



Stridore laringeo in un neonato a termine

Stefania Perrini¹, Elisa Civardi¹, Ida Sirgiovanni¹, Alessandra Rossi Ricci¹,
Giulia Ruffinazzi¹, Roberta Maragliano¹, Daniela Candeloro²

¹Clinica Pediatrica, Università degli Studi di Pavia, Fondazione IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia, e ²Dipartimento di Scienze Neurologiche, Sezione di Neuropsichiatria Infantile, Università degli Studi di Pavia, Fondazione IRCCS Istituto Neurologico Casimiro Mondino, Pavia, Italia

Stridore laringeo in un neonato a termine

Lo stridore laringeo è il rumore causato dall'alterato passaggio dell'aria attraverso le basse vie aeree. Si tratta di un segno clinico e non una diagnosi. Lo studio endoscopico delle alte e basse vie aeree in anestesia generale rappresenta il *gold standard* nella diagnosi di stridore, sebbene rivesta un ruolo altrettanto importante la valutazione pre-endoscopica che include la storia clinica, l'esame fisico e lo studio radiologico. La paralisi delle corde vocali è la seconda causa più frequente di ostruzione congenita delle vie aeree con stridore laringeo, ed è una tra le più importanti cause di problemi respiratori in epoca neonatale. Riportiamo il caso di un neonato con paralisi transitoria congenita associata a discinesia esofagea e stridore neonatale.

Laryngeal stridor in a term newborn: a case report

Stridor is the sound caused by abnormal air passage into the lungs. It represents a clinical sign and not a diagnosis. The golden standard in the workup of stridor is an upper and lower airway endoscopy under general anaesthesia, although important is pre-endoscopy assessment including history, physical and radiological examinations. Vocal cord paralysis is the second cause of congenital airway obstruction presenting with neonatal stridor and one of most important reasons of respiratory problems in newborn. We report a newborn with transient congenital vocal cord paralysis and upper digestive tract dyskinesia causing neonatal stridor.

Caso clinico

Niccolò nasce alla 39^a settimana di EG, da taglio cesareo PN 4270 gr, terzogenito da genitori non consanguinei. Nell'anamnesi gravidica: sifilide in fase attiva, diagnosticata alla 14° sett. di gestazione, correttamente trattata con diaminocillina 1200000 U per una settimana e tampone vaginale positivo per *Gardenella Vaginalis*, trattato con metronidazolo.

Nell'anamnesi familiare: secondogenita di 4 anni con spina bifida. Alla nascita, avvenuta presso altro Centro, il piccolo presenta sofferenza acuta con Apgar 1'=5 e 5'=8, necessità di ventilazione in ma-

schera con ossigeno fino all'evocazione di un pianto roco e flebile e comparsa di gemito espiratorio. Niccolò viene posto in culla con ossigeno a flusso libero per 3 giorni con monitoraggio FiO₂ FC. Per la presenza di stridore laringeo e crisi di desaturazione con bradicardie vengono effettuati alcuni accertamenti tra cui una laringoscopia nella quale si sospetta l'ipomobilità della corda vocale sinistra ed RX esofago con mezzo di contrasto risultato normale. Il piccolo viene inviato in 8^a giornata di vita alla nostra osservazione per ulteriori accertamenti. All'EO all'ingresso il Niccolò presenta importante *cornage* inspiratorio, rientramenti al giugulo e desaturazioni accompagnate talvolta da episodi di bradicardia, soprattutto in fase di agitazione e durante il pianto. Non note dismorfiche, restante obiettività nei limiti.

