

**“No todo lo que pita es asma.....
aunque el paciente sea asmático”**

Glenda Salguero. R3 MFYC. CS San Fernando

Duarte Gibellino Coelho Acheha. R3 MFYC CS Valdepasillas

Revisado por: Miguel Bermejo Pastor. Pediatra CS Valdepasillas.

Badajoz, 19 de octubre de 2016

INDICE

- **CASO CLINICO**
- **REVISIÓN CIENTIFICA**
 - INTRODUCCIÓN
 - EPIDEMIOLOGIA
 - FACTORES DE RIESGO
 - CLINICA
 - DIAGNÓSTICO
 - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
 - TRATAMIENTO
 - PRONÓSTICO
 - CONCLUSIONES
- **BIBLIOGRAFIA**

MOTIVO CONSULTA

- Varón de 13 años.
- Episodios de **inicio súbito de dificultad respiratoria** con/sin esfuerzo y **ligero estridor**.
- Frecuencia y duración: **3-4 ocasiones** y con una duración variable de alrededor de **diez minutos**, excepto el último por el que vuelve a consultar que le duró **1 hora** presentando sensación de ahogo importante.
- En una ocasión cedió de forma **espontánea**, pero en otras necesitó **GC** y **BD**.
- Por veces exacerbación con el **ejercicio**.
- No contacto con irritantes ni ingesta de cuerpos extraños.

ANAMNESIS

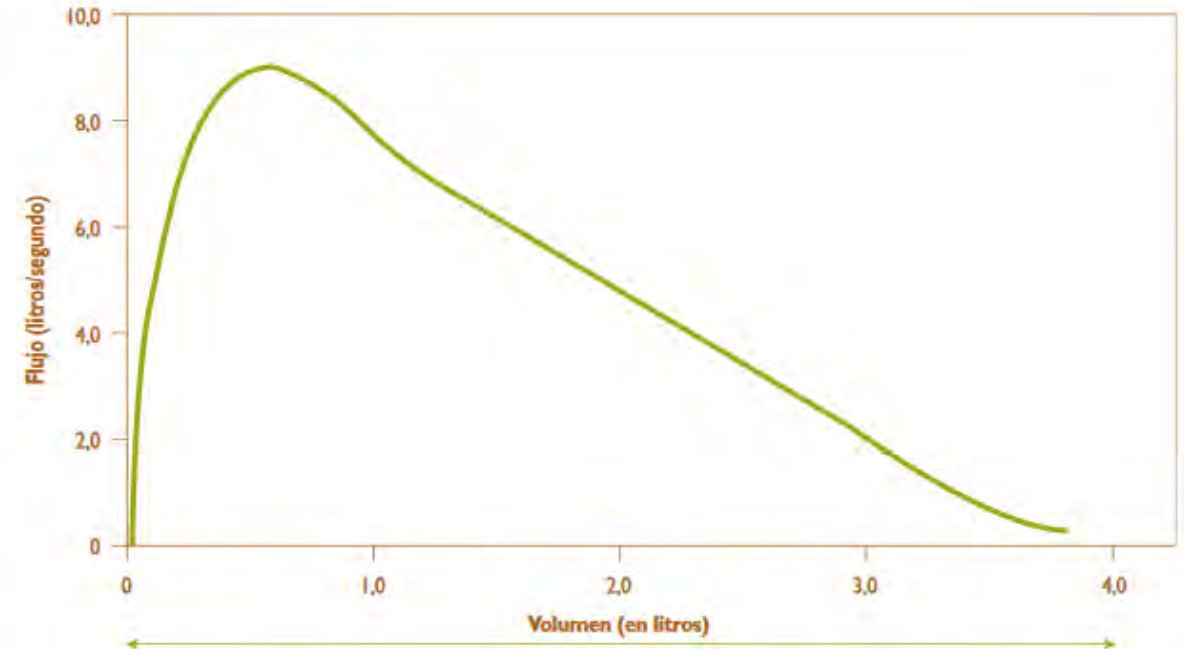
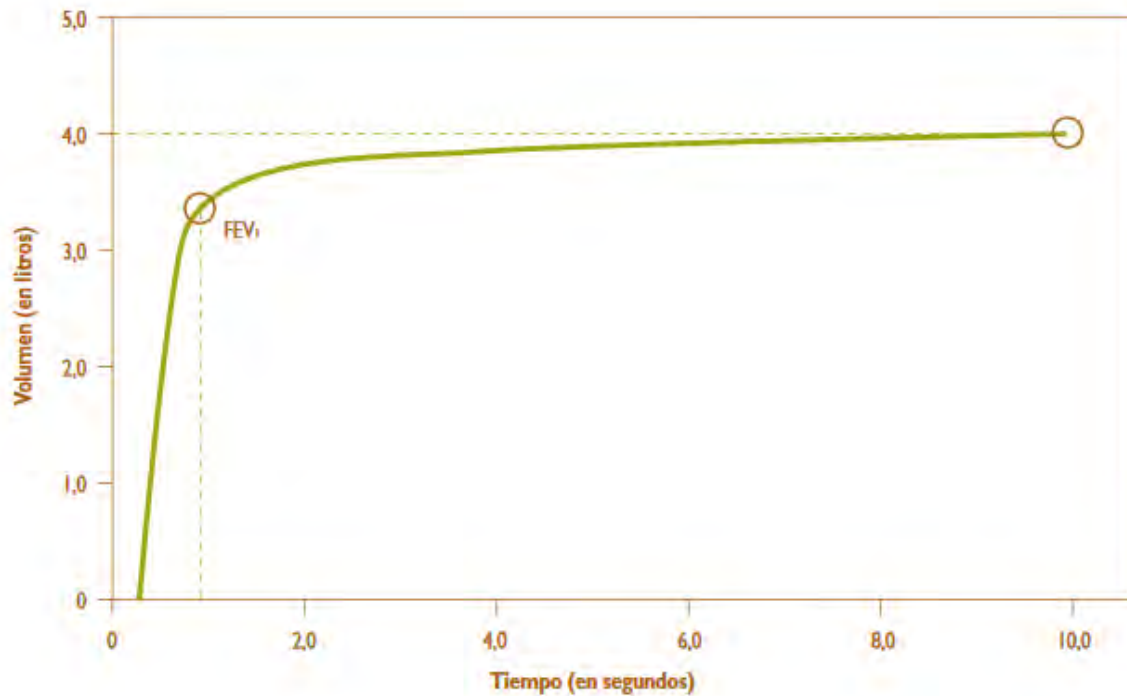
EXPLORACIÓN FÍSICA (intercrisis)

