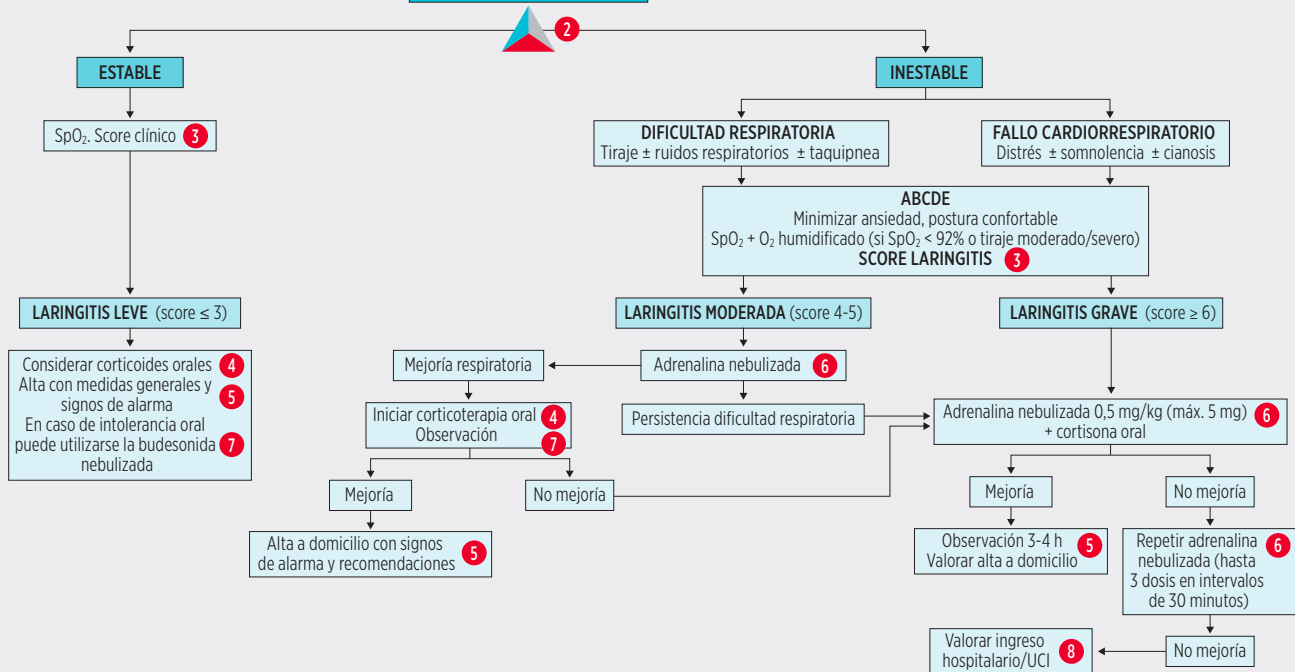


LARINGITIS AGUDA ¹

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 PEDIÁTRICA (TEP): En la práctica clínica, los pacientes presentan generalmente un triángulo de evaluación pediátrica (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 (Tabla 19-1).

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 10 mg. 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.

TABLA 19-1. 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.

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 0,5 mg/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 estudios que demuestran el efecto beneficioso de la budesonida nebulizada en el tratamiento de la laringitis aguda. Se puede utilizar en las formas leves como alternativa a la dexametasona en caso de intolerancia a la vía oral. Se administra a dosis de 2 mg, independientemente del peso y la edad.

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

- Afectación del estado general o deterioro progresivo.
- Score clínico de gravedad moderado-grave sin mejoría tras tratamiento.
- Hipoxia.
- Tiraje respiratorio intenso o taquipnea.
- Cianosis o palidez extrema.
- Disminución del nivel de consciencia.

- Historia previa de obstrucción grave o anomalía estructural de la vía aérea.
- Edad inferior a 6 meses.
- Mala respuesta al tratamiento habitual.
- Diagnóstico incierto.
- Ansiedad familiar.
- Entorno sociofamiliar desfavorable.
- Dificultad de acceso a la atención sanitaria.
- Asistencia repetida a Urgencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arroba Basanta ML. *Laringitis aguda (Crup)*. *An Pediatr*. 2003; 1(1): 55-61.
2. Marcos Temprano M, Torres Hinojal MC. *Laringitis, crup y estridor*. *Pediatr Integral*. 2017; XXI(7): 458-64.
3. Callén Bleuca M, Cortés Rico O, Mora Gandarillas I, Reig Rincón de Arellano I. *El Pediatra de Atención Primaria y la laringitis aguda-crup*. *Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-5)*. 2023. Disponible en: <http://www.respirar.org/index.php/grupo-vias-respiratorias/protocolos>
4. Osona Rodríguez de Torres B, Gil Sánchez JA. *Patología laringotraqueal*. En: García JJ, Cruz O, Mintegi S, Moreno JM, eds. *Manual de Pediatría*. 4ª ed. Madrid: Ergon; 2020. p. 994-6.
5. Smith DK, McDermott AJ, Sullivan JF. *Croup: Diagnosis and management*. *Am Fam Physician*. 2018; 97(9): 575-80.
6. Ortiz-Alvarez O. *Acute management of croup in the emergency department*. *Pediatr Child Health*. 2017; 22(3): 166-173.
7. Woods CR. *Croup: Clinical features, evaluation, and diagnosis*. En: *UpToDate [en línea] [consultado 05/11/2023]*. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/croup-clinical-features-evaluation-and-diagnosis>.

8. Woods CR. Management of croup. En: UpToDate [en línea] [consultado 06/11/2023]. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/management-of-croup>.
9. Parker CM, Cooper MN. Prednisolone versus dexamethasone for croup: A randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2019; 144(3): e20183772.
10. Aregbesola A, Tam CM, Kothari A, Le ML, Ragheb M, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023; 1(1): CD001955.
11. Chen QP, Zhou RF, Zhang YM, Yang L. Efficacy of systemic glucocorticoids combined with inhaled steroid on children with acute laryngitis. *Zhonghua Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. 2018; 53(1): 53-6.
12. Moraa I, Sturman N, McGuire TM, van Driel ML. Heliox for croup in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021; 8(8): CD006822.
13. Siebert JN, Salomon C, Taddeo I, Gervais A, Combescure C, Lacroix L. Outdoor cold air versus room temperature exposure for croup symptoms: A randomized controlled trial. *Pediatrics*. 2023; 152(3): e2023061365.