

# Parálisis cordal bilateral congénita

Dra. Perla Villamor Rojas  
Dr. Steven Osorio Anaya

## ANAMNESIS

Paciente masculino de 20 días de nacido. Antecedente de embarazo normoevolutivo, parto vaginal a las 39 semanas de gestación. Desde el nacimiento presenta cianosis, estridor y marcada dificultad para respirar por lo que es intubado e ingresado a la Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal (UCIN). Durante su estancia en UCIN se realizan dos intentos de extubación fallidos por lo que se solicita valoración al servicio de Otorrinolaringología Pediátrica.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente bajo sedoanalgesia en UCIN, intubación oro-traqueal con tubo 3.5 en posición y funcional, adecuados parámetros ventilatorios, auscultación pulmonar sin ruidos patológicos.

## ESTUDIOS DE SOLICITADOS

Se realiza nasofibrolaringoscopia bajo respiración espontánea evidenciándose inmovilidad cordal bilateral (Figura 1).

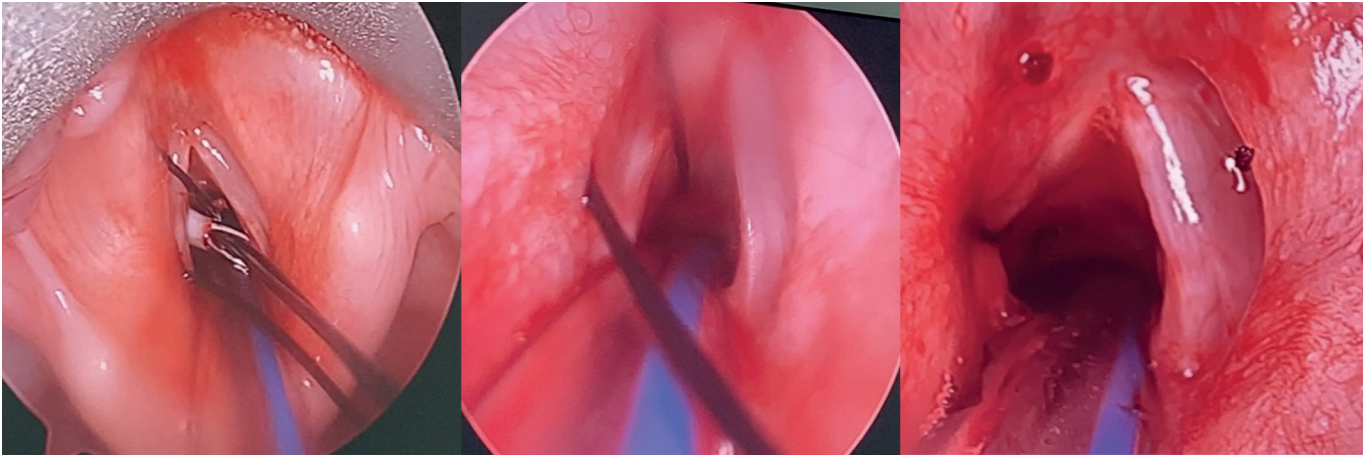
Adicionalmente, se le lleva a laringotraqueoscopia bajo sedación, se descarta lesión aguda de vía aérea por intubación prolongada, tampoco se encuentran malformaciones congénitas en vía aérea, ni malacias; resto de vía aérea superior normal hasta la carina.

## DIAGNÓSTICOS DIFERENCIALES

Entre los diagnósticos diferenciales en pacientes con compromiso congénito de la vía aérea están la laringomalacia, inmovilidad de cuerdas vocales, estenosis subglóticas congénitas o malformaciones vasculares.



**FIGURA 1** Nasofibrolaringoscopia en la cual se evidencia inmovilidad cordal bilateral con limitación para la abducción de pliegues vocales. Fuente: cortesía de los autores.



**FIGURA 2** Visión endoscópica de cordopexia izquierda realizada por punción externa con intracat 20G  
Fuente: cortesía de los autores.

### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

El paciente es llevado a laringoscopia de suspensión bajo anestesia general y se realiza cordopexia de cuerda vocal izquierda con sutura PDS 2-0 mediante punción cervical externa (Figura 2).

Se procede a extubación del paciente con micronebulizaciones de dexametasona cada 8 horas y oxigenoterapia por máscara de alto flujo Venturi 50 %. En las siguientes 72 horas se realiza destete progresivo de sistema de alto flujo, traslado a sala general, oxigenoterapia por puntas nasales con destete completo de oxígeno al día 6 posoperatorio. Se evidencia adecuada ventilación, alimentación mixta con leche materna y de fórmula sin episodios de aspiración, cinedeglución dentro de límites normales, llanto levemente disfónico.

