

Estridores laríngeos supraglóticos

Supraglottic laryngeal stridors

Estridores laríngeos supraglóticos

Dres. Giselle Cuestas (1), Juan Agustín Rodríguez D'Aquila (2),
Méd. Máximo Rodríguez D'Aquila (3), Dr. Hugo Rodríguez (4)

Resumen

Toda obstrucción de la vía aérea se expresa por un estridor que será diferente según la localización de la obstrucción. El estridor es un ruido ocasionado por el pasaje de aire en forma turbulenta a través de una vía aérea con calibre disminuido. Cuando la obstrucción se ubica por encima de las cuerdas vocales el estridor será inspiratorio.

Describimos diferentes patologías de la laringe supraglótica, congénitas y adquiridas, que presentan estridor en algún momento de su evolución.

Palabras clave: estridor inspiratorio, supraglotis, laringomalacia, quistes, tumores.

Abstract

An obstructed airway causes stridor. Stridor will be different depending on the location of the obstruction. Stridor is a noise caused by the passage of turbulent air through a diminished airway caliber. If the obstruction occurs above the vocal cords, it will be inspiratory.

We describe different pathologies of the supraglottic larynx, both congenital and acquired, producing stridor at some moment of their evolution.

Key words: inspiratory stridor, supraglottic, laryngomalacia, cysts, tumors.

Resumo

Uma via aérea obstruída provoca estridor. Estridor será diferente dependendo da localização da obstrução. Estridor é um ruído causado pela passagem do ar turbulento através de uma diminuição do calibre das vias aéreas.

Nós descrevemos diferentes patologias da laringe supraglótica, tanto congênitas e adquiridas, que apresentam stridor em algum momento de sua evolução.

Palavras-chave: estridor inspiratório, supraglote, laringomalácia, cistos, tumores.

Introducción

La laringe se encuentra en la encrucijada aerodigestiva, por lo que cualquier patología que la comprometa tendrá repercusión en la respiración, en la deglución y/o en la voz.

La laringe se divide en tres regiones: supraglotis, glotis y subglotis. La supraglotis comprende la epiglotis, las bandas ventriculares (cuerdas vocales falsas) y los ventrículos laríngeos.

Según la localización de la obstrucción laríngea, el estridor será diferente. Teniendo en cuenta esto, es posible realizar primero un diagnóstico topográfico y después un diagnóstico diferencial. Cuando la obstrucción es supraglótica, el estridor es inspiratorio.

El momento de aparición del estridor, la fase del ciclo respiratorio que compromete, la tonalidad, si es permanente o intermitente, si aumenta con los esfuerzos, con la alimentación, el llanto o el sueño, si se acompaña de dificultad respiratoria, tiraje, cianosis, apneas y/o de alteraciones en la deglución o en la voz, orientan al diagnóstico con un alto grado de precisión, que se confirmará después con los estudios complementarios y endoscópicos.

(1) Médica Otorrinolaringóloga, Servicio de Otorrinolaringología Infantil, Hospital Italiano de Buenos Aires. Perón 4190. C.A.B.A. Buenos Aires, Argentina. 4959-0200.

(2) Médico otorrinolaringólogo, Centro OIR. Ramos Mejía. Buenos Aires, Argentina. 4658-2230.

(3) Residente de Otorrinolaringología, Fundación Arauz. Buenos Aires, Argentina. 4953-5626.

(4) Jefe del Servicio de Endoscopia Respiratoria, Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan". Pichincha 1850. C. A. B. A., Buenos Aires, Argentina. 4308-4300.

Notificaciones a: Dra. Giselle Cuestas - E mail: giselle_cuestas@yahoo.com.ar

Presentado para su publicación: 22/04/2015.

Laringomalacia

Definición

La laringomalacia es la causa más frecuente de estridor en el lactante. Es la anomalía laríngea congénita más común (60%). Tiene mayor incidencia en el sexo masculino (2:1). Se caracteriza por el colapso supraglótico al momento de la inspiración. Su etiología es desconocida. Se han sugerido alteraciones neuromusculares, cartilagosas y en el neurodesarrollo¹⁻⁴.

