

Estridor inspiratorio en lactantes. Puede no ser Laringomalacia....

Ana Félix C.Mayib

R1 Pediatría. HGUA. 26 mayo,2016

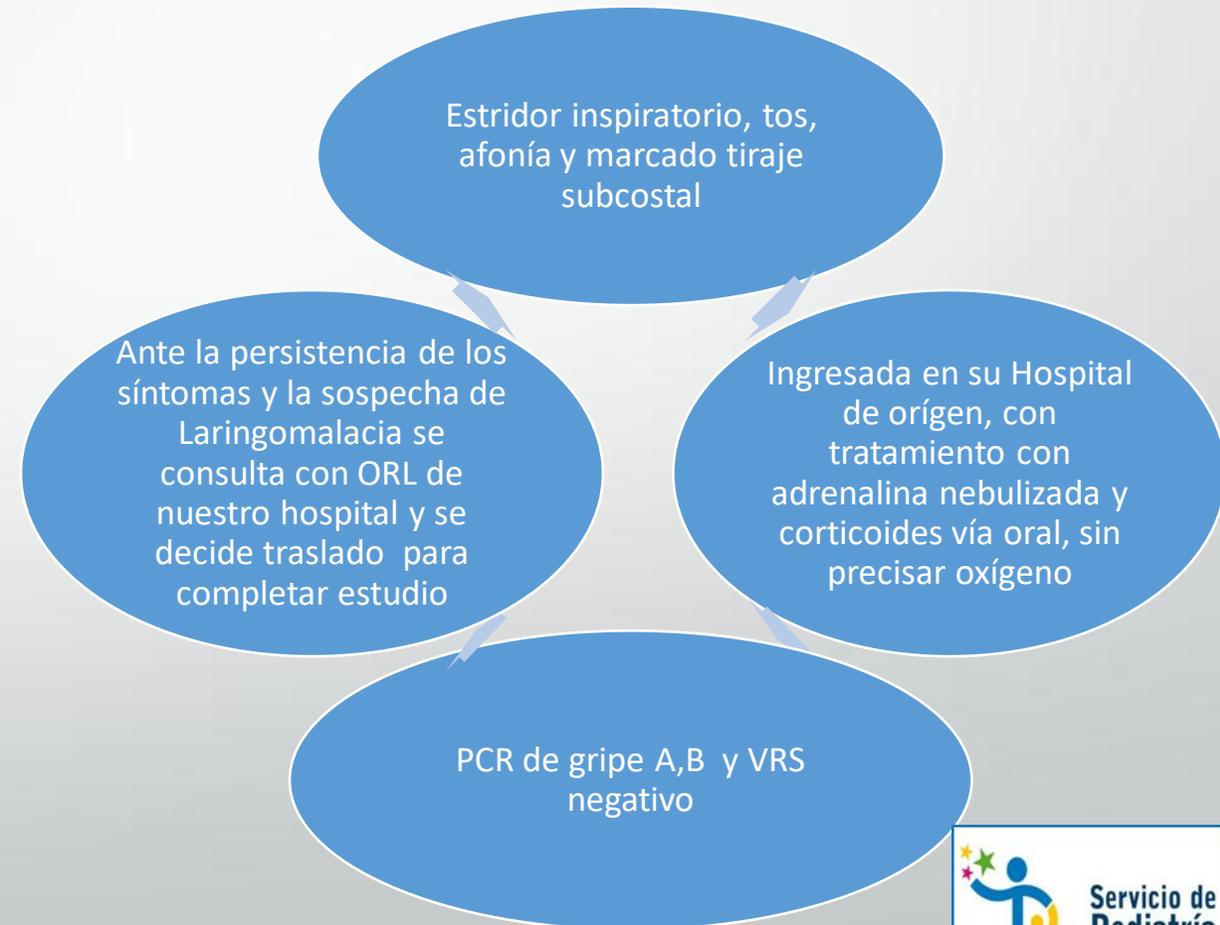
Tutora: Dra. MariCarmen Vicent

CASO CLÍNICO

Antecedentes personales

- Embarazo controlado normoevolutivo
- Parto por cesárea previa
- EG 39 sem - PRN 3,030 g.
- Vacunación al día acorde a su edad
- Ingresada a las 37 días de vida con cuadro de laringitis Tto: Corticoides vía oral y Adrenalina nebulizada

Enfermedad actual



Exploración física en HGUA

- Adecuado estado general Sat O₂:96% , FC 170 lpm.,FR:36rpm.
- Tiraje subcostal y supraesternal
- Estridor inspiratorio, que aumenta con el llanto y desaparece con los cambios posturales
- Resto de la exploración normal



