



Estenosis subglótica congénita

Dra. Paula Andrea Téllez C

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

CC, 13 años, masculino.

PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente programado para resección quirúrgica de quiste dermoide en párpado superior izquierdo por oculoplastia. Durante inducción anestésica el anesthesiólogo pediatra encuentra marcada resistencia para realizar intubación orotraqueal con tubos 6.0, 5.5 y 5.0. Se logra intubación con tubo 4.5 con balón (insuflado con 1 cc). Una vez finaliza procedimiento quirúrgico solicitan interconsulta por otorrinolaringología pediátrica para exploración de vía aérea previa extubación en sala de cirugía.

Por hallazgos intraoperatorios de anestesia se reinterroga a la mamá quien refiere el paciente presenta disnea de medianos esfuerzos, secundario a su patología cardiaca. No ha presentado estridor, disfonía, ni otros síntomas relevantes.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente bajo anestesia general, hemodinámicamente estable. No hay escape alrededor del tubo con el balón desinflado. Vendaje en ojo izquierdo por posoperatorio inmediato. Cuello sin masas, adenopatías, ni enfisema subcutáneo. Examen físico externo sin alteraciones.

DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL

Anomalía laringotraqueal - Estenosis laríngea.

ESTUDIOS

Se realiza laringobroncoscopia en la que se documenta estrechez mixta a nivel de subglotis, ocasionada por edema de mucosa y estrechez de cartílago cricoides. No hay alteraciones en pliegues vocales, supraglotis, tráquea, ni bronquios fuente (Figura 1).

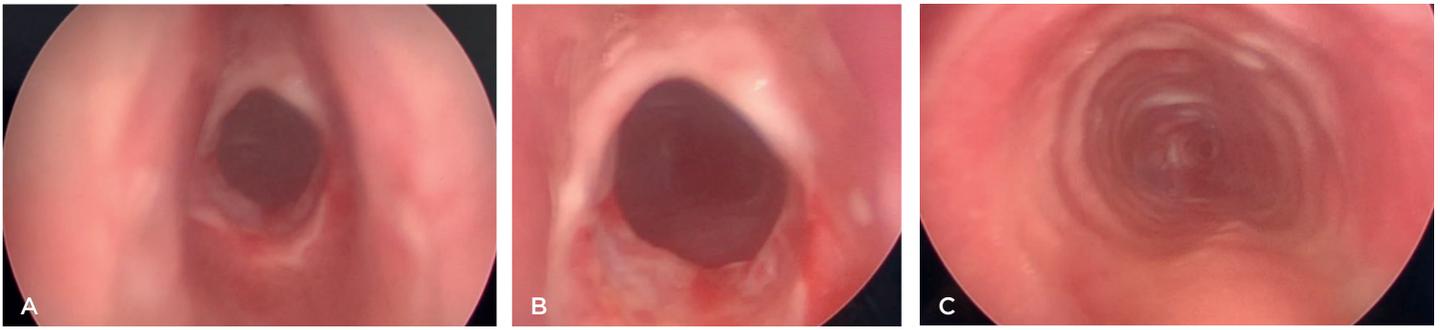


FIGURA 1 Fotografías de exploración endoscópica (microlaringoscopia) Estenosis subglótica por edema de mucosa y estrechez de cartílago cricoides (A y B). Tráquea media, sana, sin estenosis (C).
Fuente: cortesía de la autora.

Dado que el paciente era asintomático antes de la intervención quirúrgica, y que no se observa edema severo de tejidos blandos, se extuba al paciente sin complicaciones. Se deja el paciente en observación para monitorización posoperatoria y se inicia manejo médico con esteroide sistémico y nebulizado. El paciente es dado de alta al día siguiente.

En controles por consulta externa el paciente refiere, posterior a intervención quirúrgica, presentar deterioro progresivo de clase funcional, aumento de disnea con requerimientos de oxígeno por cánula nasal a 1 litro. Revisando la historia clínica antigua, se encuentra tomografía axial de cuello en la que se observa estrechez laríngea a nivel del cartílago cricoides (Figura 2).

Se realiza nasolaringoscopia flexible en consultorio observando estrechez significativa de vía aérea a nivel del cricoides, que coincide con imágenes de la tomografía, con disminución de la luz de vía aérea respecto a la valoración previa (Figura 3).