Clasificación

Se distinguen tres tipos de laringomalacia:⁴

Tipo I: colapso y aspiración de la mucosa aritenoi-dea hacia el interior de la laringe en inspiración (Fi-gura 1).

Tipo II: epiglotis tubular enrollada con repliegues aritenopiglóticos cortos, que se colapsa circunferencial-mente en la inspiración (Figura 2).

Tipo III: aspiración y desplazamiento posterior de la epiglotis, que obstruye la entrada laríngea en la inspiración⁴ (Figura 3).

Cuadro clínico

El estridor es el signo típico de la laringomalacia. Es de tipo inspiratorio, de tonalidad grave, variable, inconstante, y más intenso en decúbito supino y du-rante la alimentación y el llanto. Se exacerba con los cuadros de vía aérea superior y el reflujo gastroeso-fágico. Comienza aproximadamente al séptimo día de vida, aunque puede estar presente desde el na-cimiento o aparecer en los primeros meses. Se in-crementa durante los primeros meses de vida para desaparecer, en la mayoría de los pacientes, entre los 12 y los 18 meses².

En el 10% de los pacientes el incremento de peso es escaso o nulo. En estos casos existe disfagia, el estridor se torna permanente e intenso con tiraje universal, dificultad respiratoria y episodios de ap-neas².

Diagnóstico

El diagnóstico se confirma con fibrolaringosco-pia con anestesia local. Este estudio dinámico per-mite visualizar las características particulares de la laringe y observar el colapso de las estructuras supraglóticas durante la inspiración. Las anomalías anatómicas de la laringomalacia son: epiglo-tis acartuchada en forma de omega, aritenoides con mucosa redundante que prolapsa hacia la glotis y/o repliegues aritenopiglóticos cortos. Es importante también realizar una radiografía de perfil cervical con técnica de partes blandas para descartar patolo-gía asociada a nivel subglótico.

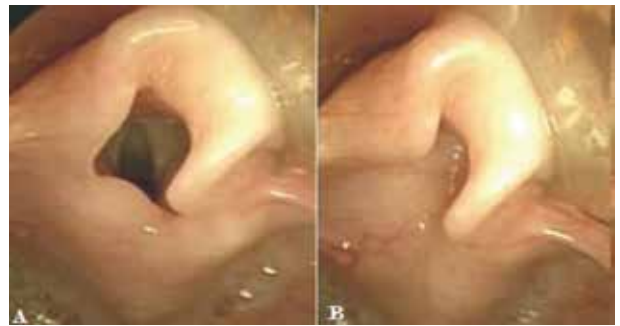


Figura 1. Laringomalacia tipo I. Mucosa aritenoi-dea redundante que se aspira hacia la glotis en la inspiración. A. En espiración. B. En inspiración.



Figura 2. Laringomalacia tipo II. Epiglotis tubular y repliegues aritenopiglóticos cortos. Colapso de las estructuras supraglóticas en la inspiración. A. En espiración. B. En inspiración.



Figura 3. Laringomalacia tipo III. Desplazamiento posterior de la epiglotis, que obstruye la entrada laríngea en la inspiración. A. En espiración. B. En inspiración.

Tratamiento

En la mayoría de los casos la conducta es expec-tante, requiere observación y control del reflujo gas-troesofágico. En las formas obstructivas se realiza microcirugía laríngea con sección de los repliegues aritenopiglóticos, extracción de mucosa redundante de los aritenoides o epiglotopexia a base de len-gua (supraglotoplastia). La traqueotomía está indi-cada si se acompaña de traqueomalacia grave o de neuropatías asociadas^{1,2,5}.

Puntos claves

Es el estridor laríngeo congénito más frecuente.

El desarrollo pondoestatural es el que marca la indicación quirúrgica.

En caso de microcirugía laríngea es fundamental respetar la mucosa interaritenoides, ya que dejar dos superficies cruentas en dicho nivel produce una sinequia postquirúrgica en la comisura posterior de difícil resolución.

