



Cuerpo extraño de larga evolución en laringe como causa de disfonía y estridor crónico

Dr. Alejandro González Orozco
Dr. Steven Osorio Anaya

ANAMNESIS

Preescolar masculino de 2 años y 5 meses de edad, quien acude al servicio de consulta externa por cuadro clínico de disfonía progresiva de 5 meses de evolución, con voz de calidad ronca y bitonalidad. Al inicio del cuadro había consultado en otro hospital donde recibió diagnóstico de laringotraqueitis/crup, el cual fue tratado con esteroide sistémico y remitió. Hasta el momento de la consulta presentó dos cuadros de exacerbación con estridor y tirajes con requerimiento de urgencia. No tenía antecedentes quirúrgicos, patológicos, alérgicos o perinatales de relevancia.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Al examen físico se evidencia estridor inspiratorio audible a distancia y signos leves de dificultad respiratoria dado por tirajes intercostales, asociado a una voz ronca y con bitonalidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Por ser un preescolar con estridor y disfonía, se realiza un diagnóstico diferencial de papilomatosis respiratoria recurrente y se remite desde el servicio ambulatorio a Urgencias para realización de estudio endoscópico.

ESTUDIOS SOLICITADOS

Se realiza nasofibrolaringoscopia con hallazgo de cuerpo extraño delgado, óseo, enclavado en sentido anteroposterior de la glotis con tejido de granulación en comisura anterior y en región interaritenoidea; no se logra la visualización del extremo inferior del cuerpo extraño (Figura 1A y B).

TRATAMIENTO

En el mismo tiempo quirúrgico se realiza laringotraqueoscopia con ventilación espontánea, se colocan 2 mililitros de lidocaína 2 % en el vestíbulo laríngeo (con la finalidad de evitar laringoespasma transoperatorio) y se realiza la extracción completa del cuerpo extraño con fórceps laríngeo (Figura 2A). Se visualiza vía aérea permeable, con tejido de granulación en glotis en región interaritenoidea y en comisura anterior (Figura 2B y C).

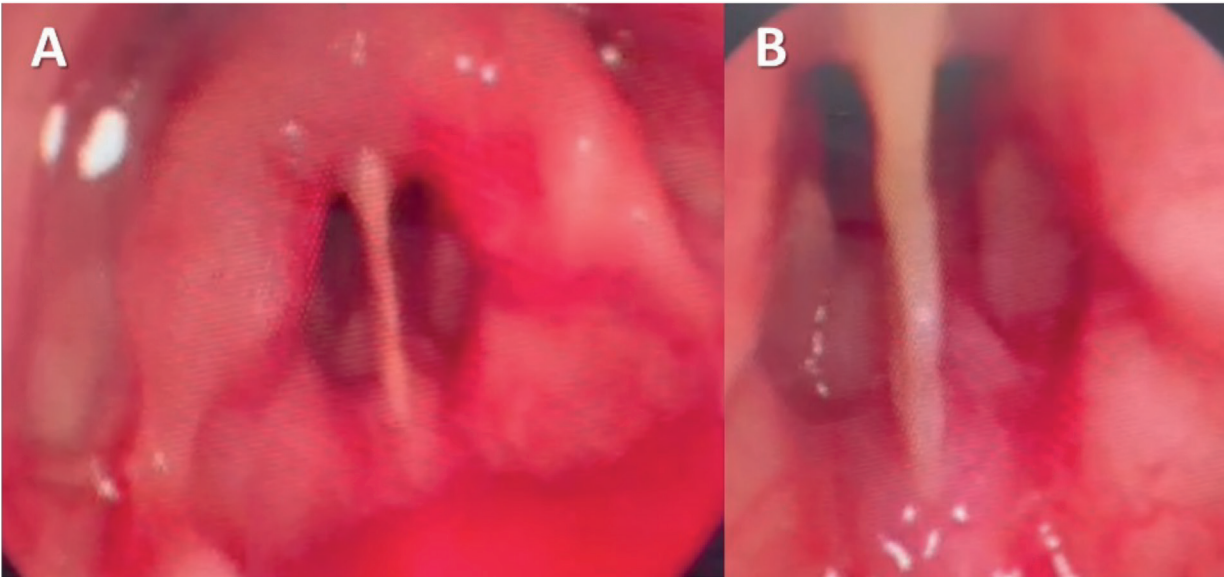


FIGURA 1 Cuerpo extraño en sentido anteroposterior de la glotis con tejido de granulación circundante
A: se observa cuerpo extraño lineal alojado en sentido antero-posterior de la glotis en línea media sin generar obstrucción completa de la vía aérea. **B:** se aprecia magnificado de cuerpo extraño alojado en glotis, logrando evidenciar cuerdas vocales sin lesiones.
 Fuente: cortesía de los autores.

