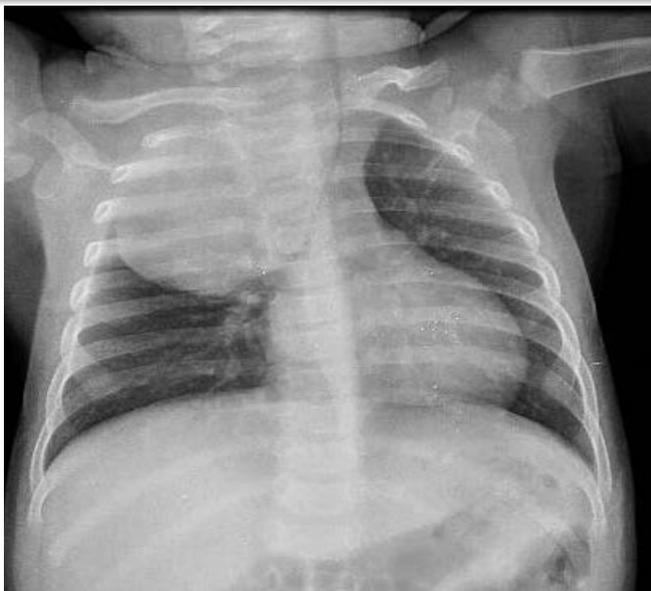


NO TODO ESTRIDOR ES CRUP. PRESENTACIÓN DE UN CASO ATÍPICO.

C. Pérez-García A. Aranda Mora, S. de la Rubia Ortega, J.L. Pérez Navero. Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Introducción

ESTRIDOR, aumento de velocidad y turbulencia del flujo aéreo, por estrechamiento u obstrucción vía aérea superior. Diferenciar fase respiratoria (inspiratorio, espiratorio o bifásico) → Aproximación diagnóstica (obstrucción supraglótica, traqueal y glótica-subglótica).
Causa más frecuente: crup laríngeo viral.



Caso clínico

♀ 9 meses. Acude de madrugada a Urgencias por mucosidad, tos metálica, estridor y dificultad respiratoria, afebril. No AMC ni antecedentes de interés.

EF: BEG. Bien hidratada y perfundida. No alteración de consciencia. SatO₂ 98% Ø oxigenoterapia.

Tiraje intercostal marcado y estridor inspiratorio audible sin fonendo, empeoramiento franco con llanto y decúbito.

ACR: Interferida por el estridor, sin hallazgos patológicos.

Dx: laringitis moderada (Taussig 7, moderado).

Tto: Corticoide oral + adrenalina nebulizada + alta domiciliaria.

Acude de nuevo tras 48 horas. Persistencia de la clínica.

EF: Estridor inspiratorio y espiratorio marcado, en reposo, con empeoramiento con agitación y decúbito.

Tto: Ingreso + tratamiento corticoide + adrenalina.

Escasa respuesta → RxTx: imagen redondeada 4*5cm contornos bien definidos en área paratraqueal derecha comprimiendo y desplazando la misma → neuroblastoma cervico-torácico.

Tratamiento QT periódico con buena evolución.

Conclusiones:

- Importante diferenciar características del estridor, orientar diagnósticos.
- Estridor grave, escasa respuesta a tratamiento → causas menos frecuentes: neuroblastoma mediastínico → compresión traqueal.
- Diagnóstico precoz: tratamiento precoz, mejor pronóstico.