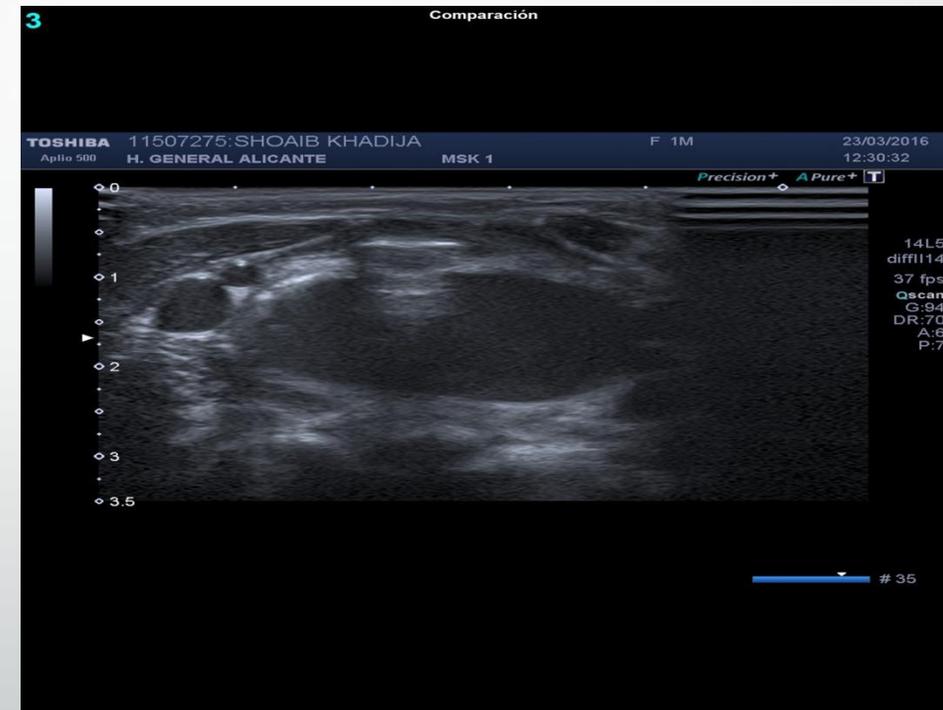
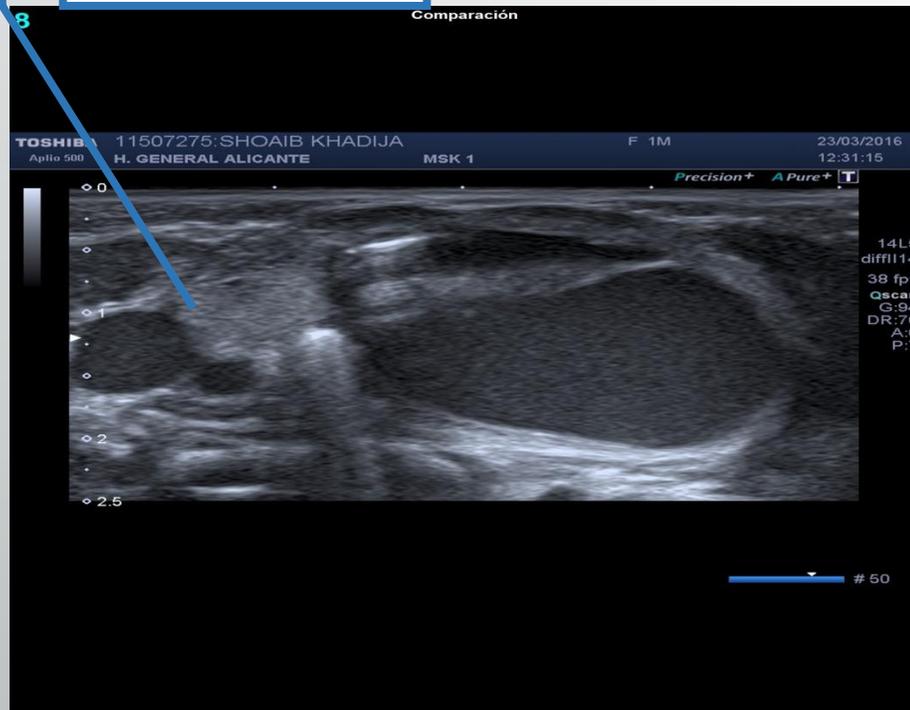
PRUEBAS DIAGNÓSTICAS I

Aumento de la densidad en región torácica superior. Compresión y desplazamiento de la tráquea por masa quística



