

Síndrome Braquicefálico y Colapso traqueal: Diagnóstico y Tratamiento

Pablo Gómez Ochoa

DVM, PhD

El síndrome braquicefálico y el colapso traqueal son dos patologías obstructivas de las vías respiratorias altas de curso insidioso y con múltiples complicaciones. El diagnóstico precoz y un posicionamiento terapéutico claro son los dos puntos relevantes para enfrentarse a estas patologías.

Síndrome Braquicefálico

Las razas braquicéfalas comprenden aquellas con condrodisplasia del cartílago de la base del cráneo en las que la relación del eje ancho del cráneo respecto a eje largo es igual o mayor de 0,8. Este síndrome aglutina varias anomalías: estenosis de narinas, paladar blando elongado, colapso laríngeo e hipoplasia traqueal, y recientemente se ha incluido la base de la lengua engrosada como parte de este complejo. Las razas más afectadas son el Bulldog Inglés, el Bulldog Frances, el Boston Terrier, el Pekinés, el Pug, el Shih-tzu, el Bóxer y el Lhasa-apso. El paladar blando elongado está presente en el 87% de los perros con este síndrome, y la combinación más frecuente es la de estenosis de narinas, paladar blando elongado y saculos laríngeos evertidos en un 26%. La hipoplasia de tráquea y el colapso laríngeo se consideran factores pronósticos negativos.

Diagnóstico

Hay que desterrar del acervo veterinario la idea de normalidad al explorar un braquicéfalo con dificultad respiratoria: La precocidad en el diagnóstico y en la instauración terapéutica son la clave de la futura evolución del animal. Los ronquidos y la dificultad respiratoria después del ejercicio leve, especialmente en ambientes

húmedos, son los primeros signos clínicos de este síndrome, y le siguen los síncope y los episodios de cianosis después del ejercicio o con el estrés.

Los puntos clave del diagnóstico son:

- Descartar o confirmar la presencia de hipoplasia de tráquea.
- Descartar o confirmar la presencia de colapso laríngeo.
- Descartar patologías secundarias, infecciones, otras patologías congénitas y la estenosis pulmonar.

En la actualidad pueden abordarse estos tres puntos con un gran arsenal de pruebas diagnósticas pero para un diagnóstico rápido, económico para el cliente y que evite la sedación, tan comprometida en estos animales, se puede reducir el protocolo a una radiografía torácica y a una ecografía laríngea. Aunque hay muchos índices para comprobar si el diámetro traqueal es el correcto, resulta de mucha utilidad el de la tercera costilla, que se consigue midiendo el diámetro de esta costilla en la intersección con la tráquea (R), y en el punto medio entre la entrada torácica y la carina el diámetro de la tráquea debe ser 3R. En relación con el diagnóstico ecográfico de la laringe, aunque es muy poco utilizado, le brinda al clínico una herramienta dinámica y fiable y que además no requiere de sedación. El único inconveniente es que para una valoración adecuada, es imprescindible un conocimiento minucioso de la anatomía ecográfica de la región.

Tratamiento

La decisión terapéutica en la hipoplasia traqueal, requiere la identificación previa de la composición del síndrome, subrayando la importancia de la evolución.

La cirugía de las narinas y del paladar blando es la terapia de elección, y no debe esperarse a ninguna edad en concreto, porque la obstrucción crónica puede causar la eversión de los sacúlos laríngeos y el colapso de los cartílagos laríngeos; se ha

demostrado que las intervenciones más tempranas benefician la evolución del paciente, y que los perros de menos de 2 años tienen mejor pronóstico. Además, y como dato curioso, se ha observado que cuando se asocian en estas razas patologías digestivas, éstas también mejoran al operar el paladar y la estenosis de las narinas.

En los casos con hipoplasia de tráquea habrá que instaurar un tratamiento médico (mucolíticos, broncodilatadores..) y realizar revisiones periódicas, valorando especialmente el control del peso, porque los animales obesos tienen más crisis y toleran peor la hipoplasia.

