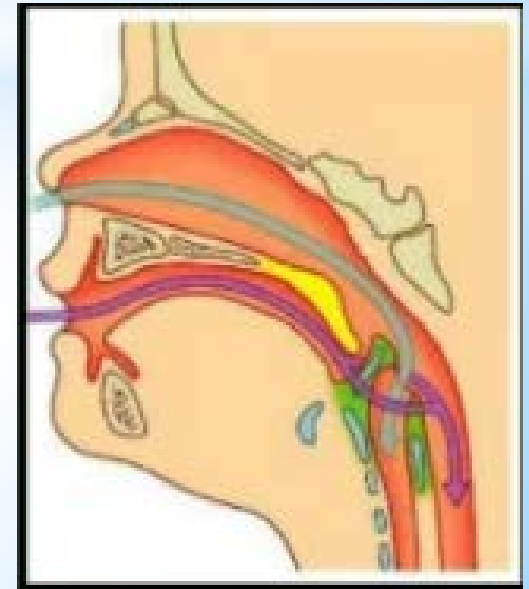


Larigomalacia en el prematuro

Interna Paula Toledo- Rotación Neonatología
Octubre 2021



ASPECTOS GENERALES

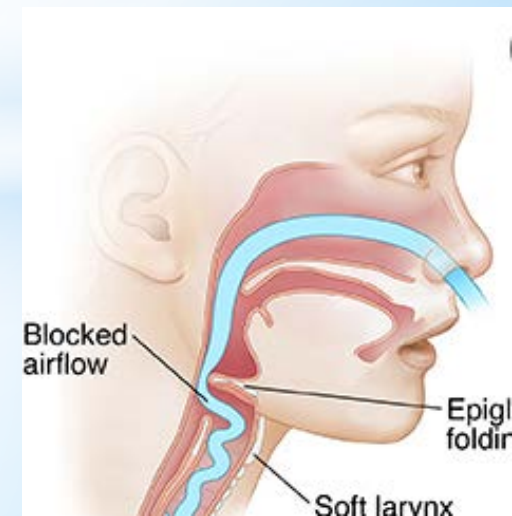
□ Barthez y Rilliet en 1852.

Estridor benigno y transitorio de los recién nacidos

□ Chevalier Jackson en 1942

Condromalacia de la laringe y Laringomalacia

La Laringomalacia es la anomalía laríngea congénita más frecuente siendo el 60-75%. Es la causa más habitual de estridor en la infancia, oscilando entre el 45-75% de los casos de estridor.



DEFINICION

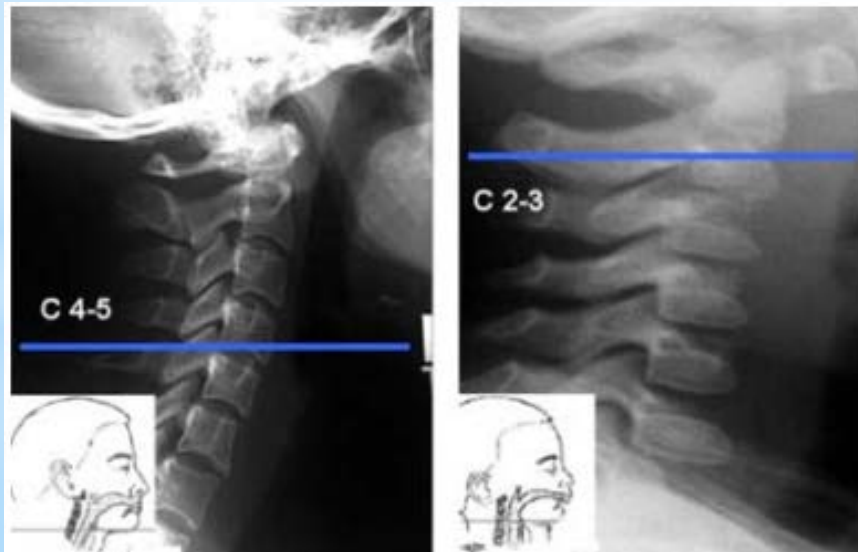
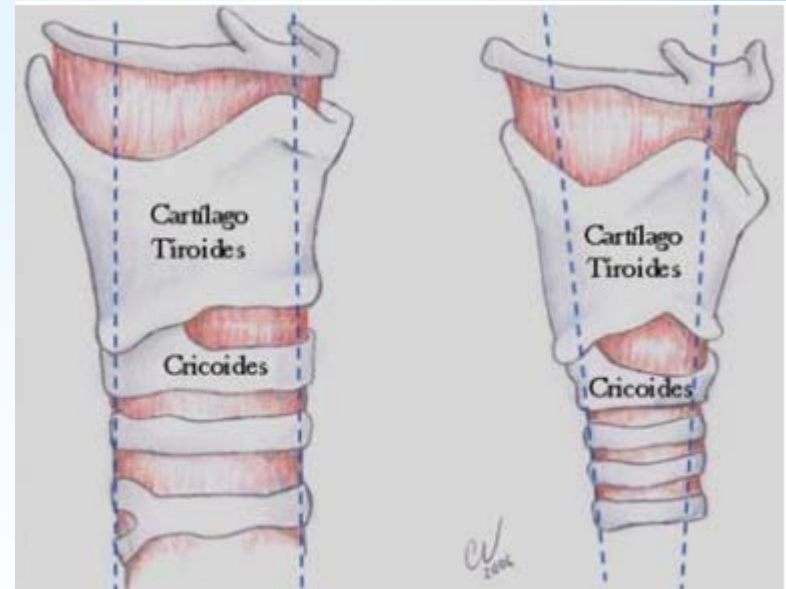
- ✓ Colapso de las estructuras supra glóticas durante la inspiración
- ✓ Se presenta en las primeras semanas de vida y los síntomas a menudo se resuelven a los 18 meses
- ✓ laringomalacia tiende a persistir en niños que tienen trastornos neuromusculares subyacentes y síndromes genéticos.