- Peso: 30 kg.
- Buen estado general, normohidratado y normoperfundido.
- No dificultad respiratoria ni distrés respiratorio.
- Resto de exploración sin hallazgos.

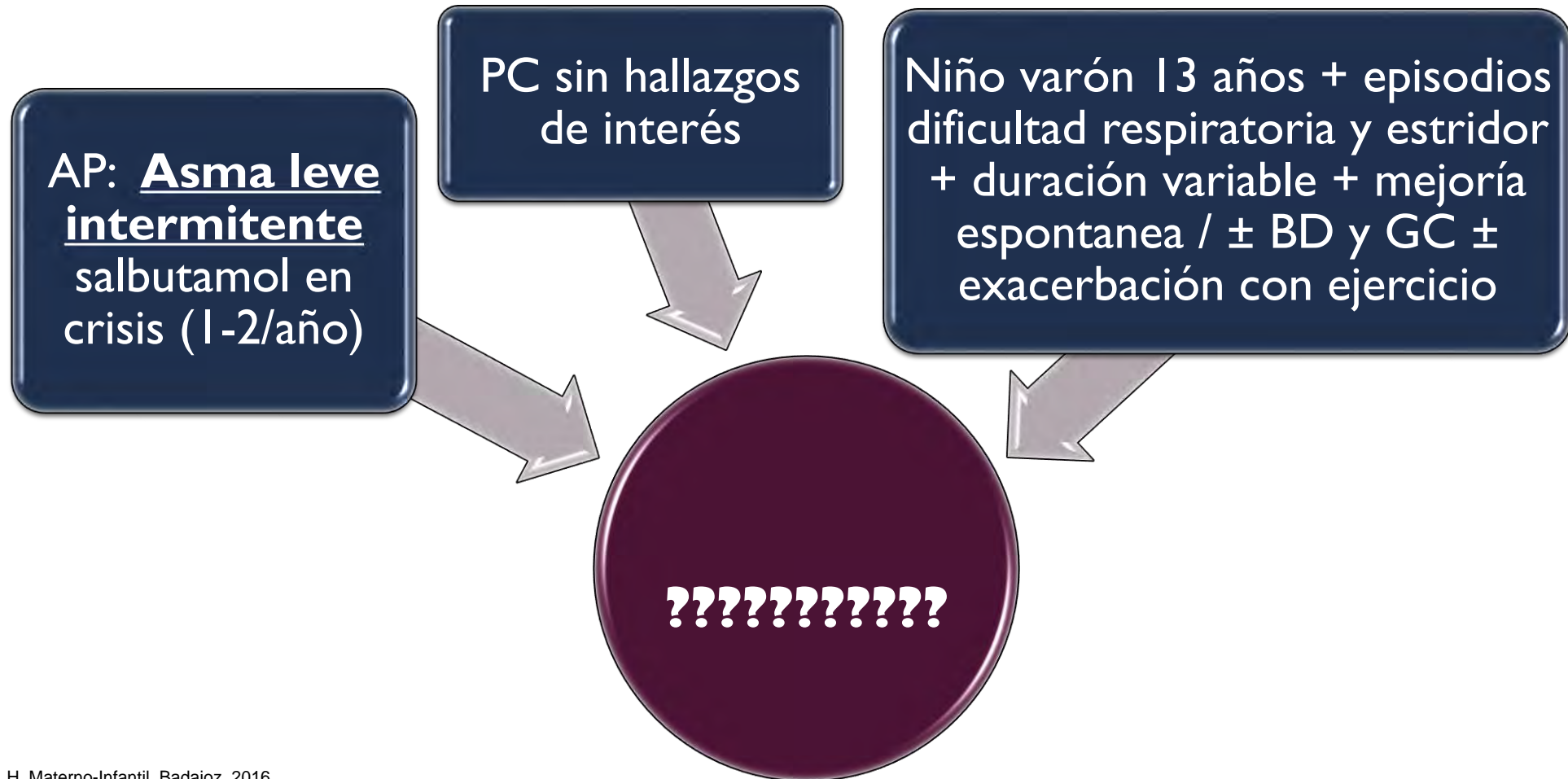
ANTECEDENTES PERSONALES

- **Asma leve intermitente.**
- Derivado a Cardiología pediátrica un año antes por los **episodios de dificultad respiratoria + soplo** protomesosistólico grado I. Cardiologicamente normal.
- AF: sin interés.
- Ambiente Epidémico: sin interés.
- T. Actual: Salbutamol en crisis (1-2 año).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



RESUMEN



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CRISIS AGUDA DIFICULTAD RESPIRATORIA: CAUSAS DE SIBILANCIAS EN NIÑOS, SEGÚN APARICIÓN

Agudas:

- **Asma** (>frec)
- Bronquiolitis
- Laringotraqueobronquitis
- Traqueítis bacteriana
- Aspiración Cuerpo Extraño
- Cuerpo Extraño esofágico

Crónicas o Recurrentes:

- **Anomalías Estructurales**
 - Traqueobroncomalacia
 - Anillos vasculares
 - Estenosis traqueal
 - Tumores y Quistes Aparato respiratorio
 - Cardiomegalia
- **Anomalías Funcionales:**
 - **Asma** (>frec)
 - Reflujo Gastroesofágico
 - Fibr Quística, Inmunodeficiencias, Discinesia Ciliar 1^a
 - Displasia Broncopulmonar, Cuerpo Extraño enclavado
 - Edema Pulmonar
 - Disfunción Cuerdas Vocales (DCV)