Colapso Traqueal

El colapso traqueal es una enfermedad obstructiva causada por una debilidad intrínseca del anillo cartilaginoso con o sin asociación con laxitud de la membrana dorsal. No hay una predisposición por género pero sí por raza, ya que dos tercios de los casos descritos han sido en Yorkshire terrier. Es por tanto una enfermedad de razas pequeñas con un origen multifactorial, y aunque no está claro, se ha postulado un origen congénito cuando los síntomas aparecen en los primeros 6 meses de vida, demostrándose mediante histoquímica y microscopio electrónico una condromalacia que afecta al cartílago traqueal. Muchos animales se mantienen asintomáticos si no hay un factor condicionante que “fuerce” el cartílago, como la bronquitis crónica, la parálisis laríngea, la neumonía, el edema de pulmón y la presencia de obesidad. De forma excepcional también se ha descrito esta patología como consecuencia de compresiones extraluminales por abscesos, hematomas o tumores.

Normalmente toda la tráquea está afectada (46%), aunque puede darse únicamente en el sector cervical (35%) o en el torácico (19%), siendo la entrada del tórax el sitio de más frecuente de localización. Normalmente el colapso es dinámico y debido a las presiones

intrapleurales y torácicas los colapsos cervicales aparecen en inspiración y los torácicos en espiración.

Diagnóstico

El principal síntoma en un colapso traqueal es la tos y el instridor inspiratorio. En muchas ocasiones está presenta el graznido de ganso que da lugar a episodios más severos de distres respiratorio y de cianosis. Esta tos hace que el epitelio se inflame más y que se fuerce todavía más, haciendo que el daño sea mayor y creándose un círculo en el que la inflamación crónica y el acúmulo de secreciones por el daño en el epitelio ciliar agravan el colapso. La exploración física, la auscultación y la radiología son claves para establecer un buen diagnóstico. Siempre que se disponga de fluoroscopia debe realizarse un diagnóstico dinámico o en su defecto dos radiografías (inspiración y espiración) para localizar adecuadamente el colapso.

Tratamiento

Así como en el síndrome braquicefálico el tratamiento de elección es el quirúrgico en este caso la terapia médica es la recomendada y sólo se debe proponer la cirugía a aquellos pacientes que no respondan adecuadamente al tratamiento. Antes de instaurarlo hay que concienciar al dueño de lo importante que es para su animal el control del peso, para disminuir el trabajo respiratorio y aumentar la capacidad expansiva del pulmón. El tratamiento médico incluye:

- Control de las infecciones secundarias.
- Corticosteroides. Prednisona 1-2 mg/kg PO cada 12 a 24 h.
- Antitusígenos. Butorfanol 0,5 a 1 mg/kg PO cada 8 a 12 h. Hidrocodona 0,2 mg/kg PO cada 6 a 8 h.
- Broncodilatadores. Aminofilina 11mg/kg PO cada 8 h.

Este tratamiento resulta efectivo en el control de los síntomas en aproximadamente el 70% de los pacientes.

Para el tratamiento quirúrgico debe elegirse meticulosamente a los candidatos y la edad es un aspecto relevante, ya que perros mayores de 6 años con colapsos severos tienen un pronóstico a largo plazo peor que los perros de menos de 6 años con el mismo grado de colapso. Es importante también valorar adecuadamente la funcionalidad laríngea antes de la intervención pues el 40% de los Yorkshire Terriers con colapso tiene algún grado de parálisis laríngea.

Las técnicas más habituales incluyen el uso de prótesis extratraqueales o stents endoluminales, y en ambos casos el objetivo es restaurar el diámetro traqueal sin dañar el tránsito mucociliar. La colocación de prótesis extratraqueales es considerada como la técnica de elección en colapsos cervicales y la principal complicación es la aparición de parálisis laríngea por manipulación del laríngeo recurrente durante la cirugía o por el roce con la prótesis; para solucionar este problema se puede recurrir a una lateralización de uno de los aritenoides antes de acabar la cirugía. Sin embargo esta técnica es muy compleja o imposible de llevar a cabo cuando hay un colapso torácico o de los bronquios primarios; en estos casos los stents intraluminales pueden ser la elección.

Hay mucha controversia sobre el tipo de stent y a qué paciente ponerlo y en la actualidad no hay ningún estudio con una serie suficientemente numerosa para aportar conclusiones definitivas. Sobre el papel una buena colocación del stent y la posterior reepitelización que ocurre de 2 a 4 semanas deberían solucionar el problema, pero la realidad es que se han observado gran número de complicaciones, que van desde la migración a la producción de granulomas que dejan el calibre de la tráquea aún más estrecho.