Durante el seguimiento se realizan nasofibrolaringoscopias mensuales; aproximadamente al cuarto mes posoperatorio se evidencia reabsorción de pexia y mejoría progresiva de inmovilidad cordal, persistiendo leve inmovilidad izquierda sin compromiso ventilatorio ni de la deglución. Se continúa terapia fonoaudiológica y 1 año después durante su seguimiento el paciente recupera totalmente la movilidad cordal. Actualmente, sano y en vigilancia.

### COMENTARIO FINAL

Los neonatos con parálisis bilateral de cuerdas vocales tienen un porcentaje importante de resolución espontánea, en especial en los casos idiopáticos. Una revisión sistemática realizada por Jomah y colaboradores acerca de la recuperación espontánea de la parálisis cordal bilateral congénita idiopática reporta una tasa de recuperación espontánea del 64 %, la cual ocurrió en los primeros 6 meses en una tercera parte de los pacientes y el resto en el transcurso del primer año de vida. Otras series de casos han descrito resolución espontánea desde periodos tan cortos como 4 semanas hasta

periodos largos de hasta 11 años. En las parálisis iatrogénicas se han visto tasas de resolución espontánea del 46 al 64 % de los casos en el transcurso de 12 a 24 meses.

En la actualidad se han descrito varias opciones para el tratamiento quirúrgico de la parálisis bilateral de cuerdas vocales en neonatos, muchas con el objetivo de evadir la traqueostomía y la distorsión de la anatomía laríngea, pero ninguno de los procedimientos mencionados anteriormente se puede considerar 100 % eficaz y seguro. Aunque en varias de las series mencionadas se reportan tasas de éxito elevadas, se debe tener en consideración que todos presentan una muestra muy pequeña, por lo que deberían realizarse otros estudios para definir de una mejor manera los resultados obtenidos y seleccionar apropiadamente a los pacientes.

La lateralización cordal percutánea endoscópica es una técnica para el manejo de la parálisis cordal bilateral que ha sido utilizada por décadas en población adulta y que actualmente se ha implementado en niños y neonatos. El procedimiento se realiza bajo anestesia general en ventilación espontánea y laringoscopia de suspensión. Inicialmente se inserta una aguja calibre 20 a 22G en la región cervical, aproximadamente 7 mm lateral a la línea media en el borde inferior del cartílago tiroideo y se introduce en la vía aérea por debajo del pliegue vocal, justo anterior al proceso vocal. Se introduce una sutura de prolene o PDS a través de la aguja y una vez que ha sido recuperada en la vía aérea con instrumental de micropinzas laríngeas la aguja se retira. Posteriormente se introduce otra aguja en un punto levemente superior al sitio de la punción previa, la cual debe entrar en la vía aérea a nivel del ventrículo, justo superior al pliegue vocal y anterior al proceso vocal. Una vez realizado este paso, se procede a insertar a través de la aguja una sutura a modo de lazo y una vez dentro de la vía aérea el extremo de la sutura #1 es pasado a través del lazo de la sutura #2. El lazo de la sutura #2 es entonces retirado por medio de la aguja trayendo la sutura #1 con él. En este punto la sutura #1 se encuentra alrededor del ligamento vocal con sus extremos por fuera del cuello, los cuales son anudados y colocados dentro del tejido subcutáneo del paciente. La intubación posoperatoria se considera de manera individual en cada paciente.

Un estudio realizado por Montague y colaboradores describe el uso de esta técnica en seis neonatos con parálisis bilateral de cuerdas vocales y reporta una tasa de éxito del 100 % en cuanto a la evitación de la traqueostomía y el mantenimiento de una vía aérea permeable a largo plazo. Sin embargo, existe el riesgo de complicaciones como la aspiración que puede llegar a requerir la realización de alguna intervención.

## LECTURAS RECOMENDADAS

1. Cheng J. Congenital and Acquired Disorders of the Vocal Folds. En: Liou J, Sobol SE. Disorders of the neonatal airway. New York: Springer; 2015: 67-74.
2. Jomah M, Jeffery C, Campbell S, Krajacic A, El- Hakim H. Spontaneous recovery of bilateral congenital idiopathic laryngeal paralysis: systematic non-meta-analytical review. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2015;79:202-9.
3. Sedaghat S, Tapia M, Fredes F, Rojas P. Endoscopic management of bilateral vocal fold paralysis in newborns and infants. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2017;97:13-7.
4. Montague GL, Bly RA, Nadaraja GS, Conrad DE, Parikh SR, Chan DK. Endoscopic percutaneous suture lateralization for neonatal bilateral vocal fold immobility. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2018;108:120-4.

## PREGUNTA

¿Cuál es el pronóstico de recuperación espontánea de una parálisis cordal congénita a 6 meses?

- a) Entre el 50 al 70 %
- b) 100 %
- c) Menos del 50 %
- d) Entre el 70 al 90 %



Academia Mexicana de Pediatría, A.C.

Contenido Académico Patrocinado por Chinoin