

Capítulo 7

Disnea obstructiva alta

S. Álvarez Carrillo^a y E. Raboso García-Baquero^b

^aMédico residente de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid.

^bJefe de Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.

Puntos clave

- La disnea es una respiración anormal, consciente e incómoda que se producirá siempre que el trabajo respiratorio sea excesivo.
- En la disnea alta nos encontramos como signo principal un estridor inspiratorio y, por lo general, supone una emergencia médica.
- Cuando la obstrucción es intratorácica, el estridor se produce en la espiración, causado por el colapso de la vía aérea.
- En un paciente con disnea lo primero que debemos identificar es el grado de afectación respiratoria.
- Los niños con disnea inspiratoria y fiebre pueden presentar un cuadro de epiglotitis, por lo que debemos tener precaución a la hora de efectuar la exploración.
- Ante cualquier intento de derivación del paciente a un centro hospitalario debe tenerse la certeza de que va a ser posible el control de la vía aérea durante el tránsito.
- En casos de obstrucción total de la vía aérea, si el paciente está consciente y no es capaz de hablar, se debe realizar la maniobra de Heimlich.
- En los niños menores de un año no se utiliza la maniobra de Heimlich, ya que podría lesionar el hígado.
- En el trauma laríngeo se producen otras lesiones, por lo que es necesario la presencia de un equipo multidisciplinario para su adecuado manejo.

Palabras clave: • Disnea • Obstrucción respiratoria • Traqueotomía urgente.

La respiración normal en reposo no es consciente. Puede hacerse consciente con el ejercicio, pero, a pesar de ello, no debe producir malestar. Por tanto, la disnea puede definirse como una respiración anormal, consciente e incómoda, que se producirá siempre que el trabajo respiratorio sea excesivo; esta dificultad dependerá del estado físico del individuo y del umbral para el agotamiento físico que éste presenta, ya que supone un aumento de la fuerza necesaria para que los músculos respiratorios generen un volumen de aire dado. La disnea puede producirse por alteraciones parenquimatosas del pulmón, por alteraciones de la pared torácica o de la fisiología pleural o por un aumento de la resistencia al flujo de aire (obstrucción).

La disnea es un síntoma muy común, que puede ser causada por una gran variedad de enfermedades; sin embargo, en cualquier caso se producirá una activación anómala de los centros respiratorios del tronco cerebral. Debido a las múltiples causas posibles de disnea, es fundamental para el

abordaje de esta enfermedad resaltar una serie de rasgos clínicos que nos permitirán hacer un diagnóstico diferencial correcto.

La obstrucción de la vía aérea puede presentarse en cualquier lugar de éstas, desde las vías extratorácicas hasta las pequeñas vías intrapulmonares, por lo que es prioritario determinar el área en la que se localiza la obstrucción. Se habla de disnea alta cuando nos encontramos con una disminución en el calibre de las vías aéreas extratorácicas que dificulta la entrada de aire, y hallamos como signo principal un estridor inspiratorio, también conocido como “respiración estenótica”.

El estridor es un sonido anómalo, áspero y vibratorio, producido por el paso turbulento de aire a través de las vías aéreas parcialmente obstruidas. Puede ser inspiratorio, espiratorio o bifásico, según el ciclo de la respiración y la localización anatómica afectada (tabla 1). Hay que diferenciar el estridor del estertor; este último es un sonido gutural producto de la obstrucción nasofaríngea u orofaríngea.

