

Obstrucción laríngea funcional

M.E. Alonso Peces, J. de Miguel Díez, J.L. Izquierdo Alonso*, P. Andrés Ruzafa, J.A. Hermida Gutiérrez y J.A. Serrano Iglesias

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Getafe. *Sección de Neumología. Hospital Universitario de Guadalajara.

Se describen 4 pacientes con obstrucción reversible de la vía aérea superior sin causa orgánica identificable cuya forma de presentación, habitualmente con crisis de disnea y ruidos respiratorios, planteó inicialmente dudas diagnósticas con el asma bronquial. Durante los episodios, la curva flujo-volumen mostró una morfología sugestiva de obstrucción de la vía aérea superior con mala reproducibilidad y valores de resistencia repetidamente normales. La fibrobroncoscopia permitió confirmar el carácter funcional de estos casos.

Palabras clave: *Obstrucción funcional laríngea.*

Arch Bronconeumol 1995; 31: 543-545

Introducción

Durante las dos últimas décadas se ha descrito, cada vez con mayor frecuencia, una entidad caracterizada por la existencia de una obstrucción reversible de la vía aérea superior sin causa orgánica identificable. La mayor parte de estos casos se debe a movimientos paradójicos de las cuerdas vocales, en los que generalmente se objetiva una adducción durante la inspiración y/o una abducción parcial en la espiración. Con frecuencia estos pacientes son erróneamente diagnosticados y tratados como exacerbaciones agudas de asma o procesos obstructivos de etiología orgánica.

Se describen 4 pacientes con obstrucción laríngea funcional, en los que la presentación clínica con ataques recurrentes de disnea y ruidos respiratorios planteó inicialmente dudas diagnósticas con el asma bronquial.

Casos clínicos

De los 4 casos recogidos en nuestra serie, el patrón clínico más característico correspondió a una mujer de 29 años de edad, enfermera de profesión, que acudió a urgencias por un

Correspondencia: Dr. J.L. Izquierdo Alonso.
Sección de Neumología. Hospital Universitario de Guadalajara.
Donantes de Sangre, s/n. 19002 Guadalajara.

Recibido: 30-12-94; aceptado para su publicación: 4-4-95.

Functional laryngeal obstruction

We describe 4 patients with reversible obstruction of the upper airways, a condition that usually presents with crises of dyspnea and respiratory sounds. No organic cause could be identified and the symptoms were initially confused with those of bronchial asthma. During episodes, the flow-volume curve suggested obstruction of the upper airways with poor reproducibility and repeatedly normal resistance values. Fiberoptic bronchoscopy allowed us to confirm the functional nature of the obstruction in these cases.

Key words: *Functional laryngeal obstruction.*

cuadro de disnea de reposo, disfonía, ruidos respiratorios y accesos de tos. La paciente no tenía historia de asma bronquial, atopia, ni patologías respiratorias. Previamente había sido diagnosticada de trastorno límite de la personalidad, motivo por el cual había requerido ingresos hospitalarios. En el examen físico se objetivó la existencia de hipoventilación con ruidos respiratorios de predominio inspiratorio. La radiografía de tórax y las pruebas habituales de laboratorio fueron normales. La paciente fue diagnosticada de crisis asmática iniciándose tratamiento con salbutamol y corticoides sin respuesta clínica. La curva flujo-volumen mostró una morfología indicativa de obstrucción de la vía aérea superior con mala reproducibilidad. Cuando la exploración se repitió con una maniobra de tos se observó una normalización de la curva en su porción espiratoria. La resistencia de la vía aérea medida mediante pletismografía presentó repetidamente valores dentro de la normalidad. La fibrobroncoscopia confirmó una falta de abducción de las cuerdas vocales que se hizo especialmente evidente durante las maniobras forzadas. La paciente fue diagnosticada de obstrucción laríngea funcional. Se realizó reevaluación psiquiátrica, y se instauró tratamiento ansiolítico con lo que remitió la sintomatología, e igualmente se objetivó una rápida normalización de los parámetros funcionales.

