

Vox en imagen

Malformación poco habitual de la vía aérea: hallazgo casual

María Pilar Priego Ruiz^{1,2}, Javier Torres Borrego³, Domingo Álvarez Gil³

¹Unidad de Gestión Clínica de Pediatría y sus Áreas Específicas. Hospital Comarcal Valle de los Pedroches. Pozoblanco, Córdoba.

² Servicio de Pediatría. Hospital Quirónsalud Córdoba. ³Unidad de Gestión Clínica de Pediatría y sus Áreas Específicas. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Recibido: 09/04/2019 Aceptado: 21/05/2019

Priego Ruiz MP, Torres Borrego J, Álvarez Gil D. Malformación poco habitual de la vía aérea: hallazgo casual. Vox Paediatr 2019; 26:18-19

El estridor inspiratorio persistente expresa obstrucción de vías respiratorias extratorácicas, constituyendo una indicación frecuente de broncoscopia flexible (BF)¹. Presentamos un caso clínico en el que se halló obstrucción subglótica asociada a una malformación traqueal infrecuente y no esperada.

Varón de 4 años con estridor inspiratorio no cianótico desde las primeras semanas de vida que consulta por habla entrecortada con escasas palabras, necesitando inspirar entre ellas,

sin asociar insuficiencia respiratoria, sospechándose obstrucción subglótica.

Antecedentes personales: recién nacido pretérmino (33 semanas), bajo peso, presentó distrés respiratorio al nacimiento precisando intubación orotraqueal (IOT) y ventilación mecánica durante 24 horas. A los 2 meses por soplo cardíaco, se detecta ventana aortopulmonar y CIA tipo *ostium secundum*, necesitando nuevamente IOT para cirugía cardíaca.

La BF muestra membrana subglótica con obstrucción grave de la vía aérea (90%) (Fig. 1), finalizándose el procedimiento. En la reconstrucción axial y coronal de la tomografía computarizada (TC) de tórax se observaron dos membranas

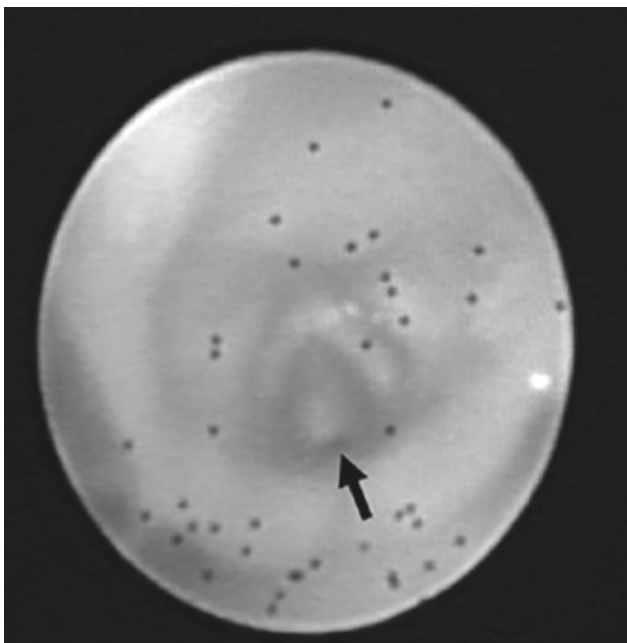


Figura 1. Imagen tomada durante la BF que muestra membrana subglótica que obstruye gravemente la vía aérea, dejando solo un 10% de diámetro traqueal libre (flecha).

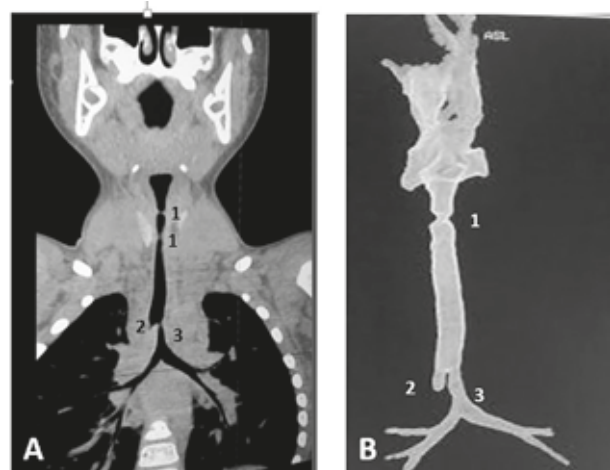


Figura 2. A Corte coronal de TC de tórax: presencia de doble membrana subglótica (1), bronquio traqueal derecho ciego (2) y estenosis traqueal distal (3) B: Broncoscopia virtual realizada mediante TC tórax: (1) estenosis subglótica, (2) bronquio traqueal derecho ciego, (3) estenosis traqueal

Autor para correspondencia: María Pilar Priego Ruiz
pilarprieigoruz@gmail.com

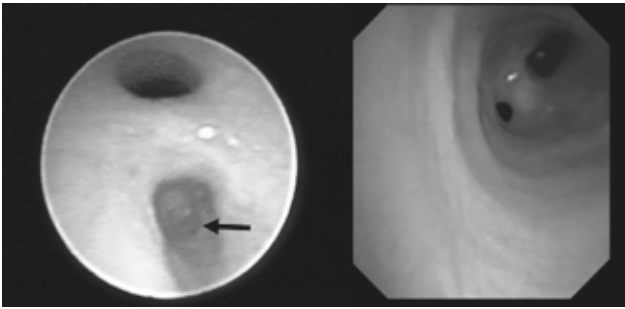


Figura 3. Imagen tomada durante la BF intraoperatoria: bronquio traqueal ciego (flecha). Estenosis traqueal, al introducir FB se aprecia traquealización del bronquio pulmonar principal

subglóticas, el bronquio traqueal derecho ciego y una estenosis traqueal distal (Fig. 2). Se realizó un *split* cricotiroidoideo y una nueva BF detectándose una falsa imagen de carina principal y el bronquio traqueal derecho ciego. Al progresar el BF se apreció la estenosis traqueal distal, visualizándose la carina traqueal principal (Fig. 3).

La BF en pediatría es una técnica segura y con un gran número de aplicaciones, tanto diagnósticas como terapéuticas². En este caso la

combinación de la BF y TC de tórax demostró la asociación de una membrana subglótica probablemente secundaria a las intubaciones de recién nacido y lactante, y una malformación congénita rara de la vía aérea que anteriormente pasó desapercibida³.

Bibliografía

- 1.- Najada AS, Dahabreh MM. Bronchoscopy findings in children with recurrent and chronic stridor. *JBronchology Interv Pulmonol.* 2011; 18:42-7.
- 2.- Midyat L, Çakır E, Kut A. Upper airway abnormalities detected in children using flexible bronchoscopy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2012; 76:560-3.
- 3.- Pérez Ruiz E, Caro Aguilera P, Valdivielso AI, Sanchís Cárdenas S, Martínez García Y, Pérez Frías J. Tracheal bronchus diagnosed in children undergoing flexible bronchoscopy. *Paediatr Respir Rev* 2018; 28:26-30.