Masa de
aspecto quístico
en unión
cervico-torácico
de aspecto
polilobulado de
3x2,5cm

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS II



PRUEBAS DIAGNÓSTICAS III



Evolución I

- Valorada conjuntamente con cirugía infantil y ORL se decide intervención quirúrgica programada bajo anestesia general
- Se aprecia tumoración laterocervical izquierda de 4 cm de diámetro, contenido mucoso de 1 cm
- Localización medial de paquete vascular. Se extiende detrás de la tráquea y esófago, a los que desplaza, llegando a plano prevertebral. Presenta impronta de pared traqueal anterior y ausencia de anillo traqueal, separado de la tráquea por una membrana fina



Evolución II



- Durante la exéresis anterior de la lesión hay necesidad de abrir la pared anterior traqueal que esta infiltrada, se sutura posteriormente. En el abordaje posterolateral con comunicación del esófago con la propia lesión se coloca SNG. Se extirpa la masa
- La anatomía patológica no refleja malignidad
- Integridad de los nervios recurrentes con parecia de la cuerda vocal izq. secundario a la compresión
- Pasa a UCI intubada para control postoperatorio

Evolución clínica postoperatorio II



Dada la buena evolución postquirúrgica satisfactoria se decide el alta hospitalaria(15/04/2016)

LESION QUÍSTICA
CERVICAL (QUISTE DE
DUPLICACIÓN
SOFÁGICA)

CASE REPORT

Open Access

A case of cervical esophageal duplication cyst in a newborn infant



Shoko Kawashima^{1,2}, Osamu Segawa^{1,2*}, Shuri Kimura², Masayoshi Tsuchiya^{1,2}, Nobuhide Henmi³, Hisaya Hasegawa³, Mariko Fujibayashi⁴ and Yoshihiko Naritaka¹

DUPLICACIÓN ESOFAGICA

Corresponde a malformaciones de tipo quístico, muy poco frecuentes

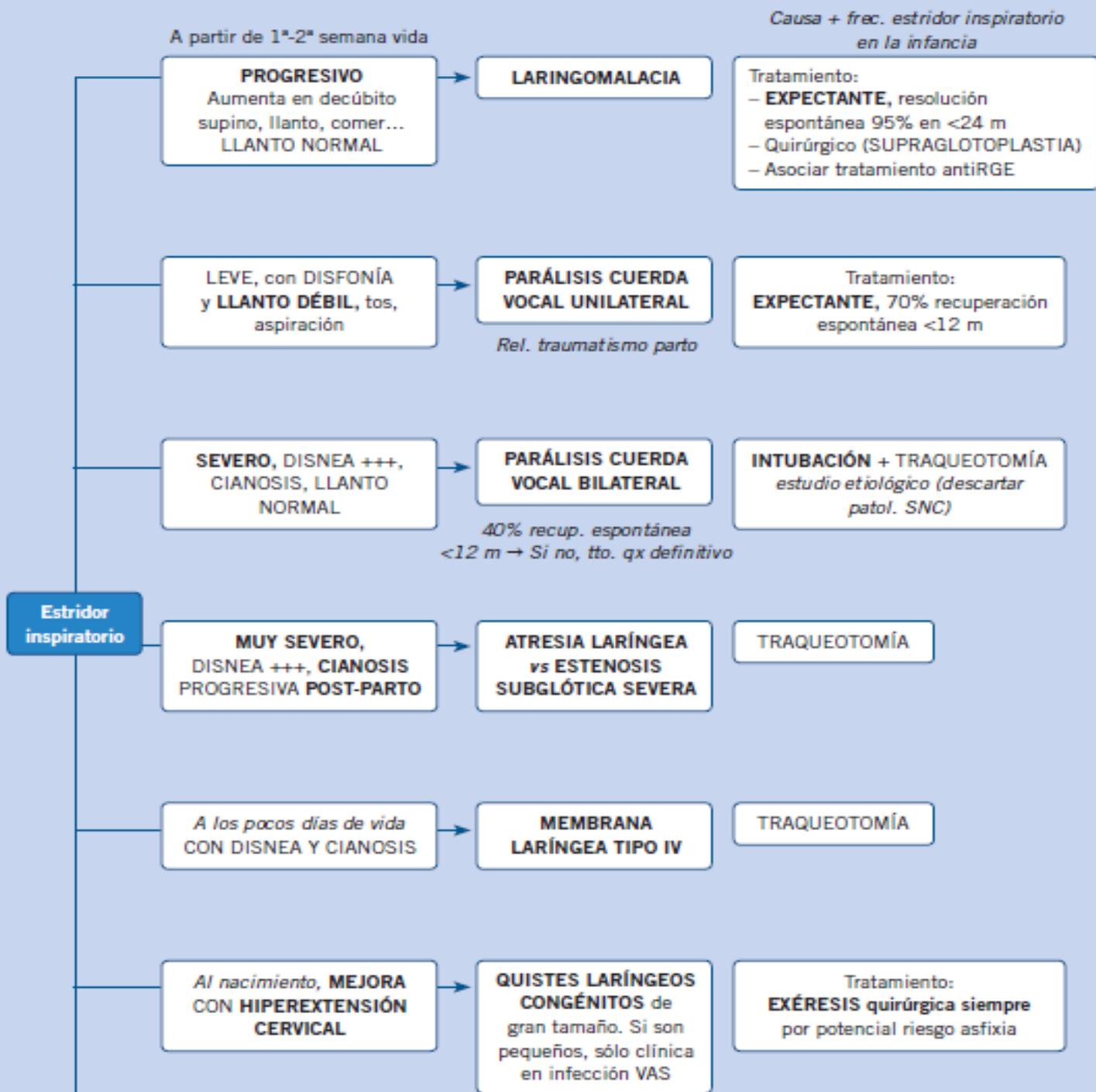
En la 5^º o 6^º semana de la vida intrauterina ocurriría un fallo en la unión de vacuolas dando origen a formaciones quísticas