TABLA 1. Tipos de estridor

Inspiratorio	Espiratorio	Bifásico
Obstrucción extratorácica	Obstrucción de las vías aéreas intratorácicas	Obstrucción de la tráquea extratorácica
Tono alto	(sibilancias)	Tono medio

TABLA 2. Diferencias entre disnea alta (extratorácica) y baja (intratorácica)

Disnea alta obstructiva	Disnea baja obstructiva
Estridor inspiratorio	Si hay estridor, es espiratorio (sibilancias)
Tiraje supraclavicular inspiratorio	Tiraje intercostal (en un primer momento) Asimetría torácica con posible elevación diafragmática (si hay afectación unilateral)
Cianosis muy frecuente	Disminución de ruidos respiratorios por debajo de la estenosis
Por lo general, es una emergencia	Si involucra un sólo pulmón, por lo general, no es una emergencia

Cuando se está en presencia de una obstrucción de la vía aérea extratorácica, el estridor se producirá en la inspiración porque éste será el momento en que la presión intraluminal (vía aérea) será más negativa con respecto a la presión atmosférica, produciéndose el colapso de las vías aéreas.

Dentro del tórax hay que tener en cuenta la presión intratorácica, la cual en condiciones fisiológicas será negativa con respecto a la presión atmosférica e intraluminal; esta presión negativa intratorácica es la que permite que las vías aéreas permanezcan abiertas y no se colapsen. En una obstrucción intratorácica (baja), el estridor se produce en la espiración, porque éste es el momento en que la presión intratorácica es menos negativa con respecto a la presión intraluminal, lo que produce el colapso de la vía aérea.

Es de fundamental importancia analizar el estridor para el adecuado abordaje del paciente, ya que un estridor inspiratorio supone, por lo general, una emergencia (tabla 2).

Manejo general de la obstrucción de la vía aérea

En un manejo adecuado de un paciente que consulta por disnea, en primer lugar se deberá identificar el grado de afectación respiratoria que presenta para intentar diagnosticar y tratar, en la medida de lo posible, la causa del problema (tabla 3). En la práctica médica hay situaciones de emergencia

en las cuales se superponen el tratamiento y el diagnóstico, ya que la afectación respiratoria es tan importante que se requiere una acción inmediata para estabilizar la vía aérea, por lo que el tratamiento no debe retrasarse por los intentos de realizar diagnósticos previos.

Sin embargo, ante todo es importante identificar el estridor inspiratorio como un signo de disnea alta, que en la gran mayoría de los casos representa una emergencia médica, y es clave para el diagnóstico de obstrucción de la vía aérea superior.

En un contexto intrahospitalario se podrán aplicar una serie de medidas avanzadas para el control de la vía aérea. Éstas pueden ser instrumentales, como la intubación endotraqueal, o quirúrgicas, como la traqueotomía; este último procedimiento deberá realizarse cuando falle la intubación endotraqueal o no esté indicada (traumatismos laríngeos). La traqueotomía debe realizarla un profesional cualificado y en un ambiente intrahospitalario, ya que aumenta considerablemente sus complicaciones cuando no se realiza en las condiciones adecuadas.

Hay situaciones de emergencia en que no es posible la realización de los procedimientos antes mencionados, ya sea porque nos encontramos en un ambiente extrahospitalario o por condicionamientos técnicos. Es aquí donde toma importancia la coniotomía, o cricotirotomía, procedimiento que debe conocer todo médico. La coniotomía consiste en acceder a la vía aérea a través de la membrana cricotiroides (entre cartílago tiroides y cricoides); ésta se realiza solamente en situaciones de emergencia.

Si es necesaria una cricotirotomía, ésta se debe convertir a una traqueotomía reglada en el menor tiempo posible, reparando el defecto de la membrana cricotiroides para evitar las estenosis, ya que el cartílago cricoides es el único anillo completo de la tráquea y las cicatrizaciones adyacentes a él suelen producir estenosis subglóticas.

La técnica es la siguiente:

1. Colocar el cuello en hiperextensión, palpación y localización de la membrana cricotiroides, entre el borde inferior del cartílago tiroideo y el borde superior del cricoides; esta

TABLA 3. Causas más frecuentes de disnea obstructiva alta según su presentación

Agudo	Crónico
Infeciosas	Laringomalacia
Laringotraqueobronquitis	
Epiglotitis	
Cuerpos extraños	Parálisis de cuerdas vocales
Edema laríngeo	
Trauma laríngeo	

membrana se encuentra inmediatamente por debajo del tejido celular subcutáneo.