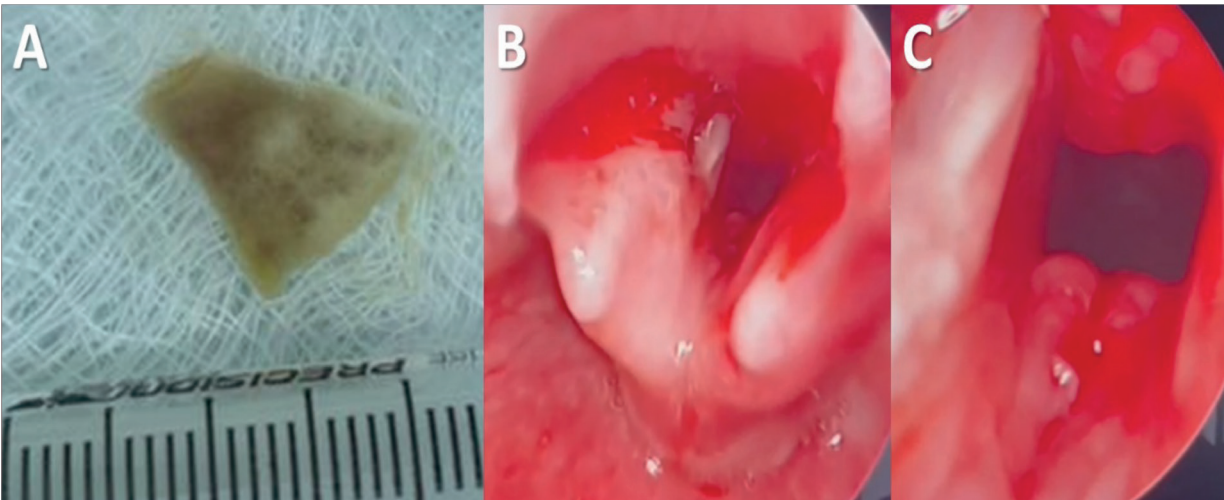


FIGURA 2 Cuerpo extraño extraído en su totalidad
A: hueso de pescado extraído. **B, C:** laringe posterior al retiro del cuerpo extraño con tejido de granulación.
 Fuente: cortesía de los autores.

Por la presencia de tejido de granulación y edema se realiza control endoscópico a las 72 horas y se infiltra triamcinolona (10 mg/mL) en el lecho del tejido inflamatorio en comisura anterior y en región interaritenoides. Se realiza control a las 2 semanas con laringotraqueoscopia, sin evidencia de tejido de granulación o estenosis y con vía aérea totalmente permeable.

COMENTARIO FINAL

La presencia de cuerpo extraño en la vía aérea es una condición potencialmente mortal.¹ En pacientes pediátricos ocurre con mayor frecuencia en la vía aérea inferior, específicamente en bronquio derecho o intermedio, debido a su

forma vertical, más corto y ancho que el bronquio contralateral. Aunque la presentación aguda es lo más usual, existen casos de sintomatología más insidiosa y con retrasos en el diagnóstico. Estos episodios se describen con un evento inicial de tos fuerte y disnea, con mejoría parcial y posteriormente cuadros de exacerbación de la sintomatología respiratoria.² En este orden de ideas, no todos los casos son diagnosticados oportunamente, y alrededor del 70 % se diagnostica en los primeros 3 días después del evento.

El 80 % de los casos de cuerpo extraño en vía aérea está constituido por pacientes menores de 3 años, con un pico entre los primeros 2 años de vida.¹ El mayor riesgo de aspiración está en pacientes menores de 4 años dada su constante exploración oral, aunque también existen otros factores de riesgo, como las enfermedades neurológicas, enfermedades de la motilidad esofágica, reflujo gastroesofágico y por uso de medicamentos.³ Se pueden clasificar según su sitio anatómico de alojamiento, grado de obstrucción y edad del paciente.¹ Una obstrucción puede ser parcial y total, esta última puede presentarse con falla ventilatoria y alto riesgo de mortalidad; sin embargo, un compromiso parcial puede retrasar el diagnóstico y pasar desapercibido con síntomas inespecíficos y leves.⁴