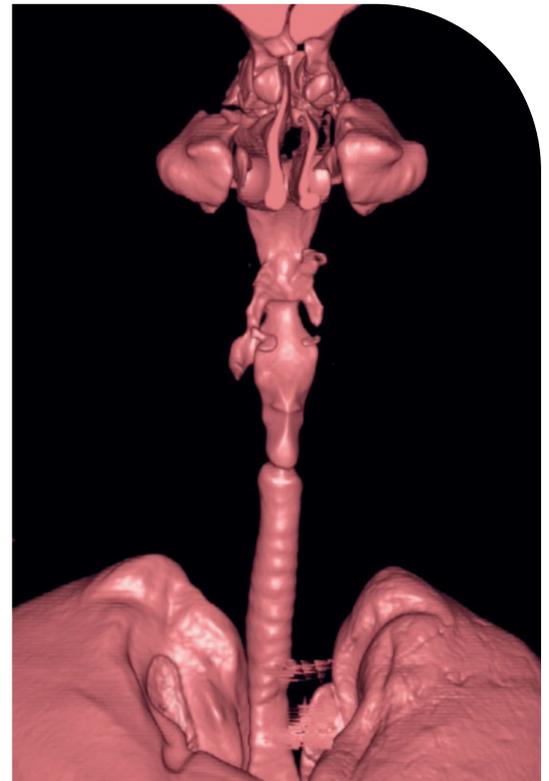


FIGURA 2 Imagen de reconstrucción 3D de tomografía de cuello en la que se observa disminución de la luz de la vía aérea a nivel de subglotis
Fuente: cortesía de la autora.



FIGURA 3 Fotografía de nasolaringoscopia flexible en la que se observa disminución de la luz de la vía aérea a nivel de subglotis
Fuente: cortesía de la autora.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Estenosis subglótica adquirida.
Estenosis subglótica congénita.
Estenosis subglótica mixta.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Antecedente de estenosis subglótica congénita (cricoides estrecho).
Estenosis subglótica adquirida secundaria a edema generado por múltiples intentos de intubación.

TRATAMIENTO

Por el aumento progresivo de la disnea y requerimientos de oxígeno se programa para manejo en sala de cirugía. Se realiza microendoscopia laríngea, en la que se observa aumento de la estenosis subglótica, por formación de tejido cicatricial (estenosis subglótica adquirida), asociada a un cartílago cricoides estrecho (Figura 4).

Se realizan incisiones en región posterior de estenosis y se dilata posteriormente con balones de alta tensión logrando aumento significativo de la luz de la vía aérea, hasta el límite del cartílago cricoides (Figura 5). Posterior a procedimiento el paciente es extubado sin complicaciones, con mejoría de patrón respiratorio, sin necesidad de oxígeno suplementario. No ha requerido nuevas intervenciones.

COMENTARIO FINAL

Las anomalías congénitas de la vía aérea se presentan en 0.2 a 1 de cada 10 000 nacidos vivos; las más frecuentes son: laringomalacia, parálisis bilateral de pliegues vocales, estenosis subglótica y estenosis traqueal congénita, entre otras.

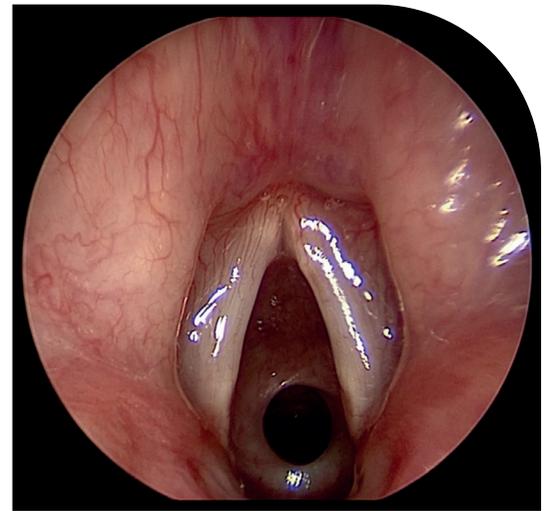


FIGURA 4 Fotografía de microendoscopia laríngea. Estenosis subglótica mixta y aumento de tejido cicatricial
Fuente: cortesía de la autora.

