIDADOS POSTOPERATORIOS

Las complicaciones incluyen:

- Apertura de la incisión
- Infección local
- Desarrollo de tos crónica
- Regurgitación de alimento

Se administra penicilina procaína (4 millones de UI cada 12 horas durante 5 días). La herida se limpia dos veces al día y el caballo debe guardar reposo durante 2-3 semanas, empezando a pasear tras este periodo y reanudando trabajo progresivo a las ocho semanas de la intervención. La tos crónica se asocia a la fijación lateral del cartilago aritenoides y a la dificultad de la laringe para proteger la tráquea de la aspiración de ingesta.





**Autores: Pablo Adrados/Alvaro Vázquez**  
**EQUISAN Veterinaria Equina Integral**

