

CIRUGÍA

PARÁLISIS LARÍNGEA ADQUIRIDA IDIOPÁTICA. DIFICULTADES DE UN CASO

M. Pla¹, S. Poveda¹, A. Triola², L. Ebrí¹, N. Gallifa¹, E. Roca¹

¹ Assistència Veterinaria ² Centre Veterinari Antoni Triola

Caso clínico

Introducción y caso clínico

La parálisis laríngea se produce cuando el cartílago aritenoides no puede abducirse durante la inspiración cerrando la glotis. Se presenta por disfunción de los ms.laríngeos, nervios vagos y/o laríngeos recurrentes. Puede concurrir la alteración intrínseca con disfunción sensorial que será causante de aspiraciones y tos. Es frecuentemente idiopática.

Mayoritariamente son perros viejos de raza grande. Se afectan también gatos. Lesiones infiltrativas, traumatismos, inflamación y manipulación quirúrgica; polineuropatías secundarias a enfermedades inmunomediadas, hipotiroidismo pueden producir parálisis. Existe una forma congénita hereditaria en el Boyero de Flandes, Husky siberiano y Dálmata. Los síntomas son progresivos.

Comprenden estridor, intolerancia al ejercicio, tos, cianosis y disfagia.

La laringoscopia permite el diagnóstico definitivo. El diagnóstico diferencial incluye: elongación del paladar blando, edema, parálisis laríngea bilateral/ unilateral, granuloma y neoplasia. La estabilización del animal engloba la sedación, mantenimiento de las vías aéreas, corticosteroides y control de las complicaciones.

La cirugía de elección es la lateralización aritenoidea unilateral. Las complicaciones postoperatorias son frecuentes como neumonía por aspiración, obstrucción respiratoria, fracaso quirúrgico, disnea, hipoxemia, hipertermia y CID. Un 34,3% de los perros presentaron complicaciones con una mortalidad del 19,3%. El pronóstico empeora si concurren aspiración, edema postobstructivo y/o enfermedad neurológica simultáneamente.

Puça, hembra Shit-zu, no castrada de 8 años; se presentó con una disnea mixta. Las radiografías torácicas revelaron neumonía, el hemograma leucocitosis con granulocitosis y las bioquímicas eran normales. Se le administró: oxígeno, ceftazidima 15 mg/kg/8h/ IV, seguril 1mg/kg/IV, prednisolona 0'5 mg/kg/12h/IV y salbutenol 2 pulsaciones/

12h. A las 24h. la disnea era inspiratoria. Se realizó una endoscopia en la que se halló: narinas estenóticas y colapso traqueal grado I. Se descartaron la elongación del paladar, eversión de los sáculos, masas, macroglosia y colapso laríngeo. En un plano anestésico superficial se valoró la motilidad laríngea. Observándose una parálisis que afectaba al cartílago aritenoides izquierdo, un movimiento paradójico del derecho, y disminución de la función sensitiva. Se descartó hipotiroidismo y se planteó la lateralización aritenoidea unilateral izquierda. La cirugía se aplazó debido a una segunda aspiración. Las analíticas preoperatorias mostraban anemia, leucocitosis con granulocitosis y bioquímicas correctas. La laringe se expuso mediante un abordaje cervical lateral. Se seccionó la piel y tejidos subcutáneos ventral a la vena yugular. Se cortó el músculo tirofaríngeo, en el borde dorsal del cartílago tiroideo. Se separaron las articulaciones cricofaríngea y cricoaritenoidea, y transectamos la banda sesamoidea. Se colocó una sutura (dafilon 2/0) desde la faceta articular del aritenoideo hasta la zona dorsocaudal del cartílago cricoideo y tiroideo. Se comprobó la lateralización intraoral. Se cerró de forma rutinaria. Fue necesaria una traqueostomía temporal (tubo Shiley 3.0) por edematización de la glotis en la extubación. Se pautó una CRI de fentanilo, fluidos (Sterovet) de mantenimiento, ceftazidima, prednisolona 1mg/kg/12h/3 días y heparina 75 UI/kg/8h/ IV. La limpieza del traqueostubo se realizó cada 2 h. Se administraron líquidos a las 18h. postcirugía y la comida a las 24h. La permeabilidad laríngea empezó a los 2 días. Su estado empeoró: anemia grave, acidosis láctica, taquipnea, hipertermia e insuficiencia renal. Se deterioró a pesar de la transfusión y corregirse la lactemia. Al cuarto se eutanasió a petición del propietario.

Discusión

Primera dificultad: evaluación de la función laríngea, en un plano anestésico que permita



la motilidad (diazepam + ketamina/ propofol). Si es profundo se puede revertir mediante doxapram 1mg/IV, que restablecerá la función y su efecto durará un par de minutos. Segunda, los movimientos paradójicos pueden confundir. Tercera, la técnica quirúrgica: la lateralización aritenoidea unilateral vs. bilateral ya que en ésta son más frecuentes la aspiración y tos postoperatorias; vs. laringectomía parcial, la mortalidad puede llegar al 50%; vs. traqueostomía permanente se descarta por el difícil manejo. La banda intersesamoidea debe cortarse sin penetrar en la luz y mejor colocar la sutura en la faceta articular del cartílago aritenoides en lugar del proceso muscular. Cuarta, el fracaso quirúrgico: fallo de suturas, abducción excesiva... Quinta, complicaciones graves que ya pueden estar presentes en el momento del ingreso y empeoran el pronóstico: neumonía por aspiración, acidosis láctica, CID... Todo un reto.

Bibliografía

- McKiernan, B. Laryngeal Disease Diagnosis, Treatment & Complications. Western Veterinary Conference 2004.
- Colley, P. Tracheostomy Techniques and Management. Compendium C.E. Vol. 21(1). 1999.
- King, L. Enfermedades Respiratorias en el perro y gato. Capítulo 41. 2006.
- Ettinger, S. Tratado de Medicina Veterinaria. Capítulo 211, VI Ed. 2007.
- Fossum, T. Cirugía en Pequeños Animales. Capítulo 30. II Ed. 2004.