

Laringomalacia

¿Qué es la laringomalacia?

Es la anomalía congénita más común de laringe. Representa del 60% al 70% de los casos de estridor en los recién nacidos y lactantes. Su causa se desconoce. Se piensa que es un retraso en la maduración de los nervios y músculos de la laringe. Esto produce que la laringe sea débil y se colapse fácilmente, interfiriendo con el paso de aire.

Presentan una respiración ruidosa (el estridor) y si es grave, dificultad para respirar.

Los síntomas generalmente aparecen sobre las 2 semanas de vida o cuando tienen una infección respiratoria. Estos se incrementan durante los 6 primeros meses. En la mayoría de casos (90%) se resuelven entre los 12 y 18 meses de edad, sin necesidad de tratamiento. Menos del 10% requiere operación.

¿Cuáles son los síntomas?

El síntoma principal es la **respiración ruidosa, llamada estridor inspiratorio**. Consiste en un sonido agudo, alto, producido por la estrechez de las vías respiratorias altas cuando el bebé coge aire. Puede ser permanente o intermitente. Suele empeorar con períodos de agitación (como el llanto), la alimentación o al estar tumbado boca arriba. Mejora al estar tumbado boca abajo o al estirar el cuello. En el vídeo [ESTRIDOR NEONATAL: LARINGOMALACIA](#) se puede ver y oír cuál es el sonido que hacen estos bebés al respirar.

En los casos graves, el estridor se acompaña de dificultad respiratoria, tiraje supra esternal (hundimiento en el hueco que hay al inicio del cuello) y fuerte depresión de la punta del esternón al inspirar. También puede existir dificultad para la alimentación, episodios de [regurgitación](#) asociados y, en los casos graves, alteración de la [curva de crecimiento](#).

Diagnóstico

La laringomalacia se sospecha en un lactante que presenta estridor inspiratorio que empeora con el llanto, la alimentación y la agitación.

El diagnóstico se puede confirmar a través de una prueba llamada laringoscopia. Es una sencilla prueba realizada por el otorrinolaringólogo. Este introduce un pequeño tubo flexible a través de la nariz del niño hasta llegar a la laringe. Así comprueba si existe un cierre al paso del aire en esa zona, durante la respiración. Se puede realizar en la consulta del especialista sin necesidad de anestesia. Permite confirmar el diagnóstico de forma rápida en la mayoría de los casos (88%). Si la laringomalacia es grave, previamente a la intervención se realiza

fibrobroncosopia, por si la vía aérea por debajo de la laringe asocia algún problema (hasta un 20% de los casos). Esta prueba sí precisa anestesia. También hay que descartar que la laringomalacia esté asociada a alguna otra enfermedad.

Seguimiento

Debido a que este problema se resuelve por sí solo en la gran mayoría de los casos antes de los 2 años de edad, el seguimiento se puede realizar desde la consulta del pediatra de atención primaria.

En los casos en que se asociara a dificultades para la alimentación, signos de dificultad respiratoria o persistencia durante el sueño, sería aconsejable consultar a un especialista. Esto sucede en menos del 10% de los casos.

Tratamiento

Generalmente no precisa un tratamiento específico.

- Si los síntomas son moderados se pueden tomar algunas medidas para tratar de aliviarlos. Se puede dar la toma más lentamente con el niño incorporado, utilizar fórmulas altas en calorías o seguir una terapia para el habla y la deglución.
- En los casos en que haya reflujo asociado, puede recomendarse un tratamiento específico para ello.
- Solo en situaciones con síntomas graves o si el niño presenta dificultades para la alimentación o el crecimiento, podría estar indicada la intervención en quirófano. Se suele hacer una supraglotoplastia, que consiste en cortar parte del tejido de la laringe. Se suele hacer mediante un láser o microcirugía.

Descárgate la presentación con los PUNTOS CLAVE:



Laringomalacia

Cristina Hernández Tejedor. Pediatra

www.familiaysalud.es

Autores del artículo original:

- [Joan Martí Fernández](#)
- [Elisabet Gimeno Arcos](#)
- [Raquel Villar Bello](#)

Fecha de publicación: 27-03-2016

Última fecha de actualización: 10-12-2023

Autor/es:

- [Cristina Hernández Tejedor](#). Pediatra. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

