



COMUNICACIÓN BREVE

Quiste sacular congénito de laringe: una causa rara de estridor en neonatos y lactantes

Hugo Rodríguez, Adrián Zanetta y Giselle Cuestas*

Servicio de Endoscopia Respiratoria, Hospital de Pediatría «Prof. Dr. Juan P. Garrahan», Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina

Recibido el 16 de junio de 2012; aceptado el 10 de octubre de 2012

Disponible en Internet el 4 de enero de 2013

PALABRAS CLAVE

Estridor;
Quiste laríngeo
congénito;
Niños;
Microcirugía laríngea

KEYWORDS

Stridor;
Congenital laryngeal
cyst;
Children;
Laryngeal
microsurgery

Resumen El estridor es un ruido ocasionado por el pasaje de aire en forma turbulenta mediante una vía aérea con calibre disminuido. La laringomalacia es la anomalía congénita más común de la laringe y la principal causa de estridor en los menores de 6 meses.

Una etiología menos frecuente de estridor y dificultad respiratoria en el recién nacido y lactante es el quiste sacular laríngeo congénito, y debe ser considerado en el diagnóstico diferencial del estridor. El reconocimiento precoz y el tratamiento adecuado son esenciales ya que puede causar obstrucción de la vía aérea con amenaza de vida.

Describimos nuestra experiencia con 4 pacientes que presentaban esta afección, 3 de ellos tratados exitosamente con resección microquirúrgica del quiste, y destacamos la importancia de considerar la evaluación endoscópica de la vía aérea en todo niño con estridor cuya evolución no es la esperada para determinar la lesión causal.

© 2012 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Congenital saccular cyst of the larynx: A rare cause of stridor in neonates and infants

Abstract Stridor is a noise caused by the passage of turbulent air through a diminished airway caliber. Laryngomalacia is the most common congenital anomaly of the larynx and the principal cause of stridor in children under 6 months.

A less common etiology of stridor and respiratory distress in newborns and infants is congenital laryngeal saccular cyst. This entity should be considered in the differential diagnosis of stridor. Early recognition and proper treatment are essential because it can cause life-threatening airway obstruction.

We describe our experience with 4 patients with this disease, 3 of them successfully treated with microsurgical resection of the cyst, and we emphasize the importance of considering the endoscopic evaluation of the airway in every child exhibiting stridor with an unexpected evolution to determine the causal lesion.

© 2012 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: giselle.cuestas@yahoo.com.ar (G. Cuestas).

Introducción

El estridor es un ruido producido por la alteración del flujo de aire al pasar por una vía aérea parcialmente obstruida. La principal causa en los recién nacidos y los lactantes es la laringomalacia^{1,2}.

El quiste sacular (QS) congénito es una lesión inusual que se presenta clínicamente en el período neonatal o en la infancia temprana³. Se desarrolla a nivel supraglótico por la obstrucción de la abertura del sáculo del ventrículo laríngeo. Su incidencia es de 1,82 cada 100.000 nacidos vivos². El síntoma más habitual es el estridor inspiratorio. La presentación inicial puede mimetizar una laringomalacia. A medida que el quiste crece se asocia a dificultad respiratoria progresiva, episodios de cianosis y apneas, llanto ronco o apagado, y dificultad en la alimentación.

El diagnóstico se confirma mediante la visualización endoscópica de la lesión y la tomografía computarizada (TC) cervical, que define su localización exacta y extensión⁴. El tratamiento es quirúrgico, existiendo diferentes técnicas endoscópicas y abordajes externos. Puede recurrir y necesitar traqueotomía temporal ocasionalmente⁵.

Casos clínicos

Presentamos 4 pacientes con QS congénito que consultaron en el Servicio de Endoscopia Respiratoria (centro de referencia para vía aérea infantil) por estridor y/o dificultad respiratoria progresiva desde el nacimiento, entre febrero de 2010 y marzo de 2012 (tabla 1).

Todos eran recién nacidos a término, sin comorbilidades asociadas.

El paciente 1 consultó a los 6 meses de vida por estridor y dificultad respiratoria en aumento. Se le realizó una radiografía cervical de perfil, donde se observaba una dilatación sacular supraglótica y una fibrolaringoscopia, evidenciándose un abombamiento de la banda ventricular derecha (fig. 1). El paciente 2 estaba intubado desde los 8 días de vida.

El diagnóstico de QS fue confirmado en ambos casos por TC cervical, y por laringoscopia directa bajo anestesia general con punción transoral del quiste con aguja, lo que evidenció la salida de un fluido gelatinoso blanquecino. Se logró la mejoría temporal de los síntomas, evitándose la traqueotomía. Ante la recurrencia de los síntomas, fueron evaluados con fibrolaringoscopia visualizándose una nueva formación quística.

Se decidió realizar resección de la lesión con láser de CO₂ bajo control microscópico. Una vez asegurada la vía aérea mediante intubación orotraqueal, el procedimiento quirúrgico consistió en la incisión del revestimiento del quiste con láser de CO₂, disección del mismo hasta su base en el orificio del sáculo con micropinzas, y posterior remoción del saco. El revestimiento del quiste que no se pudo extirpar se vaporizó directamente con láser CO₂.

El paciente 3, diagnosticado de laringomalacia a los pocos meses de vida, consultó en nuestro servicio a los 11 meses por llanto ronco persistente, estridor y disnea en aumento.

El diagnóstico de QS fue sugerido por fibrolaringoscopia y confirmado por resonancia magnética (RM), realizándose la microcirugía laríngea al mes (fig. 2). En el paciente 4, diagnosticado a los 15 días de vida por fibrolaringoscopia y TC, no se realizó microcirugía hasta el momento debido a que no presenta dificultad respiratoria (fig. 3).

Los pacientes operados fueron extubados en el quirófano, alimentados por vía oral dentro de las 24h, y recibieron tratamiento postoperatorio con antibióticos y corticoides intravenosos. Fueron dados de alta entre los 3 y 5 días después de la intervención.

La anatomía patológica informó que la pared de cada quiste estaba revestida con epitelio de tipo respiratorio, sin atipia celular, apoyando el diagnóstico de QS⁶.

No se presentaron complicaciones. Los 3 pacientes presentaron excelente evolución inmediata: con ventilación espontánea, sin estridor audible ni disfonía y sin dificultades en la deglución. Permanecen asintomáticos a los 3,16 y 28 meses respectivamente de observación.

Tabla 1 Pacientes con quiste laríngeo congénito

Paciente	Sexo	Síntomas	Endoscopia	Edad al diagnóstico	EVAPC	Tratamiento
1. ML	F	Estridor inspiratorio, llanto disfónico, dificultad respiratoria y para la alimentación	Quiste sacular lateral derecho	6 meses	-	Punción transoral del quiste, y a los 15 días MLD con láser de CO ₂
2. MM	F	Estridor inspiratorio, dificultad respiratoria y para la alimentación, y cianosis	Quiste sacular lateral izquierdo	15 días	Intubación orotraqueal	Punción transoral del quiste, y a los 8 días MLD con láser de CO ₂
3. LJ	F	Estridor inspiratorio, llanto ronco y dificultad respiratoria progresiva	Quiste sacular lateral derecho	11 meses	-	MLD con láser de CO ₂
4. BA	M	Estridor inspiratorio	Quiste sacular lateral izquierdo	15 días	-	Conducta expectante a 3 meses de seguimiento

EVAPC: estabilización vía aérea previo cirugía; F: femenino; M: masculino; MLD: microcirugía laríngea.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4101958>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4101958>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)