

ESTENOSIS LARÍNGEA

La estenosis laríngea se define como un estrechamiento de la endolaringe ya sea congénito o adquirido. Se dividen por la localización anatómica en supraglóticas, glóticas y subglóticas, y por su extensión en completas e incompletas.

Los diafragmas (*webs*) representan el 5% de las anomalías congénitas, el 75% de las cuales son glóticas.

1. La exploración debe incluir fibroscopia y endoscopia rígida bajo anestesia general, que permite la evaluación de la supraglotis, la glotis y la subglotis. Debe evaluarse:

- Estudio del grosor, la longitud y la extensión de la estenosis.
- Determinación del tamaño de la obstrucción y del tubo endotraqueal.
- Evaluación de reflujo gastroesofágico.
- Valoración del estado vocal.

2. La exploración radiológica incluye la evaluación lateral de cuello y del tórax, la tomografía computarizada (TC), la resonancia magnética (RM) y las pruebas de función pulmonar.

3. En el tratamiento de las estenosis es básica la prevención: selección de un diámetro adecuado del tubo endotraqueal, sedación, y evitar intubaciones prolongadas, disecciones agresivas y traqueotomías altas.

4. El tratamiento médico de soporte incluye la administración de oxígeno humidificado y corticoides, el tratamiento del reflujo gastroesofágico y la inyección de corticoides en la cicatriz y por inhalación.

5. No precisan tratamiento los diafragmas anteriores de menos de 2-3 mm que no provocan síntomas. Los diafragmas muy finos se someten a lisis con láser, dilatación con dilatadores redondos lisos y administración de corticoides sistémicos. Los diafragmas delgados se tratan con láser de CO₂. Los pacientes adultos toleran bien las quillas en las estenosis anteriores. Las posteriores se incinden, y si recidivan se usa el método abierto.

6. Las estenosis glóticas se tratan con laringofisura con injerto y colocación de quilla o *stent*. Los diafragmas congénitos gruesos necesitan traqueotomía en el 40% de los casos y método abierto para su corrección.

7. Las estenosis subglóticas se clasifican en: grado I, <50% de obstrucción; grado II, 50-70% de obstrucción; grado III, 71-99% de obstrucción, y grado IV, obstrucción completa.

Las estenosis subglóticas blandas pueden responder a las dilataciones. Las escisiones de la cicatriz con cauterio o criocirugía no consiguen buenos resultados. Se emplea el láser en las estenosis tempranas con granulaciones.

El tratamiento endoscópico no es útil en caso de cicatriz circunferencial, tejido cicatricial de más de 1 cm de grosor, infección bacteriana grave, exposición de pericondrio o cartílago tras utilizar el láser o fallo de tratamientos endoscópicos previos.

8. Las estenosis subglóticas de grados III y IV requieren métodos abiertos. Los grados I y II pueden responder a tratamientos endoscópicos, pero a menudo se benefician de los métodos abiertos. Las técnicas de expansión son: la división del cricoides, el injerto y los *stents*.

En las estenosis congénitas se efectúa la división del cricoides; en la estenosis anterior localizada, los injertos, y en las estenosis localizadas glóticas o subglóticas con pérdida del soporte del cartílago laríngeo se indica la división posterior. El cartílago de costilla es el mejor para aumentar el cricoides. Los *stents* más utilizados son el tubo endotraqueal y el molde de silicona o de teflón.

Los métodos abiertos se practican en la unidad de cuidados intensivos. Se administran corticoides, *doping* pulmonar y humidificación tras la extubación. Se efectúa una endoscopia previa a la extubación. Las quillas se mantienen 2-4 semanas, el *stent* de tubo endotraqueal se retira a los 7 días, y se aplica un injerto a los 14 días. Hay que estar atento a la posible aparición de neumotórax y hematoma. Se administran antibióticos y medicación anti-reflujo, se efectúa una endoscopia periódica y hay que procurar evitar la administración de bloqueantes musculares.

La combinación de estenosis glótica y subglótica tiene peor pronóstico que la glótica sola. Las estenosis glóticas tienen un pronóstico mejor que las estenosis de otras localizaciones. La calidad de la voz varía con el grado de estenosis y con el método usado, pero no suele mejorar mucho. La división anterior del cricoides produce una mejoría superior al 70% (descanalación). Las resecciones cricotraqueales y las anastomosis producen una alta tasa de descanalaciones.