

Reporte de Caso

Rev. Mex. Anest. _____
1996;19:153-155
©, Soc. Mex. Anest, 1996

Luxación del Cartílago Aritenoides Izquierdo. Reporte De Un Caso

Horacio E. Mendoza de la Vara*, Ma. Eugenia Figueroa y Segura**

La luxación de los cartílagos aritenoides es una patología rara y poco frecuente que se presenta como complicación a maniobras de laringoscopia, instrumentación quirúrgica, intubación, lesión de la mucosa laríngea por contacto del tubo endotraqueal y traumatismos de cuello¹; se menciona también correlación con factores predisponentes como procesos patológicos en fase terminal, neuritis tóxica, acromegalia, traqueomalacia y sobre esfuerzos en la fonación, ocasionando alteraciones de la misma como voz débil o en susurro, odinofagia, ronquera y cierto grado de dificultad respiratoria^{1,2}. Desde el punto de vista anatómico y mediante laringoscopia se observa flacidez y aproximación incompleta de las cuerdas vocales con rotación del aritenoides afectado³.

El tratamiento se enfoca a recolocación directa del cartílago cricoaritenoides bajo laringoscopia y mediante compresión del mismo; quirúrgicamente se indica la aplicación de teflón o gelfoam en el área afectada y más raramente ocurre recolocación espontánea por acción de fuerzas opuestas (tos, bronquitis, vómito o gripe^{3,4}).

El presente caso sugiere una luxación del aritenoides izquierdo, misma que se corrige espontáneamente y es motivo de la presentación del mismo.

Reporte del caso

Paciente femenina de 60 años de edad con peso 70 kg sin antecedentes de importancia para el caso, a quien se diagnosticó displasia leve de cervix (clasificación de la OMS) realizándosele cirugía electiva tipo histerectomía con ooforectomía. Exámenes

*Médico Anestesiólogo adscrito al Servicio de Anestesiología del Hospital de Cardiología del C.M.N. Siglo XXI; Av. Cuauhtémoc No 330 Col. Doctores México D.F. **Médico Anestesiólogo adscrito al Servicio de Anestesiología del Hospital Universitario de Puebla; 25 Poniente y 13 Sur, Col. Volcanes Puebla. Pue. México.

preoperatorios de laboratorio y gabinete normales; clasificada por el anestesiólogo según la Asociación Americana de Anestesiología (ASA) con E II B, Mallampatti I. La monitorización transoperatoria se realizó con electrocardiograma, oximetría de pulso, capnógrafo, presión arterial sistólica y diastólica, temperatura corporal y gasto urinario. El balance de líquidos se realizó mediante el método de Massachusetts utilizando soluciones cristaloides del tipo ringer y cloruro de sodio al 0.9% no siendo necesaria la administración de elementos sanguíneos o derivados.

La medicación preanestésica fue con diazepam 50 µg por kg, y la inducción a base de tiopental sódico 5 mg por kg y citrato de fentanyl 5 µg por kg; La relajación neuromuscular se obtuvo con bromuro de pancuronio 80 µg por kg, intubándose de primera intención vía orotraqueal de manera atraumática con sonda tipo Sheridan (7.5 mm diámetro interno), globo de baja presión y se infló con 2ml. de aire.

El sistema Anestésico utilizado fue del tipo circular con absorbedor de CO₂ técnica semicerrada y ventilación controlada. Los agentes anestésicos coadyuvantes empleados durante el acto quirúrgico fueron: Isoflurano entre 1.5 y 2.0 volúmenes %, citrato de fentanyl fraccionado y bromuro de pancuronio (1020 µg y 8.4 mg dosis totales, respectivamente).

El comportamiento hemodinámico se mantuvo estable, reflejado en los parámetros de las constantes vitales obtenidas mediante el sistema de monitoreo. El tiempo de duración del acto quirúrgico anestésico fue de 3.30 horas no existiendo incidentes ni accidentes. La paciente se extubó satisfactoriamente previa aspiración de secreciones de cavidad oral habiendo desinflado el globo de baja presión. Ingresó la paciente a recuperación, de donde es dada de alta a su cuarto hospitalario y luego de tres días de postoperatorio es dada de alta.

