

## ESTENOSIS GLÓTICA POR SINEQUIA DE CUERDAS VOCALES SECUNDARIO A CUERPO EXTRAÑO. A PROPÓSITO DE UN CASO

María Alejandra Romeo Villarroel (1), Mabel Karina Hernández Tayupo (1),  
Adriana Carolina Collante Becerra (1), Carmen Grisanti (2)

Recibido: 29-6-16  
Aceptado: 4-10-16

### RESUMEN

El cuerpo extraño en vía aérea es una patología frecuente. Se presenta como un evento súbito en un niño previamente sano con manifestación de dificultad respiratoria severa. Puede ser un incidente anodino o provocar complicaciones graves. Dentro de las cuales encontramos la estenosis glótica y subglótica. Esta última puede ser congénita o adquirida, la adquirida se presenta con frecuencia posterior a intubación endotraqueal, trauma directo por cuerpo extraño o trauma externo. El tratamiento depende de su localización, naturaleza y lesiones asociadas. Describimos en este caso un lactante de 8 meses que ingiere de forma accidental cuerpo extraño, el cual se extrae de forma tardía (más de 48 horas) presentando posteriormente dificultad respiratoria, estridor y disfonía, se realiza estudio endoscópico laríngeo evidenciándose estenosis subglótica inicialmente sin afectación de cuerdas vocales, en vista de evolución tórpida en control imagenológico se evidencia afección severa de cuerdas vocales, poco frecuente en la edad pediátrica. Ameritando microcirugía laríngea.

**Palabras clave:** Cuerpo extraño, vías aéreas, estenosis glótica, cuerdas vocales.

### STENOSIS GLOTTAL SYNECHIA OF VOCAL CORDS FOR SECONDARY TO FOREIGN BODY. ABOUT A CASE

#### SUMMARY

Foreign bodies in the airway is a common condition. It comes as a sudden event in a previously healthy child with manifestation of severe respiratory distress. It may be a nondescript incident and cause serious complications such as glottic and subglottic stenosis. The latter can be congenital or acquired, the acquired type is a frequent late presentation of endotracheal intubation, direct trauma by foreign body or external trauma. Treatment depends on the location, nature and associated injuries. We describe an 8 months infant who accidentally swallowed a foreign body, which was extracted after 48 hours. Posteriorly he presented difficult breathing, stridor and dysphonia. Laryngeal endoscopic study demonstrated a subglottic stenosis with unaffected vocal cord. In view of a torpid evolution, control endoscopic study reported severe vocal cord lesion which is a rare finding in children. Laryngeal microsurgery was required for his resolution.

**Keywords:** foreign body airway glottal stenosis, vocal cords.

## INTRODUCCIÓN

La ingesta de cuerpo extraño se define como el ingreso de manera accidental a laringe, tráquea y bronquios de un objeto sea orgánico o inorgánico y que produce efectos en la respiración del niño. Se trata de un evento potencialmente fatal que constituye un importante problema de salud, tanto por su frecuencia, como por su morbilidad e incluso potencial mortalidad. Se estima que constituye actualmente la segunda causa de urgencia endoscópica, siendo un accidente frecuente en menores de 2 años (1,2).

La ingestión depende de los hábitos alimenticios, que varían ampliamente entre culturas, estrato socioeconómico, exposición a objetos potencialmente aspirables o ingeribles y el grado de supervisión de padres o cuidadores. Los cuerpos extraños frecuentemente aspirados o ingeridos son materiales orgánicos, como semillas, espinas de pescado, huesos de

pollo y trozos grandes de comida. El 80-90% de los cuerpos extraños ingeridos atraviesan todo el tubo digestivo y son expulsados por vía rectal sin producir ningún problema. Sin embargo, cuando el cuerpo extraño se localiza en la vía aérea y posee capacidad lesiva, por sus características (objetos punzantes, cortantes, de gran tamaño) o contenido, pueden aparecer complicaciones inherentes al cuerpo extraño, en sí mismo, o a las maniobras para su extracción (2).

Dentro de las afecciones laríngeas secundarias a la aspiración de cuerpo extraño encontramos la estenosis glótica y subglótica. Esta última se refiere a la disminución del diámetro laríngeo comprendido entre el borde inferior de las cuerdas vocales y el borde inferior del cartílago cricoides, afectando el tejido blando y/o estructuras cartilaginosas, mientras que la estenosis glótica representa una disminución del espacio comprendido entre las cuerdas vocales, siendo la primera más frecuente en la edad pediátrica. La estenosis subglótica puede ser congénita o adquirida, esta última por intubación endotraqueal, trauma directo por cuerpo extraño o trauma externo y traqueostomías. La estenosis adquirida es una complicación de tratamiento médico más severa y con problemas mayores en el manejo (3,4,5).