En el 95% de los casos, hay que realizar actitud expectante, aunque puede tener una duración de hasta 24 meses.

ASPECTOS CLAVES

En el neonato la glotis se encuentra a nivel de la primera vértebra cervical o atlas y en el adulto a nivel del quinto cuerpo vertebral o C-5. A medida que crece el lactante la laringe se desplaza caudalmente



la laringe presenta una forma de embudo, de tal manera que la parte más estrecha de la vía aérea se encuentra a nivel del cartílago cricoides.

Etiología

TEORIA
ANATOMICA

La epiglotis tubular, los repliegues ariepiglóticos cortos y la hipertrofia de la mucosa aritenoidea

TEORIA
NEUROMUSCULAR

"colapso activo"

Hipotonía generalizada del soporte muscular de los cartílagos laríngeos.

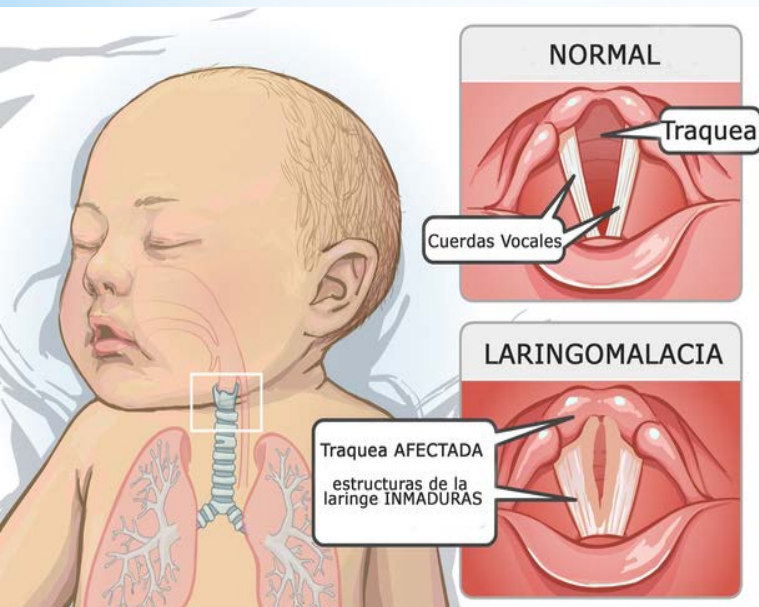
TEORIA
CARTILAGINOSA

"colapso pasivo"

Inmadurez de los cartílagos laríngeos darían lugar a una debilidad intrínseca y tendencia al colapso durante la inspiración

CLINICA

Estridor inspiratorio que aumenta con la alimentación, llanto, agitación, posición supina e infecciones del tracto respiratorio superior; y disminuye con el cuello extendido y en la posición prona.



