

# XCIII REUNIÓN DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ANDALUCÍA OCCIDENTAL Y EXTREMADURA



## LACTANTE CON LLANTO DISFÓNICO Y ESTRIDOR INSPIRATORIO

Aragón Fernández, Carmen <sup>1</sup>; Ruiz de Valbuena, Marta <sup>1</sup>; Gómez Pastrana, David <sup>1</sup>;  
Ariza Toledo, A <sup>2</sup>; Garcia Cantos, D <sup>2</sup>; Ortiz Tardío, J <sup>1</sup>

<sup>1</sup> Servicio de Pediatría. Hospital SAS Jerez. <sup>2</sup> Servicio de ORL. Hospital SAS Jerez.

# CASO CLÍNICO



Lactante de 4 meses de edad que ingresa por

- *Llanto débil y agudo* (descrito por los padres como maullido de gato) de instauración progresiva que había sido normal durante las primeras semanas de vida

- *Estridor leve inspiratorio* .

- Afebril. Tos escasa ocasional

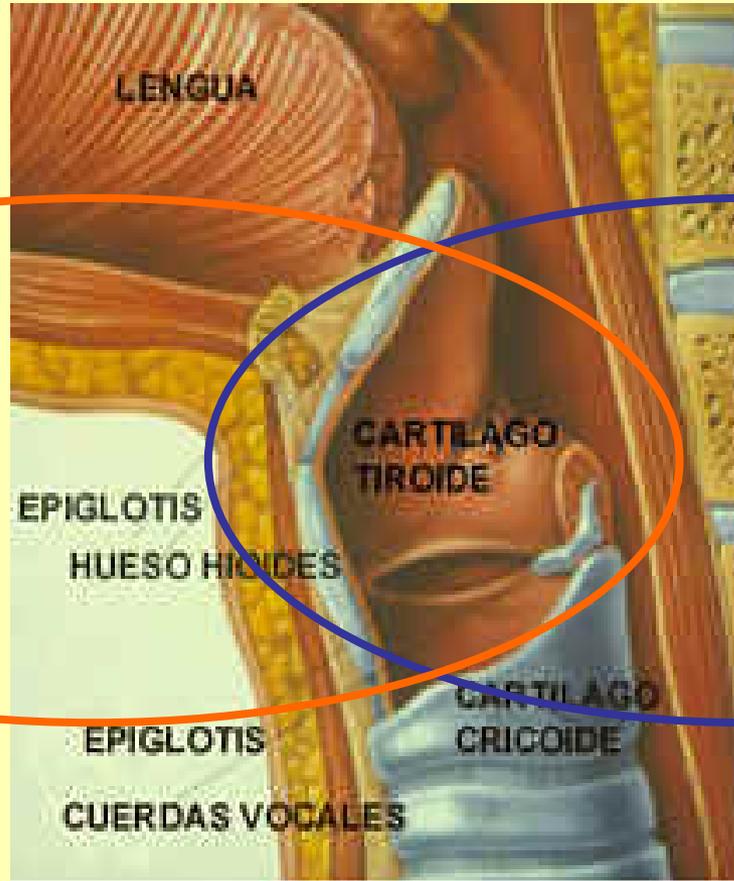
# CASO CLÍNICO



Antecedentes Personales: Ductus Arterioso Persistente diagnosticado en el periodo neonatal con control ecográfico normal. Desarrollo psicomotor y ganancia ponderal adecuada. Regurgitaciones frecuentes y algún vómito en la última semana.

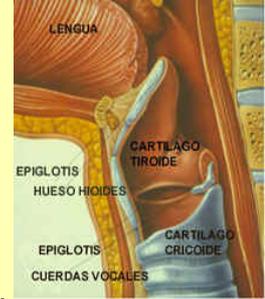
Antecedentes Familiares: Sin interés.

Exploración Física: BEG. Buena coloración de piel y mucosas. Bien hidratada y perfundida. Pulsos simétricos. Coanas permeables al sondaje. Llanto agudo y débil. Estridor leve inspiratorio. Polipnea. Tiraje intercostal y supraesternal. AR: buena entrada de aire bilateral, ruidos transmitidos de vías altas. AC: TCR sin soplos. Abdomen: no masas ni megalias.



**ESTRIDOR**

**DISFONIA**



**ESTRIDOR:** debido a la disminución del diámetro de la glotis o subglotis, se produce un flujo turbulento que da lugar a la vibración de las estructuras circundantes.

