



1 LARINGITIS: La laringitis aguda es una causa frecuente de obstrucción aguda de las vías aéreas superiores en la infancia. Es un síndrome, generalmente de origen vírico, caracterizado por la presencia de un grado variable de tos perruna o metálica, afonía, estridor y dificultad respiratoria. Estos síntomas son debidos a diferentes grados de obstrucción laríngea, provocada por la presencia de edema subglótico.

2 TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICO (TEP): En la práctica clínica, los pacientes presentan generalmente un triángulo de evaluación pediátrico (TEP) alterado a expensas del componente respiratorio (dificultad respiratoria). La afectación de la apariencia (fallo respiratorio) y/o la circulación (fallo cardio-respiratorio) es menos frecuente e indica mayor gravedad.

3 SCORE CLÍNICO: Pueden utilizarse distintos scores, como el Taussig o el Westley, siendo este segundo el más utilizado en la mayor parte de los protocolos.

Escala de Westley

	0	1	2	3	4	5
Estridor inspiratorio	No	Con la agitación	En reposo			
Retracciones/tiraje	No	Leve	Moderado	Severas		
Ventilación	Normal	Hipoventilación leve	Hipoventilación moderada-severa			
Cianosis	No				Con la agitación	En reposo
Nivel consciencia	Normal					Disminuida

3 ≤ Leve. 4-5 Moderada. 6 ≥ Grave.

4 CORTICOIDES ORALES: El corticoide más utilizado y estudiado ha sido la dexametasona, probablemente por su potencia y duración. Presenta un inicio de acción de 2-3 horas y una vida media de 36 a 72 horas. La dosis varía en los diferentes estudios entre 0,15-0,6 mg/kg, pero con una dosis máxima de 10mg. En el caso de no disponer de dexametasona, otra alternativa sería la prednisona o prednisolona a dosis de 1 mg/kg/día durante 3 días.

5 CRITERIOS DE ALTA: Una vez tratado al paciente, se podrá valorar el alta a domicilio si cumple los siguientes criterios:

- No estridor en reposo
- Saturación >95%
- Ausencia de dificultad respiratoria
- Buena coloración y estado general del paciente
- Buena tolerancia oral a líquidos
- Capacidad de acudir nuevamente al hospital si presenta empeoramiento

6 ADRENALINA NEBULIZADA: La eficacia de la adrenalina nebulizada en los casos moderados y graves de laringitis está demostrada en distintos estudios. Su mecanismo de acción es la vasoconstricción de las arteriolas precapilares mediante la estimulación de los alfarreceptores, disminuyendo la presión hidrostática y, por tanto, el edema de la mucosa laríngea. En el caso de la adrenalina L la dosis a nebulizar corresponde a 0,5mg/kg con un máximo de 5mg por nebulización. Su efecto es rápido, comenzando a los 10 minutos, con un pico máximo de acción a los 30 minutos y una duración de 2 horas, por ello, se aconseja dejar al paciente en observación al menos durante 3-4 horas tras su administración antes de decidir el alta. El

empeoramiento tras el efecto de la adrenalina se evita con la administración simultánea de corticoides.

7 BUDESONIDA NEBULIZADA: Existen numerosos estudios que demuestran el efecto beneficioso de la budesonida nebulizada en el tratamiento de la laringitis aguda moderada, así como su apoyo en las graves. Se administra a dosis de 2 mg, independientemente del peso y la edad. Se ha descrito que mejora la sintomatología inicial, disminuye el tiempo de estancia en urgencias, reduce la necesidad de adrenalina nebulizada y la tasa de hospitalización. Es eficaz a las 2 horas de su administración y podría persistir algún beneficio clínico durante las primeras 24 horas después de su aplicación. Se puede utilizar también en las formas leves como alternativa a la dexametasona en caso de intolerancia a la vía oral.

8 CRITERIOS DE INGRESO HOSPITALARIO: Los criterios de ingreso de una paciente con laringitis son:

- Afectación del estado general o deterioro progresivo.
- Afectación moderada-grave.
- Hipoxia.
- Tiraje respiratorio intenso o taquipnea.
- Cianosis o palidez extrema.
- Disminución del nivel de conciencia.
- Ansiedad familiar.
- Entorno socio-familiar desfavorable.
- Diagnóstico incierto.
- Historia previa de obstrucción grave o anomalía estructural de la vía aérea.

BIBLIOGRAFÍA

1. Amir L, Hubermann H, Halevi A. Oral betamethasone versus intramuscular dexamethasone for the treatment of mild to moderate viral croup. *Pediatric Emergency Care.* 2006; 22: 541-4.
2. Malhotra A, Krilov LR. Crup viral. *Pediatr Rev.* 2001; 22: 83-90.
3. Calvo Rey C, García García ML, Casas Flecha I, Pérez Breña P. Infecciones respiratorias virales. En: *Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la AEP: infectología pediátrica.* Madrid: AEP; 2011. p. 189-204.
4. Bjornson CL, Johnson DW. Croup-Treatment Update. *Pediatric Emergency Care.* 2005; 21: 863-73.
5. Brown JC. The management of croup. *British Medical Bulletin.* 2002; 61:189-202.
6. Martínón JM, Martínón-Torres F. Estridor y obstrucción respiratoria de aparición aguda. En: Casado J, Serrano A (eds). *Urgencias y tratamiento del niño grave.* 2ª ed. (esp). Madrid: Ergon, 2007. p. 335-341.
7. Orenstein D. Obstrucción inflamatoria aguda de las vías respiratorias superiores. En: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, Nelson WE (eds). *Nelson Tratado de Pediatría.* 16ª ed. (esp) Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España; 2000. p. 1395-1400.
8. Russell K, Wiebe N, Saenz A. Glucocorticoids for croup (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library, Issue 3, 2004.* Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.
9. Arroba Basanta ML. Laringitis aguda (Crup). *An Esp Pediatr.* 2003;1: 1-80.
10. Pagone F. Laringitis aguda. En: Jordi Pou i Fernàndez (coord.). *Urgencias en pediatría.* 5ª ed. (esp). Madrid: Ergon, 2014. p. 111-118.
11. Woods C. Croup. Clinical features, evaluation, and diagnosis. En: UpToDate [en línea] consultado el 25/07/2018] Disponible en: www.uptodate.com/contents/croup-clinical-features-evaluation-and-diagnosis
12. Woods C. Croup. Pharmacologic and supportive interventions. En: UpToDate [en línea] consultado el 25/07/2018] Disponible en: www.uptodate.com/contents/croup-pharmacologic-and-supportive-interventions
13. Woods C. Croup. Approach to management. En: UpToDate [en línea] [consultado el 25/07/2018] Disponible en: www.uptodate.com/contents/croup-approach-to-management