

Quiste Vallecular: Caso clínico de estridor agudo

Vallecular cyst: clinical case of acute stridor

Macarena Viñuela M.¹, Ricardo Alvarado A.², Ludwig Von Plessing C.²

Resumen

El enfrentamiento de estridor en el Servicio de Urgencias puede ser un desafío para el clínico. La mayoría de los pacientes responderán a medidas estándar de anafilaxia, no obstante, ante pacientes refractarios a tratamiento se deben sospechar otras patologías. Presentamos el caso clínico de una paciente refractaria a manejo de anafilaxia. Se realiza videolaringoscopia que identifica quiste de vallécula y se maneja mediante protección de vía aérea con intubación orotraqueal. Se decide escisión quirúrgica, en la cual se identifica estenosis subglótica que requiere instalación de traqueostomía. La paciente evoluciona favorablemente y es dada de alta.

Palabras Clave: quiste vallecular; enfermedades laringeas; manejo de vía aérea; estridor; servicio de urgencia; disnea.

Abstract

Coping with stridor in the Emergency Department can challenge the clinician. Most patients respond to standard anaphylaxis measures. The clinician should suspect other differential diagnoses when patients are refractory to treatment. We present the clinical case of a patient refractory to standard anaphylaxis management. A video laryngoscopy was performed, identifying a vallecula cyst. We secured the airway through orotracheal intubation. The surgical team of our hospital performed a surgical excision of the cyst and identified subglottic stenosis, which required the installation of a tracheostomy. The patient evolved favorably in the postoperative period and was discharged.

Keywords: vallecular cyst; laryngeal diseases; airway management; stridor; emergency department; dyspnea.

Fecha de envío: 03-14-2022 - Fecha de aceptación: 11-21-2022

Introducción

La presentación de paciente con estridor en el servicio de urgencia no está actualmente bien documentada en la literatura. Las causas más comunes son la anafilaxia, el angioedema y los cuerpos extraños en vía aérea superior (Kothandan *et al.*, 2013). Los quistes de vallécula son una patología infrecuente de la vía aérea, su presencia en la literatura no constituye más que ciertos reportes de casos. Estos se forman por retención mucosa en la epiglotis o base de la lengua. La mayoría son asintomáticos, sin embargo, un porcentaje puede adquirir un gran tamaño, evolucionando con obstrucción completa de vía aérea superior (Berger *et al.*, 2008).

Exponemos un caso clínico de estridor agudo secundario a quiste vallecular que se presentó en el servicio de urgencia.

Caso Clínico

Paciente de 61 años de sexo femenino, con antecedente de diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial y asma. Sin alergias conocidas.

La paciente inicia cuadro de dolor torácico súbito asociados a disnea, por lo que consulta en atención primaria, donde se constata desaturación hasta 79% ambiental, por lo que suministra oxígeno suplementario. Es derivada al servicio de urgencia Complejo Hospitalario Sótero del Río. Al ingreso, presenta saturación 95% ambiental, frecuencia respiratoria 16, presión arterial media de 68, frecuencia cardíaca de 81. Se realiza un electrocardiograma sin alteraciones agudas. Se decide hospitalizar para observación y se solicita un scanner de tórax con fase angiográfica, el cual se interpreta como neumonía por médico tratante y se inicia tratamiento antibiótico con ceftriaxona.

(1) Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

(2) Medicina de Urgencia, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.

Autor de correspondencia: rsalvarado@uc.cl



Durante su primer día de hospitalización en el servicio de urgencia, inicia cuadro agudo de estridor laríngeo con uso de musculatura accesoria asociado a desaturación hasta 82% ambiental. Se administra adrenalina 1 mg intramuscular en primera instancia y luego 3 dosis endovenosas de 20 µg, asociado a dexametasona 8 mg endovenosa y ketamina 50 mg endovenosa. Posterior a la administración de medicamentos, evoluciona con resolución del cuadro por lo que se interpreta como anafilaxia secundaria a la administración de ceftriaxona y se define mantener en observación.

Cuatro horas después, presenta nuevo evento asociado a uso de musculatura accesoria, taquicardia hasta 150 latidos por minuto, saturación hasta 82% ambiental y signos de fatiga respiratoria. Se intenta manejo como anafilaxia con apoyo de oxígeno suplementario con mascarilla de no recirculación, dos dosis de adrenalina 0,5 mg intramuscular, hidrocortisona 300 mg endovenosa, clorfenamina 10 mg endovenosa, salbutamol 12 puff y por último 110 µg en total de adrenalina endovenosa, con persistencia de síntomas pese a medicamentos administrados.

Se define en este contexto, vincular a equipos de cirugía y anestesia para realizar intubación orotraqueal con videolaringoscopia y tener equipo de vía aérea quirúrgica a disposición en caso de intubación frustra.

