

## VI. DISNEAS LARÍNGEAS

Sumario: Disneas laríngeas, cuadro clínico, patogenia, diagnóstico, diagnóstico diferencial, conducta a seguir.

### Disneas laríngeas

Más que una entidad independiente, este cuadro clínico constituye en realidad, un síndrome denominado Síndrome Disneico Laríngeo (SDL), emergencia médica que requiere una cuidadosa valoración, muchas veces apremiada por el tiempo y a la que se suma la gran responsabilidad que se adquiere frente a una decisión de la que depende la vida del enfermo.

Trataremos de enfocar el tema de forma eminentemente práctica, de manera que el médico no especializado logre su cometido en el momento del diagnóstico y la toma de una conducta correcta.

#### *Cuadro clínico*

Las disneas laríngeas presentan las siguientes características claves:

- Constituyen una bradipnea inspiratoria
- Presentan tiraje alto (supraesternal y supraclavicular)
- Presentan estridor inspiratorio, cornaje o ambos

En dependencia de su patogenia, a lo anterior se le puede añadir tos y disfonía, pero desde ahora tenemos que recalcar que la ausencia de la última no excluye la posibilidad de que se trate de una disnea alta como es el caso de las estenosis traqueales, ubicadas inmediatamente por debajo de la subglotis.

Al SDL lo acompañan manifestaciones generales, entre las que se encuentran: marcada ansiedad e intranquilidad del enfermo y en los casos de instalación súbita se ha descrito una llamada “sensación de muerte inminente”, condicionada por la asfixia, el enfermo se encuentra pálido y sudoroso.

La frecuencia cardíaca se eleva por encima de las 120 pulsaciones por minuto y aparece cianosis, primero en los lechos ungueales y más tarde en los labios, esta cianosis puede preceder en segundos al paro cardíaco.

#### *Patogenia*

Este síndrome puede aparecer en cualquier etapa de la vida, desde el nacimiento hasta la vejez, por lo que resulta adecuado tratar de agrupar por edades las causas más comunes correspondientes a cada una de ellas, pero teniendo en cuenta que lo siguiente no es una regla absoluta y no son raras las excepciones.

En el niño tendremos algunas que aparecen al momento de nacer, todas muy graves y siempre debidas a malformaciones congénitas por suerte no muy frecuentes, si la malformación permite un paso de aire adecuado su diagnóstico se establecerá tardíamente. Las malformaciones congénitas más comunes son: el palmipedismo o web laríngeo en la que las cuerdas vocales se encuentran unidas por una membrana que semeja a la homóloga interdigital de los palmípedos, de la cual toma su nombre, la laringocondromalacia que es una debilidad estructural extrema del esqueleto cartilaginoso del órgano, aunque algunas veces se limita solo al cartílago fibroso de la epiglotis y no al de tipo hialino del tiroides y cricoides, los quistes laríngeos y los laringoceles congénitos. En raras malformaciones congénitas del sistema nervioso central pueden asociarse a una disnea laríngea del recién nacido motivada por una parálisis recurrencial u otra lesión neurológica.

