

Exploración de la vía aérea superior

Arnas goi-bidetako miaketa

A. Nogués

S. Radiodiagnóstico. Hospital Aránzazu. San Sebastián.

La Rx de vía aérea es una exploración de fácil ejecución y de alto rendimiento desde el punto de vista diagnóstico. Para ello, se requiere una buena técnica radiográfica que nos permita visualizar aquellas estructuras de bajo contraste que trazan las fronteras de la vía aérea superior (Fig. 1). Habitualmente se realiza una proyección Rx en lateral, dado que aporta muchos más detalles anatómicos que la Rx anteroposterior. En ocasiones es de utilidad la valoración funcional del espacio aéreo mediante Rx en inspiración/expiration.

La patología de la vía aérea superior es de etiología variada:

La macroglosia extrema o la retrognatia provocan un estrechamiento de la porción orofaríngea (Figs. 2a y 2b). Las masas que comprimen la vía aérea en sentido an-

terior y lateral suelen ser quísticas y de origen congénito (Fig. 3).

La patología endoluminal puede ser congénita, inflamatoria y traumática. Dentro de la patología congénita, el hemangioma (Figs. 4a y 4b) se comporta como una pequeña tumoración submucosa responsable, por lo general, de un evidente estridor, que se acompaña de una dificultad respiratoria variable.

También los cuerpos extraños, habitualmente frutos secos y pequeñas piezas de juguetes o herrajes, pueden ocupar en mayor o menor medida la luz de la vía aérea (Figs. 5a y 5 b).

La inflamación de la mucosa traqueal a nivel subglótico es quizá la causa más frecuente de indicación de exploración radiológica de la vía aérea. Los signos clásicos

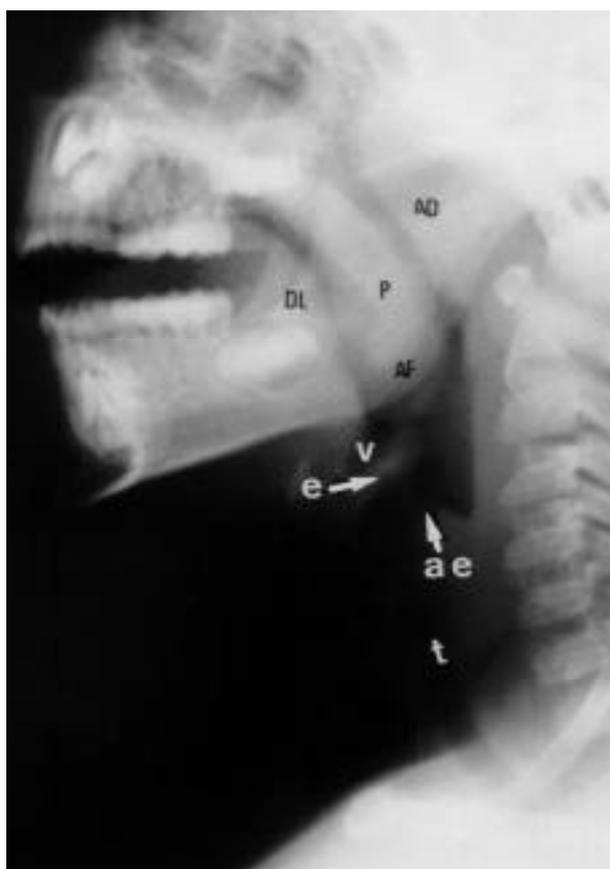


Figura 1. Vía aérea normal. Anatomía. AD: adenoides. DL: dorso de la lengua. P: paladar blando. AF: amígdala faríngea. V: vallécula. e: epiglotis. ae: repliegue aritenoepigótico. t: tráquea.



Figura 2a. Gran macroglosia. La vía aérea orofaríngea está obliterada y la nasofaríngea (asteriscos) muy comprimida.



Figura 2b. Síndrome de Pierre Robin. Maxilar inferior muy hipoplásico y retrognato. La lengua, en posición muy posterior, comprime la vía orofaríngea.