El segundo y tercer casos corresponden a una mujer de 38 años y a un varón de 26 años, respectivamente. La forma de presentación, los valores de las resistencias de la vía aérea, la curva flujo-volumen (fig. 1) y el resultado de la broncoscopia fueron similares a lo descrito en el caso 1, aunque con una menor repercusión clínica. En el caso 3 la sospecha clínica surgió al detectarse una espirometría repetidamente restrictiva, que posteriormente se confirmó que se



debía a un cierre precoz de las cuerdas vocales en la maniobra de capacidad vital forzada. El cuarto caso corresponde a una paciente atópica de 11 años con crisis intercurrentes de disnea y descensos del flujo pico que remitían rápidamente, y de forma similar, con salbutamol y con placebo. La presencia de una respuesta débilmente positiva con histamina durante el período sintomático y la existencia de una variabilidad inferior al 15% en la monitorización domiciliar del flujo espiratorio pico permitieron establecer un diagnóstico de obstrucción laríngea funcional, instaurándose como tratamiento de las crisis un inhalador de placebo, además de soporte familiar, con lo que desapareció totalmente la sintomatología coincidiendo con la finalización del curso escolar.

Discusión

Los 4 pacientes descritos presentan datos característicos de obstrucción laríngea funcional. Esta entidad afecta preferentemente a mujeres jóvenes, con una alta incidencia entre los profesionales de la salud¹⁻⁴, que suelen presentarse con ataques recurrentes de disnea y/o ruidos respiratorios de predominio inspiratorio^{5,6}. Con frecuencia, la presentación clínica con disnea, taquipnea y "sibilancias"¹⁻⁴ hace difícil el diagnóstico diferencial con el asma bronquial⁷⁻⁹, aunque la presencia de cambios en la voz y la mejor percepción de los ruidos respiratorios a nivel de la laringe, con pobre transmisión al tórax, pueden orientarnos hacia la presencia de este cuadro. Durante los episodios sintomáticos el gradiente alveoloarterial de oxígeno es normal, con presión parcial de CO₂ generalmente en el límite de la normalidad. La radiografía de tórax no muestra alteraciones, siendo habitual la ausencia de signos de hiperinsuflación. Todos estos datos no son característicos de los ataques asmáticos severos. Además, es común que en el curso evolutivo del proceso exista una mala o nula respuesta al tratamiento broncodilatador y esteroide, a pesar de que en la fase aguda puede apreciarse un aparente beneficio clínico con estos fármacos. Como ocurre en nuestra serie, puede existir historia previa de perturbación psicológica o psiquiátrica, de manera que muchos autores sugieren que la función laríngea anormal puede ser expresión de un trastorno conversivo¹⁻⁴.

En todos los casos es característica la discrepancia que existe entre la clínica y la función pulmonar, que habitualmente se corrige poco después del ataque, siendo completamente normal durante los períodos asintomáticos. Durante las crisis, la curva flujo-volumen medida durante las maniobras de capacidad vital inspiratoria y espiratoria forzada revela una limitación de los flujos máximos con mala reproducibilidad, traduciendo una obstrucción más o menos severa de la vía aérea superior. La normalización de la porción espiratoria con la maniobra de la tos apoya un origen funcional del cuadro. Una de las características más destacables de esta entidad es la presencia de valores normales de resistencia de la vía aérea cuando se mide mediante pletismografía con maniobra de *panting*. Algunos autores han propuesto que esta discrepancia entre la reducción de los flujos máximos y la existencia de valores normales de resisten-

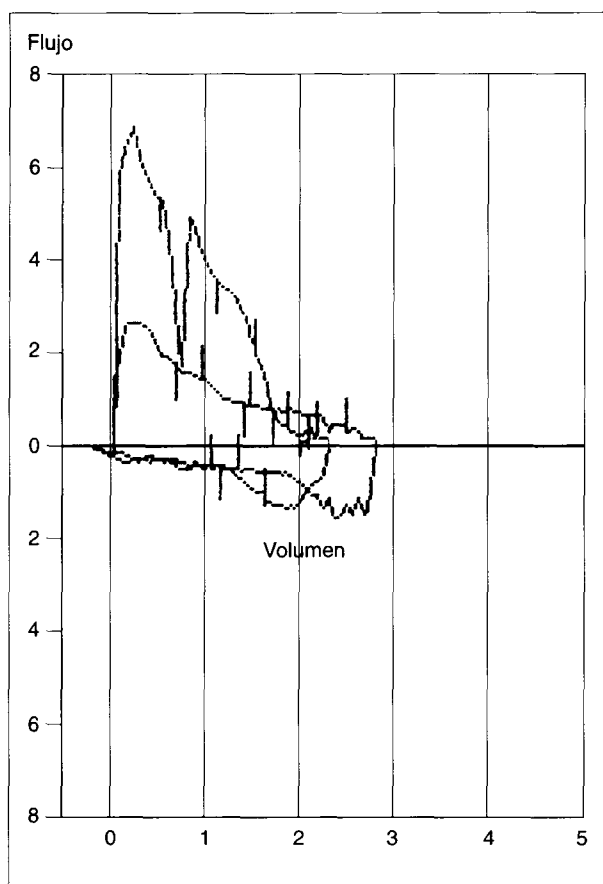
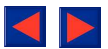