2. Efectuar una incisión vertical en la piel.

3. Realizar una disección roma y, a ser posible, entrar de manera horizontal a través de la membrana.

4. Canular la vía con un tubo endotraqueal, cánula de traqueotomía, o el material más parecido a estos últimos que permita el flujo de aire.

5. Estabilizar al paciente y convertir a una traqueotomía reglada o colocar un tubo endotraqueal y reparar el defecto.

Hoy en día, se dispone de equipos de coniotomía que consisten en un coniotomo, una cánula con un fiador de punta afilada, con el cual se perfora directamente la piel, hasta llegar a la membrana cricotiroidea; posteriormente se retira el fiador y se deja la cánula (fig. 1).

Manejo específico de las causas más frecuentes de disnea obstructiva

Infeciosas

Epiglotitis

Es una infección que ocurre más frecuentemente en la infancia; es de origen bacteriano y afecta fundamentalmente a la epiglotis, pero puede involucrar todas las estructuras supraglóticas.

Clínicamente, se presenta como un cuadro agudo con fiebre alta, gran alteración del estado general y disnea alta con su respectivo estridor inspiratorio. Los niños, por lo general, asumen una posición en la que se sientan e hiperextienden el cuello. Otros síntomas y signos son la disfagia, la voz “de patata caliente” y la sialorrea abundante.

El diagnóstico se realiza mediante la historia clínica y el examen físico. En niños se debe tener precaución en la exploración física, ya que puede suponer un riesgo de agravamiento del cuadro, incluso únicamente con la depresión lingual. Los adultos tienen una mayor tolerancia a la exploración, por lo que es posible la exploración fibroscópica si el paciente está estable, en la que se observará un edema y un eritema en la epiglotis que puede extenderse al resto de la supraglótis.

En caso de duda, puede ser útil para el diagnóstico –siempre y cuando el estado del paciente lo permita– realizar una radiografía cervical lateral de las partes blandas, en la que se observaría un engrosamiento supraglótico.

Los hemocultivos pueden ayudar al aislamiento de agente causal (tabla 4).

Tratamiento

1. Asegurar la vía aérea. Es imprescindible ante la sospecha de este cuadro, sobre todo en niños. En adultos puede no ha-

