

-2- “NO ES ASMA TODO LO QUE PARECE”

Autores: Álvaro de Castro, Tania; Cerezo Hernández, Ana; Gómez García, Ana; Terranova Ríos, Milko Daniel; Crespo Sedano, Andrea; del Campo Matías, Félix.

Centro de Trabajo: Servicio de Neumología del Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Antecedentes personales:

Presentamos a una mujer de 25 años alérgica a polen y gramíneas, sin hábitos tóxicos. Diagnosticada de asma bronquial en la infancia, ansiedad reactiva y dispepsia secundaria a enfermedad por reflujo gastroesofágico con H. Pylori positivo tratado correctamente. En tratamiento habitual con Ebastina y Salbutamol si precisa.

Enfermedad actual:

La paciente acude al servicio de Urgencias por clínica de dolor centrotorácico opresivo que aumenta con la inspiración profunda de 10 días de evolución, acompañado de disnea progresiva, estridor inspiratorio y sibilancias audibles. No presentaba fiebre, tos ni expectoración. Había acudido a urgencias hacía una semana por la misma clínica siendo tratada con broncodilatadores y corticoides sistémicos sin clara mejoría, por lo que se decide ingreso en el servicio de Neumología como probable agudización asmática.

Exploración física:

Afebril, estable hemodinámicamente. Taquipneica a 26rpm con SatO2 basal 100%.

Presentaba tiraje supraclavicular e intercostal, así como sibilancias espiratorias en la auscultación pulmonar. Resto de la exploración sin hallazgos de interés.

Exploraciones complementarias:

Análítica sanguínea: completamente normal, incluidos reactantes de fase aguda, enzimas cardíacas, serologías y parámetros de autoinmunidad.

Gasometría arterial basal: alcalosis respiratoria.

ECG: sin hallazgos relevantes.

Radiografía de tórax: sin alteraciones.

Espirometría: normal.

Evolución:

Durante su estancia en la planta de Neumología la paciente recibió tratamiento con broncodilatadores y corticoides sistémicos sin mejoría de la clínica, persistiendo sin claro desencadenante, episodios intermitentes autolimitados de sensación disneica, importante taquipnea con tiraje supraclavicular y estridor inspiratorio. Asimismo, comienza a referir cefalea, visión borrosa, disfagia, disfonía y cierta pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo, por lo que se contacta con el servicio de Neurología y se solicitan TC y RM tanto craneal como de cuello, donde se objetiva tan sólo en esta última, una ligera hiperseñal bilateral y

simétrica en cuerdas vocales, bandas y pliegues aritenopiglóticos en probable relación con disfunción cordal. A continuación, encontrándose la paciente sintomática, se le realiza una fibrolaringoscopia permitiendo diagnosticarla de movimiento paradójico de cuerdas vocales y disfunción laríngea con importante componente psicógeno añadido, por lo que tras ser valorada por el servicio de Otorrinolaringología se dan pautas logopédicas de reeducación vocal y coordinación fonorrespiratoria. La paciente es valorada también por el servicio de Psiquiatría diagnosticándose de ansiedad somatizada por lo que se le pauta psicoterapia de forma ambulatoria. La clínica neurológica remite espontáneamente no volviendo a presentarse, por lo que dada su estabilidad se decide alta hospitalaria y seguimiento en consultas externas.

Discusión:

El movimiento paradójico de las cuerdas vocales, también llamado disfunción de las cuerdas vocales (DCV), es un trastorno de la voz caracterizado por un cierre paradójico o movimiento de aducción de las cuerdas vocales en cualquiera de las fases del ciclo respiratorio, siendo más frecuente durante la inspiración, produciendo una obstrucción parcial de la vía respiratoria que provoca disnea y estridor, confundiéndolo frecuentemente con crisis asmáticas. Las cuerdas vocales funcionan con normalidad casi todo el tiempo, pero cuando ocurre un episodio, se cierran cuando deberían abrirse, como durante la respiración.

El diagnóstico es difícil dado que los síntomas varían mucho y los episodios no son predecibles. El diagnóstico correcto de la DCV precisa la visualización directa de la laringe mediante una laringoscopia directa cuando el paciente se encuentra sintomático. La alteración espirométrica más frecuentemente descrita durante las crisis es el aplanamiento de la curva inspiratoria, aunque también es posible objetivarlo en la curva espiratoria, sin embargo las pruebas de función respiratoria serán completamente normales en periodos intercrisis, por lo que algunos autores utilizan métodos para inducir la DCV como la prueba de esfuerzo o el test de metacolina. En más de la mitad de los pacientes existen antecedentes de asma lo que dificulta aún más el diagnóstico; también parece que existe cierta relación con el reflujo gastroesofágico aunque esto es controvertido.

El tratamiento de este trastorno es tanto médico como de reeducación de comportamiento. La intervención médica trata todos los factores físicos o psicológicos. La intervención de reeducación de comportamiento incluye ejercicios vocales, técnicas de relajación y la integración de las funciones respiratorias para el habla. El objetivo de la intervención es ayudar al paciente a adquirir conciencia de los factores que desencadenan este trastorno para que de este modo pueda evitar tales situaciones y también se enseña a la persona cómo actuar cuando ocurre un episodio.