

LARINGITIS AGUDA

Isabel Reig Rincón de Arellano: Pediatra. CS de Nápoles y Sicilia. Valencia. España. Grupo de Vías Respiratorias de la AEPap.

Jose Antonio Castillo Laita: Sección de Neumología Pediátrica. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España. Grupo de Vías Respiratorias de la AEPap.

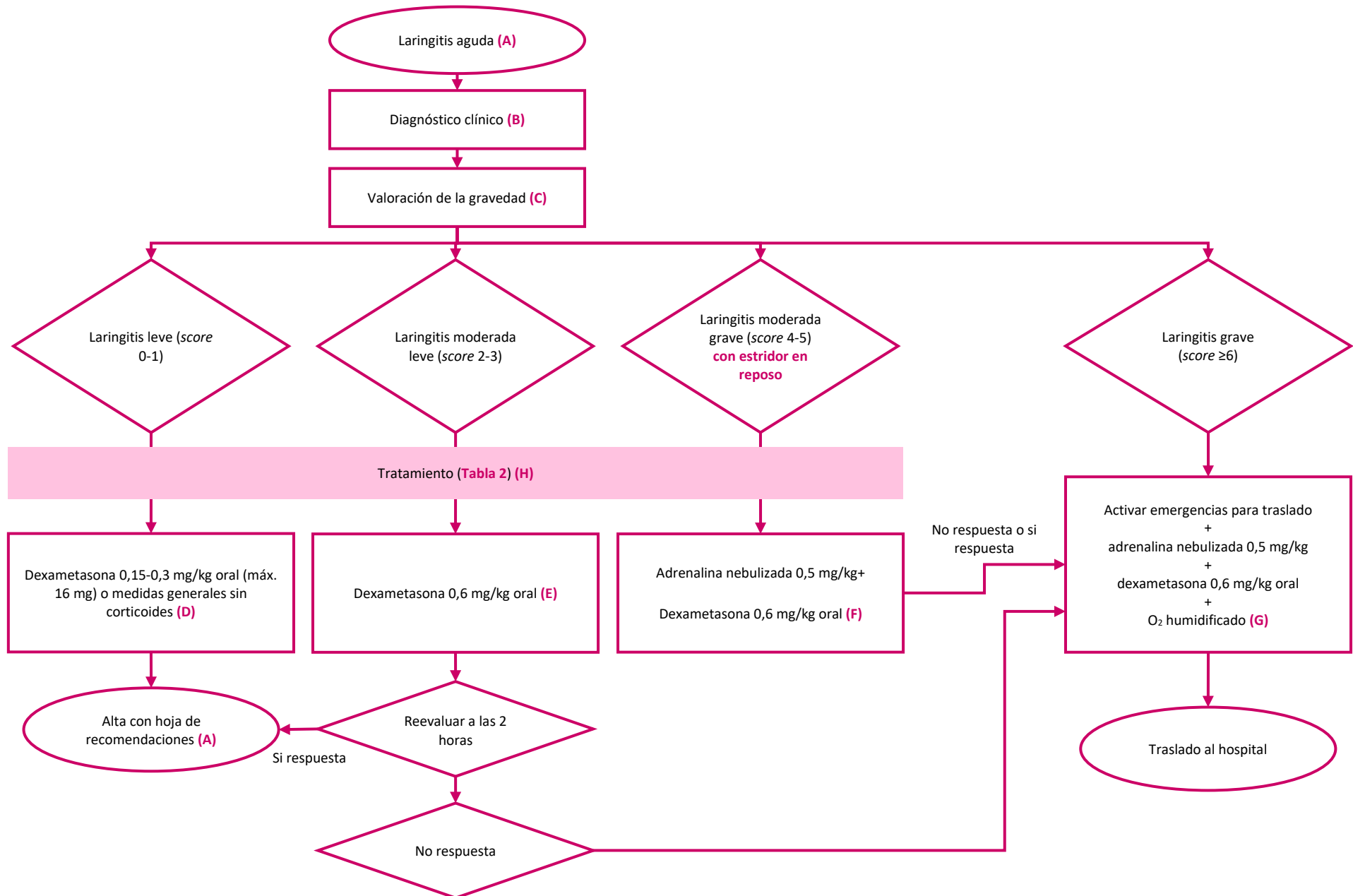
Cinta Valdepérez Baiges: Pediatra. Equipo Territorial de Pediatría Garraf. Vilanova i la Geltrú. Barcelona. España. Grupo de Vías Respiratorias de la AEPap.