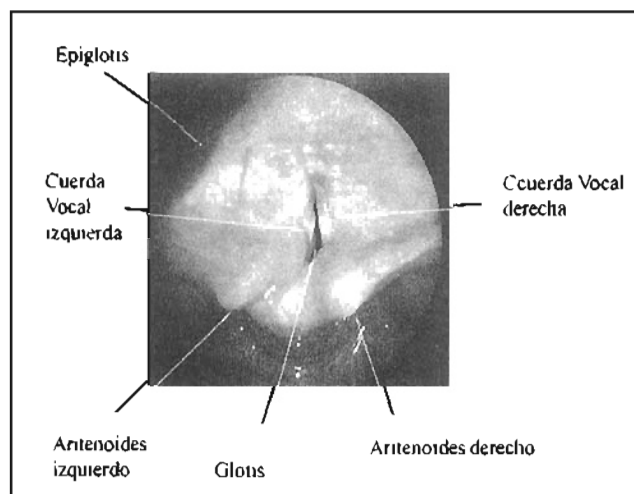


Figura 1.

Asiste a control médico al quinto día de ser intervenida quirúrgicamente, mencionando alteraciones en la fonación del tipo de voz débil y en susurro, odinofagia y malestar al respirar, motivo por el cual el anestesiólogo tratante solicita valoración de la paciente por el otorrinolaringólogo, quien realiza laringoscopia sin anestesia diagnosticando luxación del cartilago aritenoides izquierdo (figura 1). Se inicia terapia de la fonación y la paciente acude a la misma durante diez días al cabo de los cuales la abandona. Al mes de iniciado el cuadro clínico la paciente acude nuevamente a consulta, refiriendo que después de presentar cuadro gripal y tos notó normalización de su voz. Realizándosele nueva laringoscopia, en la que se observa área anatómica normal (figura 2).

DISCUSION

La incidencia de luxación de los cartílagos aritenoides es baja, como lo refieren Quick y Marwin^{2,5}; y desde el punto de vista anestésico se asocia a movilización, tracción, compresión y mala fijación del tubo endotraqueal⁶. Aunque la intubación sea atraumática, ocasiona por lo general alteraciones en la fonación como ronquera, susurro, afonía, voz débil, cierto grado de dificultad respiratoria y odinofagia⁶, aunque puede presentarse exclusivamente malestar al respirar y voz en susurro.

A la laringoscopia se observa flacidez y aproximación incompleta de cuerdas vocales con rotación del aritenoides afectado³, siendo importante diagnosticar rápida y oportunamente tal patología para iniciar el tratamiento adecuado, mismo que se enfoca a la normalización de la voz mediante terapia de la fonación o recolocación directa bajo anestesia y me-

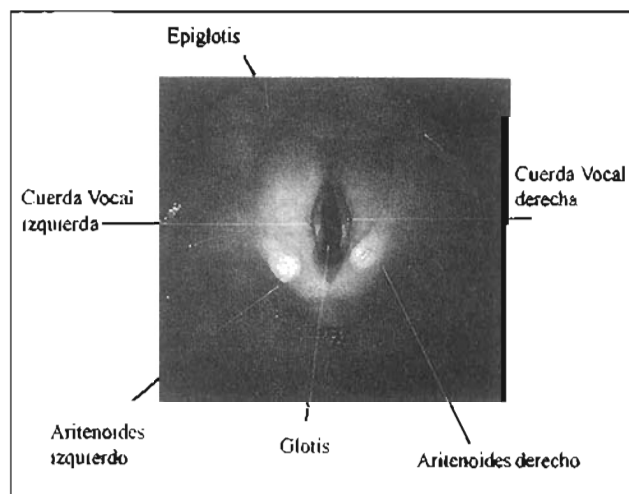


Figura 2.

dante compresión del cartilago cricoaritenoides; quirúrgicamente se aplica teflón o gelfoam en el área afectada^{4,7}. Más raramente el cartilago aritenoides luxado se coloca espontáneamente por acción de fuerzas opuestas durante cuadros de tos, vómito, gripe y bronquitis, como lo refiere la literatura^{3,4}.

