

# Membrana laríngea congénita

Dr. Sebastián Barragán Delgado, MD

## IDENTIFICACIÓN

Masculino de 10 años de edad.

## PADECIMIENTO ACTUAL

Cuadro clínico de disfonía que según los padres del paciente presenta desde el nacimiento. Manifiestan que en periodo neonatal presentaba llanto débil. No hay estridor u otros síntomas de dificultad respiratoria, tampoco síntomas aspirativos. Sin antecedente de intubación endotraqueal, el único antecedente patológico es escoliosis.

## EXPLORACIÓN FÍSICA

Signos vitales normales. No hay estridor ni otros signos de dificultad respiratoria. Presenta voz disfónica. Sin lesiones o masas cervicales.

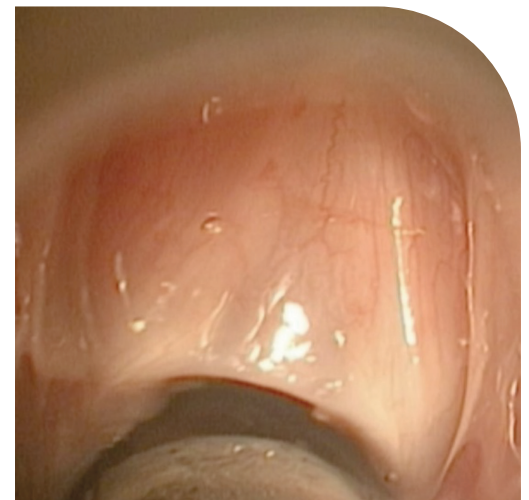
## DIAGNÓSTICO PRESUNCIONAL

Disfonía en estudio.  
Sospecha de malformación congénita de la laringe vs. lesión epitelial de los pliegues vocales.

## ESTUDIOS

Se realiza nasofibrolaringoscopia diagnóstica en consultorio evidenciando membrana laríngea anterior, pliegues vocales móviles con leve limitación para abducción, subglotis no valorable completamente en este estudio.

Se plantea completar estudios con laringoscopia directa y microlaringobroncoscopia rígida con lente de 0°, 4 mm de diámetro, con el fin de evaluar extensión subglótica de la membrana o anomalías de vía aérea asociadas (Figura 1).



**FIGURA 1** Membrana laríngea anterior  
Cohen 2  
Fuente: cortesía del autor.

En este caso se confirmó presencia de membrana laríngea con extensión subglótica anterior mínima, correspondiente con la clasificación 2 de Cohen y se procedió a realizar manejo definitivo en mismo tiempo quirúrgico.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

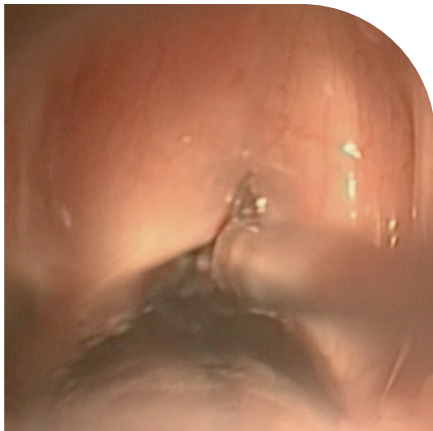
Estenosis subglótica, inmovilidad de pliegues vocales, papilomatosis laríngea, lesión epitelial de pliegues vocales.

### DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

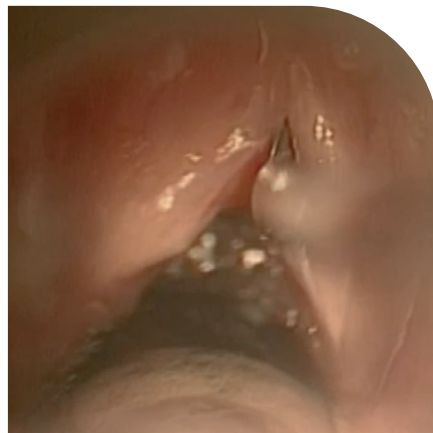
Membrana laríngea anterior Cohen 2 (35 a 50 % de extensión glótica).