Figura 3. Aumento de partes blandas a nivel de región cervical izquierda. La tráquea se encuentra desplazada hacia la izquierda. Linfangioma.

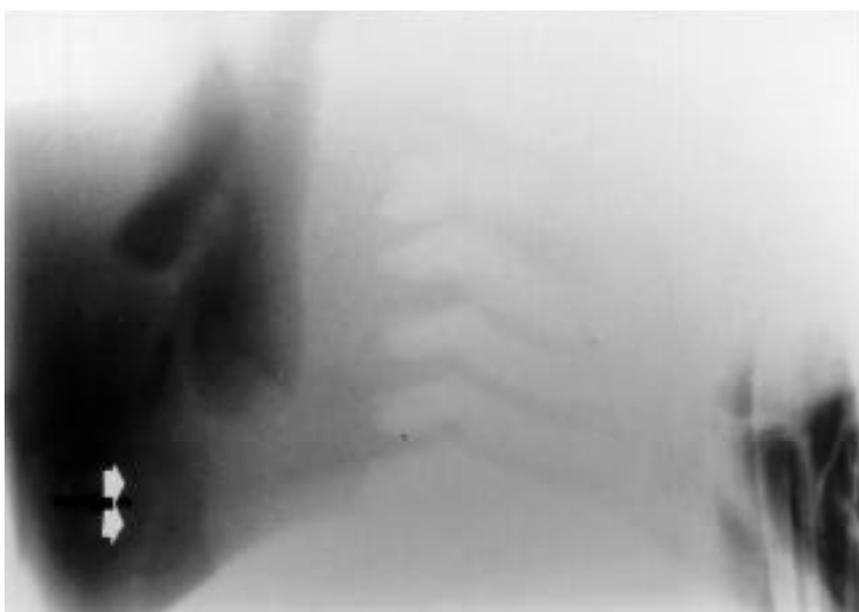


Figura 4a. Aumento localizado de la densidad de partes blandas en pared anterior de la tráquea (flechas blancas). Angioma.



Figura 4b. Otro caso de angioma traqueal. La imagen de RNM con gadolinio permite realzar una tumoración captante, en pared posterior.

son el engrosamiento-borramiento de la pared traqueal en proyección lateral, y el afilamiento fusiforme de la luz traqueal en Rx anteroposterior (Fig. 6). Tan importante es llegar a este diagnóstico como diferenciarlo de una epiglotitis.

Otras entidades de origen infeccioso-inflamatorio con repercusión sobre la vía

aérea son la hipertrofia de amígdalas y adenoides, y la epiglotitis. La hipertrofia del tejido linfoide faríngeo, en ocasiones extremas, puede ocasionar una obstrucción tan severa de la vía naso y orofaríngea que termine provocando una situación de fallo cardíaco (Figs. 7a y 7b).

La epiglotitis es una entidad grave e in-

frecuente hoy en día. El diagnóstico es exacto mediante una simple radiografía lateral de la vía aérea, en la que se aprecia que el crecimiento de la epiglotis en todos sus diámetros proporciona a ésta una morfología clásicamente definida en imagen como «huella de dedo pulgar» (Fig. 8).

El absceso retrofaríngeo es una entidad

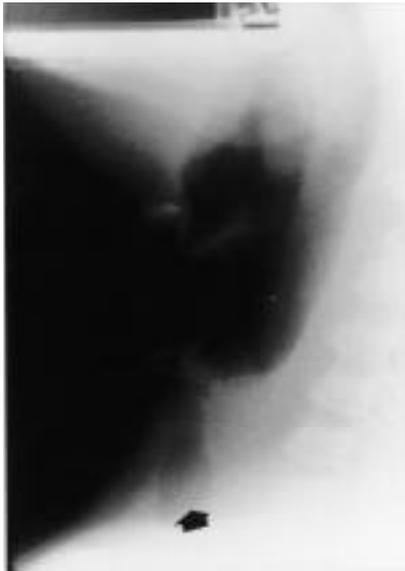


Figura 5a. La hipofaringe aparece muy distendida. En el tercio superior de la tráquea se evidencia aumento amorfo de la densidad Rx, que correspondió a cáscara de pipa de girasol.