Podemos clasificarlo:

**Espiratorio:** Obstrucción intratorácica

**Inspiratorio:** Obstrucción extratorácica

**Bifásico:** Obstrucción fija de localización variable

**DISFONIA:** cambio en los caracteres normales de la voz producido por la alteración de la vibración de las cuerdas vocales.

# CAUSAS DE ESTRIDOR INSPIRATORIO: LARINGE Y REGIÓN SUBGLÓTICA

## 1) Originadas en la vía aérea

Malformaciones congénitas

- Laringomalacia
- Quiste laríngeo
- Membrana laríngea
- Hendidura laríngea
- Hemangioma subglótico
- Estenosis subglótica
- Parálisis de cuerdas vocales

Traumas: connatal o post intubación

Inflamación

- Laringitis
- Abceso laríngeo
- Edema subglótico de origen alérgico

Cuerpo extraño

Laringoespasma hipocalcémico

## 2) Origen fuera de la vía aérea

# CAUSAS DE ESTRIDOR INSPIRATORIO: LARINGE Y REGIÓN SUBGLÓTICA

## 2) Origen fuera de las vías respiratorias:

Congénito: {  
Carcinoma de tiroides  
Anillo vascular  
Atresia esofágica con fístula TE  
Tiroides ectópico. Bocio

Inflamatorio: absceso retrofaríngeo

Cuerpos extraños en esófago

Neurogénico: Tics

Reflujo Gastroesofágico

## EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:



- Hemograma: normal
- Gasometría venosa: pH 7.33, pCO<sub>2</sub> 43.4, BIC 22.4, EB -3.
- Bioquímica general e iones: normal.
- PCR 0.3 mg/d
- Ig E total :19.9 UI/ml. Ig E específica a PLV < 0.5 UI/ml.
- Rx tórax: silueta cardíaca y vascularización pulmonar normal. Campos pulmonares normales.
- Ecografía abdominal y craneal: normales.

# CAUSAS DE ESTRIDOR INSPIRATORIO: LARINGE Y REGIÓN SUBGLÓTICA:

## 1) Originadas en la vía aérea

Malformaciones congénitas

- Laringomalacia
- Quiste laríngeo
- Membrana laríngea
- Hendidura laríngea
- Hemangioma subglótico
- Estenosis subglótica
- Parálisis de cuerdas vocales

Traumas: connatal o post intubación

Inflamación

- Laringitis
- Abceso laríngeo
- Edema subglótico de origen alérgico

Cuerpo extraño

Laringoespasma hipocalcémico

## 2) Origen fuera de la vía aérea

# CAUSAS DE ESTRIDOR INSPIRATORIO: LARINGE Y REGIÓN SUBGLÓTICA

## 2) Origen fuera de las vías respiratorias:

Congénito: {  
Carcinoma de tiroides  
Anillo vascular  
Atresia esofágica con fístula TE  
Tiroides ectópico. Bocio