Quistes congénitos de laringe

Representan el 1,5% de las anomalías congénitas de la laringe⁶. Pueden ser: saculares (25%) o ductales (75%)^{7,8}.

Quiste sacular

Definición

Se desarrolla a nivel supraglótico por la atresia de la abertura del sáculo del ventrículo laríngeo. Es una dilatación con contenido mucoso del sáculo⁶⁻⁹.

Clasificación

Hay 2 tipos: el anterior, que se proyecta en la región anterior del ventrículo y protruye en la luz laríngea entre la cuerda vocal falsa y verdadera, y el lateral, que es más frecuente y más grande, y se presenta como un abultamiento de la banda ventricular y/o del repliegue ariepiglótico^{8,9} (Figuras 4 y 5).

Cuadro clínico

Es una lesión inusual que se presenta en el período neonatal o en la infancia temprana. El signo típico es el estridor inspiratorio. Puede estar presente desde el nacimiento, y a medida que aumenta el tamaño del quiste, el estridor se puede acrecentar. El estridor puede disminuir cuando el bebé se acuesta del lado afectado y aumentar en la posición contralateral⁶. A medida que el quiste crece se asocia a dificultad respiratoria progresiva, episodios de cianosis y apneas, cambios en la voz (percibidos como llanto ronco o apagado), y dificultad en la alimentación^{8,9}.

Diagnóstico

Si bien la radiografía lateral de cuello permite ver la mayoría de los quistes, se prefiere la tomografía computada o la resonancia magnética, debido a la mayor definición de la lesión en cuanto al tamaño, localización, extensión y relación anatómica. La fibrolaringoscopia puede aproximarnos al diagnóstico, y la laringoscopia directa bajo anestesia general con intubación permite asegurar la vía aérea y confirmar el mismo^{6,8,9}.

Tratamiento

El tratamiento incluye asegurar la vía aérea, generalmente con tubo endotraqueal o en algunos casos con traqueotomía, y la remoción del quiste,



Figura 4. Quiste sacular anterior derecho. A. Resonancia magnética. B. Endoscopia.



Figura 5. Quiste sacular lateral izquierdo. A. Radiografía simple. B. Endoscopia.

siendo el abordaje endoscópico el de elección (instrumental frío o láser de CO²).

La aspiración con aguja del quiste puede, ocasionalmente, obviar la necesidad de traqueotomía y/o de una terapia más definida. Si el quiste reaparece después de la punción, se recomienda la excisión endoscópica. La marsupialización rara vez es suficiente, siendo necesaria la remoción completa de la pared del quiste para prevenir recidiva⁶.

El abordaje externo se reserva para la recurrencia luego de tratamiento endoscópico o en caso de lesión compleja^{8,9}.

Puntos claves

Diferencias con la laringomalacia: la laringomalacia nunca provoca cambios en la calidad de la voz. En el quiste el llanto puede ser apagado o ronco. En la laringomalacia el estridor disminuye en posición prona, en cambio en el quiste lateral, los síntomas disminuyen cuando el bebé se acuesta del lado afectado y aumentan en la posición contralateral.

Quiste ductal

Definición

Se origina de la obstrucción del conducto de glándulas submucosas, y se localiza principalmente en vallécula⁶.

Cuadro clínico

La clínica depende de la localización (faringolaríngea o subglótica) y tamaño del quiste. Puede provocar síntomas de obstrucción de la vía aérea y/o dificultad en la deglución. Cuando se localiza en la vallécula, el estridor es inspiratorio y disminuye en posición prona. El quiste subglótico presenta estridor bifásico o inspiratorio ^{8,10}.

Usualmente se presenta más tardíamente que el quiste sacular, causando dificultad en la deglución ⁷.

Diagnóstico

Se confirma mediante evaluación endoscópica y estudios por imágenes (Figura 6).

Tratamiento

El tratamiento es quirúrgico. Consiste en la remoción del quiste, siendo el abordaje endoscópico el de elección.

Puntos claves

Se debe considerar a la tiroides lingual en el diagnóstico diferencial de quiste en base de lengua. Es fundamental evaluar la función tiroidea y solicitar gammagrafía para confirmar el diagnóstico ¹⁰.