- Se puede presentar al nacimiento o, partir de la 1ª o 2ª semana de vida.
- Sintomatología máxima a los 6 meses de vida, y suele disminuir a los 8-10 meses.
- Habitualmente, se resuelve por completo antes de los 18-24 meses, aunque puede alargarse hasta llegar a los 2 a 7 años de vida.

LARINGOMALACIA SEVERA

❑ HTA pulmonar, ICC

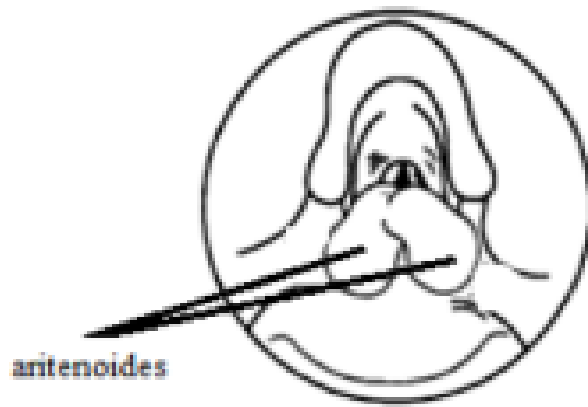
10-20 % Signos de gravedad



- Disnea con tiraje intercostal o xifoideo importante y permanente,
- Episodios de distrés respiratorio
- Apnea obstructiva durante el sueño,
- sofocación y cianosis durante la alimentación o
- Retardo crecimiento ponderal

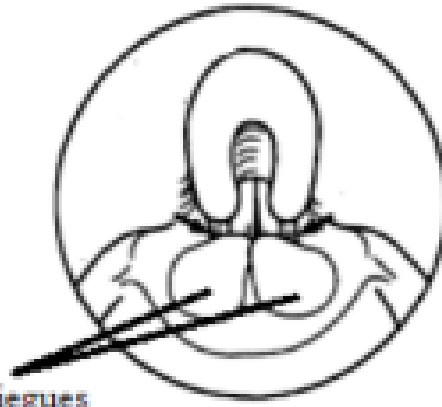
❑ Lesiones laringotraqueales : Discinesias laríngeas, parálisis de las cuerdas vocales, estenosis subglóticas o traquebroncomalacias

CLASIFICACIÓN



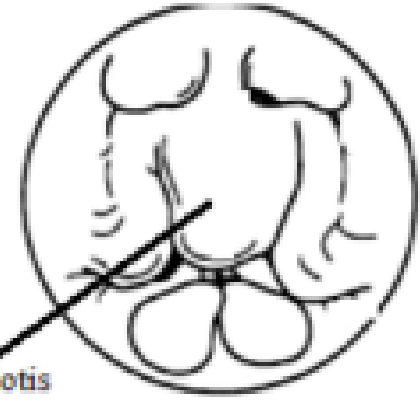
antenoides

Tipo 1



repliegues
ariteno-epiglóticos

Tipo 2



epiglotis
en omega

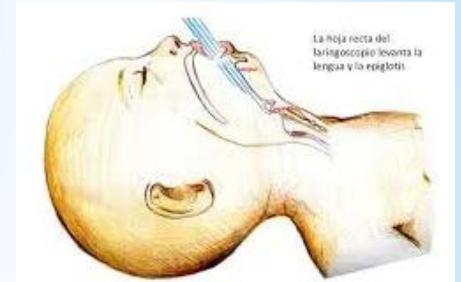
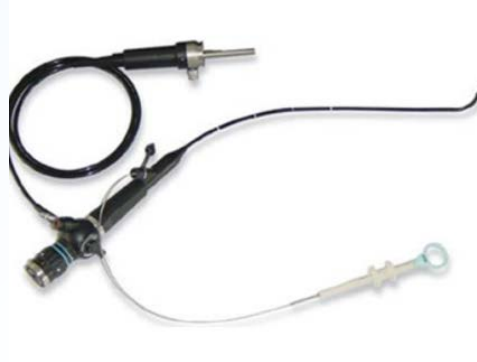
Tipo 3