Se realiza laringoscopia con videolaringoscopia con visualización de masa redondeada de aspecto quístico que ocluye visión de la glotis (Figura 1), se realiza desplazamiento de la masa con dispositivo gum elastic bougie y se logra intubación con tubo orotraqueal.

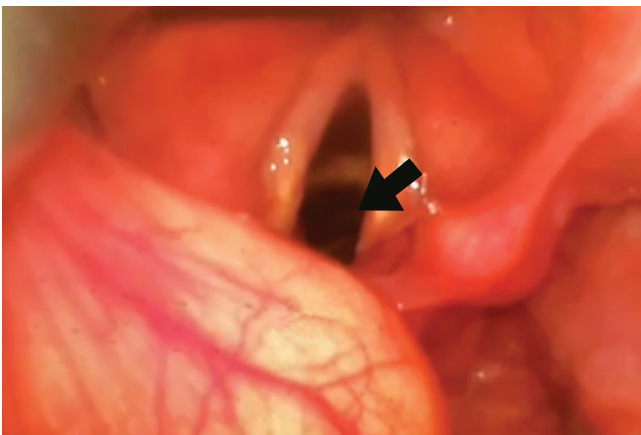


Figura 1: Imagen de videolaringoscopia en la que se logra observar quiste en zona inferior izquierda de la pantalla, el cual es desplazado por la hoja del laringoscopia.

Se deriva paciente a unidad de cuidados intensivos. Previo a resolución quirúrgica, se define tomar tomografía computada de cuello en la que se describe lesión quística que ocupa completamente el lumen de la orofaringe, ascendida por tubo traqueal (Figura 2).

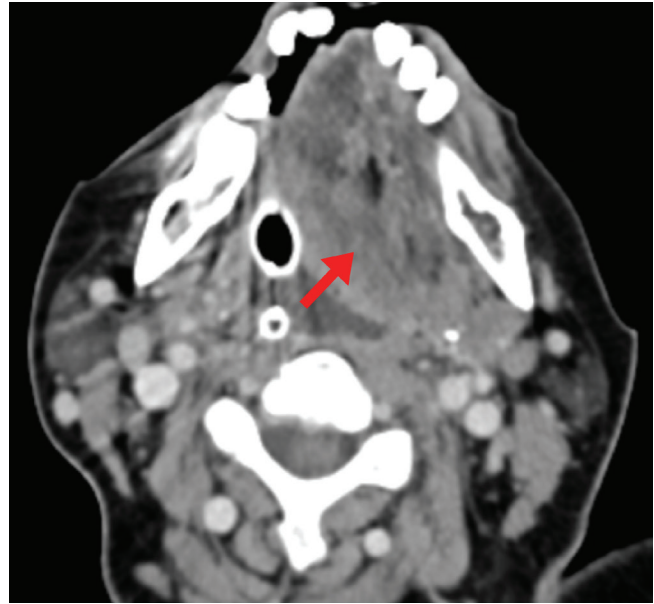


Figura 2: Tomografía computada cervical: En la orofaringe se observa una lesión quística de paredes bien definidas que realzan, que mide 19 x 12 x 21 mm, que ocupa completamente el lumen de la vía aérea.

Una semana después de su ingreso, se realiza marsupialización de lesión en pabellón, con salida de líquido lechoso. Se envía muestra a anatomía patológica que confirma diagnóstico de quiste valdeolar.

Presenta en su estadía varias infecciones intrahospitalarias con posterior evolución favorable y finalmente se logra el alta después de un mes de hospitalización con traqueostomía debido a una estenosis subglótica iatrogénica por intubación prolongada y en terapia fonoaudiológica.

Evaluada de forma ambulatoria un mes posterior al alta, se mantiene en seguimiento por otorrinolaringología, con adecuado avance en rehabilitación.

Discusión

Los quistes laríngeos son un diagnóstico infrecuente. Se estima que su incidencia en laringoscopia se encuentra entre 1 en 1250 y 1 en 4200. (Kothandan *et al.*, 2013) Hasta el momento, la serie de casos más grande publicada es la de Berger con 38 casos de quiste laríngeo en adultos (Berger *et al.*, 2008). Estos se presentan habitualmente en pacientes de sexo masculino a los 50 años aproximadamente (Kothandan *et al.*, 2013). Si bien esta patología se describe mayoritariamente como asintomática, gran parte de los casos reportados se presentaron con estridor.