Cuerpos extraños en laringe

Definición

Los cuerpos extraños en laringe son cualquier elemento (orgánico o inorgánico) que se aspira a la vía aérea y queda alojado en la laringe. La laringe es la localización menos frecuente (2-14%) de los cuerpos extraños en vía aérea, salvo en los menores de 1 año ^{1,11}. Puede constituir una emergencia.

Los cuerpos extraños finos y puntiformes (espina de pescado), redondeados y blandos (uva, aceituna), y laminares y livianos (cáscara de huevo) pueden permanecer intralaringeos ^{11,12} (Figura 7).

Cuadro clínico

Si la obstrucción es completa provocará dificultad respiratoria, cianosis e incluso paro respiratorio seguido de muerte. Si la obstrucción es parcial producirá estridor, disfonía, tos crupal, odinofagia y disnea. El estridor es inspiratorio y de inicio brusco.

Cuando el cuerpo extraño es gloto-supraglótico se acompaña de disfagia con sialorrea ¹³.

Diagnóstico

El factor más importante para el diagnóstico es la presencia de la historia de asfixia ¹³. En caso de sospecha de cuerpo extraño laríngeo, la radiografía de



Figura 6. Quiste de vallécula. A. Radiografía simple. B. Endoscopia.



Figura 7. Cuerpos extraños en laringe (lámina de plástico, resorte, hueso de pollo).

cuello anteroposterior y perfil puede ayudar a confirmar la aspiración pero no debe ser utilizada para excluirla, ya que la mayoría de los cuerpos extraños en vía aérea son radiotransparentes. La sospecha de aspiración es indicación de endoscopia ^{13,14}.

Tratamiento

Si el paciente presenta crisis de asfixia y disnea extrema con cianosis, cuadro que conducirá al paro respiratorio, corresponde realizar:

Lactantes y niños menores de 4 años: colocarlo sobre el antebrazo boca abajo, golpeando la espalda 5 veces para provocar la salida brusca de aire.

Niños mayores de 4 años: realizar maniobra de Heimlich.

Si aun después de estas maniobras el niño claudica, deberá ser intubado con el fin de empujar el cuerpo extraño hacia un bronquio permitiendo la ventilación. La indicación de traqueotomía de emergencia es una opción reservada para estos casos.

Si el paciente no está completamente obstruido y puede movilizar aire adecuadamente, la maniobra de Heimlich u otros intentos de remoción pueden sin intención obstruir completamente la vía aérea. El paciente debe ser llevado inmediatamente a una institución que tenga el equipamiento y personal apropiado para manejar el problema ¹¹.

La laringoscopia directa bajo anestesia general es el método más rápido y efectivo de diagnóstico y tratamiento. La extracción debe realizarla personal especializado, con el instrumental adecuado. La

anestesia indicada es la inhalatoria, en respiración espontánea. Después de la extracción, se debe evaluar nuevamente la laringe y realizar una broncoscopia rígida para descartar otros cuerpos extraños ¹.

Puntos claves

Cuando la obstrucción de la vía aérea es incompleta no se deben intentar maniobras de extracción.

Una historia de sospecha de aspiración de cuerpo extraño requiere evaluación endoscópica, incluso si los síntomas no son concluyentes o no están presentes.

Se debe sospechar de cuerpo extraño en laringe frente a "laringitis" que comienza en horas no habituales y que no mejora con el tratamiento usual.

Tumores laríngeos supraglóticos

Definición

Los tumores de laringe son poco frecuentes en los niños. Representan el 2% de las anomalías laríngeas en pediatría. Del tamaño y la localización de la masa tumoral dependen los síntomas que se producen en relación con disfunción respiratoria y fonatoria ^{15,16}.

Clasificación

Pueden ser benignos (98%) o malignos (2%) ^{15,16}.