Inflamatorio: absceso retrofaríngeo

Cuerpos extraños en esófago

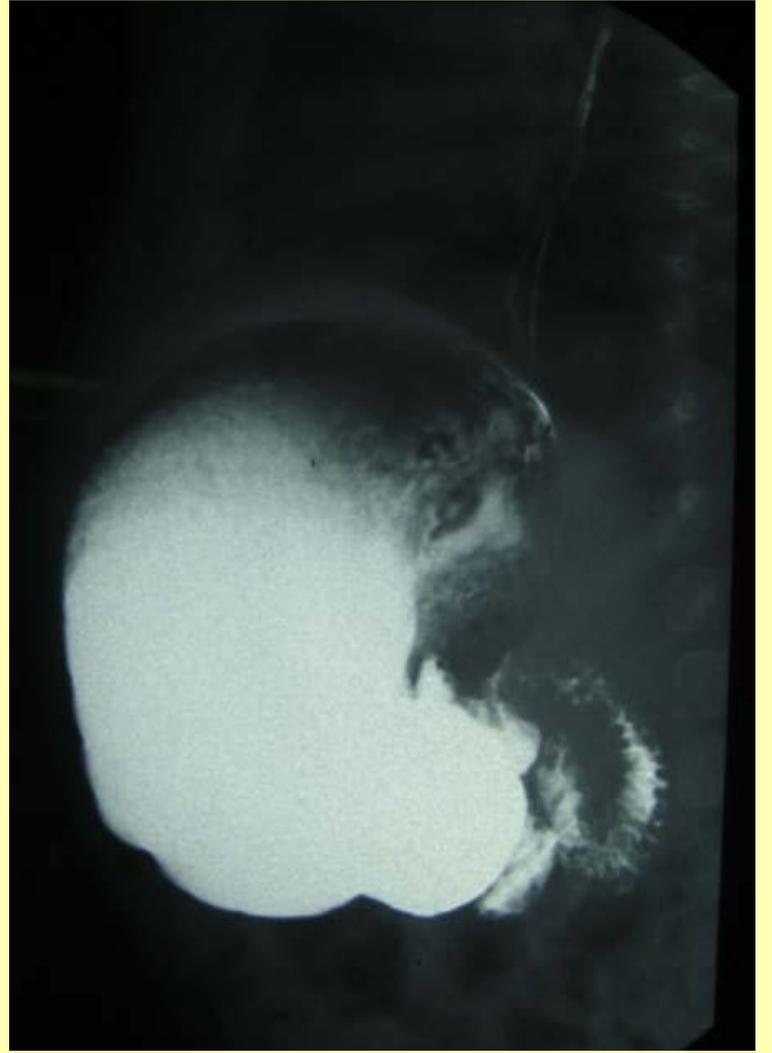
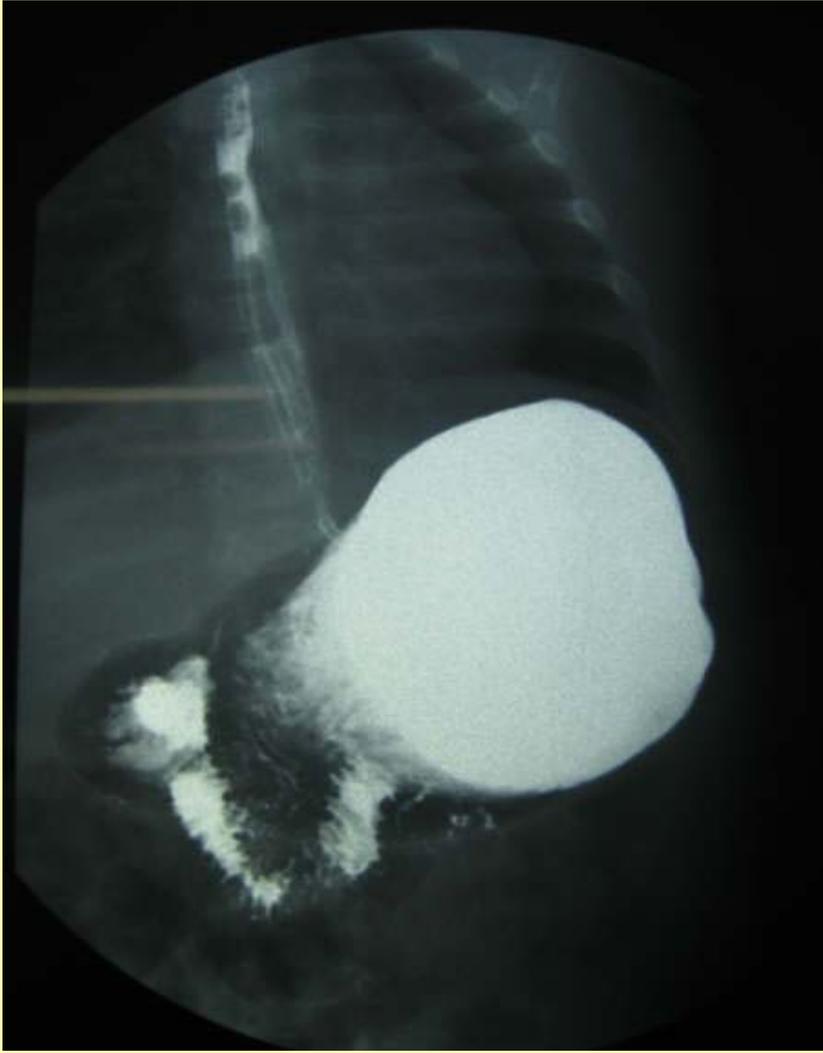
Neurogénico: Tics

Reflujo Gastroesofágico



## EXÁMANES COMPLEMENTARIOS:

- Cariotipo: normal.
- Tránsito Digestivo Superior: Se aprecia reflujo gastroesofágico persistente y espontáneo.
- RM craneal: normal. RM cervical: posible laringocele en ventrículo laríngeo derecho
- Fibrolaringobroncoscopia: edema en región cricotiroidea y aritenoides. Laringitis posterior. Estos hallazgos ocasionan una disminución de la zona glótica durante la inspiración





## EXÁMANES COMPLEMENTARIOS:

-Cariotipo: normal.