Fig. 1. Curva flujo-volumen con reducción de los flujos espiratorios y de forma especial de los inspiratorios, indicativa de afectación de la vía aérea superior. Esta morfología, aunque con mala reproducibilidad, se confirmó en sucesivas exploraciones. Mediante una maniobra espiratoria con tos se apreció la normalización de los flujos espiratorios, lo que indicaría un origen funcional del cuadro.

cia permite orientar el diagnóstico de obstrucción funcional de la vía aérea^{10,11}. Basándose en esta observación, algunos autores recomiendan las maniobras de jadeo como un modo de tratamiento para prevenir o abortar las crisis¹². Un test de broncoprovocación negativo durante el período sintomático permite descartar razonablemente el diagnóstico de asma bronquial. En nuestra serie, sólo un caso presentó un test de histamina levemente positivo. El hecho de que el grado de hiperreactividad bronquial fuera leve, a pesar de haber sido valorado durante el período sintomático, hizo que la prueba se considerara poco indicativa de reflejar asma bronquial, especialmente al tratarse de una paciente de 11 años con historia previa de atopía.

El diagnóstico de certeza se realiza mediante fibrobroncoscopia durante el episodio agudo. Este procedimiento nos permite descartar una causa orgánica de la tráquea y de la vía aérea superior, siendo característica la visualización de una adducción de las cuerdas vocales durante la inspiración con una abducción parcial durante la espiración. El estudio endoscópico debe realizarse sin medicación anestésica ni ansiolíti-



ca ya que estos fármacos abortarían la crisis. Durante los períodos asintomáticos la fibrobroncoscopia es normal¹⁻⁹.

El tratamiento debe enfocarse de forma multidisciplinaria. Frecuentemente se necesita tratamiento por parte de un logopeda e intervención psiquiátrica o psicológica con explicación de la causa de los síntomas sin recriminaciones, todo ello apoyado con medidas de psicoterapia, técnicas de relajación y empleo de fármacos ansiolíticos. En general, la respuesta al tratamiento es buena, siendo habitual la desaparición completa de las crisis¹⁻⁹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Christofer KL, Wood RP, Eckert CR, Bluger FB, Raney RA, Souhrada JF. Vocal-cord dysfunction presenting as asthma. *N Engl J Med* 1983; 308: 1.566-1.570.
2. Downing ET, Braman SS, Fox MJ, Corrao WM. Factitious asthma: physiological approach to diagnosis. *JAMA* 1982; 248: 2.878-2.881.
3. Rodenstein DO, Francis C, Stanesen DC. Emotional laryngeal wheezing: a new syndrome. *Am Rev Respir Dis* 1983; 127: 354-356.
4. Cormier YF, Camus P, Desmeules MJ. Non-organic acute upper airway obstruction: description and a diagnostic approach. *Am Rev Respir Dis* 1981; 121: 147-150.
5. Rogers JH, Stell PM. Paradoxical movement of the vocal cords as a cause of stridor. *J Laryngol Otol* 1978; 92: 157-158.
6. Nagai A, Sakamoto K, Yamaguchi E, Takahashi E. Functional upper airway obstruction: psychogenic pharyngeal constriction. *Chest* 1992; 101: 1.460-1.461.
7. Horton DJ, Suda WL, Kinsman RA, Souhrada J, Spector SL. Bronchoconstrictive suggestion in asthma: a role for airways hyperreactivity and emotions. *Am Rev Respir Dis* 1978; 117: 1.029-1.038.
8. Kent KL, Wood RP, Eckert RC, Blagger FB, Raney JF, Souhrada JF. Vocal-cord dysfunction presenting as asthma. *New Engl J Med* 1983; 26: 1.566-1.570.
9. Niven RM, Roberts T, Pickering CAC, Webb AK. Functional upper airways obstruction presenting as asthma. *Respir Med* 1992; 86: 513-516.
10. Stanesen DC, Pattijn J, Vande Woestigne KP. Glottis opening and airway resistance. *J Appl Physiol* 1972; 32: 460-466.
11. Baier H, Wanner A, Zarzecki S, Sackner MA. Relationship among glottis opening, respiratory flow and upper airway resistance in humans. *J Appl Physiol* 1977; 43: 603-611.
12. Pitchenik AE. Functional laryngeal obstruction relieved by panting. *Chest* 1991; 100: 1.465-1.467.