

Traumatismo de laringe

(An Esp Pediatr 2002; 56: 360-361)

Sr. Editor:

La lesión traumática del complejo laringotraqueal es excepcional y puede pasar desapercibida. La incidencia en adultos es de 1 por 30.000 casos de traumatismos que consultan en urgencias^{1,2}. La incidencia y la gravedad de las lesiones laringotraqueales en niños están poco descritas, tal vez porque estén menos involucrados en accidentes de tráfico y en conflictos interpersonales violentos. Por otra parte, la laringe en el niño está situada más alta en el cuello comparada con la del adulto y está relativamente protegida por la mandíbula frente a traumatismos directos o por aplastamientos. Además, la flexibilidad del cartílago laringotraqueal contribuye a protegerle de lesiones significativas. Sin embargo, las características de los tejidos de sostén hacen que la laringe infantil esté predispuesta a inflamación con edema y hemorragia. La vía aérea en los niños es estrecha y cualquier compresión extrínseca o intrínseca puede producir un problema funcional importante³⁻⁵.

Cuando hay sospecha de lesión laríngea en un niño que acude a urgencias (fig. 1) debe constatarse si la vía aérea es esta-

ble, en cuyo caso se adopta una actitud expectante. Si la vía aérea está comprometida, el primer objetivo es asegurar la vía aérea mediante intubación traqueal. Cuando la vía aérea es estable o una vez asegurada la permeabilidad de ésta, se recomienda practicar laringoscopia flexible y TC cervical para determinar el cuadro lesional⁴.

Clásicamente, las lesiones laríngeas se han clasificado en 5 grupos⁶: grupo I (no fracturas detectables, no laceraciones de la mucosa, mínimo hematoma endolaríngeo, mínimo compromiso de vía aérea); grupo II (hematoma o edema endolaríngeo con compromiso vía aérea, laceraciones mínimas de la mucosa sin exposición de cartílago, fractura no desplazada en TC); grupo III (edema endolaríngeo masivo con compromiso de la vía aérea, laceraciones de la mucosa con cartílago expuesto, cuerda vocal inmóvil); grupo IV (igual al grupo III con trastorno masivo de la endolaringe y más de 2 fracturas lineales), y grupo V (separación laringotraqueal). La mayoría de los autores recomiendan tratamiento conservador en los casos que se encuentran estables y se hallan en el grupo I y quirúrgico cuando exista rotura de la mucosa y cartílago o fractura.

En este sentido, se comunican 2 casos que hemos recogido en nuestra experiencia en los 10 últimos años, pertenecientes a los grupos II y III y tratados de modo conservador.