-Tránsito Digestivo Superior: Se aprecia reflujo gastroesofágico persistente y espontáneo.

-RM craneal: normal. RM cervical: posible laringocele en ventrículo laríngeo derecho

-Fibrobroncoscopia: edema en región cricotiroidea y aritenoides. Laringitis posterior. Estos hallazgos ocasionan una disminución de la zona glótica durante la inspiración



## EVOLUCIÓN

Se instaura tratamiento con procinéticos y antiácidos mejorando de forma significativa desde la primera semana, con aumento de la intensidad del llanto y disminución del estridor.

A los 7 meses de vida presenta llanto normal y ha desaparecido el estridor.

## ASOCIACIÓN REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y ENFERMEDADES RESPIRATORIAS



- El RGE se debe al movimiento retrogrado del contenido gástrico hacia el esófago.
- Es muy frecuente en la edad pediátrica pero la prevalencia en pacientes con síntomas respiratorios es mucho mayor ( 50-60 % asmáticos; 48 % lactantes con apneas; 53-87 % LM, BM, TM; 63 % sinusitis crónicas)
- El RGE se relaciona con los síntomas respiratorios a través de varios mecanismos; a ) microaspiración; b) reflejo vagal por la presencia de ácido en el esófago; c) cambios de la hiperreactividad de la vía aérea inducidos por el reflujo.

# PATOLOGÍA RESPIRATORIA ASOCIADA AL REFLUJO GASTROESOFÁGICO



## FRECUENTE

**Asma**  
**Tos crónica**  
**Sibilantes recurrentes**  
**Neumonías recurrentes**  
**Otitis media recurrente**

## INFRECUENTE

**Apnea**  
**Episodio Aparentemente Letal**  
**Estridor**  
**Afonia**  
**Laringo/traqueomalacia**  
**Estenosis subglótica**

## EXCEPCIONAL

**Bronquiectasias**  
**Neumopatía intersticial**  
**Bronquiolitis obliterante**  
**Fibrosis pulmonar**

## REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y ESTRIDOR



La prevalencia real del estridor causado por RGE no es conocida, ya que en la literatura no existen series amplias

Se ha demostrado la disminución del estridor tras tratamiento antiRGE

Parece que los mecanismos implicados serían

- la microaspiración
- mecanismo reflejo

# REFLUJO GASTROESOFÁGICO Y ESTRIDOR

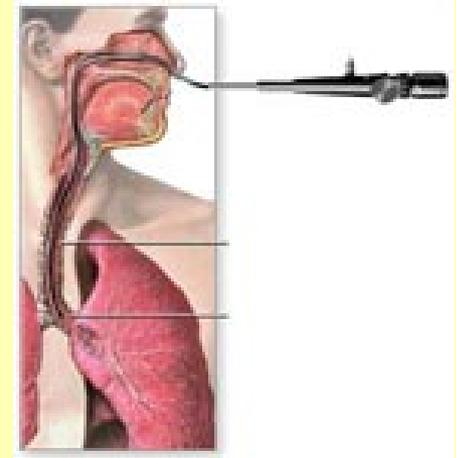


## Diagnóstico

1) pHmetría 24 horas con doble canal

2) FLBC

Lesiones como el edema de aritenoides severo, el edema subglótico y el agrandamiento de la amígdala lingual se consideran muy características del RGE.



## Hallazgos endoscópicos laríngeos sugestivos de RGE

LARINGOSCOPIA	LEVE	GRAVE
Amígdala	Valécula visible	Valécula ocupada
Edema postglótico	< 2 veces ancho normal	>2 veces
Edema de aritenoides	Pérdida de contorno	Redundancia de la mucosa
Ventrículo	Estrecho	Borrado
Edema de cuerdas	Pérdida de coloración	Edema evidente
Lesiones de cuerdas	Unilateral	Bilateral

## CONCLUSIONES

- Recordar la relación entre RGE y los síntomas respiratorios a nivel de la vía aérea superior.
- Señalar el concepto de RGE oculto (RGE sin la presencia necesaria de síntomas evidentes digestivos) que es necesario para establecer un diagnóstico y tratamiento adecuados a estos pacientes.
- La utilidad de la FBC en estos casos tanto para el diagnóstico diferencial como en la descripción de lesiones asociadas.