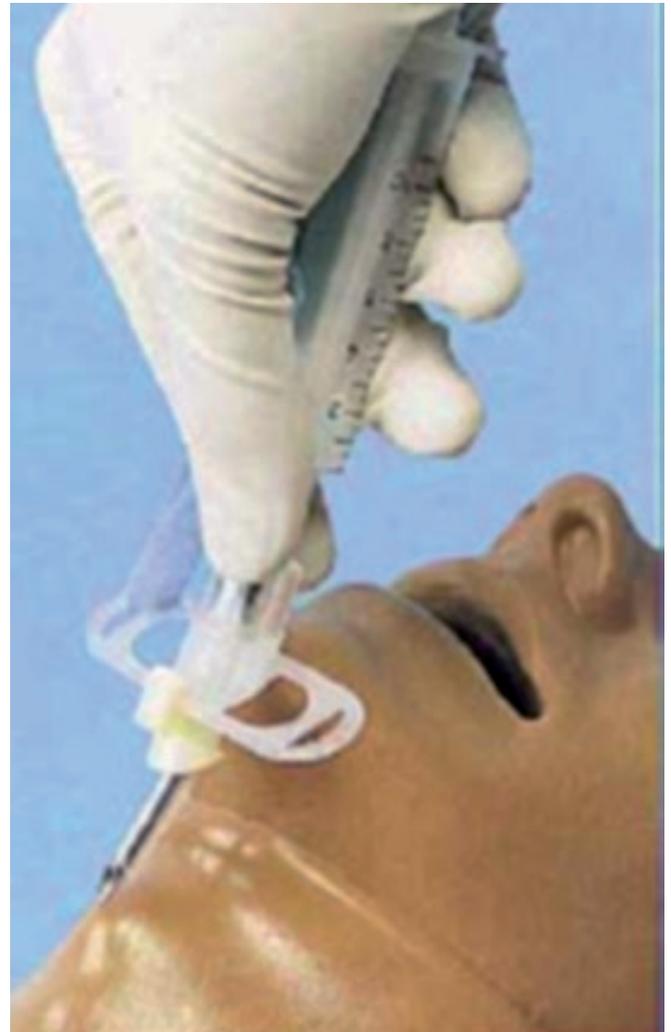


Figura 1. Equipo de coniotomía Quicktrach®.

ber afectación de la vía aérea, aunque se requiere una vigilancia estrecha y una actuación inmediata en caso de que ocurra. Como primera instancia, se debe utilizar un tubo endotraqueal pero con instrumental de traqueotomía a mano ante la posibilidad de tener que realizar una traqueotomía de urgencia. Cualquier intento de derivar al paciente a un centro hospitalario debe realizarse bajo la certeza de que va a ser posible controlar la vía aérea en cualquier momento con los medios disponibles durante el tránsito.

TABLA 4. Etiología de la epiglotitis

Niños	Adultos
<i>Haemophilus influenzae</i>	Estreptococos del grupo A
<i>Streptococcus pyogenes</i>	<i>H. influenzae</i> poco frecuente
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	
<i>Staphylococcus aureus</i>	

2. Tratamiento corticoide con metilprednisolona 1 mg/kg/día. Debe administrarse lo más pronto posible para disminuir la inflamación y tratar de evitar la afectación de la vía aérea. Algunos autores refieren su utilización antes de la antibioterapia para evitar el empeoramiento brusco del cuadro por la reacción inflamatoria producto de una rápida muerte bacteriana, secundaria al uso de antibióticos.

3. Antibioterapia, de elección cefuroxima 50 mg/kg i.v., cefotaxima o ceftriaxona, y alternativamente amoxicilina/clavulánico.

4. Oxígeno húmedo.

5. Reposo de la voz.

6. Elevar la cabecera de la cama a 90°.

7. Hidratación adecuada.

La intubación puede retirarse después de 24-48 h de la desaparición de la fiebre, con control fibroscópico del paciente.

Laringotraqueítis (seudocroup)

Esta infección suele presentarse entre los 6 meses y los 6 años con predisposición estacional (otoño e invierno); es la causa más frecuente de estridor agudo en niños de 6 meses a 2 años de edad.

En esta afección se produce una inflamación de los tejidos y edema; esto es especialmente importante en el área subglótica, ya que es la zona más estrecha en los niños y donde el cricoides hace un anillo completo, lo que implica que el edema aparece a expensas del lumen.

La laringotraqueítis puede o no estar precedida de catarro; por lo general, el paciente presenta fiebre < 39 °C, tos perruna, acompañada de disnea, que empeora en pocas horas, hasta presentar agitación, aprehensión y cianosis. En el examen físico podemos encontrar un estridor inspiratorio por afectación laríngea, acompañado en la mayoría de los casos por un estridor espiratorio por la afectación traqueo-bronquial.

La mayoría de los agentes implicados son virus, aunque también puede producirse una sobreinfección bacteriana (tabla 5).

El diagnóstico es clínico, y en la laringoscopia se encuentra predominantemente un edema subglótico y una inflamación laríngea. El tratamiento consiste en el ingreso hospita-

lario con oxígeno húmedo y gran hidratación, adrenalina nebulizada, que mejora el edema por el efecto vasoconstrictor, corticoides intravenosos o nebulizados, mucolíticos y vigilancia de la vía aérea. Una vez más, la derivación a un hospital se realizará con medios suficientes para asegurar la vía aérea en tránsito.