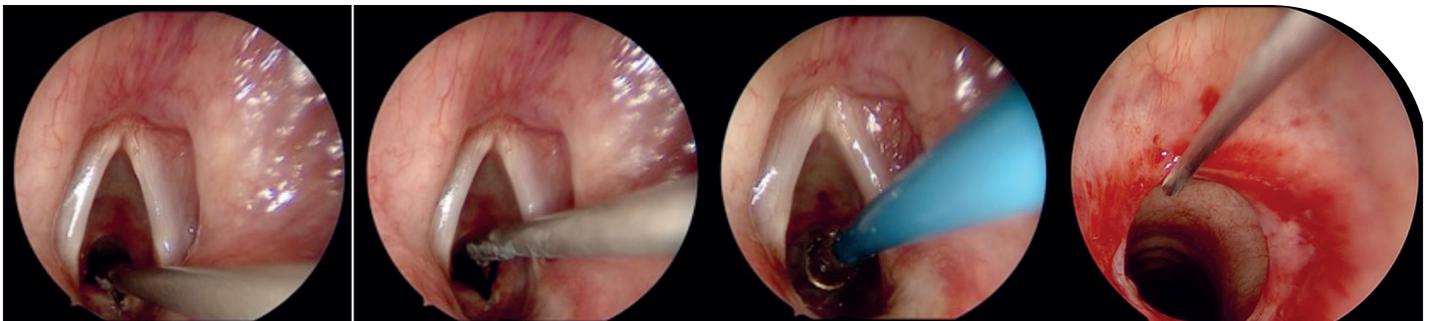


FIGURA 5 Fotografía de manejo endoscópico de estenosis subglótica: incisiones con tijeras de microcirugía laríngea, dilatación con balones de alta tensión, resultado posoperatorio inmediato
Fuente: cortesía de la autora.

La estenosis subglótica congénita es una estrechez de la región subglótica (región inferior a los pliegues vocales) secundaria a deformidades del cartílago cricoides o a fallas en la recanalización del lumen laríngeo durante la gestación.

Aunque la mayoría de las estenosis subglóticas son adquiridas, generalmente asociadas a antecedente de intubación prolongada, la estenosis subglótica congénita es la tercera causa más frecuente de estridor.

La severidad de la estenosis puede ser leve a severa y, por lo tanto, la sintomatología que produce es variable también. Los casos más graves pueden requerir manejo quirúrgico urgente, por dificultad respiratoria severa, mientras que pacientes con estenosis leves pueden ser asintomáticos, o tener síntomas leves en la infancia que mejoran con la edad, y se diagnostican solo en el momento en que es necesaria la intubación, predisponiendo una vía aérea difícil.

Ante un paciente en quien sea difícil realizar intubación por resistencia en la vía aérea debemos siempre sospechar la posibilidad de estenosis laringotraqueal y realizar una exploración completa de la vía aérea para un manejo y tratamiento adecuados.

Si bien la endoscopia flexible puede darnos idea de que hay una estenosis subglótica, la evaluación de la vía aérea con microlaringobroncoscopia es el estándar de oro para realizar una evaluación adecuada de la subglotis.

La necesidad y el tipo de manejo quirúrgico dependen principalmente de la severidad de la estenosis y de los síntomas asociados a esta. Se han descrito diferentes manejos, endoscópicos y abiertos, entre los cuales cabe mencionar la dilatación con balones de alta tensión, *splits* endoscópicos con y sin colocación de injertos, reconstrucciones laringotraqueales abiertas, o resecciones cricotraqueales.

LECTURAS RECOMENDADAS

Varela P, Schweiger C. Congenital airway anomalies. Semin Pediatr Surg. 2021;30:151055.

Dwivedi D, Dwivedi G, Gupta V, Kate S. Pediatric airway management in undiagnosed congenital subglottic stenosis patients. Indian Anaesth Forum. 2020;21:70-3.

PREGUNTA

En un niño con intubación difícil por resistencia marcada en la intubación, usted debe:

- a) Realizar inmediatamente traqueostomía para asegurar la vía aérea
- b) Intentar intubación con tubos más grandes que el calculado para la edad
- c) Evitar una exploración de la vía aérea para no lesionar más la laringe
- d) Sospechar estenosis laringotraqueal



Academia Mexicana de Pediatría, A.C.

Contenido Académico Patrocinado por Chinoin