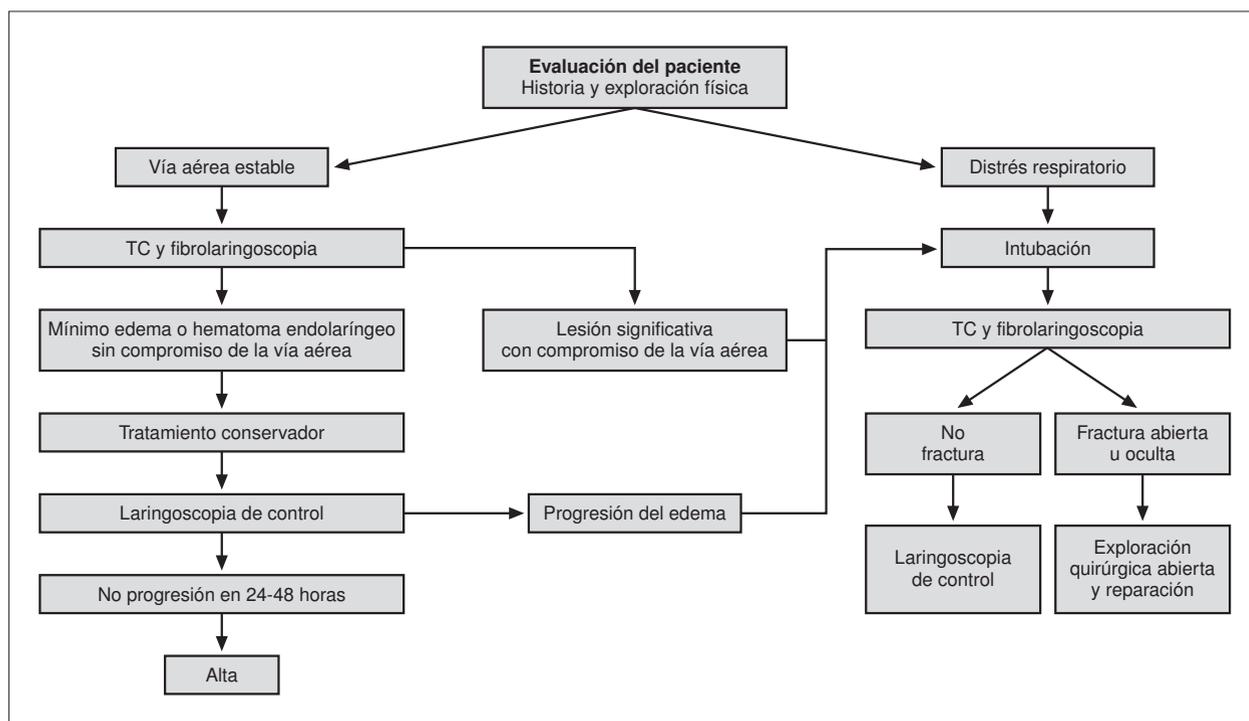


Figura 1. Algoritmo de tratamiento del traumatismo laríngeo (modificado de Gold et al⁴).

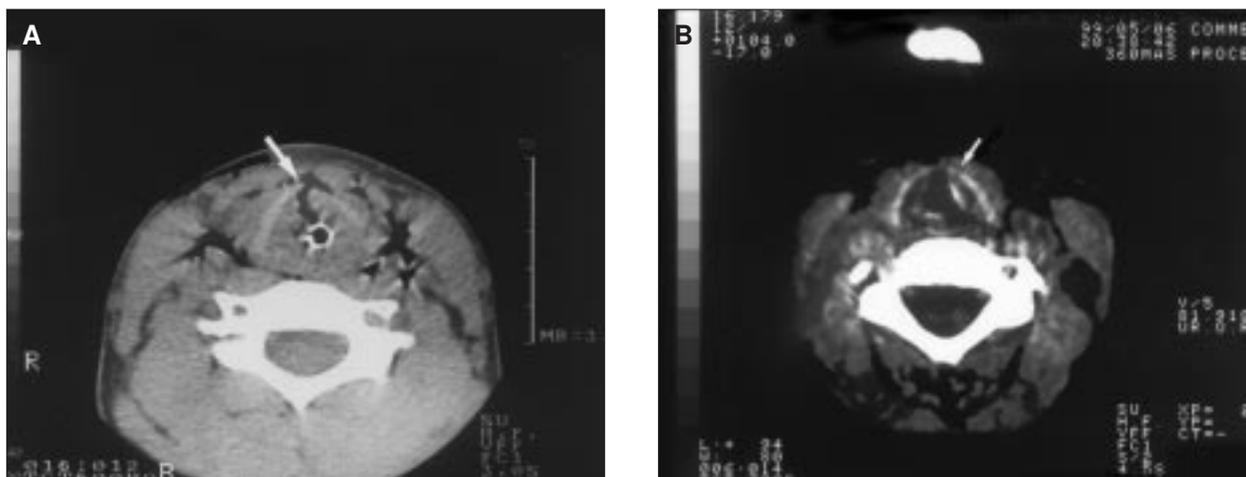


Figura 2. A) TC cervical. Fractura vertical de cartílago tiroides desplazada. **B)** TC cervical. Fractura del ala tiroidea izquierda.

Caso 1. Varón de 12 años de edad, trasladado de otro hospital con el diagnóstico de síndrome de obstrucción de vía aérea superior, secundario a traumatismo accidental cervical anterior por una barra metálica, iniciando a continuación dolor cervical anterior, dificultad respiratoria y estridor inspiratorio.