Crup espasmódico

Se presenta en niños menores de 3 años. Puede parecerse a una laringotraqueítis, excepto que no es usual que haya antecedentes de una infección del tracto respiratorio alto; se presenta de forma más aguda, usualmente en el contexto de una noche, y puede recurrir. El niño presenta tos seca, estridor y disnea, por lo general sin fiebre.

Es una enfermedad de etiología desconocida que se ha ligado a factores alérgicos, virales, psicológicos y reflujo gastroesofágico.

El tratamiento consiste en colocar al paciente en un ambiente húmedo; no están indicados los antibióticos y el uso de corticoides es controvertido; en raras ocasiones es necesario el ingreso del paciente. El paciente será remitido a un hospital si presenta un cuadro grave, afectación del estado general o agotamiento físico.

Edema laríngeo

El edema en esta área puede deberse a muchas causas: inflamatorias, por abscesos en la proximidad de la laringe (parafaríngeo o periamigdalino), traumáticas, ingesta de cáusticos y radioterapia, o no inflamatorias, por causas cardíacas, renales, insuficiencia hepática, intubación endotraqueal, intolerancia a fármacos, edema angioneurótico o alérgico.

Las manifestaciones clínicas dependerán de la localización y la extensión; pueden incluir disfonía, sensación de cuerpo extraño, tos, disnea y estridor. En el examen físico se encontrará un edema de los tejidos con restricción de movimientos asociados; los lugares que se edematizan con más frecuencia son la epiglotis, los aritenoides, los repliegues aritenoepiglóticos y las cuerdas vocales.

El manejo de la enfermedad dependerá de la gravedad y la etiología, siempre asegurando la vía aérea para luego tratar la causa subyacente. Los casos de edema laríngeo agudo suelen reaccionar favorablemente a la administración intramuscular o, preferiblemente, intravenosa de corticoides o de adrenalina subcutánea. Se remitirán a un centro hospitalario los casos de cuadros agudos o los que muestren indicios clínicos de disnea grave (trabajo respiratorio, cianosis).

Cuerpos extraños

Son una causa muy común de disnea y estridor. Los cuerpos extraños pueden entrar de manera accidental a la vía aérea alta. Puede encontrarse cualquier tipo de cuerpo extraño,

TABLA 5. Etiología de la laringotraqueítis

Virus	Bacterias
Parainfluenza 1-3	<i>Haemophilus influenzae</i> del grupo B
Influenza tipo A o B	
Virus sincitial respiratorio	
Rinovirus	

aunque los más frecuentes son los alimentos (en el 90% de los casos).

Los cuerpos extraños en la vía aérea representan la sexta causa de muerte accidental en adultos y la cuarta en niños. Los factores de riesgo asociados en adultos son el alcohol, las prótesis dentarias y la masticación insuficiente.

El paciente se presenta con síntomas importantes y agudos. Por lo general, se encuentra agitado, con un notable estridor inspiratorio, afonía y tos, lo que puede progresar hasta la cianosis y la pérdida de consciencia. El cuadro más grave lo representan los cuerpos extraños de gran tamaño que obstruyen la vía aérea totalmente; en esta situación el único indicio puede ser que el paciente se lleve las manos al cuello, ya que no podrá hablar ni toser, por lo que debe sospecharse un cuerpo extraño en un paciente que presente disnea, cianosis y pérdida de consciencia súbita.

El diagnóstico de esta enfermedad es clínico. En general, el paciente refiere antecedentes de ingesta del cuerpo extraño; el manejo del paciente depende de la situación de la vía aérea; si es posible, se puede realizar una radiografía lateral del cuello para localizar el cuerpo extraño o una laringoscopia indirecta.

