

Mesa Redonda: MANEJO DE VÍA AÉREA SUPERIOR

Tema: Estenosis laringotraqueales congénitas y adquiridas

Autor: Dr. Hugo Rodríguez

Fecha: Sábado 24 de noviembre de 2012

La ES es la disminución del calibre de la subglotis, y es una de las causas más comunes de obstrucción de la vía aérea. Más del 90% de las ES son adquiridas, siendo la intubación y asistencia respiratoria mecánica la causa principal, otras etiologías de menor incidencia son las quemaduras térmicas y/o químicas, infecciones, reflujo gastroesofágico, traumatismos externos, dilataciones laríngeas, lesiones quirúrgicas secundarias y una traqueotomía alta, a nivel del anillo cricoides. El estridor es bifásico o principalmente inspiratorio, de tonalidad grave. Aumenta con el llanto, la alimentación y los esfuerzos. La presentación clínica depende de la extensión y grado de la estenosis, y de la condición médica subyacente. Se presenta como un cuadro obstructivo laríngeo de gravedad variable, en neonatos o niños con antecedentes de intubación, instrumentación o trauma de la vía aérea. El primer signo de desarrollo de estenosis puede ser el fracaso de la extubación (o la necesidad de reintubar con un tubo endotraqueal más pequeño). A veces, niños mayores con trauma subglótico pueden extubarse exitosamente pero desarrollan síntomas de insuficiencia respiratoria en pocas semanas conforme progresa la fibrosis. Los síntomas principales que acompañan al estridor bifásico son disnea, tiraje y llanto débil. En casos graves se puede observar tiraje intercostal, supraesternal y diafragmático, deformidad torácica, y dificultad para la alimentación. Si la estenosis involucra la glotis afectando la motilidad de las cuerdas vocales puede causar disfonía o afonía, aspiración y neumonía. Se deberá realizar una exhaustiva valoración previa del paciente, con imágenes y con endoscopias con anestesia local (con fibra óptica flexible) para valorar la integridad de las estructuras supraglóticas (movimiento de cuerdas vocales y aritenoides) y con anestesia general (con instrumental rígido: laringoscopios de tipo Jackson y Holinger), que nos dará las características de la lesión, para así poder clasificar el grado de oclusión, las características anatómicas, el compromiso de estructuras cartilaginosas (pericondritis), la dureza al tacto con instrumental de la región dañada, y el compromiso de estructuras vecinas a la subglotis (extensión a tráquea). La radiografía cervical en hiperextensión con técnica de partes blandas, en proyección anteroposterior y perfil, es muy útil para demostrar la existencia de un estrechamiento subglótico. La tomografía computada a nivel de la laringe y la tráquea proporciona información precisa de la localización, tamaño y extensión de la estenosis, y la tomografía computada tridimensional puede ser de gran utilidad de cara a plantear la estrategia quirúrgica. Se debe realizar estudio de reflujo gastroesofágico. Está demostrado la influencia negativa del mismo en las estructuras laringotraqueales, pudiendo hacer fracasar el tratamiento. Fue clasificada por Cotton en 4 grados dependiendo del porcentaje de luz comprometido (grado I: obstrucción de hasta el 50%, grado II: hasta el 70%, grado III: hasta el 99%, grado IV: sin luz perceptible). La clasificación de Myer-Cotton modificada por Monnier agrega al porcentaje de obstrucción, si la estenosis es aislada (a), si se asocia a comorbilidades (b), si involucra la glotis (c), o ambas (d). Factores predisponentes de estenosis post-intubación son ¹: Paciente: tamaño pequeño y forma anormal de la laringe, formación de queloide, factores sistémicos que ocasionan hipoperfusión de la mucosa (hipotensión, anemia, sepsis, shock), reflujo gastroesofágico, infección. Tubo endotraqueal: de gran tamaño, dureza excesiva. Intubación: traumática, múltiple, prolongada. Enfermería: sedación pobre, excesiva movilización del tubo, aspiraciones repetidas y traumáticas, presencia de sonda nasogástrica. Al contrario que las ES congénitas, las adquiridas no son susceptibles de mejorar con el crecimiento laríngeo. En ocasiones se hacen evidentes durante el crecimiento del niño, por el incremento de la actividad física y de los requerimientos ventilatorios.

La conducta terapéutica dependerá, entre otros factores, del grado de estenosis que se presente. Variará desde la conducta expectante, en los grados leves, hasta las cirugías complejas en las estenosis graves. El manejo de la estenosis laringotraqueal severa en niños es difícil. Hay que individualizar el tratamiento en cada paciente. El tratamiento endoscópico es apropiado para la ES grado I sintomáticas, algunos casos de grado II, y estenosis simples (compromiso uni-nivel). Procedimientos más complejos se requieren para los grados III y IV, y estenosis complejas (compromiso multi-nivel). Las estenosis severas aumentan la probabilidad de que más de un procedimiento sea necesario para lograr la mejoría de la luz de la vía aérea y la decanulación.