

## **Lactante sibilante atípico: consideraciones diagnósticas. Hendidura laríngea.**

Autores: García Munitis P - Wichmann F - Cerrudo D.-  
Arrospide N - Barbero G - Montali C - Peryra M -

Colaboradoras:

Dra. Paula Delgado (Servicio de Diagnostico por Imágenes)

Dra. Andrea Saggese (Servicio de Diagnostico por Imágenes)

Servicio de Pediatría Hospital "El Cruce" Florencio Varela  
Neumonólogo Pediatra Hospital "El Cruce" Florencio Varela  
y Hospital de Niños Sup. Sor María Ludovica de La Plata

Correspondencia: Dr. Pablo García Munitis

Dirección: Avenida Calchaquí 5401. Florencio Varela.

TE: +54-011-4210-7109

correo electrónico: poligm9@hotmail.com

Dr. Fernando Wichmann

Dirección: Avenida Calchaquí 5401. Florencio Varela.

TE: +54-011-4210-710

correo electrónico: fwichmann@hotmail.com

### **Resumen:**

El síndrome bronquial obstructivo es un motivo de consulta frecuente en la edad pediátrica.

En este trabajo se presenta el caso de un paciente con antecedentes de internaciones recurrentes por infecciones respiratorias agudas bajas y trastorno de deglución con diagnóstico de hendidura laríngea.

Se realiza una breve descripción de la hendidura laríngea, sus características clínicas, diagnóstico y tratamiento.

Se enumeran los diagnósticos diferenciales de los niños con sibilancias atípicas, sus signos y síntomas y su evaluación inicial.

### **Introducción**

El síndrome bronquial obstructivo es el término general con el que se designa a las manifestaciones clínicas de la obstrucción bronquial (sibilancias y espiración prolongada) y que son comunes a diferentes etiologías.<sup>1</sup>

La prevalencia de la obstrucción bronquial del lactante y el niño pequeño es del 50% por debajo de la edad de 3 años. Esta patología representa el 25% de las admisiones hospitalarias y alcanza cifras de hasta el 50% en períodos invernales.<sup>2</sup>

La mayoría de los niños inicia sus episodios de sibilancias durante el primer año de vida, remitiendo los episodios en la edad escolar, pero hay que tener

Para intentar diferenciar estos grupos de pacientes además de considerar factores de riesgo derivados de estudios epidemiológicos, hay que estar atento a los detalles.<sup>3</sup>

### **Caso Clínico:**

Paciente de 10 meses de vida derivado del Hospital DR. E. Wilde por cuadro de dificultad respiratoria grave. A su ingreso en CRIA, requiere ARM durante 10 días.

Luego de la extubación continúa con oxígeno suplementario durante una semana.

Los hemocultivos, urocultivo y aspirado traqueal fueron negativos. Se aísla adenovirus de secreciones nasofaríngeas.

### **Antecedentes personales:**

RNT. PAEG. Seis internaciones por dificultad respiratoria con hipoxemia, una de ellas requirió ARM, con rescate de Bordetella positivo. Al reiniciar la alimentación oral se observa incremento de la dificultad respiratoria con la aparición de accesos de tos.

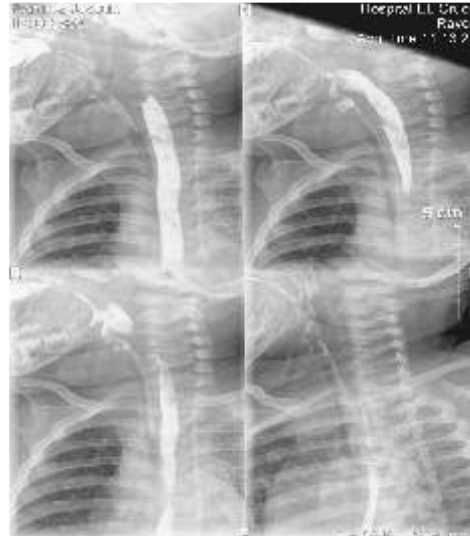
### **Interpretación diagnóstica: Lactante sibilante atípico.**

Plan de estudios: Estudio de deglución, test de sudor, dosaje de Ig, evaluación cardiológica, neumonológica y gastroenterológica.

Estudios complementarios (sólo los que contribuyeron al diagnóstico y tratamiento)

### **Imágenes**

SEGD: Trastorno del 3º tiempo deglutorio con pasaje masivo de sustancia de contraste a tráquea, compatible con aspiración tráqueobronquial y pasaje de sustancia a fosas nasales. Esofagograma en vista lateral y anteroposterior s/p. Cardias ortotópico con RGE de escaso volumen, no supera la carina y rápido lavado. Evacuación gástrica dentro de límites normales. Figura 1. Rx Esofagograma con técnica para fistulografía: dentro de límites normales  
Figura 1. Estudio de deglución



### **Neumonología: paciente sibilante atípico**

Se decide realizar endoscopia visualizándose hendidura laríngea grado 1.  
Se deriva a fonología.

### **Fonología:**

“Se realizó radioscopia donde se observa laringe muy alta con lago faríngeo de secreciones que predisponen a microaspiraciones continuas y la persistencia de ruidos tipo cornaje.

Se indica postura y estimulación. Acostado 30° en bebesit y evitar deflexión de cuello”. Chupete anatómico n°3 y tetina.

### **Comentario**

La hendidura laríngea es resultado de un desorden del desarrollo que ocurre entre la 5ta y 7ma semana de gestación cuando se altera la fusión del septo traqueoesofágico o la fusión dorsal del anillo cricoideo. Benjamin y cols4 clasifican las hendiduras en 4 tipos: (figura 2)

Tipo 1: hendidura interaritenoides.