Diagnostico

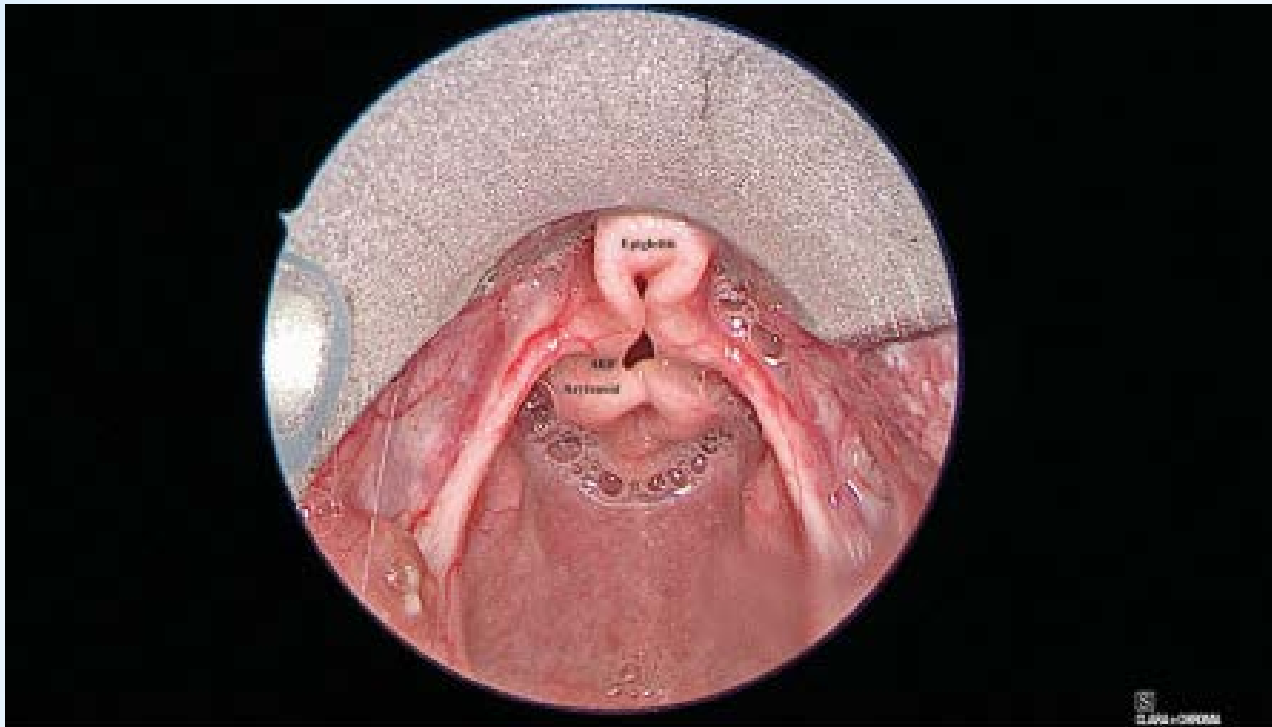
NASOFIBROLARINGOSCOPIA

LARINGOSCOPIA DIRECTA

FIBROBRONCOSCOPIA



Descartar patología asociada traqueal (traqueomalacias, compresiones traqueales, estenosis subglóticas o estenosis traqueales)



* Figura 1- Laringe neonatal vista durante la microlaringoscopia en suspensión que muestran hallazgos clásicos de pliegues aritenopiglóticos acortados y enrollamiento de la epiglotis compatible con laringomalacia.

Prematuridad

* Prematuridad puede predisponer a los lactantes a presentaciones atípicas de laringomalacia, incluidos episodios apneicos sin estridor observado

En un estudio de Durvasula et al que comparó los resultados de la supraglotoplastia de los bebés prematuros con los bebés a término tratados por laringomalacia, no se observaron diferencias significativas en las tasas de éxito, las tasas de cirugía de revisión o la traqueostomía.