En un paciente consciente con una obstrucción parcial de la vía aérea se le debe alentar a que tosa, sin interferir en los propios esfuerzos para expulsar el cuerpo extraño, y siempre vigilándolo. En casos de obstrucción total de la vía aérea, si el paciente está consciente y no es capaz de hablar, se debe realizar la maniobra de Heimlich (en adultos y niños mayores de un año).

En la maniobra de Heimlich, si el paciente está de pie, hay que colocarse detrás de él rodeándolo con los brazos y seguir los siguientes pasos:

1. Cerrar el puño y colocarlo por debajo del apéndice xifoides.
2. Colocar el puño con el lado del pulgar contra el abdomen en la línea media, sujetándolo con la otra mano.
3. Comprimir hacia arriba el abdomen con un rápido movimiento ascendente.
4. Repetir la maniobra las veces que sea necesario o hasta que el paciente pierda la consciencia.

Si la víctima está inconsciente, se intenta la ventilación; si ésta no tiene éxito, se inspecciona la vía aérea y se intenta un barrido digital; de no conseguir de esta forma una adecuada ventilación, se deben realizar compresiones abdominales rápidas en decúbito dorsal, que consisten en arrodillarse a horcajadas sobre el paciente a la altura de sus muslos, colocando la palma de la mano (talón de la mano) por debajo del apéndice xifoides; con la otra mano encima de la primera, se debe emplear el peso corporal para comprimir de forma ascendente el abdomen del paciente; este procedimiento se realiza en ciclos con repeticiones de 5, iniciando cada ciclo con un nue-

vo intento de ventilación y barrido digital. Esto se repetirá tantas veces como sea necesario hasta desobstruir la vía aérea o hasta que lleguen especialistas capacitados para realizar la extracción del cuerpo extraño de forma instrumental, una traqueotomía o coniotomía si fuese necesario.

En otras ocasiones, con una obstrucción parcial de la vía aérea y un paciente estable, se puede realizar la extracción directamente de forma instrumental por parte de personal especializado, siempre teniendo en cuenta que la prioridad es asegurar la vía aérea si el paciente se desestabiliza.

Los lactantes, por lo general, presentan llanto débil o silencioso, voz débil, esfuerzo respiratorio, estridor y cianosis. Las maniobras para la liberación de un cuerpo extraño en estos casos son diferentes a las de los adultos y niños mayores de un año, ya que la maniobra de Heimlich podría lesionar el hígado que no se encuentra protegido. En primer lugar, en un lactante no se debe realizar el barrido digital a ciegas; sólo se debe extraer el cuerpo extraño si se aprecia claramente; si el paciente está consciente, se realizan 5 golpes en la espalda sosteniendo al lactante en decúbito ventral sobre el antebrazo, con la cabeza más abajo que el tronco. Si no se expulsa el cuerpo extraño, se realizan 5 compresiones cortas en el tórax, que consisten en comprimir con dos dedos el esternón 1 cm por debajo de los pezones en la línea media, con el paciente en decúbito dorsal sobre el antebrazo contralateral. Si el paciente pierde la consciencia, se intenta ventilar y después se realizan los 5 golpes en la espalda y las 5 compresiones torácicas. Se realizan tantos ciclos como sea necesario, hasta que se procuren maniobras más avanzadas, al igual que en el adulto.

Laringomalacia

Es la causa más frecuente de estridor crónico en niños menores de 2 años (en un 75% de los casos). Por lo general, es un trastorno que se autolimita aproximadamente a los 18 meses de edad; la causa es un retardo en la maduración de las estructuras que soportan la laringe, por lo que la vía aérea se obstruye parcialmente durante la inspiración por el prolapso de las estructuras flácidas (epiglotis, aritenoides y repliegues aritenoepiglóticos), produciéndose un estridor inspiratorio que empeora cuando el paciente se encuentra en decúbito supino, llora, se agita o tiene una infección respiratoria alta.

Hay una alta prevalencia de reflujo gastroesofágico en estos pacientes y su presencia empeora notablemente la clínica, por lo que es obligatorio descartar el reflujo gastroesofágico en todo paciente con laringomalacia.