El diagnóstico diferencial es necesario, ya que procesos patológicos agudos con disfonía, afonía, disfagia, edema e infección de garganta se acompañan de sintomatología semejante^{6,8}, sin embargo, ceden con terapia específica y en tiempo no mayor de dos a tres días.

La parálisis de cuerdas vocales, corditis polipoide, pólipos vocales y granulomas de contacto se asocian a trauma laríngeo y anatómicamente están bien diferenciadas por alteraciones de masa, elasticidad y tensión de los pliegues vocales verdaderos pudiendo coexistir presencia de una o varias «tumores», úlceras, y «placas» irregulares; su tratamiento varía de acuerdo a la patología^{3,9}.

CONCLUSIONES

La luxación de los cartílagos aritenoides aunque rara y poco frecuente se presenta como complicación de la intubación en el periodo postanestésico, y se manifiesta por malestar de garganta, voz en susurro, débil y odinofagia. Sin embargo esta sintomatología debe diferenciarse de otras patologías que la presentan para lo cual el anestesiólogo realizará un diagnóstico diferencial con patologías propias del sistema de la fonación y aparato respiratorio.

De igual manera se sospechará de lesión aritenoides cuando se realicen maniobras diagnósticas o quirúrgicas de las regiones laríngea, torácica o de

cuello y se presente odinofagia, ronquera, susurro y malestar laríngeo. Es recomendable solicitar el apoyo del otorrino-laringólogo o de un foniatra, quien mediante laringos-copia confirmará o no la lesión del o de los aritenoides.

El tratamiento se iniciará de inmediato al ser diagnosticada esta entidad patológica, variando desde la terapia para aumentar la tensión glótica y así mejorar la voz, hasta la quirúrgica si fuera necesario. La resolución espontánea es más rara y no debe esperarse durante largo tiempo, ya que las secuelas pueden ser irreversibles.

REFERENCIAS

1. Castella X, Gilbert J, Perez C. Aritenoid dislocation after tracheal intubation an unusual cause of acute respiratory failure. *Anesthesiology* 1991;74:613-615.
2. Frink JE, Pattison DB. Posterior aritenoid dislocation following uneventful endotracheal intubation and anesthesia. *Anesthesiology* 1989;70: 591-592.
3. Plater JR, Swift WR. Anatomía y fisiología de la producción de la voz. En: Plater JR, Wift WR (Ed) *Manual de Terapéutica de la voz*. Barcelona, Madrid, México: Salvat Editores SA, 1986: 1-26.
4. Plater JR, Wift WR. Traumatismo laríngeo y traumatismo relacionado con disfonías. En: Plater JR, Wift WR (Ed). *Manual de Terapéutica de la voz*. Barcelona, Madrid, México Salvat Editores SA, 1986: 83- 115.
5. Gauss A, Treiber HS, Haehnel J, Johannsen HS. Spontaneous reposition of a dislocated arytenoid cartilage. *Br J Anaesth* 1993;70:591-592.
6. Cheong KF, Chan MYP, Sin-fai-lam. Bilateral vocal cord paralysis following endotracheal intubation. *Anesth Intensive Care*. 1994;22:206-208.
7. Rashkin CM, Davis T. Acute complications of endotracheal intubation relationship to reintubation, route, urgency, and duration. *Chest* 1986;89:165-167.
8. Yang LK. Tracheal stenosis after a brief intubation. *Anesth Analg* 1995;80:625-627.
9. Hartley M, Vaughan SR. Problems associated with tracheal extubation. *Br J Anaesth* 1993;71:561-568.