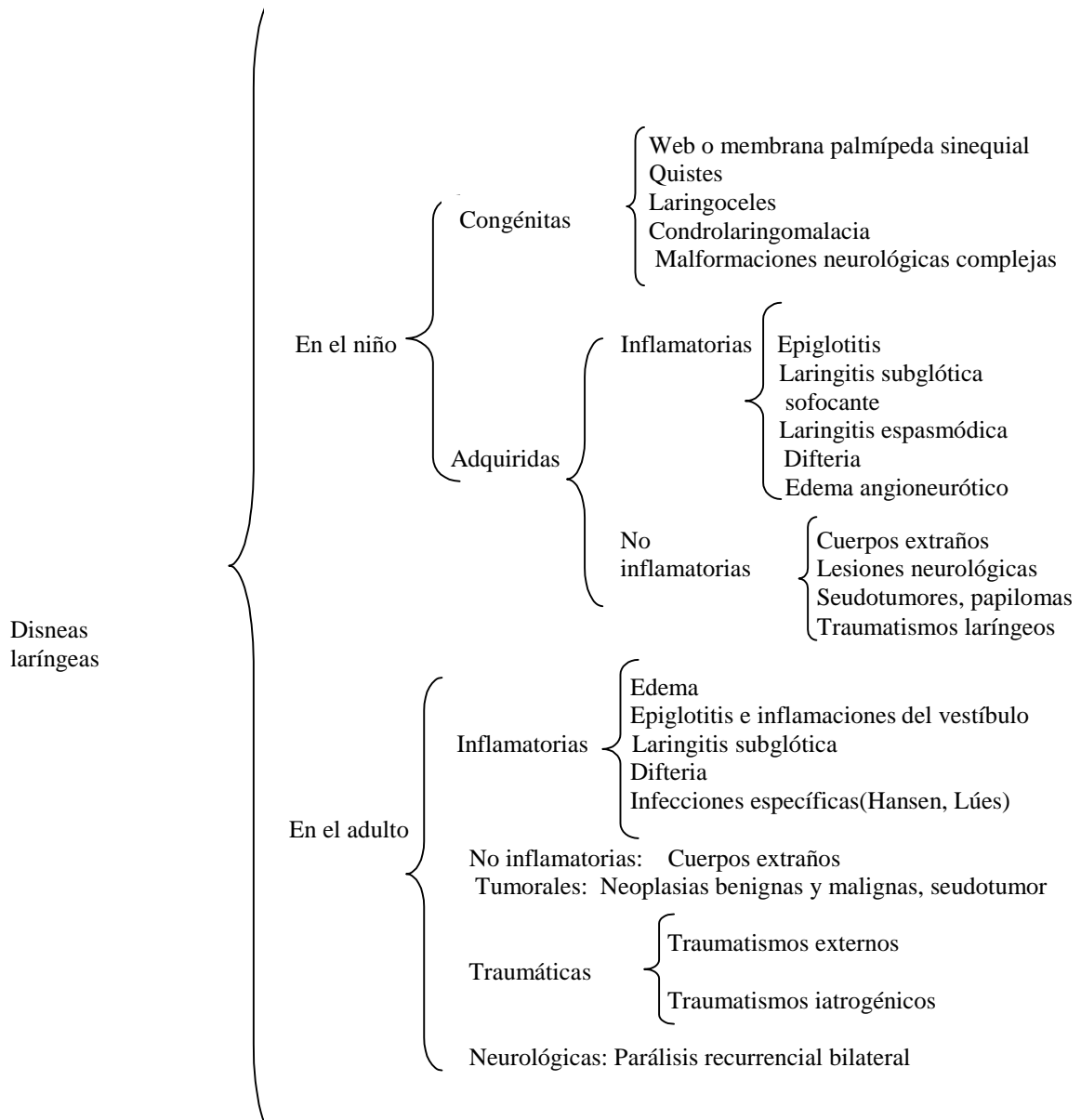
En el lactante pueden aparecer disneas laríngeas por la progresión de una malformación congénita no diagnosticada al nacer, pero otras veces son debidas a procesos inflamatorios de vías respiratorias altas (laringitis y epiglotitis), los papilomas laríngeos pueden ser una de sus causas al contaminarse el feto al pasar por el canal del parto de la madre infectada con el virus del papiloma, y ya después de los 9 meses al tener el niño el control de la pinza digital comienzan a verse los cuerpos extraños que seguirán siendo una de las causas de este síndrome durante toda la infancia. La difteria, considerada una enfermedad reemergente afecta con mayor virulencia a los niños de edad preescolar.

En el adolescente y en el adulto joven la incidencia del síndrome disminuye para aumentar más tarde en el adulto mayor, ya que a estos últimos se le suman las enfermedades tumorales laríngeas de mayor incidencia a partir de la 5ta. década de la vida.

Las lesiones traumáticas de la laringe y tráquea alta, ya sean motivadas por golpes como consecuencia de accidentes del tránsito y a la práctica de deportes violentos son habituales en las edades jóvenes, pero también pueden aparecer debido a traumatismos generados por la acción médica (Iatrogénicos), tal es el caso de las lesiones por entubaciones endotraqueales y endoscopias traumáticas.

Por último mencionaremos el edema agudo de la glotis (en realidad el cierre de la luz glótica por un edema circundante) situación que puede aparecer como una reacción de tipo inmunoalérgica frente a muchas noxas, pero sobre todo a reacciones adversas medicamentosas por lo que todo médico debe estar preparado no solo para diagnosticarla precozmente sino también para accionar de forma adecuada y eliminar esta situación que pone en peligro inminente la vida del enfermo.

Los tumores y pseudotumores de la laringe serán detallados en este libro en el capítulo correspondiente a estas enfermedades.



