



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

387/153 - ESTRIDOR LARÍNGEO EN ADULTO

L. Fernández-Vega Suárez¹, M. Ramos Oñate², J. Capellades i Llopart³, C. Laguna Cárdenas⁴, E. Saiz Yoldi¹, A. Ukar Naberan²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Santander. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dr. Morante. Santander. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Sardinero. Santander. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 79 años con los siguientes antecedentes médico-quirúrgicos: niega hábitos tóxicos. NAMC. FRCV: HTA, dislipemia. Hipotiroidismo por tiroidectomía por BMNT en 2002 con disfonía crónica. Tratamiento habitual: Eutirox 88 ?g. Acude a Urgencias refiriendo sensación de dificultad para la inspiración asociado a estridor espiratorio desde hace dos días que ha empeorado a lo largo del día de hoy. Niega fiebre o sensación distérmica. Niega, rinorrea, estornudos, tos o expectoración. Niega traumatismo. Vacunada de la gripe.

Exploración y pruebas complementarias: Tª: 35,5 °C, TAS: 178 mmHg, TAD: 79 mmHg, FC: 87 lpm, SATO2: 99%. Consciente y orientada × 3. NCNHNP. Eupneica en reposo, sin trabajo respiratorio, se escucha estridor espiratorio. BEG. AC: rítmica, no oigo soplos. AP: MVC con buena ventilación bilateral. Bioquímica y hemograma: sin hallazgos patológicos. Rx: atrapamiento de aire a nivel laríngeo. Sin hallazgos patológicos a nivel de parénquima pulmonar.

Juicio clínico: Valorada por ORL de guardia. Fibroscopia: la hemilaringe derecha se encuentra inmóvil, cuerda en posición paramediana, la izquierda un poco más abducida con movilidad mínima. Juicio diagnóstico: parálisis bilateral de cuerdas posttiroidectomía con estenosis del 50% de la luz glótica. Mejoría tras administración de corticoides endovenoso. Pauta descendente con prednisona durante 10 días en domicilio. Se programa cirugía.

Diagnóstico diferencial: Laringitis aguda. Trauma laríngeo. Epiglotitis. Cuerpo extraño.

Comentario final: El diagnóstico de parálisis de CV se realiza mediante laringoscopia. Siempre debe buscarse la causa. La evaluación está orientada por las anomalías identificadas en la anamnesis y la exploración física. En la parálisis bilateral, debe restablecerse una vía aérea adecuada. Durante una infección de las vías aéreas superiores, puede ser necesario realizar la traqueostomía permanente o transitoria. En nuestro caso, se trata de una paciente con compromiso leve de vía aérea secundario a complicación frecuente post-tiroidectomía que responde a corticoides ev sin ser necesaria otro tipo de intervención más agresiva. En estos casos es necesario un seguimiento por parte de ORL dada la frecuencia de posibles complicaciones graves y valorar la necesidad de cirugía de forma programada.

Bibliografía

Sasaki CT, et al. Larynx Lab. Yale University School of Medicine.

Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía actuación en Urgencias, 4ª ed. 2013.