La laringe y la tráquea son estructuras tubulares semirrígidas que tras una lesión, cicatrizan de manera concéntrica

(1) Residente de Postgrado Pediatría y Puericultura – Anexo Pediátrico HULR.

(2) Pediatra Puericultor. Adjunto del Servicio de Medicina 2 Anexo Pediátrico HULR.

Autor correspondiente: Dra. María Alejandra Romeo V.  
E-mail: mariaale.rv87@gmail.com Tlf. 0424-8767397/ 0412-1858269

reduciendo su lumen, y al obstruir parcialmente la vía aérea, se manifiestan con disfonía, tos bitonal, estridor bifásico y dolor. Dentro de las complicaciones de un cuerpo extraño en laringe encontramos la perforación de la mucosa, la impacción del mismo en el espacio glótico o el desplazamiento dentro del esófago, pudiendo comprimir la vía aérea y causar obstrucción, el absceso cervical, la mediastinitis, afectación de las cuerdas vocales entre las cuales tenemos la sinequia, el granuloma y la parálisis de las cuerdas vocales. La sinequia vocal se refiere a la unión fibrosa de las dos cuerdas vocales, más frecuente en la parte anterior. (6,7,8,9).

El diagnóstico es realizado por historia clínica, antecedentes de aspiración de cuerpo extraño; signos y síntomas relacionados a la vía aérea, voz y alimentación. La dificultad respiratoria es el primer síntoma de obstrucción de vía aérea, con estridor, disnea, falta de aire, llanto disfónico, afonía, disfagia y alimentación anormal (7,8).

La endoscopia flexible, y en especial la rígida, son las principales armas diagnósticas. Ellas permiten estimar la función laríngea, valorar la movilidad de las cuerdas vocales, ver el calibre de la vía aérea, la extensión y el estadio evolutivo de la estenosis. Con respecto al tratamiento, éste sigue siendo un desafío. Debe ser individualizado según cada paciente y tipo de estenosis, donde el principal objetivo será restablecer un calibre suficiente en la vía aérea que permita respirar por la vía normal. Actualmente, existen 3 opciones terapéuticas aceptadas: la reconstrucción laringotraqueal y anastomosis, la laringoplastia sin resección segmentaria, con o sin injerto de hueso o cartilago, y procedimientos endoscópicos como la dilatación con balón, colocación de prótesis y láser entre otras (7,8).

## CASO CLÍNICO

Se trata de lactante menor masculino de 8 meses de edad, quien posterior a ingesta accidental de cuerpo extraño (hueso de pollo) presenta cianosis peribucal, dificultad respiratoria progresiva y disfonía moderada, por lo que familiar intenta extracción manual del mismo sin éxito, es ingresado en centro de salud local con el diagnóstico de aspiración de cuerpo extraño. Se realiza rinofaringolaringoscopia en la cual se evidencia cuerpo extraño que ocupa espacio glótico, sin evidencia de estenosis ni lesión en espacio subglótico, por lo que se realiza extracción del mismo, sin anomalía y por evolución satisfactoria egresa con tratamiento ambulatorio. Posteriormente presenta dificultad respiratoria progresiva, disfonía moderada y estridor, reingresando con el diagnóstico de laringotraqueitis.

### Antecedentes de importancia

Presentó dificultad respiratoria posterior al nacimiento, siendo ingresado en neonatología por asfixia perinatal, durante 3 días, recibiendo oxígeno suplementario libre en incubadora, egresando sin complicaciones. Inició alimentación complementaria a los 3 meses con sopas de verduras y pollo

y jugos no cítricos,

### Examen físico de ingreso

Peso: 6,2 Kg y Talla: 66cm. (P/E: P10-50, P/T: P10-50, T/E: P10-50) Paciente en regulares condiciones. Se apreció en fosas nasales rinorrea hialina anterior. Faringe eritematosa. Estridor laríngeo y llanto disfónico. Tórax simétrico con expansibilidad conservada, y dificultad respiratoria moderada. Resto sin alteraciones.

Se realiza segunda nasofaringolaringoscopia en la cual se evidencia en los 2/3 anteriores de las cuerdas vocales (comisura anterior), tejido de granulación con exudado que reduce la luz glótica. Concluyéndose: Estridor Laríngeo por granuloma glótico secundario a cuerpo extraño. En vista de evolución tórpida se realiza tercera nasofibrolaringoscopia en la cual se evidencia epiglotis en omega con tejido de granulación y exudado, haciendo sinequia de cuerdas vocales, no visualizándose subglotis. (Figura 1).



**Figura 1: Nasofaringolaringoscopia: Estenosis glótica con sinequia de cuerdas vocales.**

Bajo anestesia se practicó traqueostomía y posteriormente se realizó microcirugía laríngea por vía endoscópica con resección de tejido fibroso en comisura anterior de las cuerdas vocales. El paciente fue dado de alta con traqueostomía, siendo decanulado 3 meses más tarde. En el último control realizado el paciente se encuentra sin disnea, sin disfonía ni tos bitonal, recibiendo terapia por el servicio de Foniatría.