### TRATAMIENTO

Se realizó división de la membrana en la línea media a través de laringoscopia de suspensión con paciente intubado y con instrumental de microcirugía laríngea (Figuras 2 - 4). Posteriormente, colocación de quilla en comisura anterior de Gore-Tex reparada a cuello, la cual se dejó durante 4 semanas (Figura 5).



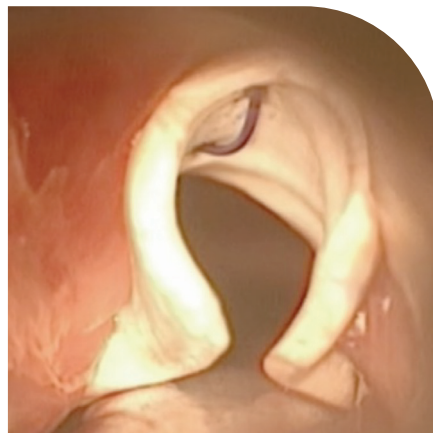
**FIGURA 2** División en línea media de la membrana laríngea con instrumental de microcirugía  
Fuente: cortesía del autor.



**FIGURA 3** Durante la división debe considerarse la extensión subglótica de la membrana  
Fuente: cortesía del autor.



**FIGURA 4** Resultado inmediato del procedimiento donde también se aprecia subglotis permeable  
Fuente: cortesía del autor.



**FIGURA 5** Vista endoscópica de quilla de Gore-Tex en nueva comisura anterior  
Fuente: cortesía del autor.

## COMENTARIO FINAL

La membrana laríngea es una patología poco frecuente que representa menos del 5 % de las anomalías congénitas de la laringe. Los síntomas y su severidad dependen de la extensión de la membrana y si existe o no compromiso subglótico (lo cual depende a su vez del momento de interrupción del proceso de recanalización embriológica de la laringe) e incluyen llanto débil, disfonía, afonía, estridor y disnea.

El abordaje diagnóstico, además de la nasofibrolaringoscopia para valorar la movilidad de los pliegues vocales, debe incluir la microlaringobroncoscopia rígida con el fin de evaluar la extensión subglótica de la membrana y planear el manejo definitivo. Esta extensión se ha clasificado históricamente con el sistema de Cohen, a partir del cual se determina la mejor opción terapéutica, que va desde la división de la membrana con instrumental en frío o con láser (con colgajo mucoso o división en línea media) hasta la reconstrucción laringotraqueal para casos más severos. El momento adecuado para realizar la intervención dependerá de la severidad de los síntomas respiratorios, pero se prefiere una intervención tardía donde la anatomía laríngea haga el procedimiento técnicamente más fácil, esto es a partir de los 4 años de edad. El extremo más grave en el espectro de esta enfermedad es la atresia laríngea, que requiere manejo urgente con traqueostomía para asegurar la vía aérea. Finalmente, es necesario considerar la asociación entre esta patología y el síndrome de delección 22q11.2, reportada hasta en el 65 % de los pacientes y que justifica la valoración por Genética.

## LECTURAS RECOMENDADAS

1. Landry AM, Rutter MJ. Airway Anomalies. Clin Perinatol. 2018 Dec;45(4):597-607.
2. Kuo IC, Rutter M. Surgical Management of Anterior Glottic Webs. Front Pediatr. 2020 Oct 19;8:555040.
3. Monnier P, (ed.). Pediatric Airway Surgery. Berlín: Springer-Verlag Berlin Heidelberg; 2011.

## PREGUNTA

¿Cuál de los siguientes son hallazgos clínicos que usted espera encontrar en un neonato con una membrana laríngea Cohen 3?

- a) Únicamente llanto disfónico
- b) Estridor leve ocasional
- c) Neumonía aspirativa
- d) Llanto débil y dificultad respiratoria moderada



Academia Mexicana de Pediatría, A.C.

Contenido Académico Patrocinado por Chinoin