Correo electrónico: isabelreig@gmail.com

Palabras clave: Crup. Laringitis aguda. Dexametasona. Estridor.

Key words: Croup. Acute laringitis. Dexamethasone. Estridor.

Cómo citar este algoritmo: Reig Rincón de Arellano I, Castillo Laita JA, Valdepérez Baiges C. Laringitis aguda. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria [en línea] [consultado dd/mm/aaaa]. Disponible en: <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/77/laringitis>



A. LARINGITIS AGUDA

La laringitis aguda o crup es una enfermedad aguda viral, que afecta generalmente a niños de entre 6 meses y 6 años de edad, cuyos síntomas son tos ronca, afonía o disfonía y a veces estridor inspiratorio, que empeoran por la noche y que puede acompañarse de fiebre. Excepcionalmente conduce a una obstrucción grave de la vía respiratoria superior¹.

B. DIAGNÓSTICO CLÍNICO

El diagnóstico de laringitis se basa en la clínica. La exploración debe evitar molestar al paciente para no empeorar los síntomas. Se pueden encontrar signos de dificultad respiratoria como tiraje supraesternal, intercostal y subcostal con hipoventilación asociada según la gravedad del cuadro. La presencia de letargia o agitación son indicadores de mayor gravedad².

C. VALORACIÓN DE LA GRAVEDAD

Tabla 1. Score para la valoración clínica de la GRAVEDAD de la laringitis³

Puntuación	0	1	2
Estridor	No	Al agitarse	En reposo
Retracciones	No	Leves	Moderadas-intensas
Hipoventilación	No	Leve	Moderada-intensa
Saturación de O ₂	≥95%		≤94%

Episodio leve: ≤1 punto. Moderado-leve: 2-3 puntos. Moderado-grave: 4-5 puntos. Grave: ≥6 puntos.

Datos clínicos para clasificar la gravedad del episodio:

- Existen cambios en los puntos de corte del *score*, las laringitis moderadas son consideradas moderadas-leves o moderadas-graves.
- **Episodio leve:** tos ronca o estridor inspiratorio solo al agitarse, sin estridor en reposo, ni trabajo respiratorio, con buena ventilación pulmonar y saturación de oxígeno mediante pulsioximetría (SatO₂) ≥95%.
- **Episodio moderado-leve:** tos ronca o estridor inspiratorio solo al agitarse, sin estridor en reposo, con retracciones leves o hipoventilación leve y SatO₂ ≥95%.

- **Episodio moderado-grave:** estridor en reposo con retracciones o hipoventilación leves, $\text{SatO}_2 \geq 95\%$.
- **Episodio grave:** estridor en reposo con retracciones marcadas, hipoventilación pulmonar o $\text{SatO}_2 \leq 94\%$.
- **Episodio crítico:** con riesgo de parada cardiorrespiratoria inminente: si además hay alteración de la consciencia o cianosis.

D. TRATAMIENTO DE LA LARINGITIS AGUDA LEVE

- En los casos leves, se puede considerar el alta con medidas generales sin corticoide oral.
- Dexametasona a 0,15-0,30 mg/kg vía oral dosis única (máximo 16 mg). Si no se dispone de dexametasona oral, prednisolona 1-2 mg/kg/24 horas durante 2-3 días (máximo 60 mg al día).
- Alta y hojas de recomendaciones (**Anexo 1**).
- Si no hay tolerancia oral al corticoide, se administra dexametasona por vía intramuscular o intravenosa misma dosis que la oral.
- Adrenalina nebulizada se reservará para las laringitis moderadas-graves o graves. Esta nueva pauta se recomienda para reducir el número de nebulizaciones que deben limitarse durante la pandemia COVID-19 actual.
- Se cambia la dosis máxima dexametasona de 10 mg a 16 mg.