## DISCUSIÓN

En la edad pediátrica la mayoría de los cuerpos extraños con bordes afilados o irregulares se alojan con mayor frecuencia en la laringe. Esto es particularmente común en niños menores de 1 año. Comparado con los cuerpos extraños bronquiales, los laringotraqueales están asociados a mayor morbimortalidad, por la gran variedad de complicaciones que traen consigo. Sin embargo muchas de estas complicaciones se evitan con el diagnóstico precoz y el manejo adecuado (2,3).

El paciente presentado cursa con una de las complicaciones menos frecuente, por trauma directo de cuerpo extraño en laringe, y a su vez no descrita en la edad pediátrica como

lo es la sinequia de cuerdas vocales, ya que esta se presenta con mayor frecuencia en la edad adulta secundaria a la intubación endotraqueal por tiempo prolongado o como consecuencia de cirugías laríngeas.

El intento de extracción a ciegas y exploración de la hipofaringe de forma manual, por personal no capacitado y tratándose de un cuerpo extraño puntiagudo o de bordes afilados, aumentan significativamente el riesgo de complicaciones (10).

Una historia cuidadosa de los síntomas sugiere con frecuencia la etiología e indica la severidad. Las estenosis laringotraqueales a veces muestran progreso o estabilización. Sin embargo, las estenosis secundarias a condiciones inflamatorias crónicas o reflujo gastroesofágico son más susceptibles de progresar comparadas con las estenosis asociadas con un evento único como un trauma externo o daño post-intubación. Los pacientes a veces permanecen asintomáticos o con síntomas leves hasta que la luz de la vía aérea alcanza un nivel crítico de 4 mm, donde los síntomas se tornan progresivos (4).

Una nasofibrolaringoscopia cuidadosa de la laringe y de la tráquea es el paso más importante en la evaluación de la estenosis glótica y subglótica. En cuanto al tratamiento el objetivo de la reparación de la estenosis laringotraqueal es restablecer una vía aérea a las dimensiones normales que permanezca estable con los cambios de presión durante el esfuerzo respiratorio (7).

El manejo de la estenosis laringotraqueal es un reto grande que demanda el concurso de equipos multidisciplinarios con entrenamiento en este campo. Entre los diferentes tipos de tratamiento de la estenosis laringotraqueal que se han descrito, se incluye el uso del láser, las dilataciones endoscópicas repetidas, la colocación de stents, los diferentes tipos de reconstrucción laringotraqueal y la resección segmentaria con anastomosis termino-terminal, sin embargo la opción de tratamiento ideal debe ser individualizada basada en las características del paciente y las ventajas y desventajas de cada procedimiento (4,6,7).

## BIBLIOGRAFIA

1. Carrasco R, Galo M, Escobedo M, Flores S. Estenosis subglótica adquirida en pediatría. *Neumonología y cirugía de tórax* 2009; 68 (1): 17-22.
2. Cuestas G, Rodríguez H. Cuerpos extraños en faringe. *Rev Faso* 2014; 21(2): 30-32.
3. Gómez M, Rodríguez L, Rojas M, Tapia C. Estenosis subglótica: reporte de casos. *Rev. Otorrinolaringol cir cabeza cuello* 2013; 73: 225-230.
4. Reyes A. Estenosis laringotraqueal. *Rev Med* 2012; 20(1): 74-83.
5. Castillo C, Castillo L. Estenosis subglótica secundaria a intubación endotraqueal en pediatría y manejo de vía aérea. Presentación de 2 casos. *Rev Mex de Anestesiología* 2009; 31 (3): 201-205.
6. Rodríguez H, Estenosis laringotraqueales congénitas y adquiridas, Buenos Aires: Tema libre presentado en el XI Congreso Argentino de Neumonología Pediátrica; noviembre 2012.
7. Urquiza M, Zanetta A, Lobos P, Razetti J. Tratamiento de las estenosis laríngeas adquiridas en pediatría: serie de casos. *Arch Argent Pediatr* 2013; 111(6):36-40.
8. Yanowsky G, Aguirre O, Rodríguez F, Trujillo S, Orozco J, Gutierrez A. Cuerpos extraños en vías aéreas. *Arch de Med* 2013; 9 (2): 1-7.
9. Ortega A. *Rev Med clínica Condes. Trastornos de la voz* 2009; 20 (1): 116 – 124.
10. Korta J, Sardón O. Cuerpos extraños en la vía respiratoria. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Urgencias Pediátricas SEUP-AEP: (monografía en internet). (citado julio 2010). Disponible en: [https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/cuerpo\\_ext\\_via\\_aerea.pdf](https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/cuerpo_ext_via_aerea.pdf)