

# Estenosis glótica posterior.

## Tratamiento con *split* cricoideo posterior endoscópico

Dr. Juan Camilo Ospina, MD

### IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

MM, 13 años, masculino.

### PADECIMIENTO ACTUAL

Paciente víctima de accidente de tránsito presenta traumatismo craneoencefálico severo. Fue manejado en Unidad de Cuidados Intensivos con intubación endotraqueal prolongada, por lo cual se realizó traqueostomía. Una vez el paciente superó las morbilidades secundarias al traumatismo, se inició evaluación para intento de decanulación.

### EXPLORACIÓN FÍSICA

Se realiza fibrolaringoscopia encontrando inmovilidad bilateral de pliegues vocales. Con el examen no es posible diferenciar si se trata de parálisis bilateral en aducción o si hay una fijación bilateral de articulaciones cricoaritenoides (Figura 1).

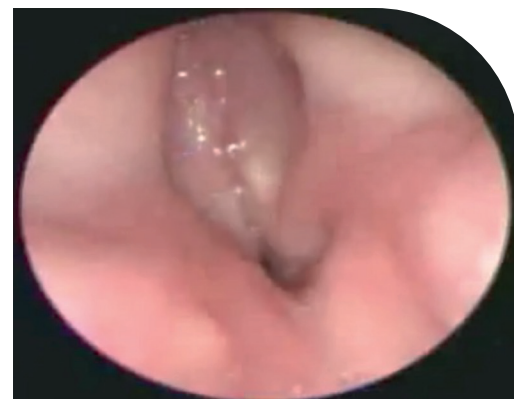
Se pasa paciente a exploración bajo anestesia general y se encuentra inmovilidad bilateral de pliegues vocales. Se observa membrana glótica posterior. Se sospecha estenosis glótica posterior Bogdasarian y Olsen G IV (Figura 2).

### DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL

Inmovilidad bilateral de pliegues vocales.

### ESTUDIOS

Se completa exploración de vía aérea encontrando subglotis normal, cánula de traqueostomía funcionando adecuadamente. Resto de tráquea y bronquios normales. Pruebas de función pulmonar normales, acordes con paciente traqueostomizado.



**FIGURA 1** Inmovilidad bilateral de pliegues vocales. Parálisis vs. fijación  
Fuente: cortesía del autor.



**FIGURA 2** Inmovilidad bilateral. Estenosis glótica posterior  
Fuente: cortesía del autor.

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Parálisis bilateral en aducción vs. fijación cricoaritenoidea bilateral.  
Estenosis glótica posterior (Bogdasarian y Olsen grado IV).

## TRATAMIENTO

Se decide realizar un *split* cricoideo posterior endoscópico con injerto costal. Se administra anestesia general inhalatoria a través de la traqueostomía. Se obtiene injerto de cartílago costal y se talla. Se realiza división del cuerpo posterior del cricoides con láser de CO<sub>2</sub> respetando el esófago (Figura 3).

Se inserta el injerto costal previamente tallado y reparado con una sutura de prolene 3-0 (Figura 4).

Se verifica la estabilidad del injerto y la expansión del cartílago en su segmento posterior (Figura 5).

Seis semanas después se revisa y se observa apropiada expansión de la glotis posterior. El paciente tolera vía oral sin aspiración, se lleva a cabo protocolo de decanulación y el paciente logra ser decanulado (Figura 6).

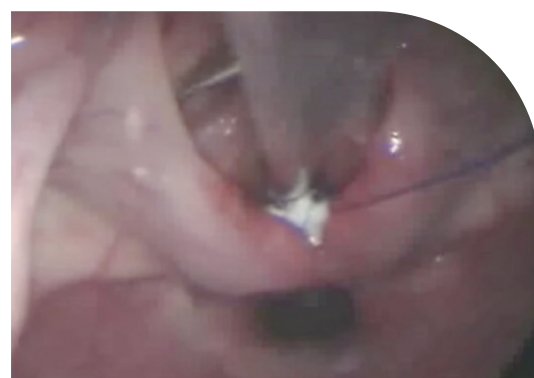
## COMENTARIO FINAL

La estenosis glótica posterior es un reto para el cirujano de vía aérea. Su objetivo es dividir y expandir la lámina posterior del cricoides por medio de un injerto cartilaginoso de costilla, similar al usado en procedimientos abiertos. La selección del paciente es fundamental y el estudio preoperatorio debe enfocarse en determinar si la inmovilidad de los pliegues vocales se debe a una parálisis de estos o si hay una fijación mecánica producto de una anquilosis o fibrosis cricoaritenoidea.

Las estenosis glóticas posteriores pueden recidivar con relativa facilidad después de procedimientos endoscópicos limitados, como cortes en frío, dilataciones con balones o incisiones con láser. La expansión del cartílago teóricamente permite una ganancia significativa en el área útil de la vía aérea y limita la reorganización del tejido fibroso.



**FIGURA 3** División del cricoides en toda su extensión. Al fondo se ve la cánula de traqueostomía  
Fuente: cortesía del autor.

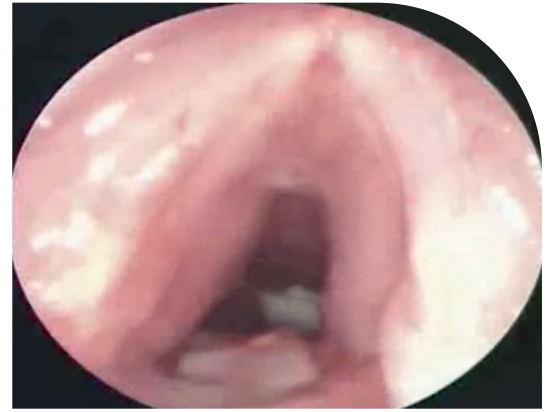


**FIGURA 4** Inserción a presión del injerto costal. Los bordes del injerto se ajustan por debajo de cada borde expuesto del cricoides  
Fuente: cortesía del autor.



**FIGURA 5** Injerto costal en posición  
Fuente: cortesía del autor.

Para el cirujano con poca experiencia, el candidato ideal es un paciente que ya esté traqueostomizado. Para el cirujano más experimentado, la ausencia de traqueostomía no es una limitante. Algunos autores sugieren que además de la división posterior del cricoides, debe hacerse una división anterior, para disminuir la fuerza y la memoria del cartílago para recuperar su forma original. El seguimiento cercano en el posoperatorio es fundamental para lograr la meta de decanular al paciente.



**FIGURA 6** Adecuada expansión y remucosalización glótica posterior. Cánula de traqueostomía al fondo  
Fuente: cortesía del autor.

## LECTURAS RECOMENDADAS

Inglis AF, Perkins JA, Manning SC, Mouzakes J. Endoscopic posterior cricoid Split and rib grafting in 10 children. *Laryngoscope*. 2003Nov;113(11):2004-9. doi: 10.1097/00005537-200311000-00028

## PREGUNTA

**La estenosis glótica posterior tipo IV según la clasificación de Bogdasarian y Olsen consiste en:**

- a) Banda fibrosa interaritenoides con luz posterior a la misma sin fijación aritenoides
- b) Banda fibrosa interaritenoides sin luz posterior a la misma sin fijación aritenoides
- c) Banda fibrosa interaritenoides con fijación unilateral de aritenoides
- d) Banda fibrosa interaritenoides con fijación bilateral de aritenoides



Academia Mexicana de Pediatría, A.C.

Contenido Académico Patrocinado por Chinoin