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CRISIS AGUDA DIFICULTAD RESPIRATORIA: CAUSAS DE SIBILANCIAS EN NIÑOS, SEGÚN APARICIÓN

Agudas:

- **Asma** (>frec)
- Bronquiolitis
- Laringotraqueobronquitis
- Traqueítis bacteriana
- Aspiración Cuerpo Extraño
- Cuerpo Extraño esofágico

Crónicas o Recurrentes:

- **Anomalías Estructurales**

Técnicas de Imagen

- **Anomalías Funcionales:**

pH-metría
Test del sudor
Estudio de Inmunodeficiencias
Biopsia ciliar nasal
Fibrobroncoscopia

REVISIÓN CIENTÍFICA - SOSPECHA DISFUNCIÓN CUERDAS VOCALES

- La disfunción de las cuerdas vocales (DCV), también conocida como movimiento paradójico de las cuerdas vocales (MPCV), discinesia laríngea, o malfuncionamiento de las cuerdas, es una entidad que cursa con una **aducción inapropiada** de éstas durante la inspiración, espiración o ambas.
- Obstrucción funcional de la vía respiratoria → estridor inspiratorio → Dx. asmáticos → tto. GC + BD escasa respuesta al tto. → **“Asmáticos refractarios”**.

EPIDEMIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO



Sesión Pediatría. H. Materno-Infantil. B. Gajoz. 2016

- Niños mayores o adolescentes con un **buen nivel intelectual y autoexigentes** con su rendimiento personal.
- < de 18 años predomina en las mujeres (82 %) con una edad media de presentación de 14,5 años.
- **Deportistas**, con síntomas inducidos muchas veces por el **ejercicio** y socialmente **estresados**.

CLINICA

- Episodios **agudos**, generalmente de **inicio y final bruscos**.
- **Tos seca, disnea ± tiraje, estridor laríngeo, disfonía y respiración entrecortada/ superficial. Sensación de "tirantez" en la garganta.**
- Puede haber **sibilancias** inspiratorias y/o espiratorias.
- Previamente **no nocturnidad** de los síntomas pero más recientemente se han comunicado casos de inicio nocturno.
- **Durante el episodio agudo el sujeto es capaz de aguantar la respiración y de jadear.**
- En las intercrisis el paciente se mantiene asintomático.

DIAGNÓSTICO

- **Difícil** debido a su presentación y naturaleza episódica.
- **Fibrolaringoscopia: aducción de los dos tercios anteriores de las cuerdas vocales**, dejando únicamente una pequeña abertura glótica, de forma romboidal, en la porción posterior.
- Irritantes, pruebas de broncoprovocación o sugestión hipnótica para inducir los síntomas.
- **Prueba de esfuerzo + Espirometría**



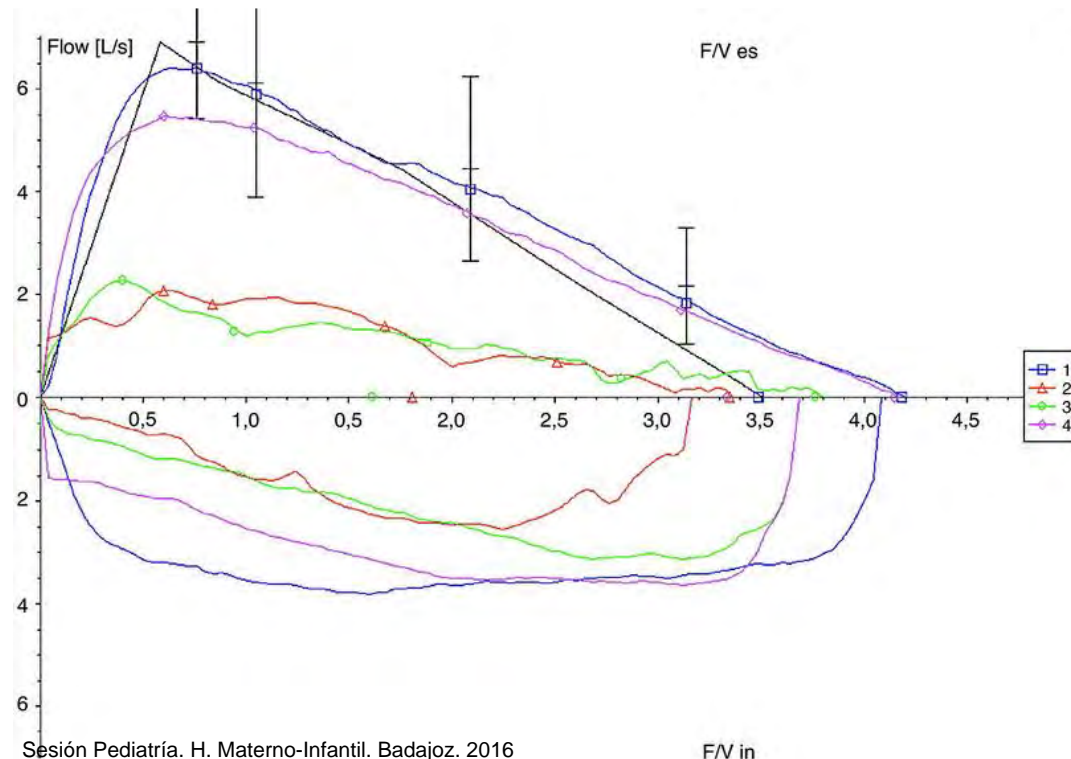
DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