Tipo2: se extiende por debajo de cuerdas vocales.

Tipo 3: compromete todo el anillo cricoideo con o sin compromiso de tráquea cervical.

Tipo 4: compromete tráquea intratorácica.

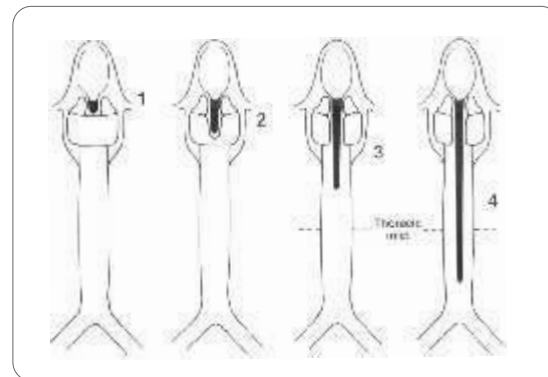
Los pacientes con hendidura tipo 1 suelen presentarse con trastornos de deglución desde el nacimiento y estridor. 5 Las infecciones respiratorias bajas recurrentes suelen presentarse en estos pacientes entre el 30 y el 75% según las series.5,6

En la radiografía de tórax pueden evidenciarse infiltrados pulmonares compatibles con aspiración. El estudio de deglución mediante videofluoroscopia puede demostrar la aspiración de sustancia de contraste, aunque un estudio normal no descarta la hendidura. La endoscopia respiratoria bajo anestesia general es el estudio de elección (gold standard) para el diagnóstico de esta entidad. Especialmente con instrumental rígido ya que con la endoscopia flexible se obtiene una pobre visión de la glotis posterior.

El manejo de la hendidura tipo 1 incluye estabilización de la vía aérea, prevención de aspiración y mantenimiento de un óptimo estado respiratorio. Siendo esencial la evaluación fonoaudiológica y la rehabilitación de la deglución.

En casos en que falle el tratamiento conservador es necesaria la cirugía, como en los restantes tipos de hendidura.

Figura 2: Clasificación de hendiduras laríngeas



Como conclusión final las sibilancias recurrentes en los niños menores de 3 años son un motivo de consulta frecuente en pediatría. La mayoría de los cuadros se deben a sibilancias típicas por problemas congénitos o adquiridos del calibre de la vía aérea, caracterizados por crecimiento y desarrollo adecuados, patrón episódico, con períodos intercríticos libres de síntomas, respuesta a broncodilatadores y que en su mayoría mejoran con el crecimiento.<sup>7</sup>

Aquellos pacientes que no reúnan estas características pueden ser considerados como sibilantes atípicos cuyos signos y síntomas característicos, diagnóstico diferenciales y evaluación se detallan en el cuadro 1.8

Cuadro 1: Diagnóstico diferencial de sibilantes atípicos de acuerdo a signos y síntomas.

| Signos y síntomas  | Diagnóstico diferencial                                       | Evaluación  |
|--|---|---|
| Asociadas con alimentación, tos y/o vómitos  | Reflujo gastroesofágico<br>trastorno deglución                | Videodeglución<br>pHmetría  |
| Asociado con cambios posicionales  | Traqueomalacia<br>anomalías de grandes vasos                  | Esofagograma<br>Broncofibroscopia<br>Rx tórax- TC tórax<br>Ecocardiograma |
| Exacerbadas por flexión cuello y mejoría en hiperextensión   | Anillo vascular   | Esofagograma<br>Angiografía<br>Broncofibroscopia                          |
| Soplo cardíaco, cardiomegalia, cianosis sin dificultad respiratoria  | Cardiopatía   | Rx tórax<br>Ecocardiografía<br>Angiografía                                |
| Historia de múltiples exacerbaciones respiratorias, fallo crecimiento, mal absorción, hipocratismo digital | Fibrosis Quística<br>Inmunodeficiencias<br>Disquinesia ciliar | Test sudor<br>Estudio inmunitario<br>Test función ciliar- biopsia ciliar  |
| Comienzo súbito de sibilancias y crisis sofocación   | Aspiración cuerpo extraño                                     | Broncoscopia  |

#### Bibliografía:

- 1) Herrera O, Fielbaum O. Lactante sibilante: Manejo clínico. En: Herrera, Fielbaum, Enfermedades Respiratorias Infantiles. 2° ed., Santiago, Mediterráneo.2002.
- 2) Scigliano S, Macri C, Tepper A. La enfermedad sibilante en el lactante y el niño pequeño. En Macri, Teper, Enfermedades Respiratorias Pediátricas. Buenos Aires, McGraw-Hill.2003.
- 3) Martinez F, Godfrey S. Wheezing Disorders in the prechool child. Pathophysiology and management. USA.. Taylor and Francis Group 2003..
- 4) Benjamin B, Inglis A. Minor congenital laryngeal clefts: diagnosis and classification. Ann Otol Rhino Laryngol 1989;89:417-420.
- 5) Van der Doef H, Yntema JB, Van der Hoogen J, Marres HA. Clinical Aspects of type 1 posterior laryngeal clefts. Literature review and a report of 31 patients. Laryngoscope 2007, 117: 859-863.
- 6) Watters K, Russel J. Diagnosis and management of of type 1 laryngeal cleft. International Journal of Pediatric Otorrhinolaryngology. 2003, 67: 591-596.
- 7) Martinez FD, Wright AL, Taussig L, Holbert CJ, Halonen M, Morgan WJ. Asthma and wheezing in the first six years of life. The Group Health Medical Associates. N Engl J Med. 1995;332(3):133-138
- 8) Noble Weiss L. The diagnosis of wheezing in children. American Family Physician. (77) 8: 9-14. 2008.