



Radiología



0 - El paciente afónico. ¿Es vago o recurrente? Revisión de la parálisis laríngea

D. Quintana Blanco¹, M. Moral Cano², J. Garzón Ruiz², D. Rodríguez López², C. Niño Rojo² y J.M. Escaparrachón²

¹Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España. ²Complejo Asistencial de Palencia, Palencia, España.

Resumen

Objetivo docente: Más de la mitad de los pacientes con neuropatía vagal o recurrente laríngea tienen una causa tóxica/infecciosa o idiopática. Ante un paciente afónico, además de buscar una posible causa neoplásica, el radiólogo debe obtener más información útil acerca del tipo de parálisis laríngea de cada paciente.

Revisión del tema: Existen varios signos radiológicos en una parálisis laríngea unilateral. ¿Cuáles de ellos son más precisos? ¿Alguno de ellos nos puede ayudar a diferenciar una parálisis central o periférica del nervio vago de la del recurrente laríngeo? En una parálisis laríngea, encontremos o no una lesión causante, se puede observar dilatación del seno piriforme, medialización del pliegue ariteno-epiglótico, dilatación del ventrículo laríngeo y aplanamiento del arco subglótico y otros signos con menor frecuencia. La atrofia del constrictor faríngeo (con dilatación asimétrica de la orofaringe y adelgazamiento de los constrictores) debe hacernos pensar en una parálisis central del vago. En estos casos, habrá que buscar la lesión causante en la fosa cerebral posterior o en la base del cráneo. Cuando este signo no está presente, habrá que buscar una lesión en el curso periférico del nervio recurrente laríngeo derecho o izquierdo.

Conclusiones: Conocer los hallazgos asociados a las parálisis laríngeas, y los hallazgos específicos que diferencian la parálisis vagal de la recurrente nos pueden ayudar a buscar la causa en la trayectoria del nervio causante, y a aportar una información más efectiva al clínico.