

Laringomalacia severa

Dra. María Mónica Baquero, MD

IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

MMC, 2 meses, femenina.

PADECIMIENTO ACTUAL

Cuadro clínico desde el nacimiento, con estridor inspiratorio, intenso, episodios de cianosis y retracciones costales asociados a la alimentación y en ocasiones con el llanto. Los episodios de dificultad respiratoria, así como el estridor han ido empeorando con el tiempo, este último empeora en decúbito supino y durante la alimentación. Adicionalmente ha tenido pobre ganancia de peso.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Paciente con cianosis peribucal, estridor inspiratorio a distancia en reposo, no disfonía, retracciones supraesternales y costales permanentes (Figura 1A, 1B).

DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL

Laringomalacia.

ESTUDIOS

Nasolaringoscopia con el paciente despierto, en la cual se evidencia repliegues ariepiglóticos cortos, mucosa aritenoides redundante, con colapso inspiratorio durante la inspiración (Figura 2). Presenta adecuada movilidad de los pliegues vocales.

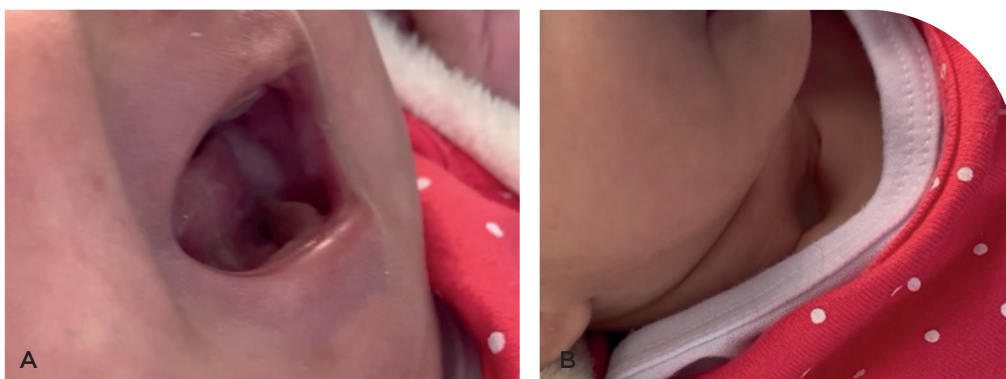


FIGURA 1 Paciente con cianosis peribucal (A) y retracción supraesternal inspiratoria (B)
Fuente: cortesía de la autora.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Parálisis bilateral de pliegues vocales.
Estenosis subglótica congénita.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Laringomalacia severa.

TRATAMIENTO

Se programa la paciente para realizar supraglotoplastia. Se realiza inicialmente una nueva nasolaringoscopia para confirmar los hallazgos realizados en consulta.

Bajo anestesia general, ventilación espontánea, se realiza una broncoscopia rígida para evaluar la presencia o no de otras lesiones sincrónicas de la vía aérea. En este paciente no se encontraron otras lesiones asociadas.

Posteriormente, se lleva a cabo laringoscopia de suspensión con laringoscopio Parsons. Se realiza tracción medial la mucosa aritenoides derecha y con tijera de laringe se reseca la mucosa aritenoides redundante. Posteriormente se realiza corte del repliegue ariepiglótico derecho, teniendo precaución de realizar la incisión lo más anterior (cercano a la epiglotis) para evitar sinequias con la incisión de la mucosa aritenoides. Se realiza igual procedimiento en la mucosa aritenoides izquierda y el repliegue ariepiglótico izquierdo.

La paciente extubada se traslada a recuperación y se deja en vigilancia intrahospitalaria durante una noche (Figura 3).

Posterior al procedimiento, la paciente presenta adecuada evolución, sin estridor, sin dificultad respiratoria y tolera la vía oral.

En el control posoperatorio a 1, 3 y 6 meses se encuentra sin estridor, sin cianosis peribucal, sin retracciones costales y con adecuada ganancia de peso.

COMENTARIO FINAL

Todos los pacientes con estridor deben tener una evaluación clínica completa dentro de la cual siempre debe incluirse una nasolaringoscopia con el paciente

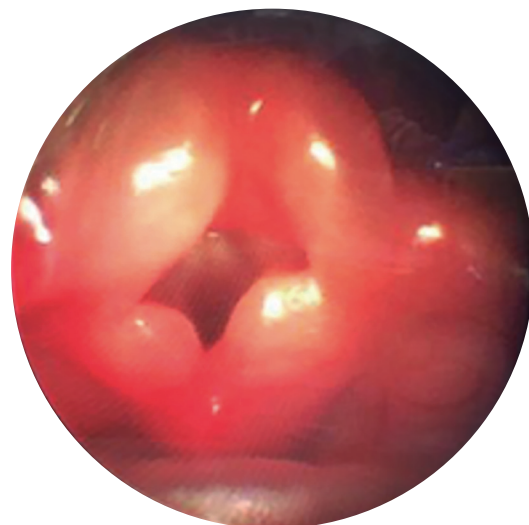


FIGURA 2 Hallazgos endoscópicos: repliegues ariepiglóticos cortos con mucosa aritenoides redundante
Fuente: cortesía de la autora.



FIGURA 3 Imagen endoscópica de posoperatorio inmediato supraglotoplastia
Fuente: cortesía de la autora.

despierto. Se deben recordar las principales causas de estridor congénito, que son: laringomalacia, parálisis bilateral de pliegues vocales y estenosis subglótica.

El manejo de la mayoría de los pacientes consta de observación clínica, educación a los padres sobre los signos de alarma (cianosis, apnea, *cor pulmonale*, falla del crecimiento/ganancia de peso, BRUE [por sus siglas en inglés: *brief, resolved unexplained event*]). Entre el 10 al 20 % de los pacientes con laringomalacia necesitarán algún tipo de manejo quirúrgico. En este caso, se trataba de una paciente que presentaba laringomalacia con signos clínicos de severidad, por lo que fue llevada a manejo quirúrgico -supraglotoplastia-, con un buen resultado.

LECTURAS RECOMENDADAS

Ospina J. Laringomalacia – Abordaje y Manejo Médico-Quirúrgico. VI Manual de Otorrinolaringología Pediátrica de la IAPO. 2007: 99-103.
Monnier P. Pediatric Airway Surgery. Part II: Congenital Anomalies of the Larynx and Trachea. Laryngomalacia (LM). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; 2011: 99-106.

PREGUNTA

¿Cuáles son los criterios de severidad en pacientes con laringomalacia?

- a) Estridor audible a distancia que empeora con los cambios de posición
- b) Pobre ganancia de peso, cianosis, retracciones costales
- c) Estridor que mejora con la alimentación
- d) Cuando el estridor no mejora con los cambios de posición



Academia Mexicana de Pediatría, A.C.

Contenido Académico Patrocinado por Chinoin