

## Descripción del caso presentado en el número anterior: Estridor laríngeo. Laringomalacia *Laryngeal stridor. Laryngomalacia*

Dr. Hugo Botto<sup>a</sup>, Dra. Mary Nieto<sup>a</sup>, Dr. Alejandro Cocciaglia<sup>a</sup> y Dr. Hugo Rodríguez<sup>a</sup>

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.530>

En el recién nacido, la respiración normal es silenciosa; según el sitio de origen del estridor (ruido respiratorio), se lo llamará cornaje, si es nasal, estridor inspiratorio o espiratorio, si es laríngeo, o estertor, si el ruido es traqueal.

El mayor porcentaje de los estridores se debe a laringomalacia, cuadro que suele aparecer hacia la segunda o la tercera semanas de vida. Los pacientes presentan aspecto normal, estridor inspiratorio, de timbre grave y variable, que cambia con los decúbitos y es más marcado al alimentarse o dormir. El 90% reviste características de benigno, es posible coordinar la alimentación y la respiración, razón por la cual la curva ponderal de estos niños es adecuada para la edad; no obstante, el ruido respiratorio angustia a los padres. Corresponde controlarlo con la curva de peso, dato que permitirá determinar la relevancia concreta del estridor. La conducta médica es esperar y tranquilizar a los padres; se sabe que el estridor irá en aumento durante los primeros seis meses y que después decrecerá, para desaparecer hacia los 12-18 meses.

Los métodos complementarios de diagnóstico incluyen la radiografía de cuello de perfil en hiperextensión para partes blandas (Figura 1) y, si existen dudas, está indicado realizar una fibrolaringoscopia.

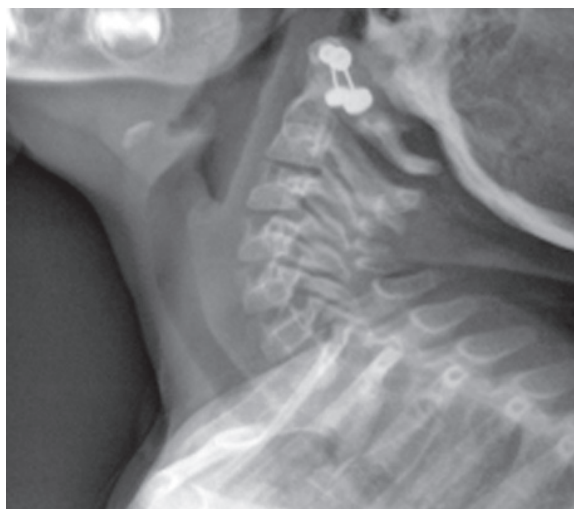
Este procedimiento pone de manifiesto una mucosa de aritenoides redundante, repliegues ariepiglóticos cortos, epiglotis acartuchada y cuerdas vocales móviles.

Cuando existe mala curva de crecimiento, estridor importante y permanente, que no se modifica con los cambios de decúbito, altera la coordinación respiración-deglución y que, por ende, se refleja en falta de incremento ponderal, incluso aunque existan pausas nocturnas, está indicada la microcirugía laríngea con la finalidad de desobstruir al paciente. En general, la evolución es buena y no se requiere otro tipo de tratamiento. Este procedimiento, más la ayuda del crecimiento, atemperarán los síntomas en forma marcada.

*Diagnóstico diferencial:* Parálisis de cuerdas vocales, se diferencia por: estridor permanente, de timbre agudo, inspiratorio, desde el primer día de vida, más marcado durante la vigilia, que desaparece con el sueño; pueden presentar episodios de apnea respiratoria, en algunos casos deben ser intubados, presentan mala curva ponderal y el diagnóstico se establece siempre mediante fibrolaringoscopia.

En las estenosis laríngeas subglóticas congénitas, el síntoma preponderante es la laringitis en etapas tempranas de la vida, refractaria al tratamiento con las medicaciones habituales; clí-

FIGURA 1. Radiografía de cuello de perfil



a. Servicio de Endoscopia.  
Hospital de Pediatría "Prof. Dr. JuanP. Garrahan".

Correspondencia:  
Dr. Hugo Alberto Botto  
hbotto@hotmail.com

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 11-6-2012  
Aceptado: 18-6-2012

nicamente, el estridor es inspiratorio o bifásico, permanente, con tos de tipo crupal. La radiografía de cuello de perfil es significativa y la endoscopia bajo anestesia general confirma el diagnóstico.

En cuanto a la obstrucción nasal, la estenosis de la abertura piriforme y la rinitis del lactante son las causas más frecuentes; el neonato es un respirador nasal obligado, con un estridor inspiratorio, de timbre grave (cornaje nasal), dificultad para alimentarse e, incluso, episodios de apnea. La atresia de coanas, solamente cuando es bilateral genera obstrucción marcada; en dicho caso obliga, incluso, a la intubación. Cuando la atresia es unilateral, si no existen malformaciones maxi-

lofaciales asociadas, puede pasar desapercibida.

El diagnóstico se confirma con una tomografía del macizo cráneo-facial con cortes axiales y coronales.

En el angioma subglótico, por lo general, los niños no presentan estridor desde el nacimiento; comienzan hacia los 30-40 días de vida con tos estridulosa, estridor inspiratorio y espiratorio, episodios de laringitis que mejoran con corticoides, pero no curan, y exhiben dificultad respiratoria progresiva por el crecimiento del angioma. La endoscopia bajo anestesia general es el método diagnóstico y su tratamiento es el propranolol a 3 mg/kg/día durante 18-24 meses. ■

---

## Presentación del nuevo caso clínico

En el próximo número se publicará el diagnóstico, manejo y tratamiento de este caso.

Paciente de sexo masculino de 2 años y 5 meses de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia. Reside junto a su grupo familiar en una casa quinta del conurbano bonaerense y los padres refieren contacto con animales de granja.

Consulta por presentar una lesión en mejilla derecha de 6 meses de evolución.

Había recibido varios esquemas de tratamiento tópico con antibióticos, esteroides y antimicóticos sin evidenciar mejoría.

Al examen físico presentaba una placa eritematosa amplia en mejilla derecha, con borde sobrelevado y con límites netos. En su superficie asentaban pústulas y escamas, sin signos de rascado.



**¿Cuál es su diagnóstico?**

**¿Qué conducta tomaría con este niño?**

- Tinea faciei.
- Dermatitis de contacto.
- Eccema.
- Lupus discoide.
- Dermatitis seborreica.

Para poder votar ingrese a:  
<http://www.sap.org.ar/archivos>