DISFUNCIÓN CUERDAS VOCALES vs ASMA

- Mayor dificultad subjetiva en la inspiración que en la espiración.
- Mínima respuesta a un tratamiento antiasmático agresivo.
- Aplanamiento del asa inspiratoria en la curva flujo-volumen.
- Gases arteriales y parámetros de función pulmonar normales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL II

Aplanamiento del asa inspiratorio en la curva flujo-volumen



Gases arteriales y parámetros de función pulmonar normales

- Gradiente alveoloarterial de oxígeno normal.
- No hipercapnia, ni acidosis.
- Hipoxemia es más común.
- La rx de tórax no muestra anomalías importantes.

TRATAMIENTO

EPISODIOS AGUDOS

- **Heliox** - posible reversión de los síntomas.
- Otras medidas incluyen:
 - **BZD**.
 - Presión positiva continua en la vía aérea (**CPAP**).
 - Ventilación con Presión positiva intermitente (**VPPI**)
 - Inducción anestésica con **propofol**.
 - DCV graves- **toxina botulínica tipo A** inyectada en la laringe.

A LARGO PLAZO

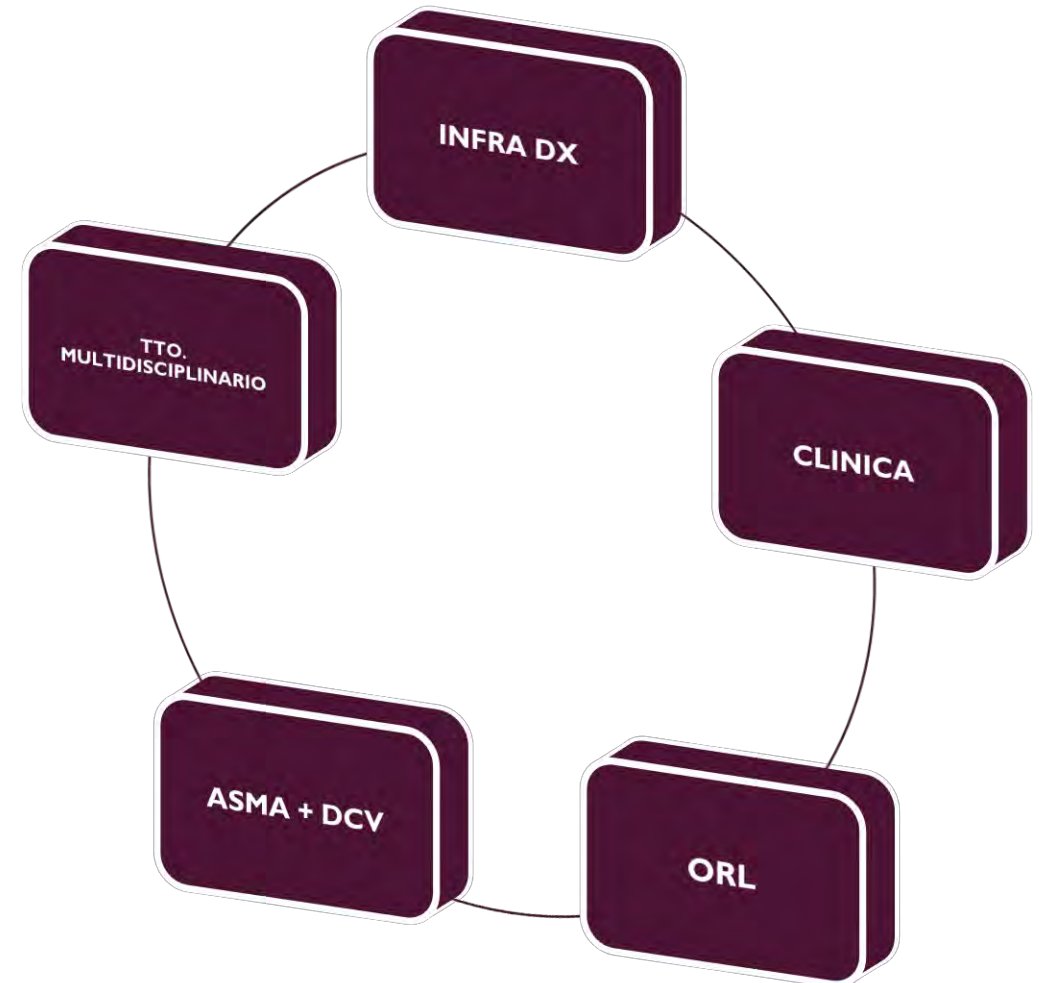
- **Equipo multidisciplinario:**
 - Neumólogo, ORL, psiquiatra y foniatra.
 - Buena relación entre el médico, el paciente y su familia- Informar de la **no organicidad del proceso**.
- **Psicoterapia**
- Recientemente se ha propuesto una **maskarilla facial**

PRONÓSTICO

- Los estudios publicados en la bibliografía sobre seguimiento a largo plazo son **escasos**.
- *Hayes et al* valoraron **3 pacientes durante 10 años** comprobando que continuaban manteniendo los **mismos síntomas**.