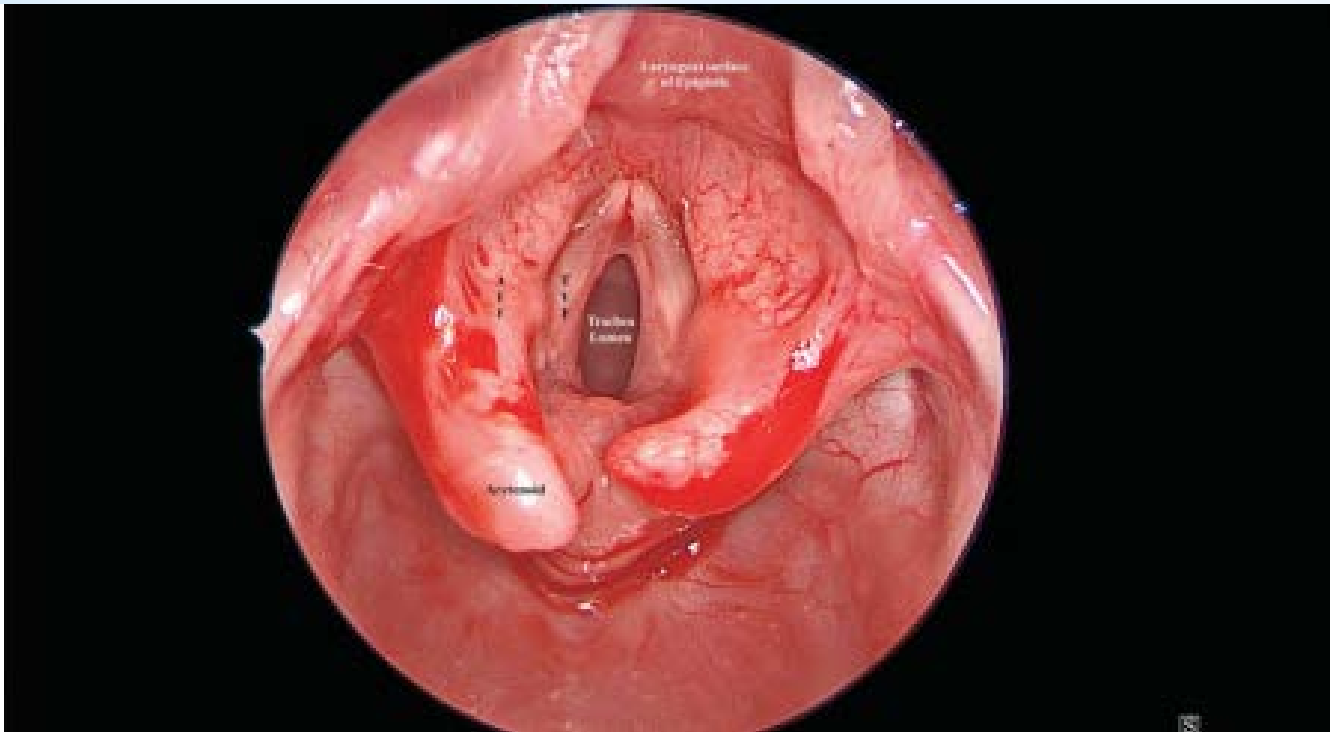
* Los recién nacidos prematuros tuvieron una incidencia significativamente mayor de traqueomalacia, broncomalacia, estenosis subglótica y edema laríngeo en comparación con sus pares a término.

Manejo

La supraglotoplastia es ahora la técnica quirúrgica preferida para lograr una mejora en el calibre de las vías respiratorias, con la traqueotomía reservada para supraglotoplastias fallidas, múltiples niveles de obstrucción de las vías respiratorias y múltiples comorbilidades médicas

INDICACIONES:

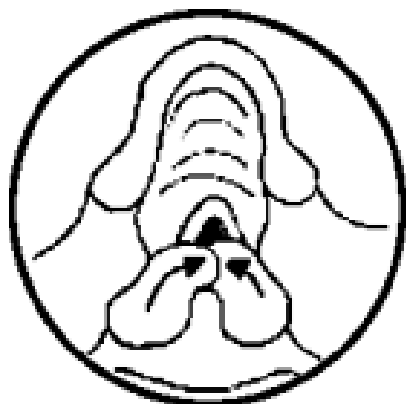
- Disnea de reposo/disnea de esfuerzo severa
- Dificultades en alimentación
- Retardo pondoestatural
- Apnea del sueño/hipoventilación obstructiva
- RGE incontrolable
- Historia de intubación por obstrucción respiratoria alta
- Hipoxia de esfuerzos
- Hipercapnia de esfuerzos
- Polisomnograma alterado (alto índice de apnea/hipopnea)



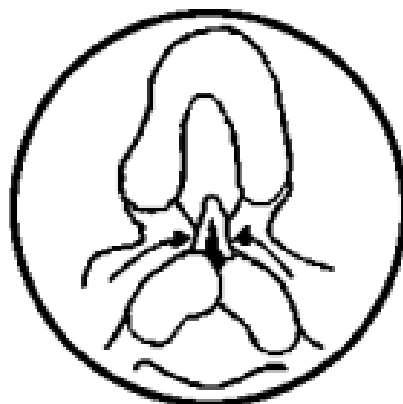
* Figura 2. Laringe neonatal vista durante la microlaringoscopia de suspensión con telescopios operatorios durante la supraglotoplasia utilizando acero frío para lisar los pliegues aritenoepiglóticos en escorzo y la mejora de los pliegues vocales verdaderos visualizados