La laringomalacia se diagnostica por fibroscopia, por lo que estos pacientes deben ser valorados por un especialista. En cuanto al tratamiento, sólo el 10% de los pacientes con laringomalacias graves, problemas para la alimentación y ganancia de peso necesitará una intervención quirúrgica, re-

alizándose una supraglotoplastia (exéresis de los tejidos que se colapsan).

Parálisis de las cuerdas vocales

La parálisis de las cuerdas vocales se produce cuando dejan de realizar su función los nervios motores de la laringe. Los nervios recurrentes y las ramas del X par craneal pueden lesionarse por múltiples causas (tabla 6).

La disnea y el estridor aparecen en el curso de una parálisis recurrencial cuando la parálisis es bilateral y en aducción. Algunos pacientes toleran estas parálisis durante años porque se adaptan a respirar por un espacio glótico muy restringido. Sin embargo, cualquier inflamación o secreción puede traer como consecuencia un episodio agudo de disnea; como síntoma asociado, el paciente referirá disfonía. Esta parálisis bilateral ocurre frecuentemente de forma idiopática, o tras una intubación endotraqueal o una tiroidectomía; también pueden producirse por tumoraciones mediastínicas, esofágicas o traqueales, por lo que la historia del paciente es clave para la orientación diagnóstica.

Con menos frecuencia también podrá producirse una disnea por una parálisis de las cuerdas unilateral, si hay inflamación o edema de la cuerda contralateral.

TABLA 6. Causas de parálisis de las cuerdas vocales

Carcinoma bronquial	Localizado en campos superiores y medios, sobre todo en la parálisis de la cuerda vocal izquierda
Diabetes mellitus	Neuropatía diabética
Hereditaria	Parálisis congénita (síndrome de Dipple)
Enfermedades del sistema nervioso central	Parálisis bulbar, parálisis pseudobulbar, esclerosis múltiple, esclerosis lateral amiotrófica, siringobulia
Iatrogénicas	Postintubación endotraqueal, tiroidectomías, disecciones cervicales, cirugía cardíaca
Enfermedades cardiovasculares	Aneurismas aorta, dilatación aurícula izquierda o arteria pulmonar por estenosis mitral, pericarditis, hipertensión pulmonar primaria
Infecciosas	Influenza, herpes zóster, mononucleosis, difteria, abscesos cerebrales
Traumatismos cervicales	
Tumores extralaringeos	Tiroideos, schwannoma del vago, carcinomas esofágicos, tumores base cráneo
Idiopática	
Otras	Tóxicas, alérgicas, malformaciones del hioides

El diagnóstico de esta enfermedad lo realiza el especialista a través de la exploración con laringoscopias indirectas o fibroscopia. Se deben excluir las causas locales con un buen examen físico, que incluya la palpación del cuello y un examen neurológico para detectar las parálisis de los pares craneales asociadas, y mediante pruebas complementarias, como radiografías de tórax, estudios tiroideos y esofágicos. En función de la clínica del paciente, también se deberán descartar las causas neurológicas.

Si se produce una parálisis de los pares craneales asociados, se debe realizar una tomografía computarizada (TC) o resonancia magnética para descartar procesos en la base del cráneo y la región cervical alta.

El tratamiento dependerá de la enfermedad subyacente y del grado de afectación del paciente. En el momento agudo podrá ser necesaria, para la seguridad de la vía aérea, la realización de una coniotomía o traqueotomía.

Espasmo laríngeo

Es el cierre brusco de la glotis por un estímulo violento, como la tos, el reflujo gastroesofágico, la aspiración de un cuerpo extraño o la extubación postanestésica.

Clínicamente, se presenta como disnea con estridor y sensación de obstrucción respiratoria; se puede llegar a perder la consciencia, con lo que cede espontáneamente el episodio. Por lo general, los pacientes refieren episodios previos similares.