Tumores benignos:

Aunque no son malignas, estas lesiones pueden poner en peligro la vida debido a que afectan la vía respiratoria obstruyéndola. Se caracterizan por el lento crecimiento, los síntomas insidiosos y la tendencia a recidivar si su resección ha sido incompleta. Pueden ser de origen epitelial (papiloma), cartilaginoso (condroma), glandular (adenoma), vascular (angioma, malformaciones vasculares), neural (neurofibroma), adiposo (lipoma), muscular (rabdomioma) o en tejido fibroso (fibroma) ¹⁵⁻¹⁷.

La papilomatosis laríngea es el tumor laríngeo benigno de mayor frecuencia en la infancia. Afecta principalmente las cuerdas vocales y la supraglotis, y se puede extender a la subglotis y a la vía aérea inferior.

Tumores malignos:

Representan menos del 0,1% de las neoplasias de cabeza y cuello en niños y adolescentes, siendo el carcinoma escamoso y el rabdomioma embrionario los tumores laríngeos malignos más comunes. Otros tumores, como el linfoma primario de laringe, son excepcionales en la infancia ¹⁸.



Figura 8. Tumores de laringe. A. Malformación vascular. B. Neurofibroma. C. Linfoma.

La mayoría de los casos documentados son carcinomas de tipo escamoso, siendo el sitio más común de localización de la lesión la glotis y, menos frecuentemente, la supraglotis. El linfoma no Hodgkin de laringe, se relaciona a inmunodeficiencias primarias y secundarias, y al virus Epstein Barr. Los linfomas de células B son más frecuentes que los de células T (relación 6:1), y el sitio de localización más común es la supraglotis ¹⁹.

Cuadro clínico

Depende del sitio de implantación y del tamaño del tumor. Los tumores supraglóticos se manifiestan con estridor inspiratorio, disfagia, voz apagada y disnea cuando el tamaño es grande; hay casos en que la primera queja puede ser la sensación de presión o de cuerpo extraño en la faringe. Los tumores malignos pueden presentar dolor localizado o referido (dolor irradiado al oído), lo que no es común en las lesiones benignas, y pérdida de peso. Cuando se ulceran puede aparecer hemoptisis.

Diagnóstico

La evaluación endoscópica temprana de la laringe es importante en niños que se presentan con síntomas sugestivos de patología laríngea (Figura 8). Métodos auxiliares de valor son la tomografía computada y la resonancia magnética. El diagnóstico de certeza lo proporciona la biopsia. El estudio inmunohistoquímico puede ser importante para definir la variedad celular.

Tratamiento

Tumores benignos supraglóticos: el tratamiento de elección es la resección completa de la lesión, por vía endoscópica o externa. Las técnicas a emplear deben acusar mínimas alteraciones estructurales y funcionales de la laringe. En las malformaciones vasculares el tratamiento usual incluye resección de las formas localizadas o escleroterapia.

Tumores malignos: debido a la rareza del cáncer laríngeo no existe consenso en el tratamiento, por lo cual se lo basa en la experiencia con adultos. Se debe hacer un esfuerzo especial para preservar las funciones de la laringe, y evitar complicaciones a

largo plazo. Algunos autores sugieren que el cáncer escamoso supraglótico, que tiene curso rápidamente progresivo, debe ser tratado radicalmente. En cambio, en el cáncer glótico la preservación laríngea debe ser la preferida. El seguimiento a largo plazo es muy importante 18.

En el rhabdomyosarcoma la cirugía radical se emplea en casos determinados. En la mayoría de los pacientes se recomienda radioterapia y quimioterapia 20.

Si bien la incidencia de linfoma primario de laringe es marginal, el tratamiento de los linfomas, considerados como enfermedades sistémicas, no varía con la localización sino con la variedad biológica, y no requieren un tratamiento quirúrgico local ablativo. La radioterapia y la quimioterapia son las estrategias terapéuticas más comúnmente aceptadas para el tratamiento del linfoma primario de laringe. La cirugía puede ser esencial para establecer una vía aérea segura en linfomas que se presentan con obstrucción respiratoria o en caso de hemorragia masiva 19.

Puntos claves

Un alto índice de sospecha es necesario para el diagnóstico precoz de los tumores de laringe, el cual reviste importancia terapéutica.

