



IMÁGENES EN PEDIATRÍA

Hendidura laringotraqueoesofágica: presentación clínica y corrección quirúrgica



Laryngotracheoesophageal cleft: Clinical presentation and surgical treatment

Adrià Costa-Roig*, Francisco Negrín, Rosa Fonseca Martín y Carlos Gutiérrez San Román

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

Disponible en Internet el 8 de enero de 2021

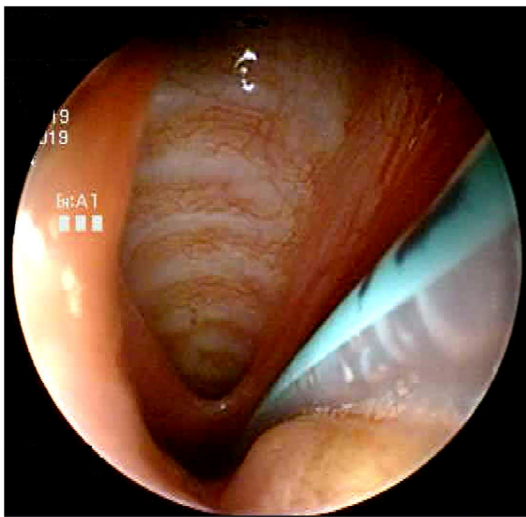


Figura 1 Exploración de vía aérea perinatal que muestra hendidura laringotraqueoesofágica grado III. Observamos la parte anterior de la tráquea con anillos incompletos en su parte posterior y una sonda de alimentación en esófago.

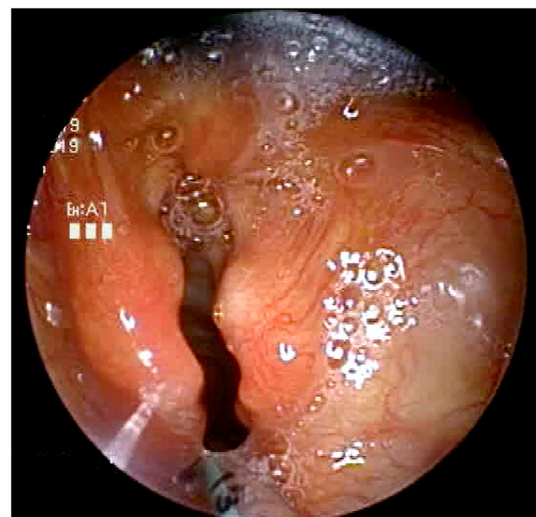


Figura 2 Exploración de vía aérea perinatal donde se observa el espacio entre ambos aritenoides.

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: adriacostaroi@gmail.com (A. Costa-Roig).

Recién nacido a término con rasgos dismórficos, ventriculomegalia bilateral y comunicación interventricular e interauricular que precisa ingreso por distrés respiratorio que requiere soporte respiratorio con ventilación mandatoria intermitente a 30rpm. Presenta episodios de tos y atragantamiento en todas las tomas. Ante la sospecha de

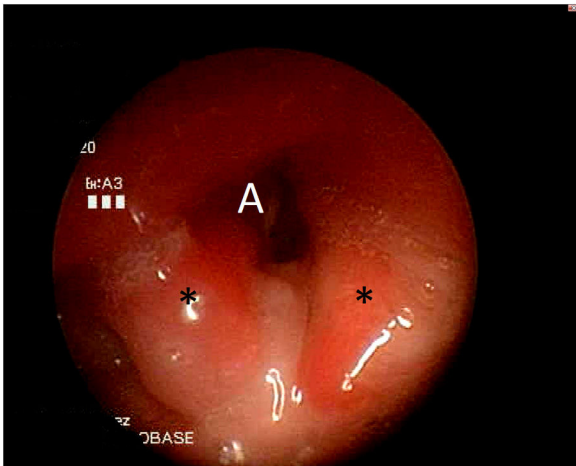


Figura 3 Exploración de la vía aérea tras un año de la intervención donde observamos cuerda vocal izquierda (A) y ambos aritenoides formados (asteriscos) y unidos por la comisura posterior. En la parte anterior encontramos la epiglotis normoformada.

fístula traqueoesofágica, se indica una exploración de la vía aérea mediante lente rígida de 3 mm en respiración espontánea. Se observa hendidura laringotraqueoesofágica tipo III (figs. 1 y 2). Se realiza laringotraqueoplastia por abordaje abierto. En el control endoscópico a los 16 meses se observa una hendidura grado 1 que precisa de nueva cirugía.

En el último control, no se observan hendiduras, con normoposición de epiglotis y aritenoides unidos por la comisura posterior (fig. 3).

La hendidura laringotraqueoesofágica se caracteriza por un defecto en la pared posterior de la laringe que puede extenderse hasta la tráquea¹. Puede asociar alteraciones cardíacas, urogenitales y craneofaciales¹⁻³. En función de su extensión, existen cuatro subtipos. Las hendiduras laringotraqueoesofágicas tipo I pueden ser manejadas de manera conservadora. Se ha descrito la corrección endoscópica del grado I y II³. Los grados III y IV precisan de cirugía abierta por la extensión del defecto¹⁻³. El diagnóstico requiere una alta sospecha en un neonato con dificultad respiratoria, tos y atragantamiento durante las tomas. La exploración de la vía aérea permite un diagnóstico certero. Además, es útil en el seguimiento para demostrar otras alteraciones como la laringomalacia y la traqueomalacia, así como estenosis subglótica o fístulas traqueoesofágicas.

Bibliografía

1. Varela P, Torre M, Schweiger C, Nakamura H. Congenital tracheal malformations. *Pediatr Surg Int.* 2018;34:701-13.
2. Landry A, Rutter M. Airway Anomalies. *Clin Perinatol.* 2018;45:597-607.
3. De Alarcón A, Osborn A, Tabangin M, Cohen A, Hart C, Cotton R, et al. Laryngotracheal cleft repair in children with complex airway anomalies. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;141:828-33.