### Diagnóstico

La gran mayoría de los SDL son de instalación aguda y por ende su sintomatología es aparatosa, entre los síntomas que dominan se encuentra: la dificultad respiratoria acompañada del estridor inspiratorio, la bradipnea, el cornaje, el triare supraesternal y supraclavicular o ambos y que llegan a participar en el esfuerzo por la ventilación hasta la musculatura accesoria; como la causa de la disnea laríngea suele ser alta, concomita la mayoría de las veces con el cuadro anterior la disfonía que puede llegar a la afonía y a la tos.

Frente a un enfermo disneico resulta imprescindible obtener información con el interrogatorio en busca de antecedentes, ya sea con el paciente (siempre que sea posible) o con sus acompañantes. Se insistirá en el antecedente de alergias o anafilaxias, inyecciones recientes, o raramente en el uso de medicamentos por vía parenteral a los que pudiese ser alérgico, procesos inflamatorios recientes de vías aéreas superiores, traumatismos y cuerpos extraños.

Otros grupos de SDL poco frecuentes son los de aparición lenta, como por ejemplo en los enfermos con parálisis recurrenciales ocasionadas por enfermedades del sistema

nervioso central (las que aparecen por lesiones quirúrgicas de los recurrentes son de instalación aguda), los tumores de la laringe malignos y benignos y las lesiones de aparición progresiva como la lepra, amiloidosis y otras. En estos pacientes llama la atención lo relativamente bien que toleran la disnea, la cual se acentúa durante el sueño y son sus acompañantes los que mencionan el gran ruido inspiratorio que escuchan cuando duermen.

Los enfermos acuden a la primera consulta cuando ya la disnea les imposibilita el descanso y aparecen signos de fatiga y anoxia crónica; al hacer el examen resulta sorprendente para el médico la enorme reducción de la vía aérea y apenas puede explicarse cómo el paciente logra ventilarse, además de que puede encontrarse cianosis en los lechos ungueales.

Si tenemos posibilidad de realizar un estudio gasométrico encontraremos signos de acidosis respiratoria.

#### *Diagnóstico diferencial*

A pesar de lo típico de una disnea laríngea, en algunas ocasiones, en las salas de emergencias de los hospitales han sido confundidas con el asma bronquial (la disnea laríngea es inspiratoria y el asma es espiratoria) y con otras insuficiencias respiratorias de origen bajo que producen una polipnea, mientras que las laríngeas u altas son siempre bradipneas con cornaje o estridor y tiraje alto (supraclavicular, supraesternal e incluso participan en el esfuerzo ventilatorio de los músculos accesorios de la respiración). También deben diferenciarse de las disneas motivadas por fallo de bomba (edema agudo del pulmón).

#### *Conducta a seguir*

Por tratarse el SDL de una emergencia médica, las posibilidades de adoptar conductas expectantes están muy limitadas y el objetivo principal de la acción médica es salvar la vida mediante el aseguramiento de una vía de ventilación al enfermo, dicha vía sólo la podemos obtener en la mayoría de los casos mediante la realización de una traqueostomía.

Los adelantos en las técnicas de apoyo vital, sobre todo en los procedimientos de entubación endotraqueal de emergencia, se ven restringidos en este tipo de situación ya que en su gran mayoría la disnea es motivada por una obstrucción mecánica de la luz laringotraqueal a niveles altos que impiden ser franqueadas por el tubo de ventilación; no obstante, pueden ser entubados muchos enfermos portadores de edemas agudos porque por sus caracteres físicos, de ser muy laxos, permiten el paso del tubo y dan la posibilidad de instaurar el tratamiento adecuado para la solución del edema, el cual al ceder (casi siempre rápidamente) permite la entubación sin necesidad de acudir a la traqueostomía.

También pueden ser entubados los pacientes portadores de SDL debido a parálisis recurrenciales bilaterales mientras son trasladados a centros asistenciales con posibilidades quirúrgicas de resolver su situación de forma definitiva.

Actualmente en muchos hospitales dotados de recursos para la microcirugía endolaríngea se ha utilizado para resolver el SDL originado por pseudomixomatosis de las cuerdas vocales y otros tumores benignos (grandes pólipos), pero la valoración de estas indicaciones tan precisas queda en manos del personal altamente especializado en técnicas microquirúrgicas.

Por último volvemos a insistir en el criterio de que la traqueostomía es la principal alternativa frente a una disnea laríngea, su postergación muchas veces injustificada ocasiona al enfermo riesgos y peligros innecesarios, y todo personal médico debe saber

hacer a la perfección esta sencilla y ya milenaria operación que hoy en día, mucho más segura y con menos complicaciones posoperatorias continuará salvando innumerables vidas.