- La respuesta inicial al tratamiento estándar (**foniatría y psicoterapia**), parece ser **buena**.
- *Link et al* recogen información telefónica de 15 pacientes con MPCV, entre los **11 y 62 meses del diagnóstico**, observando que la mayoría habían **respondido bien al tratamiento**.
- Otros estudios enfatizan la importancia de la **educación**.

CONCLUSIONES

- La DCV es un trastorno **infra diagnosticado** y más frecuente de lo sospechado.
- Clínica: episodios agudos y bruscos + dificultad respiratoria, tos seca y estridor laríngeo ± sibilancias + desencadenado por ejercicio + no clara mejoría con BD y GC.
- Dx: visión **laringoscópica** de la **aducción inspiratoria de las cuerdas vocales en pleno episodio agudo**.
- Frecuente **asociación entre asma y DCV**- valorar ambas posibilidades diagnósticas.
- Tratamiento agudo vs tratamiento largo plazo.



BIBLIOGRAFIA

- https://www.aepap.org/sites/default/files/espirometria_forzada.pdf
- <http://www.analesdepediatria.org/es/disfuncion-las-cuerdas-vocales/articulo/13030207/>
- Weinberger M et al. Pseudoasma: cuando la tos, las sibilancias y la disnea no significan asma. Pediatrics (Ed esp). 2007;64(4):225-33
- https://www.uptodate.com/contents/paradoxical-vocal-fold-motion?source=see_link- AGOSTO 2015
- https://www.uptodate.com/contents/wheezing-illnesses-other-than-asthma-in-children?source=search_result&search=VOCAL%20CORDS%20DISKINESIA&selectedTitle=1~150. NOV 2015