



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/951 - DE DISFONÍA A TRAQUEOSTOMÍA URGENTE

M.R. Vasquez Delgado^a, J. Parcet Solsona^b, I. Vargas Roca^c, D.C. Mateu Arza^a, M. Valls Esteve^d, M.I. Rodríguez Arce^c y M. Massamunt Paris^b

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellá de Llobregat. Barcelona. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellá de Llobregat. Barcelona. ^cMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellá de Llobregat. Barcelona. ^dMédico de Familia. ABS Sant Ildefons. Cornellá de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 63 años con antecedentes de fumador de 100 paquetes/año, enolismo 14 UBE/día, dislipidemia, obesidad grado II, HTA, DLP, roncadador, EPOC leve en tratamiento broncodilatador a demanda (glicopirronio). Explica clínica de un año de evolución caracterizado por tos productiva, disnea progresiva, disfonía, el último mes estridor laríngeo inspiratorio. Ha Consultado en CAP donde se orienta como EPOC iniciándose tratamiento broncodilatador con respuesta parcial, se realiza polisomnografía resulta hipopnea obstructiva del sueño leve-moderado. Ante al agravamiento de síntomas consulta tres oportunidades en urgencias hospitalarias, refiere que las dos últimas semanas empeora el estridor hasta producirle alteración del sueño y disnea grave en decúbito. Niega fiebre, ortopnea, edema de extremidades inferiores, dolor torácico y otra sintomatología. Se orienta como broncoespasmo y se alta con mismo tratamiento además salbutamol c/4 horas. Reconsulta en urgencias por misma sintomatología, llama la atención estridor laríngeo importante. Se solicita valoración por Otorrinolaringología para valorar vía aérea superior. Ante la evidencia de obstrucción de vía aérea de > 90% se confirma en TAC y se realiza traqueostomía urgente.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: despierto, taquipneico (FR 32x'), satO₂ (basal): 98%, normohidratado, cianosis distal, estridor laríngeo, tonos cardiacos rítmicos sin soplos, hipofonosis global leve, no sibilancias ni otros ruidos añadidos, abdomen globuloso, no edema de extremidades inferiores. Exploraciones complementarias: Analítica pH 7,44, PCO₂ 36 mmHg, PO₂ 59,5 mmHg, HCO₃ 24 mmol/L, glucosa 5,5 mmol/L, creatinina 62 μmol/L, sodio 143 mmol/L, hemoglobina 14,2 g/dL, leucocitos 7.400/mm³, radiografía de tórax: tráquea ligeramente desviada a la izquierda, no condensaciones, ECG RS, 60 lpm, PR 0,12, no alteraciones de repolarización. Fibroscopia: lesión en CVI, basculante, rojiza, edema de Reinke que ocluye 90% de la glotis, CVD edematosa, subglotis y orofaringe sin lesiones. Se biopsia. TAC cuello contraste: Engrosamiento de ambas cuerdas vocales, lesión nodular de 20 mm en cuerdas vocales falsas hasta cuerdas vocales verdaderas, en comisura anterior. Condiciona disminución importante de luz de vía aérea, resto sin alteraciones. AP fragmento CV: edema de corion, ulceraciones, necrosis, fibrina, tejido de granulación. No se observa neoplasia.

Juicio clínico: El edema de Reinke es un tipo especial de laringitis crónica, acúmulo de material viscoso (mucopolisacáridos) en la lámina propia superficial (espacio de Reinke) de las verdaderas cuerdas vocales como resultado de inflamación crónica secundaria a tabaco, reflujo gastroesofágico. Los síntomas pueden ser disfonía (voz ronca), síntomas respiratorios en casos graves. Los pólipos y nódulos en las cuerdas vocales son manifestación de irritación crónica, suelen ser unilaterales, tercio anterior de la cuerda vocal.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de laringitis crónica son inflamaciones prologadas de mucosa laríngea superiores a dos semanas, las etiologías pueden ser irritantes laríngeos (tabaco, alcohol), infecciosas (tuberculosis, herpes), lesiones benignas/malignas de cuerdas vocales, cáncer de laringe, disfunción neurológica.

Comentario final: La causa de la laringitis/estridor/disfonía es variada y determina el tratamiento apropiado. En atención primaria deberíamos volver a revisar el diagnóstico, garantizar que el examen endoscópico se haya realizado si los síntomas persisten o se presentan signos de alarma. La evaluación inicial debe considerar la permeabilidad de la vía aérea y descartar malignidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Schwartz SR, Cohen SM, Dayley S, et al. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2009;141:S1.
2. Bruch JM, Kamani DV. Hoarseness in adults. Review current through. 2015.