Pre Operatorio

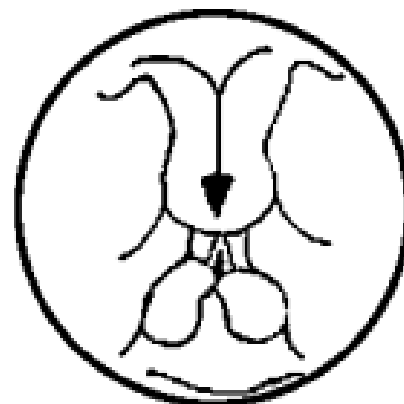
Tipo I



Tipo II

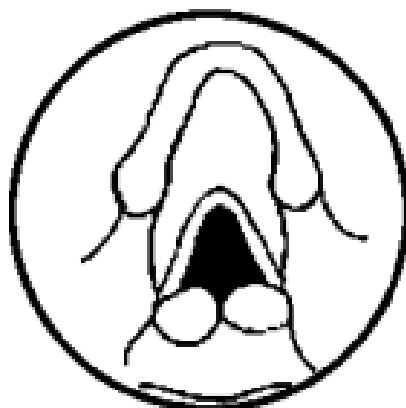


Tipo III

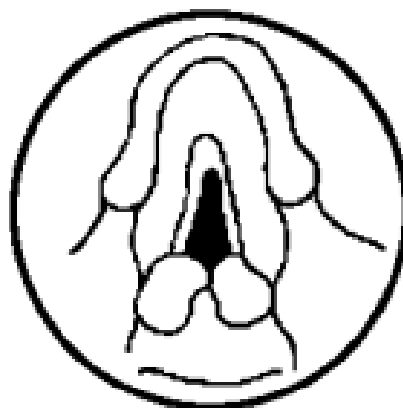


Post Operatorio

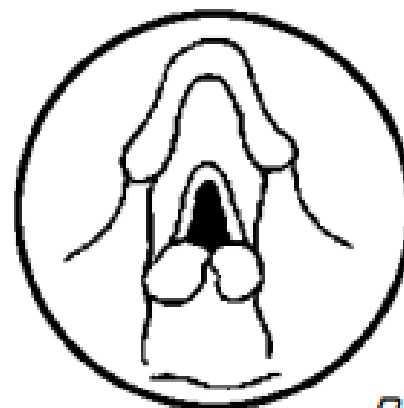
Tipo I



Tipo II



Tipo III



R.I.S.

* La prevalencia de RGE es alta, estimada en un 60% en lactantes con laringomalacia

* La ERGE puede causar reflujo cíclico que conduce a edema laríngeo, que agrava la obstrucción de las vías respiratorias y agrava el reflujo

* Por esta razón, el tratamiento médico temprano de la laringomalacia a menudo implica una terapia de supresión de ácido

* (RGE) Y LARINGOMALACIA

Conclusiones

- ✓ La laringomalacia es una afección común entre los bebés y los recién nacidos, que generalmente se presenta como un estridor inspiratorio exacerbado por la alimentación o la posición supina
- ✓ Proceso de la enfermedad suele ser autolimitado

✓ RN prematuro, todo el equipo de atención requiere un cuidado especial para evaluar la enfermedad sincrónica de las vías respiratorias, incluida la traqueomalacia, la broncomalacia, la estenosis subglótica y el edema laríngeo.

Importante el alto índice de sospecha al evaluar las condiciones comórbidas, incluidas las anomalías neurológicas y cardíacas, que predispondrán al recién nacido a resultados quirúrgicos deficientes en el tratamiento de la laringomalacia.

BIBLIOGRAFIA

1. JACKSON C AND JACKSON CL. Diseases and injuries of the Larynx. McMillan & Co., New York. 1942. 2. HOLINGER LD. Etiology of stridor in the neonate, infant and child. Ann Otol Rhinol Laryngol 1980; 89: 397-400.
- 2- COTTON RT, REILLY JS. Congenital malformations of the larynx. En Bluestone CD, Stool SE. Pediatric Otolaryngology. Vol 2; 1300-1. Ed. WB Saunders

