

Parálisis Cordal Unilateral Congénita

Dra. Laura Abello Beltrán

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Masculino de 10 días de edad.

PADECIMIENTO ACTUAL

Nacimiento a término, sin complicaciones durante la gestación, parto eutócico que requirió instrumentación por desproporción cefalopélvica. Desde las primeras horas de vida se identifica llanto débil y disfonía. Al inicio de la lactancia presenta episodios de atoramiento y estridor inspiratorio leve. No cianosis ni otras alteraciones.

EXPLORACIÓN FÍSICA

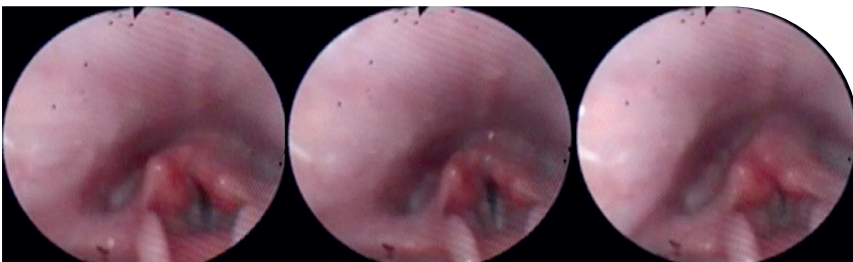
Signos vitales normales, sin dificultad respiratoria. Al llorar, llanto débil, disfonía y estridor inspiratorio de intensidad leve. Al evaluar lactancia materna presenta emesis con reflejo tusígeno.

DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL

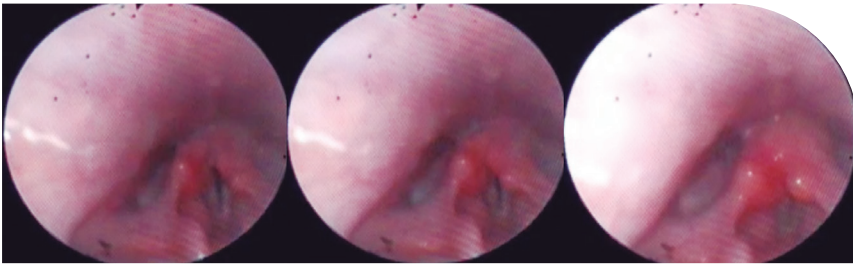
Estridor en estudio. Anomalía congénita laríngea en estudio.
¿Laringomalacia? ¿Parálisis de cuerda vocal unilateral congénita?

ESTUDIOS

Se realiza nasofibrolaringoscopia con paciente despierto con fibra óptica de 2.4 mm identificando medialización de aritenoides izquierda, pliegue vocal izquierdo corto, inmovilidad de este en posición paramediana. Adecuada movilidad de pliegue vocal derecho, con limitación para el cierre glótico completo. *Gap* glótico de 1 mm (Figuras 1 - 6).



FIGURAS 1, 2, 3 Nasofibrolaringoscopia. Medialización aritenoides izquierda, pliegue vocal izquierdo corto en posición paramediana
Fuente: cortesía de la autora.



FIGURAS 4 A LA 6 Nasofibrolaringoscopia. Pliegue vocal izquierdo inmóvil, adecuada movilidad de pliegue derecho, con *gap* glótico
Fuente: cortesía de la autora.

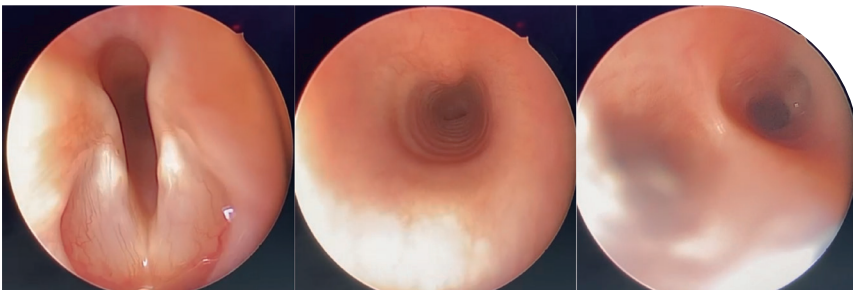
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- ¿Parálisis de cuerda vocal unilateral congénita iatrogénica por parto instrumentado?
- ¿Parálisis de cuerda vocal unilateral congénita secundario a patología de base?