INCIDENCIA Y CRITERIOS PATOLOGICOS

De 1 en 8,200, constituyendo entre 0,5 al 2,5 de la masa esofágicas, cerca de 10 a 15 % de todos los quistes de duplicación

- a) Adhesión a la pared esofágica
- b) Presencia de epitelio del tracto gastrointestinal
- c) Presencia de dos capas de músculo liso



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

NIVEL ANATÓMICO

CERVICALES

Constituye un 23% de los casos, asintomáticos

Masas cervicales laterales, estridor agudo, infecciones de la lesión

MEDIAS

Constituye un 17% del total

Debido a la proximidad de la tráquea, síntomas severos y obstrucción vías aéreas sup.

DISTAL

Constituye cerca del 60%

Localizada en el tercio distal del esófago y habitualmente asintomáticas



IMÁGENES UTILIZADAS PARA ESTUDIO

- **Radiografía de tórax:** puede evidenciar anomalías vertebrales asociadas, y puede encontrarse aire en su interior
- **Tomografía Axial Computarizada (TAC):** define la naturaleza del quiste y su relación con estructuras vecinas
- **Resonancia Magnética(RMN):** localización, extensión y evaluación de posibles anomalías asociadas
- **Ecografía prenatal:** herramienta exitosa en el diagnóstico y tratamiento dentro del útero

TRATAMIENTO



- La resección completa de la lesión es el tratamiento de elección
- La resección del segmento esofágico puede ser necesaria en caso de que la relación entre la pared del quiste y la del esófago sea muy íntima y no permita la resección sólo del quiste

EVOLUCIÓN FINAL



- Dada de alta el 15/04/2016 por su buena y satisfactoria evolución postquirúrgica
- Reingresa en su Hospital de origen el 17/04/2016 por cuadro de llanto continuo y mucosidad. Realizando episodio de apnea con cianosis facial que recupera tras estimulación y ventilación con ambú. Queda hipotónica, precisando oxigenoterapia en gafas nasales, signos de mala perfusión periférica, mal estado general y se inicia terapia con cefotaxima con Tª 37°C, TA:79/52 mmHg, FC: 200 lpm. Resto normal
- Traslada a nuestro Hospital con mal estado general, trabajo respiratorio importante, con persistencia de signos de hipoperfusión tisular e hipoventilación global. Se decide su ingreso en UCI

VALORACIÓN Y TRASLADO

- **ORL:** se realiza fibrolaringoscopia flexible observando una malacia traqueal por falta de varios hemianillos cartilagosos del lado izquierdo, debido a la compresión que producía la masa cervical
- **Cirugía pediátrica:** candidata a tratamiento con prótesis endotraqueal, por lo que recomienda traslado a la Unidad de Vías Aéreas del 12 de Octubre de Madrid, por su experiencia en las reabsorciones endotraqueales
- El 25/04/2016 aceptada por la Unidad de vías Aéreas para ser valorada. Se decide el traslado vía SAMU
- **Unidad de vías aéreas de Madrid:** tuvo una recidiva del quiste que se intervino quirúrgicamente realizándole una anastomosis de 3 anillos traqueales y cricoide. Está pendiente de una fibroscopia y probable alta