Accertamenti eseguiti

- L'ECG evidenzia segni di prevalenza ventricolare destra e l'ecocardiografia depone per un quadro di circolazione di tipo transizionale che nei successivi controlli risulta nei limiti della norma. In particolare non visualizzato doppio arco aortico o succlavia sinistra aberrante.
- L'ecografia cerebrale, l'EEG, la RMN encefalo-collo risultano nella norma.
- La laringoscopia con fibre ottiche conferma ipomobilità della corda vocale sinistra in posizione paramediana.
- La TAC spirale del torace con mdc evidenzia una importante dilatazione esofagea nel tratto cervico-toracico con esofago che si dispone a sinistra e a fianco della trachea, dislocandola a destra. Tale situazione potrebbe giustificare una compressione sul nervo laringeo di sinistra. L'esame esclude in maniera definitiva anomalie dell'arco aortico e succlavie aberranti e non evidenzia ulteriori masse che comprimano la trachea e/o inglobino il nervo ricorrente sinistro, se si esclude l'atipico decorso e la dilatazione esofagea.
- Viene pertanto ripetuto l'RX esofago con contrasto per escludere dismorfie e alterata peristalsi a carico di tale organo. Lo studio radiologico esclude anomalie della deglutizione, diverticoli esofagei o episodi di RGE, ma evidenzia un quadro di peristalsi esofagea fortemente alterata con spasmi epicardiali-cardiali di tipo acalastico (agangliari?) che provocano movimenti a cavaturacciolo di va e vieni dell'esofago che appare dilatato e di dimensioni tali da dislocare a sinistra la trachea.
- La laringotracheobroncoscopia, eseguita presso Centro specialistico, evidenzia laringoplegia in media adduzione di entrambe le corde vocali con basculamento anteriore delle cartilagini aritenoidee in fase inspiratoria e riduzione del calibro del bronco lobare superiore di sinistra e laringomalacia posteriore.
- Il piccolo viene dimesso con monitor della FC e saturazione dell'ossigeno per proseguire il monitoraggio domiciliare dei parametri vitali.

Conclusioni

Ci sembra utile segnalare questo caso per :

- Il percorso diagnostico che ci ha fatto riflettere sull'importanza della buona esecuzione ed interpretazione di un esame semplice, poco invasivo e meno costoso, come l'RX esofago con contrasto, che ha evidenziato in modo più diretto ed immediato ciò che con la TAC spirale era stato ipotizzato.
- In questo neonato la causa della paralisi delle corde vocali è di tipo idiopatico. La laringomalacia posteriore è verosimilmente secondaria al deficit neuromuscolare determinato dalla carente innervazione del nervo laringeo inferiore.

- La disfunzione esofagea, i problemi di dilatazione e la sospetta acalasia sono anch'essi causati da possibili concomitanti alterazioni legate a disfunzione del nervo vago che innerva l'esofago attraverso il plesso esofageo anteriore e posteriore. Il ramo ricorrente, che origina nel tratto cervico-toracico del nervo vago decorre proprio nell'angolo diedro compreso tra la trachea e l'esofago.

Da una disamina della letteratura viene ipotizzato che tali lesioni siano legate a un ritardo della maturazione neurologica con prognosi benigna anche [1] nei pazienti che hanno necessitato di tracheostomia con una risoluzione della sintomatologia e recupero della respirazione autonoma entro i primi 14-18 mesi di vita.

Sono state segnalate forme ereditarie [1] di paralisi bilaterale delle corde vocali sia *X-linked* che autosomiche dominanti con manifestazioni in più soggetti dello stesso nucleo familiare.

Nel nostro caso non ci sono altri familiari affetti, è suggestiva però la concomitanza di ben più grave patologia neurologica nella secondogenita.

L'esame dirimente per il sintomo stridore è stato la laringotracheobroncoscopia [2] che ha evidenziato la bilateralità della paralisi delle corde vocali, la laringomalacia anche se secondaria e la riduzione di calibro del bronco lobare sinistro.

Lo stridore laringeo legato a paralisi delle corde vocali è riportato in letteratura con una percentuale del 22% [3], l'associazione con la patologia esofagea (34%) non è rara, ma l'alterazione in causa è quasi sempre il reflusso gastroesofageo che nel nostro caso era assente, nonostante la discinesia e la dilatazione importate riscontrata su tale organo.

Bibliografia

1. Grundfast KM, Milmo G. Congenital hereditary bilateral abductor vocal cord paralysis. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1982;91:564-566.
2. Ungkanont K, Fridman EM, Sulek M. A retrospective analysis of airway endoscopy in patients less than 1-month old. *Laryngoscope* 1998;10:1724-1728.
3. Morimoto N, Kawashiro N, Tsuchihashi N et al. Congenital laryngeal stridor. *Nippon Jibiinkoka Gakkai Kaiho* 2004;107.