E. TRATAMIENTO DE LA LARINGITIS AGUDA MODERADA-LEVE, EXCEPTO SI HAY ESTRIDOR EN REPOSO

- Dexametasona a 0,6 mg/kg, por vía oral, dosis única (máximo 16 mg/dosis).
- Si no hay tolerancia oral al corticoide, se administra dexametasona por vía intramuscular o intravenosa misma dosis que la oral.
- Adrenalina nebulizada se reservará para las laringitis moderadas-graves o graves. Esta nueva pauta se recomienda para reducir el número de nebulizaciones que deben limitarse durante la pandemia COVID-19 actual.
- Se cambia la dosis máxima dexametasona de 10 mg a 16 mg.

F. TRATAMIENTO DE LA LARINGITIS AGUDA MODERADA-GRAVE O SIEMPRE QUE HAYA ESTRIDOR EN REPOSO

- Adrenalina nebulizada 0,5 mg/kg (máximo 5 mg por nebulización) + dexametasona oral a 0,6 mg/kg dosis única (máximo 16 mg/dosis).
- Derivar a Urgencias hospitalarias.

Preparación de las nebulizaciones de adrenalina:

La dilución para nebulizar se puede preparar añadiendo suero fisiológico hasta completar 5 ml de volumen total. Para realizar las nebulizaciones usaremos un flujo de oxígeno de 5 l/min en 15 minutos.

Adrenalina 1:1000 (1 mg = 1 ml), por tanto 0,5 mg/kg= 0,5 ml/kg de adrenalina 1:1000.

- Si no hay tolerancia oral al corticoide, se administra dexametasona por vía intramuscular o intravenosa; misma dosis que la oral.
- Adrenalina nebulizada se reservará para las laringitis moderadas-graves o graves. Esta nueva pauta se recomienda para reducir el número de nebulizaciones que deben limitarse durante la pandemia COVID-19 actual.
- Se cambia la dosis máxima dexametasona de 10 mg a 16 mg.

G. TRATAMIENTO DE LA LARINGITIS GRAVE

- Estabilizar y derivar a Urgencias hospitalarias.
- Adrenalina nebulizada: 0,5 mg/kg (máximo 5 mg por nebulización), se puede repetir cada 15-20 minutos, hasta tres dosis.
- Dexametasona oral: 0,6 mg/kg dosis única (máximo 16 mg/dosis).
- Oxígeno humidificado con “gafas nasales o mascarilla”, a 2-3 l/min.
- **Preparación de las nebulizaciones de adrenalina:** la dilución para nebulizar se puede preparar añadiendo suero fisiológico hasta completar 5 ml de volumen total. Para realizar las nebulizaciones usaremos un flujo de O₂ de 5 l/min en 15 minutos.

Adrenalina 1:1000 (1 mg = 1 ml), por tanto 0,5 mg/kg = 0,5 ml/kg de adrenalina 1:1000.

- Si no hay tolerancia oral al corticoide, se administra dexametasona por vía intramuscular o intravenosa, misma dosis que la oral.
- Adrenalina nebulizada se reservará para las laringitis moderadas-graves o graves. Esta nueva pauta se recomienda para reducir el número de nebulizaciones que deben limitarse durante la pandemia COVID-19 actual.
- Se cambia la dosis máxima dexametasona de 10 mg a 16 mg.

H. CARACTERÍSTICAS FARMACOLÓGICAS

Tabla 2. Características farmacológicas

	Vida media	Dosis habitual	Dosis máxima diaria	Pauta	Inicio efecto	Duración efecto
Adrenalina nebulizada (1:1000)	2 h	0,5 mg/kg máximo 5 mg	3 nebulizaciones con intervalo entre dosis de 20 min	Dosis única	10-30 min	2 h
Budesonida nebulizada (ampollas de 0,25 mg/ml o 0,5 mg/ml)	2-3 h	2 mg	-	Dosis única	1-2 h	24 h
Dexametasona	36-54 h	0,15 a 0,6 mg/kg	16 mg	Dosis única	2-6 h	36-72 h
Prednisolona	18-36 h	1-2 mg/kg/día cada 12-24 h	60 mg	2-3 días	2-6 h	12-36 h