La sintomatología varía dependiendo de la localización; puede ser inicialmente un episodio de tos y emesis y posteriormente presentar disnea, disfonía, disfagia, sensación de cuerpo extraño o sangrado.¹⁻³ Algunos pacientes pueden debutar con cuadros de neumonía a repetición previo a confirmar el diagnóstico, e incluso en algunos casos se han descrito diagnósticos erróneos, como asma, infección del tracto respiratorio superior y crup.²

Los cuerpos extraños alojados en la tráquea tienen una triada: estridor, tos súbita e hipoventilación.¹ En la edad pediátrica, el alojamiento del cuerpo extraño en la laringe es inusual, comparado con la vía bronquial.⁴ Cuando afectan la supraglotis o glotis no tienden a generar cambios de los tejidos tan notorios clínicamente, comparado con su localización en subglotis, tráquea o a nivel endobronquial, donde tienden a ser más sintomáticos y pueden manifestarse con disnea y tos emetizante y cianosante.

Entre los diagnósticos diferenciales de un cuerpo extraño de larga data se incluyen la papilomatosis respiratoria recurrente, estenosis de la vía aérea, laringitis crónica, enfermedades granulomatosas de la vía aérea, epiglotitis/crup recurrente, tumores de la vía aérea y traqueomalacia.^{1,4} Dependiendo de la edad, también se pueden sospechar malformaciones congénitas o bronquitis infecciosas.

Los estudios de imagenología, como las radiografías de vía aérea, solo evidencian cuerpos extraños en un 16 % cuando son de características radioopacas.¹ La tomografía de cuello y vía aérea tiene mayor rendimiento diagnóstico; sin embargo, se utiliza como último recurso con el fin de minimizar la exposición a la radiación y en algunos casos el uso de sedantes.

El estudio diagnóstico de elección es la fibrobroncoscopia flexible, y puede ir acompañado de un broncoscopio rígido con el fin de ofrecer un tratamiento en el mismo tiempo quirúrgico.^{1,2} Se prefiere el uso de anestesia con ventilación controlada con apnea intermitente, con la complejidad y el riesgo de la movilización inapropiada del cuerpo extraño y ocasionar una obstrucción completa de la vía aérea.⁴ En algunos casos con riesgo de falla respiratoria inminente se puede considerar el desplazamiento del cuerpo extraño a uno de los bronquios fuentes y asegurar la vía aérea con una intubación selectiva. En última instancia, de no lograr extracción del cuerpo extraño y con presencia de paciente inestable con riesgo inminente de falla ventilatoria o en paro cardiorrespiratorio, se puede considerar la realización de una traqueostomía, toracotomía, cricotiroidotomía (en niños mayores de 12 años o mayores de 8 años con membrana cricotiroidea palpable), o una broncostomía de emergencia.¹

Las complicaciones posteriores al retiro del cuerpo extraño son variables, entre las cuales se describen: granulomas laringotraqueales, hemoptisis, hipoxia, hipercapnia, edema, infección, abscesos faríngeos o, en cuello, neumonía de repetición, bronquiectasias, erosión mucosa y estenosis de la vía aérea.¹ La importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno es esencial para la sobrevivencia del paciente y la reducción de la morbimortalidad.

LECTURAS RECOMENDADAS

- 1 Salih AM, Alfaki M, Alam-Elhuda DM. Airway foreign bodies: A critical review for a common pediatric emergency. World J Emerg Med. 2016;7(1):5-12.
- 2 Hilliard T, Sim R, Saunders M, Langton Hewer S, Henderson J. Delayed diagnosis of foreign body aspiration in children. Emerg Med J. 2003;20(1):100-101.
- 3 Shostak E. Foreign body removal in children and adults: review of available techniques and emerging technologies. AME Med J. 2018;3:75.
- 4 Jain S, Kashikar S, Deshmukh PT, Gosavi SN, Kaushal A. Impacted laryngeal foreign body in a child: a diagnostic and therapeutic challenge. Ann Med Health Sci Res. 2013;3(3):464-466.

PREGUNTA

Ante la sospecha de cuerpo extraño en vía aérea de presentación tardía sería incorrecto afirmar que:

- a) En paciente con disfonía y estridor intermitente con diagnóstico de laringotraqueitis recurrente se debe sospechar el diagnóstico de papilomatosis respiratoria recurrente
- b) En todo paciente se debe realizar un estudio endoscópico de la vía aérea lo más pronto posible
- c) Todos los casos requieren de un estudio de imágenes con radiografía tejidos blandos de cuello previo al estudio endoscópico
- d) La hendidura laríngea puede ser considerada un diagnóstico diferencial en lactantes



Academia Mexicana de Pediatría, A.C.

Contenido Académico Patrocinado por Chinoin