El enfrentamiento de estridor en el servicio de urgencia puede constituir un desafío importante. Dentro de los diagnósticos diferenciales, los principales corresponden a anafilaxia o crisis

asmática. No obstante, existen múltiples otras causas tales como exacerbación de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, angioedema, infecciones virales, aspiración de cuerpo extraño, disfunción de cuerdas vocales, quistes laríngeos, entre otros (Dinulos *et al.*, 1997). Independiente de la causa, se debe realizar una evaluación primaria completa; con énfasis en la vía aérea y el manejo avanzado de esta, en pacientes con signos claros de falla ventilatoria. Posteriormente, se debe complementar la evaluación con recopilación de una buena anamnesis. De acuerdo con los hallazgos, se debe iniciar el tratamiento específico. La mayoría de los pacientes con estridor responderán a las medidas iniciales de anafilaxia. De hecho, en un estudio retrospectivo que incluyó a 1261 pacientes con anafilaxia en un Servicio de Urgencias, determinó que un 93% de ellos respondieron inmediatamente al tratamiento estándar (Brady *et al.*, 1997). Por lo mismo, ante un paciente que no responde adecuadamente a medidas iniciales, se deben sospechar otros diagnósticos diferenciales. Esto es especialmente relevante si se considera que un diagnóstico errado en estos pacientes puede traducir complicaciones graves, incluso la muerte (Kann *et al.*, 2017).

En el caso de la sospecha de un quiste vallecular sintomático, el manejo debe enfocarse en proteger la vía aérea del paciente para evitar una obstrucción completa de esta. Se han reportado diversos casos de intubación difícil en estos pacientes, en los que se han requerido múltiples intentos de intubación e incluso el uso de otras herramientas como intubación transnasal con fibra óptica o laringoscopia rígida. Por lo mismo, en estos pacientes, se debe considerar el uso completo de las herramientas disponibles; laringoscopia directa, videolaringoscopia, laringoscopia rígida efectuada por otorrinolaringólogo, fibra óptica flexible, intubación retrógrada, entre otras (Kothandan *et al.*, 2013). Estos procedimientos, por lo general, tienen mayor disponibilidad de insumos en unidades quirúrgicas más que en el servicio de urgencia, por lo que debe realizarse un traslado expedito en tanto lo permita el estado del paciente, en caso contrario, considerar la vía aérea quirúrgica emergente. También, se ha descrito la técnica de puncionar el quiste con una aguja espinal y aspirar su contenido para mejorar la visualización de las cuerdas vocales (Rivo & Matot, 2001). No se recomienda la intubación a ciegas dado el riesgo de lesión de la vía aérea o del quiste mismo, dificultando aún más el manejo de la vía aérea. En caso de quistes valleculares asintomáticos, se podría estudiar con tomografía computada o resonancia magnética previo a la intubación para mejorar la planificación del enfrentamiento de la vía aérea (Kothandan *et al.*, 2013).

Con respecto a lo anterior es que debemos hacer un énfasis en las condiciones de intubación emergente de esta paciente, dado que en el Complejo Hospitalario Sótero del Río no contamos con disponibilidad en el servicio de urgencia de otorrinolaringología para realizar una nasofibroscofia diagnóstica inmediata ni con equipo de broncoscopia con fibra óptica por lo que, en torno a su falla respiratoria aguda catastrófica, se tomaron las medidas de protección de vía aérea en las condiciones descritas.

Conclusión

En conclusión, los quistes de vallécula son una patología infrecuente que puede amenazar la vida de los pacientes. Es esencial tener un alto índice de sospecha y tomar una conducta activa frente a ellos para permitir un manejo efectivo de la vía aérea.

Reconocimiento

Los autores declaran no contar con ninguna fuente de financiamiento para publicación del presente manuscrito. Los autores declaran que no poseen ningún conflicto de interés con los contenidos del presente manuscrito.

Referencias

- Kothandan H, Ho VK, Chan YM & Wong T. (2013) Difficult intubation in a patient with vallecular cyst. *Singapore medical journal* **54**, 62–65.
- Berger G, Averbuch E, Zilka K, Berger R, & Ophir D. (2008) Adult vallecular cyst: thirteen-year experience. *Otolaryngology-head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery* **138**, 321–327.
- Dinulos JG, Karas DE, Carey JP & Del Beccaro MA. (1997) Paradoxical vocal cord motion presenting as acute stridor. *Annals of emergency medicine* **29**, 815–817.
- Brady WJ Jr, Luber S, Carter CT, Guertler A & Lindbeck G. (1997) Multiphasic anaphylaxis: an uncommon event in the emergency department. *Academic emergency medicine: official journal of the Society for Academic Emergency Medicine* **4**, 193–197.
- Kann K, Long B, & Koyfman A. (2017) Clinical Mimics: An Emergency Medicine-Focused Review of Asthma Mimics. *The Journal of emergency medicine* **53**, 195–201.
- Rivo J & Matot I. (2001) Asymptomatic vallecular cyst: airway management considerations. *Journal of clinical anesthesia* **13**, 383–386.