

# Estenosis subglótica post instrumentación

## Post-instrumentation subglottic stenosis

René Daniel Villatoro Martínez<sup>(1)</sup>.

1. Departamento de Cirugía, Hospital Roosevelt, Guatemala, Guatemala.

**Autor correspondiente:** René Daniel Villatoro Martínez, [dannie094@gmail.com](mailto:dannie094@gmail.com)

**DOI:** <https://doi.org/10.36109/rmg.v160i3.413>

**Recibido:** 10 de Agosto 2021      **Aceptado:** 4 de Septiembre 2021

### Resumen

La estenosis subglótica presenta una alta morbi-mortalidad para el paciente. La variedad de causas, localización, severidad, asociación a trastornos fonatorios y deglutorios, junto a la diversidad de procedimientos y técnicas quirúrgicas para su tratamiento, plantean un desafío clínico constante. A continuación presentamos el caso de una niña con este padecimiento, exitosamente tratada.

**Palabras clave:** Estenosis subglótica, instrumentación.

### Abstract

Subglottic stenosis presents a high morbidity and mortality for the patient. The variety of causes, location, severity, association with phonatory and swallowing disorders, together with the diversity of surgical procedures and techniques for their treatment, pose a constant clinical challenge. Here we present the case of a girl with this condition, successfully treated.

**Keywords:** Subglottic stenosis, instrumentation.

## Introducción

La laringe y la tráquea son estructuras tubulares semirrígidas que tras una lesión, cicatrizan de manera concéntrica dejando como consecuencia la reducción de su luz. La zona más estrecha y con mayor posibilidad de ser afectada es la región subglótica. La estenosis subglótica presenta una alta morbi-mortalidad para el paciente [1-3]. La instrumentalización de la vía aérea es la causa más frecuente, responsable del 90% de los casos. Dado la dinámica del flujo aéreo, pequeñas variaciones en el diámetro de la vía respiratoria o en el largo de la estenosis son significativas para el flujo de aire, por tanto el paciente comenzará a manifestar episodios de disnea rápidamente progresiva [4,5].

## Presentación de caso

Paciente femenina de 4 años de edad, con historia de disfonía y tos de características metálicas de aproximadamente 1 mes de evolución, no asociada a fiebre, ni a infección de la vía aérea baja. La paciente, en su edad neonatal, había presentado enfermedad de membrana hialina por lo que permaneció ingresada 1 semana. Se le egresó sin secuelas. A la edad de 2 años fue hospitalizada por un cuadro de neumonía complicada y estridor laríngeo, le realizaron una traqueostomía, permaneciendo ingresada durante 1 mes. Egresó con seguimiento para decanulación, la cual se realizó 9 meses después. En su ingreso actual se realizó laringoscopia diagnóstica, apreciando una estenosis subglótica. Esta entidad es una patología compleja, su baja tasa de sospecha, lo inespecífico de los síntomas, el retraso en la consulta médica y sus múltiples causas, hacen que sea necesario crear equipos multidisciplinarios de vía aérea para lograr su pesquisa en estadios precoces de la evolución [1,2]. Debido a que no es posible introducir tubo orotraqueal por el diámetro disminuido de la luz de la laringe, se decide realizar traqueostomía abierta, antes del tratamiento de la estenosis.



**Fig.1: Estenosis subglótica.** La luz de la laringe se aprecia disminuida en su diámetro.

## Discusión

Las estenosis subglóticas adquiridas son más frecuentes que las congénitas. En los últimos años, se ha registrado un incremento en su incidencia debido al uso de asistencia respiratoria mecánica (ARM). Esto aunque sea por cortos períodos de un tubo endotraqueal, la insuflación excesiva del balón que sobrepase la perfusión capilar, los episodios de hipotensión arterial y los tiempos prolongados de intubación, sumados a características propias de la anatomía laríngea, provocan isquemia, edema, necrosis y ulceración con granulación y cicatrización fibrosa. Por lo tanto, de ser posible, se debe utilizar un tubo endotraqueal sin balón en niños menores de 3 años y, ante la necesidad de usar tubo con balón, se sugiere el control diario de la presión en menos de 20 cm H<sub>2</sub>O y posterior control radiológico del tubo para verificar que el balón se encuentre en la tráquea. Mantener una sedación adecuada evita el movimiento del niño y del tubo, y disminuye el riesgo de lesión [5]. La estenosis subglótica postintubación es un daño evitable, que puede dificultar la extubación de los niños con ventilación mecánica prolongada, a veces puede requerir de cirugía laríngea para lograr la decanulación, la cual no está exenta de complicaciones y secuelas.

## Referencias bibliográficas / References

1. Hernández, A. (2013). Traqueostomía: principios y técnica quirúrgica. *Revistas.UACH*. <http://revistas.uach.cl/html/cuadcir/v21n1/body/art13.htm>
2. Ortiz, B. C. R. (2013). Estenosis subglótica. *Scielo*. [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-11462013000500009](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462013000500009)
3. Rodríguez, H., & Cuestas, G. (2013). Estenosis subglótica postintubación en niños. Diagnóstico, tratamiento y prevención de las estenosis moderadas y severas. *ELSEVIER*. <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-otorrinolaringologica-espanola-102-articulo-estenosis-subglotica-postintubacion-ninos-diagnostico-S0001651913000940>
4. Rodriguez, Y., & Agramonte, E. (2014). Estenosis subglótica adquirida en paciente quirúrgico pediátrico. *SCIELO*. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-67182014000200009](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-67182014000200009)
5. Gómez, M., & Rojas, M. (2013). Estenosis subglótica: Reporte de casos. *SCIELO*. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/orl/v73n3/art03.pdf>