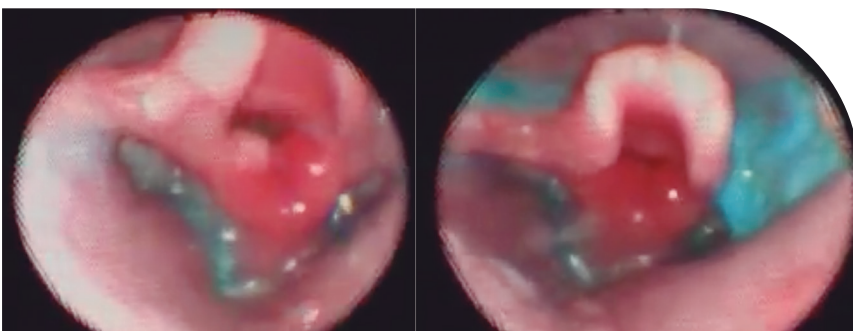
ABORDAJE DIAGNÓSTICO

Se realizan estudios por Neonatología, sin alteraciones anatómicas, así como por Neurología, sin alteraciones. Por persistencia de trastorno en la deglución, episodios de hipoglucemia y pobre ganancia de peso con repercusiones sistémicas se realiza:

1. Exploración de vía aérea (Figuras 7, 8 y 9).
Hallazgos dentro de límites normales.
2. Estudio funcional endoscópico de la deglución (Figuras 10 y 11).
Pooling y penetración no se evidencian episodios de aspiración. Se realiza con tinte en leche materna.
3. Electromiografía laríngea.
Cuerda vocal derecha: al reposo silencio eléctrico, unidades motoras de características normales con el movimiento respiratorio, ausencia de denervación.



FIGURAS 7 A LA 9
7: Visión en laringoscopia de suspensión. 8: Visión con lente rígido de tráquea. 9: Carina, bronquio fuente derecho e izquierdo
Fuente: cortesía de la autora.



FIGURAS 10 Y 11 Visión endoscópica en FEES, evidenciando *pooling* y penetración
FEES: evaluación endoscópica funcional de la deglución (*functional endoscopic evaluation of swallowing*).
Fuente: cortesía de la autora.

Cuerda vocal izquierda: con presencia de unidades motoras de amplitud disminuida y patrón de interferencia disminuido en frecuencia.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Parálisis de cuerda vocal unilateral congénita iatrogénica probablemente secundaria a parto difícil.

TRATAMIENTO

Seguimiento atento de recomendaciones por fonoaudiología. El lactante debe alimentarse del lado afectado durante las comidas y los líquidos (como la fórmula de leche) deben espesarse con un polvo adecuado para permitir una ingesta nutricional adecuada y un aumento de peso. Durante el sueño, la misma posición contribuye a disminuir el estridor inspiratorio. Seguimiento estricto de ingestas y educación a la familia.

Paciente con terapia de deglución y con educación y entrenamiento a la familia mejoró clínicamente. No requirió intervenciones quirúrgicas ni maniobras invasivas en vía aérea o gastrointestinales. A los 2 meses, paciente con resolución de sintomatología identificando en nasofibrolaringoscopia adecuada movilidad de ambos pliegues vocales, sin trastornos en la deglución.

COMENTARIO FINAL

La parálisis de cuerda vocal unilateral congénita se caracteriza por un estridor inspiratorio leve, dependiente de la posición, con un llanto ronco y entrecortado, en ocasiones con alteraciones en la deglución por incoordinación faringolaríngea, que provoca la apertura de la laringe durante la deglución, episodios de aspiración y neumonías. En los recién nacidos, se debe principalmente a una lesión del sistema nervioso periférico durante un parto difícil. Sin embargo, las parálisis en la infancia, no congénitas, ocurren principalmente después de una lesión iatrogénica quirúrgica en el vago o el nervio laríngeo recurrente secundarias a cirugía cardiovascular.

La parálisis de cuerda vocal unilateral congénita en la mayoría de los casos no requiere ningún tratamiento. Es probable que algunos casos permanezcan sin diagnosticar, ya que mejoran espontáneamente con el tiempo, incluso si la movilidad de la cuerda vocal recupera el movimiento. Casi nunca se requiere traqueostomía en estos pacientes, solo el 8 % requiere traqueotomía por aspiración intratable, pero debe realizarse el abordaje de la deglución según sintomatología y evolución del paciente para evitar complicaciones.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Maeda K. Pediatric airway surgery. *Pediatr Surg Int.* 2017 Apr;33(4):435-443. doi: 10.1007/s00383-016-4050-7. Epub 2017 Jan 28. PMID: 28132084.
2. Monnier P. Clinical evaluation of airway obstruction. En: Monnier P, ed. *Pediatric Airway Surgery: Management of Laryngotracheal Stenosis in Infants and Children.* Berlin, Germany: Springer; 2011: 31-44.

PREGUNTA

¿Cuál es la complicación más frecuente de la parálisis de cuerda vocal unilateral congénita?

- a) Estridor inspiratorio
- b) Trastorno de la deglución con aspiración
- c) Dificultad respiratoria significativa
- d) Apnea del sueño



Academia Mexicana de Pediatría, A.C.

Contenido Académico Patrocinado por Chinoin