A su ingreso, bajo intubación orotraqueal con tubo portex n.º 4 y ventilación mecánica convencional, se apreciaba tumefacción y crepitación cervical con pequeña erosión cutánea a nivel del cartílago tiroides, sin otros hallazgos patológicos. En las exploraciones complementarias se constató una acidosis respiratoria leve y en la exploración radiológica presencia de aire subcutáneo y estrechamiento de la vía aérea a nivel del cartílago tiroides. En el TC cervical se observó fractura vertical del cartílago tiroides, estando desplazado hacia atrás en su porción izquierda, con aumento de partes blandas (fig. 2A).

Se mantuvo bajo ventilación mecánica con fluidoterapia de mantenimiento, dexametasona, amoxicilina-clavulánico por vía intravenosa y alimentación parenteral. Al segundo día, con test de fugas positivo, se sustituyó el tubo endotraqueal portex n.º 4 por el n.º 6. Al sexto día se realizó TC cervical que mostró normalidad de partes blandas sin presencia de aire ectópico y se realizó extubación programada sin problemas. La laringoscopia al alta (día 12) evidenció paresia de hemilaringe derecha.

Caso 2. Varón de 5 años, trasladado de otro hospital por presentar traumatismo cervical anterior accidental, con fractura del ala tiroidea izquierda y hematoma de cuerda vocal izquierda (fig. 2B), sin compromiso de la vía respiratoria. Por laringoscopia directa, se apreciaba buena movilidad de ambas cuerdas vocales, no evidenciándose tumefacción ni disminución de la luz de vía aérea.

A la exploración al ingreso se apreció disfonía y petequias puntiformes en hemifacies derecha, no presentando dificultad respiratoria ni estridor. Gasometría normal. Las exploraciones complementarias realizadas fueron normales.

A su ingreso permaneció a dieta con fluidoterapia intravenosa de mantenimiento y 6-metilprednisolona. La evolución fue favorable no presentando en ningún momento dificultad respiratoria. No se realizó laringoscopia de control.

En ambos casos nos pareció oportuno no realizar tratamiento quirúrgico dado el cuadro lesional y la estabilidad de la vía aérea, a pesar de que el caso 1 pertenecía al grupo II-III (fractura con desplazamiento y hemiparesia de laringe) y el caso 2 se incluía en el grupo II (fractura de cartílago). Tampoco considera-

mos indicada la realización de traqueotomía, por el mismo motivo.

En relación a estos dos aspectos, pensamos que el protocolo de manejo de estos pacientes⁴ se basa en una clasificación lesional que condiciona un tratamiento que debería revisarse, en el sentido de introducir perfiles de pacientes que puedan orientarse hacia pautas más conservadoras en el manejo de los mismos.

A. Iturrioz Mata, G. Miranda Abejón,

C. de Frutos Martínez y E. González Pérez-Yarza

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.
Hospital Donostia. Servicio Vasco de Salud-Osakidetza.
San Sebastián.

Correspondencia: Dra. A. Iturrioz Mata.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Donostia.
Apartado de Correos, 477.
20080 Donostia.

Correo electrónico: aneumoin@chdo.osakidetza.net

BIBLIOGRAFÍA

1. Gussack GS, Jurkovich GJ, Luteran A. Laryngotracheal trauma: A protocol approach to a rare injury. *Laryngoscope* 1986; 96: 660-665.
2. Schaefer SD. The treatment of acute external laryngeal injuries. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991; 117: 35-39.
3. Myer CM, Orobello P, Cotton RT, Bratcher GO. Blunt laryngeal trauma in children. *Laryngoscope* 1987; 97: 1043-1048.
4. Gold SM, Gerber ME, Shott SR, Myer CM III. Blunt laryngotracheal trauma in children. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 123: 83-87.
5. Link DT, Cotton RT. The laryngotracheal complex in pediatric head and neck trauma. Securing the airway and management of external laryngeal injury. *Facial Plastic Surg Clin North Am* 1999; 7: 133-144.
6. Fuhrman GM, Stieg FH, Buerk CA. Blunt laryngeal trauma: Classification and management protocol. *J Trauma* 1990; 30: 87-92.