

IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Estridor en varón de 10 años: hallazgo inesperado



Stridor in a 10 year-old boy: Unexpected findings

María Elena Carazo Palacios^{a,*}, Eduardo Leopold González^b,
Álvaro Pacheco Tejerina^b y Patricio Varela Balbontín^b

^a Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital La Fe, Valencia, España

^b Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Calvo Mackenna, Santiago de Chile, Chile

Disponible en Internet el 28 de febrero de 2016

Varón de 10 años, previamente sano, que consultó a urgencias por estridor bifásico de una semana de evolución. Con el diagnóstico de laringitis vírica, fue dado de alta. Volvió a consultar por empeoramiento y dificultad respiratoria. Se realizó una radiografía de tórax (fig. 1A) donde se visualizó una tumoración traqueal. Ante la

progresión de los síntomas respiratorios obstructivos requirió de ingreso en cuidados intensivos. Se realizó una laringoscopia donde se visualizó una tumoración subglótica que obstruía el 90% de la luz laringotraqueal (fig. 2). Con estos hallazgos se decidió la realización de una traqueostomía.

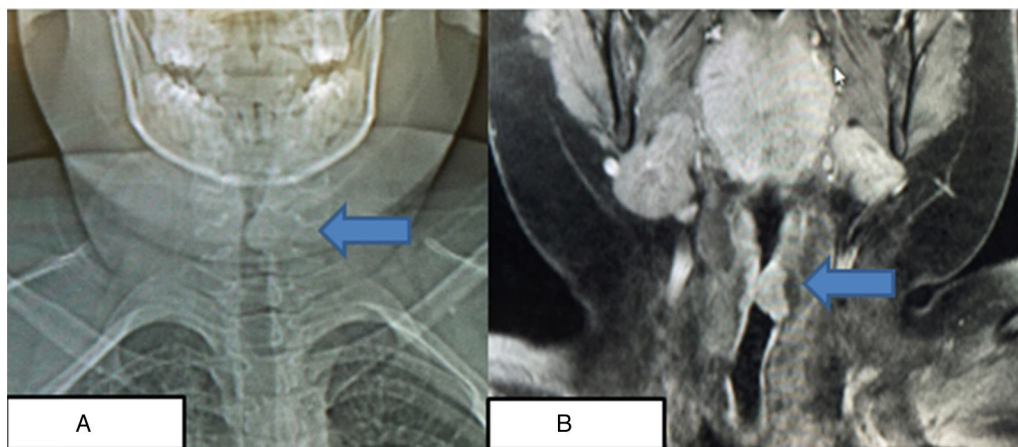


Figura 1 A) Radiografía cervical anteroposterior (con flecha se señala la tumoración traqueal). B) Resonancia magnética nuclear (con flecha se señala la tumoración). Se observa que la lesión está limitada al cricoides y no infiltra planos profundos. No se visualiza diseminación local ni afectación sistémica.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hellencarazo@gmail.com

(M.E. Carazo Palacios).

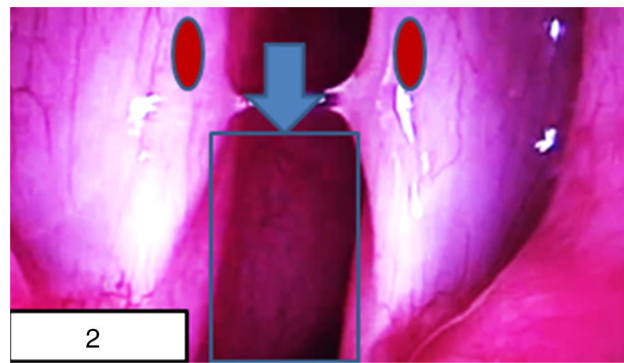


Figura 2 Exploración laringotraqueoscópica: se visualiza tumoración subglótica posterolateral izquierda (flecha). Cuerdas vocales (círculos).

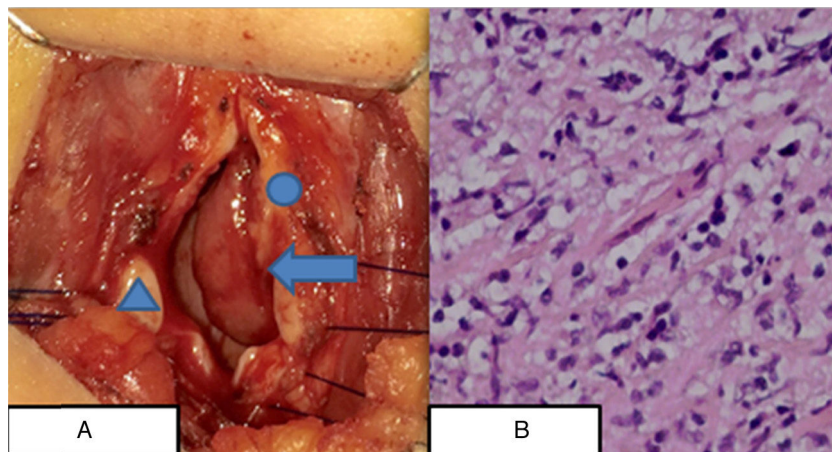


Figura 3 A) Imagen quirúrgica. Se visualiza la tumoración (flecha), el cartílago tiroides seccionado en la línea media (círculo) y el cartílago cricoides seccionado (triángulo). Se realizó exéresis tumoral completa con márgenes libres. B) Anatomía patológica (hematoxilina-eosina $\times 400$): este tumor se caracteriza por una proliferación de células en huso con estroma hialinizado con patrón estoriforme. ALK positivo e IgG4 negativa.

Como exploración complementaria se solicitó una resonancia magnética nuclear (fig. 1B). Se procedió a la intervención quirúrgica con la exéresis total del tumor (fig. 3A), y el cierre de la traqueostomía. La anatomía patológica reveló un tumor miofibroblástico inflamatorio (fig. 3B). Actualmente, tras un año de seguimiento, el paciente presenta una exploración laringoscópica normal.

El tumor miofibroblástico inflamatorio o pseudotumor inflamatorio fue denominado así por su propensión a imitar tanto clínica como radiológicamente a un proceso maligno¹. Aunque representa únicamente el 0,7% del total de las neoplasias broncopulmonares, son los tumores más frecuentes en dicha localización, en menores de 16 años². La localización traqueal es excepcional, con 52 casos descritos en la literatura³. El estridor a esta edad es inusual, ha de estudiarse siempre su etiología. Estos tumores han de researse en su totalidad pues existen reportes

de recidiva local, malignización e, incluso, metástasis a distancia³, por ello, elegimos un abordaje quirúrgico abierto que logró una extirpación tumoral completa con márgenes libres.

Bibliografía

1. Umiker WO, Iverson L. Postinflammatory tumors of the lung: Report of four cases simulating xanthoma, fibroma, or plasma cell tumor. *J Thorac Surg.* 1954;28:55-63.
2. Sivanandan S, Lodha R, Agarwala S, Sharma M, Kabra SK. Inflammatory myofibroblastic tumor of the trachea. *Pediatr Pulmonol.* 2007;42:847-50.
3. Jindal A, Bal A, Agarwal R. Inflammatory myofibroblastic tumor of the trachea in the pediatric age group: Case report and systematic review of the literature. *J Bronchology Interv Pulmonol.* 2015;22:58-65.