

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

PÓSTER SIN DEFENSA

**Estridor, diagnóstico diferencial
a propósito de un caso**

González De la Rosa A, Gómez Arce A, Peñalba Citores AC, Abreut Olsen E, López Fernández C. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El estridor es un signo que aparece como resultado del paso turbulento de aire a través de una vía aérea obstruida parcialmente. Su causa más común en niños en edad escolar, con marcada diferencia, son las **infecciones víricas**.

Menos frecuentemente puede ser secundario a un **absceso retrofaríngeo, un cuerpo extraño o anomalías vasculares** y, excepcionalmente, a un **traumatismo laringotraqueal**.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Varón de 8 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias trasladado en ambulancia por **estridor** iniciado tras **traumatismo directo contra mueble** en región cervical media anterior. Previamente asintomático y afebril. Administrado previo a llegada metilprednisolona iv, budesonida y salbutamol nebulizados.

A la llegada **constantes normales**, a la exploración destaca **trabajo respiratorio con tiraje supraesternal, dificultad para el habla y estridor laríngeo marcado**. Erosión superficial a nivel medio anterior de cuello, dolorosa a la palpación, que coincide con zona de traumatismo. No se palpa enfisema ni aparente fractura de cartílago tiroideos, no se objetiva sangrado ORL. Resto de exploración anodina.

Se realiza gasometría, sin alteraciones y radiografía lateral de cuello que impresiona de ligero edema en pliegues aritenopiglóticos y glotis sin evidencia de estenosis significativa ni enfisema subcutáneo. Es valorado por Otorrinolaringología desestimando realización de fibroscopia por el riesgo de obstrucción de vía aérea superior.

Se mantiene incorporado en todo momento. Se completa **corticoterapia a 2mg/kg, se administra analgesia y budesonida nebulizada**. Permanece estable, mejorando en siguiente hora, pero, dada la potencial gravedad del cuadro, se decide traslado a UCI para vigilancia estrecha. Evoluciona favorablemente desapareciendo el estridor en las siguientes 24 horas, no presentando complicaciones. Se continua corticoterapia endovenosa. Se realiza fibroscopia objetivando eritema de cuerda vocal derecha sin hematoma ni otras alteraciones. Es dado de alta a domicilio tras 48 horas de ingreso, asintomático.

COMENTARIOS

La causa más común de estridor laríngeo en Pediatría es infecciosa si bien existen otras menos comunes, pero potencialmente más graves, como el traumatismo. Este último caso, suele darse en contexto de **politraumatismo**.

Una **historia clínica exhaustiva** será imprescindible para realizar un correcto diagnóstico diferencial.

Supone **un cuadro grave** en el que tras una estabilización inicial, está indicada la realización de prueba de imagen siendo el TAC de elección, para valorar las mucosas, la fibroscopia también ha demostrado ser una prueba útil. Como crítica al manejo de este paciente, debería haberse realizado un TAC para completar el estudio, además de la fibroscopia.

El **tratamiento** varía en función de la gravedad del cuadro desde un tratamiento conservador a traqueostomía o cirugía, siendo la corticoterapia fundamental en todos los casos.