La causa aparente de esta enfermedad es el bajo umbral de los reflejos de protección endolaríngeos.

Por la propia autolimitación del cuadro, es inusual que se tenga que asegurar la vía aérea.

Trauma laríngeo

Es una enfermedad poco frecuente, ya que la laringe se encuentra protegida por la mandíbula, el esternón y los músculos esternocleidomastoideos. Sin embargo, puede poner en grave riesgo la vida del paciente. Además, en la mayoría de las ocasiones el trauma laríngeo se produce asociado a otras lesiones, por lo que es necesaria la presencia de un equipo multidisciplinario para su adecuado manejo.

Los mecanismos de lesión pueden dividirse en contusos (accidentes de tráfico, estrangulación) y penetrantes (heridas por arma de fuego o arma blanca).

La evaluación inicial de esta enfermedad comprende el ABC del politraumatizado. Si la vía aérea es inestable, se asegura con una traqueotomía. Actualmente hay cierta controversia respecto a realizar o no un primer intento de intubación para estabilizar la vía aérea. La mayoría de los autores prefieren hacer una traqueotomía como primera opción, debido a que se podría producir más daño a una mucosa ya traumatizada que se encuentra edematosa y con hemorragia,

además de la dificultad técnica que conlleva el procedimiento bajo estas condiciones, por lo que se debe evitar el uso de la coniotomía y la intubación endotraqueal en los pacientes con traumatismos laríngeos.

Por otra parte, se debe hacer un examen físico completo y valorar las posibles lesiones espinales cervicales. Los síntomas de estos pacientes suelen ser disfonía, disfagia, odinofagia, dolor cervical anterior, intolerancia al decúbito, afectación inminente de la vía aérea, disnea y estridor, según la gravedad del cuadro.

En el examen físico se puede encontrar hematoma y parálisis de las cuerdas vocales, dislocación de los aritenoides, enfisema subcutáneo, hemoptisis, edema, equimosis laríngea, pérdida de la prominencia tiroidea, daño vascular y de la columna cervical asociados.

El manejo de estos pacientes lo realizará un especialista con el objeto de identificar a los que necesiten cirugía o tratamiento médico. Este manejo dependerá de la gravedad de la lesión y la inestabilidad de la vía aérea. En pacientes inestables se realizará una traqueotomía y una exploración en el quirófano. En otras lesiones más leves sin afectación de la vida del paciente podrán realizarse una exploración laringoscópica y una TC cervical, antes de decidir el tratamiento.

Las lesiones leves (edema leve, hematoma pequeño, fracturas no desplazadas, laceración menor de la mucosa) podrán tratarse de manera conservadora con observación durante 24 h, reposo en cama y de la voz, humidificación con aire frío, antibiótico profiláctico, esteroides y medicamentos antirreflujo, evitando el uso de oxígeno y la colocación de sondas nasogástricas.

Las lesiones más graves podrán precisar tratamiento quirúrgico para evacuar los hematomas, hacer hemostasia, reconstruir el marco laríngeo o cubrir las zonas de cartílago expuesto.

Bibliografía general

- Abelló P, Traserra J. Otorrinolaringología. Barcelona: Doyma; 1992.
- Cobeta I. Otorrinolaringología y patología cervicofacial. Barcelona: Ars Medica; 2003.
- Cummings C, Haughey B, Thomas JR, Harker L, Robbind D, Schuller D, et al. Cummings otolaryngology head and neck surgery. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2005.
- Martínez VA, Beltrán M, Cabezado GL, Cobeta MI. Otorrinolaringología básica. Madrid: Ergon; 1988.
- Nauman HH. Differential diagnosis in otorhinolaryngology. New York: Thieme; Medical Publishers, Inc.; 1993. p. 329-36.
- Ramírez CR. Manual de Otorrinolaringología. Madrid: McGraw Hill Interamericana; 1998.