El pronóstico depende, entre otros factores, del tipo histológico y de la respuesta inicial al tratamiento.

Bibliografía

- Rodríguez H, Cuestas G, Roques M, Rodríguez D'Aquila JA. Estridores laríngeos. En: Sih T, Chinski A, Eavey R, Godinho R, editores. XII IAPO Manual of pediatric otorhinolaryngology. Editorial Gráfica Forma Certa, San Pablo, Brasil; 2014: 95-128.
- Rodríguez H. Patología estructural de laringe y tráquea. En: Enfermedades respiratorias pediátricas. Mc Graw Hill Interamericana Editores SA. México 2003: 351-60.
- Edmondson NE, Bent JP 3rd, Chan C. Laryngomalacia: the role of gender and ethnicity. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2011; 75:1562-4.
- Monnier P. Laryngomalacia. En: Monnier P, editor. *Pediatric airway surgery. Management of laryngotracheal stenosis in infants and children*. Springer, Switzerland 2011: 99-106.
- O'Connor TE, Bumbak P, Vijayasekaran S. Objective assessment of supraglottoplasty outcomes using polysomnography. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2010; 73:1211-6.
- Monnier P. Ductal cysts, saccular cysts and laryngoceles. En: Monnier P, editor. *Pediatric airway surgery. Management of laryngotracheal stenosis in infants and children*. Springer, Switzerland 2011:141-5.
- Prowse S, Knight L. Congenital cysts of the infant larynx. *Int J Pediatric Otorhinolaryngol* 2012; 76:708-11.
- Rodríguez H, Cuestas G, Zanetta A. Quistes congénitos de laringe: saculares y ductales. *Revista FASO* 2013; 20:53-8.
- Rodríguez H, Zanetta A, Cuestas G. Quiste sacular congénito de laringe: una causa rara de estridor en neonatos y lactantes. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2013; 64:50-4.
- Rodríguez H, Cuestas G, Solernou V. Quiste de vallécula congénito en un lactante. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2015; 66:59-60.
- Rodríguez H, Passali GC, Gregori D, Chinski A, Tiscornia C, Botto H, et al. Management of foreign bodies in the airway and oesophagus. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2012; 76 Suppl 1:84-91.
- Lescanne E, Soïn C, Ployet MJ, Lesage V et Mercier C. Corps étrangers laryngo-trachéo-bronchiques. *Encycl Méd Chir Otorhinolaryngologie* 1997; 20-730-A-10,10 p.
- Rodríguez H, Cuestas G, Ballali S, Sica G, Widmann W, Carca S, et al. Foreign bodies injuries in children in Argentina: a countrywide program connecting evidence with prevention. *Open Pediatr Med Journal* 2012; 6:16-22.
- Rodríguez H, Cuestas G, Gregori D. Cuerpo extraño en laringe en un lactante. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2015; 66:124.
- Monnier P. Neoplastic lesions of the larynx and trachea. En: Monnier P, editor. *Pediatric airway surgery. Management of laryngotracheal stenosis in infants and children*. Springer, Switzerland 2011: 217-27.
- Rodríguez H, Cuestas G. Tumores de laringe. En: Rodríguez H, editor. *Disfonías infantiles*. VII Manual de la AAOFP; 2014: 116-9.
- Rodríguez H, Cuestas G, Cocciaglia A, García Davila MT. Neurofibromatosis tipo I con compromiso laríngeo en un lactante. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2014; May 17.
- Zanetta A, Cuestas G, Méndez N, Rodríguez H, Tiscornia C, Magaró M, et al. Cáncer de laringe en niños. Caso clínico. *Arch Argent Pediatr* 2012; 110:e39-e42.
- Palenzuela G, Bernard F, Gardiner Q, Mondain M. Malignant B cell non-Hodgkin's lymphoma of the larynx in children with Wiskott Aldrich syndrome. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2003; 67:989-93.
- Pittore B, Fancello G, Cossu Rocca P, Ledda GP, Tore G. Rhabdomyosarcoma: a rare laryngeal neoplastic entity. *Acta Otorhinolaryngol Ital* 2010; 30:52-7.