



ARTÍCULO ORIGINAL

Parálisis bilateral de cuerdas vocales en pediatría: nuestra experiencia

María Laura Scatolini*, Hugo A. Rodríguez, Cinthia G. Pérez, Alejandro Cocciaglia, Hugo A. Botto, Mary Nieto y Lucas Bordino

Servicio de Endoscopia Respiratoria, Hospital de Pediatría Juan P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Recibido el 27 de junio de 2017; aceptado el 12 de octubre de 2017

PALABRAS CLAVE

Parálisis bilateral de cuerdas vocales en pediatría;
Parálisis cordal bilateral;
Parálisis recurrencial bilateral;
Traqueostomía;
Estridor

Resumen La parálisis bilateral de cuerdas vocales (PBCV) es la segunda causa más frecuente de estridor neonatal. Nuestro objetivo es describir la demografía, etiología, comorbilidades y tratamientos instaurados.

Materiales y métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de PBCV de 2011 a 2015.

Resultados: Se incluyeron 47 pacientes. La edad media de diagnóstico fue un mes de vida, con predominio de sexo masculino (63%). El 59% fue por causa congénita y el 41% adquirida, por lo general idiopática y postoperatoria, respectivamente. Se realizó traqueostomía (TQT) en 42 pacientes (89%), sin diferencias significativas en relación con la causa. La recuperación de la movilidad cordal fue del 39% en toda la muestra, 44% en la congénita, 31% en la adquirida y 62,5% en la idiopática. A 5 pacientes se les realizó laringotraqueoplastia con injerto costal posterior y a un paciente cordectomía posterior. Todos fueron decanulados. A un paciente se le realizó lateralización cordal, evitando la TQT.

Conclusión: Las causas congénitas fueron las más frecuentes, en su mayoría idiopáticas. Se registró una leve predilección por el sexo masculino. Un alto porcentaje de pacientes requirieron de TQT. La tasa de recuperación de la movilidad es mayor en causas idiopáticas. Se decanularon todos los pacientes operados, pero se requieren trabajos con mayor número de participantes, comparación de técnicas y evaluación de la deglución y la fonación de forma objetiva.

© 2018 Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: endorespiratoria@gmail.com, mlscatolini@hotmail.com (M.L. Scatolini).

<https://doi.org/10.1016/j.otorri.2017.10.003>

0001-6519/© 2018 Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Paediatric bilateral vocal cord paralysis;
Bilateral vocal cord paralysis;
Bilateral recurrent paralysis;
Tracheostomy;
Stridor

Paediatric bilateral vocal cord paralysis: our experience

Abstract Bilateral vocal cord paralysis (BVCP) is the second most common cause of neonatal stridor. The aim of this study was to describe the demographic features, aetiology, comorbidities, and management of our patients with BVCP.

Material and methods: We conducted a retrospective review of the clinical charts of all patients diagnosed with BVCP seen at the Department of Respiratory Endoscopy between 2011 and 2015.

Results: 47 patients were included. Mean age at diagnosis was 1 month and male sex predominated (63%). The aetiology was congenital in 59% and acquired in 41% of the infants. The cause was most frequently idiopathic in the former group and secondary to postoperative injury in the latter. Overall, 42 patients (89%) required tracheostomy, without statistically significant differences between the causes. Of all the patients, 39% regained vocal-cord mobility; 44% of those with congenital BVCP, 31% of those with acquired BVCP and 62.5% with idiopathic BVCP. In five patients a laryngotracheoplasty was performed with a posterior costal cartilage graft and one underwent posterior cordectomy. All were decannulated. In one patient vocal-cord lateralization was performed, avoiding tracheostomy.

Conclusion: BVCP was most commonly of congenital cause and was mainly idiopathic within this group of patients, with a slight male preponderance. A high percentage of patients required tracheostomy. A higher recovery rate of vocal-cord mobility was observed in idiopathic BVCP, which allowed for successful decannulation. In this series, decannulation was possible in all patients that underwent surgery; however, further studies with comparison of techniques and objective assessment of swallowing and phonation are necessary.

© 2018 Sociedad Española de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La parálisis bilateral de cuerdas vocales (PBCV) es la segunda causa más frecuente de estridor neonatal después de la laringomalacia. Corresponde aproximadamente al 10% de las lesiones congénitas de la laringe¹.

Este proceso patológico se caracteriza por la ausencia de movimiento de las cuerdas vocales, las cuales se encuentran, en la mayoría de los casos, en posición paramediana, expresándose clínicamente con estridor inspiratorio de tonalidad aguda y llanto normal, asociado a diferentes grados de esfuerzo ventilatorio que aumenta ante situaciones de mayor demanda (alimentación, llanto)².

Las causas pueden ser congénitas o adquiridas, correspondiendo aproximadamente el 50% para cada grupo². Es por ello que la edad de presentación guarda relación con la etiología, siendo frecuentes las manifestaciones desde el nacimiento en los casos congénitos.

Dentro de las causas congénitas se identifican las enfermedades del sistema nervioso central (SNC), reportadas con una frecuencia del 40% por diferentes autores^{1,3,4}, las neuropatías periféricas, los traumatismos del parto, la hipoxia neonatal y los casos en donde no se encuentra causa aparente (idiopáticas). La malformación de Arnold-Chiari es la causa congénita neurológica más frecuente⁵.

Dentro de las causas adquiridas cualquier enfermedad neoplásica, traumática, isquémica o inflamatoria que afecte al nervio vago, de forma bilateral, desde la corteza hasta el tórax, podría generar esta anomalía. La elevación de la presión intracraneana de causa tumoral o traumática y los

procedimientos quirúrgicos, particularmente los cervicales y torácicos, pueden ser causa de parálisis cordal bilateral⁵.

Causas menos frecuentes incluyen enfermedades granulomatosas, virales, bacterianas, neurodegenerativas y tóxicas.

Por último, el grupo idiopático es una causa muy frecuente. Alrededor del 50% de estos casos recuperan la movilidad en uno a 2 años tras el diagnóstico, existiendo casos reportados de recuperación incluso a los 5 años de seguimiento^{6,7}.

La principal herramienta diagnóstica es la fibrolaringoscopia con el paciente despierto para valorar la movilidad cordal. También se puede realizar bajo anestesia general en ventilación espontánea, evitando fármacos que causen inmovilidad cordal. Es necesaria la evaluación completa de la vía aérea para descartar lesiones asociadas⁶.

En cuanto al tratamiento, la estabilización de la vía aérea es la prioridad. El fallo en el crecimiento y las crisis de apneas y cianosis revelan la necesidad de una intervención rápida. Se debe evaluar si el tratamiento de la enfermedad de base revierte la inmovilidad cordal, en caso contrario es mandatoria la TQT².

Debido a la alta tasa de recuperación espontánea, tanto en los casos idiopáticos como iatrogénicos, se recomienda esperar hasta los 2 años para realizar un procedimiento quirúrgico sobre el esqueleto laríngeo⁷.

Los procedimientos quirúrgicos utilizados pueden ser endoscópicos o abiertos⁸.

El objetivo de este trabajo es describir la demografía, etiología, comorbilidades, tratamientos instaurados y sus

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8945656>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8945656>

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