- No existe evidencia científica para la recomendación de respirar aire fresco o humedad ambiental.
- No hay evidencia de que la budesonida nebulizada añada algún beneficio al tratamiento con corticoide sistémico y dada la situación actual de pandemia COVID-19 deben evitarse nebulizaciones.
- Se admite administrar 2 mg de budesonida en la misma nebulización de adrenalina en los episodios graves en los que no se haya podido administrar corticoide por vía oral o parenteral.
- Los corticoides reducen los síntomas de laringitis con un inicio a las 2 horas hasta un mínimo más allá de las 24 horas tras su administración, reducen las visitas a Urgencias y disminuyen las estancias en el hospital⁴.

- Los corticoides orales son un tratamiento efectivo para la laringitis y el tipo de corticoide no parece que tenga impacto significativo en la eficacia, aunque con la prednisolona es más frecuente dosis adicionales durante varios días⁵.

I. ANEXO 1: LARINGITIS O CRUP: INFORMACIÓN PARA PADRES Y CUIDADORES

¿Qué es la laringitis?

- Un cuadro vírico que, en la infancia, causa inflamación de la laringe. Esta inflamación puede producir tos, voz ronca y con frecuencia un “sonido” cuando su hijo respira. Este sonido se conoce como “estridor”.
- La laringitis generalmente empeora por la noche. El niño puede acostarse bien y de repente se despierta con tos perruna y dificultad para respirar. A menudo mejora durante el día, pero puede empeorar de nuevo la noche siguiente.
- Lo más probable es que la tos desaparezca en 2 o 3 días, sin embargo, algunos niños continúan tosiendo hasta una semana. A menudo la tos desaparece tan rápido como comenzó, aunque en algunos casos va seguida de tos blanda y mucosidad nasal.
- El crup se repite en algunos niños, pero generalmente son cuadros leves y mejoran con rapidez.

¿Qué puedo hacer para que mi hijo esté más cómodo?

- Si tiene fiebre o dolor de garganta, puede darle paracetamol o ibuprofeno, a las dosis recomendadas por su pediatra.
- Ofrecer líquidos frescos.

Lo más importante: si su hijo está molesto: calmarlo y hablarle de forma tranquila y en voz baja. El ambiente tranquilo y la calma le ayudarán a disminuir los problemas de respiración.

¿Qué signos de alarma hay que vigilar?

Ver y escuchar su respiración con el pecho desnudo, para comprobar si tiene dificultad para respirar.

Necesita acudir al médico:

- Si el sonido al respirar o “estridor” se oye todo el tiempo, no sólo cuando está a disgusto y llorando.

- Si al respirar se hunde el tórax entre las costillas o el hueco que hay debajo de la nuez en el cuello.
- Si está somnoliento o muy irritable.
- Si tiene color azulado de cara o labios (cianosis).

BIBLIOGRAFÍA

1. Merino Moína M, Bravo Acuña J. Laringitis aguda (v.3.4/2019). En: Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. [en línea] [actualizado el 04/12/2019; consultado el 24/03/2021]. Disponible en: www.guia-abe.es
2. Callén Blecua M, Cortés Rico O, Mora Gandarillas I. El pediatra de Atención Primaria y la laringitis aguda – crup. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-5) [consultado el 24/03/2021]. Disponible en: www.respirar.org/index.php/grupo-vias-respiratorias/protocolos
3. Grupo Interdisciplinar de Emergencias Pediátricas GIDEP. Laringitis. En: Osakidetza [en línea] [actualizado el 15/06/2020, consultado el 24/03/2021]. Disponible en https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/gidep_epdt/es_def/adjuntos/GIDEP_Laringitis.pdf
4. Gates A, Gates M, Vandermeer B, Johnson C, Hartling L, Johnson DW, *et al*. Glucocorticoids for croup in children. [Cochrane Database Syst Rev. 2018;8:CD001955.](https://doi.org/10.1002/14651858.CD001955)
5. Parker CM, Cooper MN. Prednisolone versus dexamethasone for croup: a randomized controlled trial. [Pediatrics. 2019;144:e20183772.](https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-032772)