Figura 5b. Tirafondo enclavado en adenoides.



Figura 6. Laringitis. Edema subglótico que produce la estenosis fusiforme de la tráquea (flechas blancas).



Figura 7a. Vía aérea superior ocupada por la gran hipertrofia de amígdalas (A) y adenoides (a).

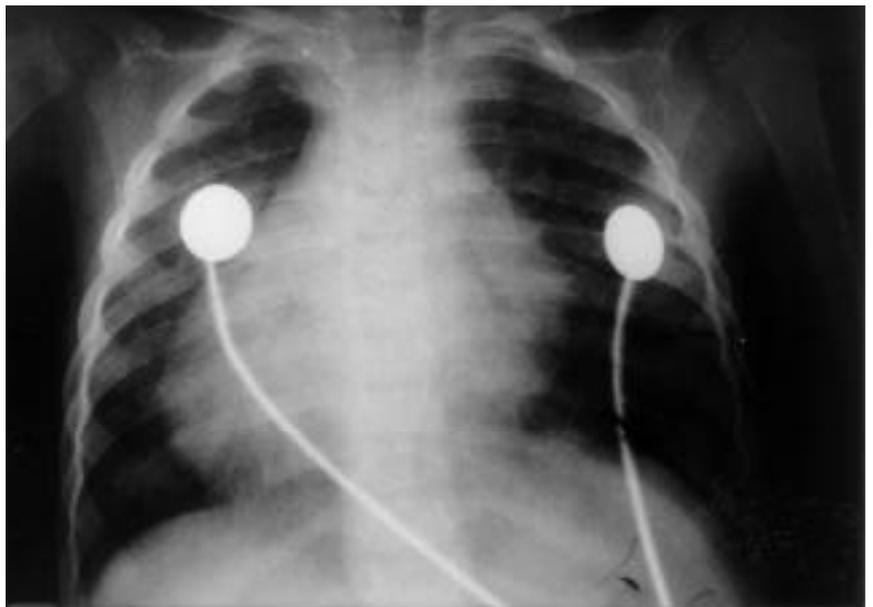


Figura 7b. Mismo paciente. Gran cardiomegalia. El diagnóstico clínico fue de «cor pulmonale».

infrecuente, pero no rara, habitualmente ligado a patología faríngea, esofágica o dentaria. Cursa más con disfagia que con dificultad respiratoria, y su diagnóstico no ofrece mayor dificultad cuando apreciamos un desplazamiento hacia adelante de la tráquea, provocado por el aumento de grosor

de las partes blandas retrofaríngeas-pretraqueales (Fig. 9).

CONCLUSIÓN

La importancia de un rápido y acertado

diagnóstico en la patología de la vía aérea superior, es, en ocasiones, de una urgencia vital, sobre todo, en aquellos casos como el de la epiglotitis aguda o el cuerpo extraño traqueal. Básicamente un buen diagnóstico en este campo depende de:

1. Técnica perfecta en la obtención de una



Figura 8. Ocupación de vallécua y repliegues aritenopiglóticos (flechas blancas). Epiglotis ancha y redondeada. Epiglotitis.



Figura 9. Aumento de partes blandas retrofaríngeas. El hueso de pollo visible en la Rx fue el responsable de la perforación del esófago y absceso retrofaríngeo subsiguiente.

radiografía lateral estricta de faringe (dos Rx en el caso de que se quiera realizar el estudio en inspiración-espирación).

2. Familiaridad con la anatomía de la vía aérea y su patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Strife JL. Upper airway and tracheal obstruction in infants and children. *Rad Clin North Am* 1988; **26**: 309-322.
2. Griscom MT. Disease of the trachea, bronchi

and smaller airways. *Rad Clin North Am* 1993; **31**: 601-615.

3. Alustiza E, Mondragón F, Arranz L, Nogués A, Aldamiz-Echeverría L, Pérez-Yarza E. Obstrucción aérea superior y «cor pulmonale crónico». *An Esp Pediat* 1982; **15**: 1-5.