

Laringitis aguda

Fecha de la última revisión: 28/11/2016

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cuáles son sus síntomas?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cuál es su tratamiento?](#)
5. [¿Cuándo se aconseja derivar al ORL?](#)
6. [Algoritmos](#)
7. [Bibliografía](#)
8. [Más en la red](#)
9. [Autores](#)

¿De qué hablamos?

La laringitis aguda es una inflamación de la laringe de presentación súbita que dura menos de 3 semanas y habitualmente resuelve de forma espontánea. Si la duración es mayor, se denomina laringitis crónica. Es la enfermedad más frecuente de la laringe y tanto su etiología como las manifestaciones clínicas son distintas según la edad de presentación. En adultos es más frecuente entre los 18-40 años y en niños a partir de los 3 años. Entre los 6 meses y los 3 años cursa con un cuadro característico en forma de laringo-tráqueo-bronquitis, denominado síndrome del crup viral que está causado por un virus parainfluenza (Johnson DW, 2014; Dworkin JP, 2008).

Las causas más frecuentes son: infección vírica y laringitis por reflujo (LPR) (tabla 1). La prevalencia de laringitis vírica es difícil de conocer por ser un cuadro autolimitado por el que muchos pacientes no acuden a consulta (Dominguez LM, 2015). Algunos profesionales sanitarios han observado una incidencia media de 6.6 casos a la semana de laringitis y traqueítis por 100.000 pacientes entre todas las edades (Wood JM, 2014). La LPR suele presentarse en el contexto de manifestaciones extraesofágicas de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) (Tulunay OE, 2008). Afecta al 35% de la población de más de 40 años y se asocia hasta en un 60% de los pacientes que consultan por dolor de garganta refractario al tratamiento y con laringitis recurrente o crónica (Reulbach T, 2001; Hicks DM, 2002).

Tabla 1. Causas de laringitis aguda. (Wood JM, 2014; Schomacker H, 2012; Tulunay OE, 2008)	
Infeciosas	• Virus: entre los más frecuentes están los que afectan a la vía aérea superior: rinovirus, parainfluenza tipos 1 y 2 (síndrome del crup viral), virus respiratorio sincitial, adenovirus, influenza A, B y C y herpes virus. • Bacterias: <i>Haemophilus influenzae</i> tipo B (epiglotitis en niños), estreptococo beta-hemolítico (frecuente en epiglotitis del adulto), <i>Moraxella catarrhalis</i>, <i>Bordetella pertussis</i>, <i>Corynebacterium diphtheriae</i>. • Hongos y mohos.
Otras causas	• Laringitis por reflujo. • Irritantes inhalados (químicos, ambientales, orgánicos, humo de tabaco). • Alérgica. • Traumática. • Causas mecánicas: abuso o mal uso vocal.

¿Cuáles son sus síntomas?

La presentación clínica es distinta en adultos y en niños:

- En adultos, el síntoma más frecuente es la disfonía súbita que dura menos de tres semanas con buen estado general (ver guía: [Disfonía](#)). La voz se emite con un tono grave, tensión muscular y un componente aéreo (el aire se escapa al hablar). En ocasiones se acompaña de febrícula, mialgia, tos, dolor de garganta, odinofonía (dolor al hablar), rinorrea y obstrucción nasal (Wood JM, 2014). Los pacientes con LPR presentan aclaramiento faríngeo frecuente, sensación de globo y de moco en la garganta, tos irritativa crónica, disfonía intermitente o crónica, fatiga vocal y disfagia leve (Irwin RS, 2006; Tulunay OE, 2008). De forma característica la clínica típica de pirosis gastroesofágica está ausente entre el 57-94% de los pacientes. Sólo el 43% asocian la tríada de ERGE: pirosis, dispepsia y regurgitación (Wood JM, 2014).
- En niños, el síndrome del crup viral se caracteriza por: fiebre, disfonía con voz apagada, tos seca como un “ladrido” o “como el sonido que produce una foca”, odinofagia, estridor inspiratorio y disnea (Tulunay OE, 2008).

Según su gravedad se clasifica en (Johnson DW, 2014):

- Leve: tos perruna sin estridor.
- Moderada: tos con estridor y retracción esternal y supraesternal en reposo sin agitación ni letargia.
- Grave: tos con estridor y retracción esternal con agitación o letargia.
- Fallo respiratorio: asincronía progresiva de los movimientos torácicos y abdominales, signos de hipoxia (cianosis o palidez) e hipercapnia (descenso del nivel de conciencia).

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico es clínico y los procedimientos serán distintos en el niño o en el adulto:

1. En el adulto debe realizarse una exploración de la cavidad oral, orofaringe y cuello así como una valoración de las características de la voz. No es imprescindible realizar una laringoscopia en las 3 primeras semanas. Si se realiza, se observará eritema, edema, secreciones e irregularidades en la superficie de las cuerdas vocales por la dilatación de los pequeños vasos. Debe confirmarse la correcta movilidad de las cuerdas vocales y la ausencia de obstrucción de la vía aérea. Cuando se sospeche epiglotitis aguda, debe realizarse laringoscopia indirecta con espejillo de laringe o directa con fibrolaringoscopio (ver guía: [Disfonía](#)) y se tomarán muestras para cultivo si se observan exudados en faringe (Wood JM, 2014; Tulunay OE, 2008).

La candidiasis laríngea puede presentarse hasta en el 10% de los casos, tanto en pacientes inmunocompetentes como en los sometidos a radioterapia, quimioterapia, tratamiento reciente con corticoides o antibióticos que inician síntomas de laringitis aguda. Es aconsejable realizar una laringoscopia que mostrará aftas o placas blanquecinas, tejido de granulación, eritema y edema. Se debe realizar cultivo o biopsia para diferenciarlo de un carcinoma (Wood JM, 2014; Dworkin JP, 2008).

No existe ninguna prueba específica para confirmar LPR. El diagnóstico se basa en la combinación de síntomas y signos observados en la laringoscopia. Además cuando hay un diagnóstico de sospecha se puede realizar un tratamiento de prueba con inhibidores de la bomba de protones (IBP) y excepcionalmente, la pHmetría de 24 horas. Esta última es más efectiva si se asocia a impedanciometría intraluminal. Su principal inconveniente es la ausencia de consenso en el valor patológico del pH en la faringolaringe (Wood JM, 2014).

El índice de síntomas del reflujo (ISR) es muy útil tanto para su diagnóstico como para valorar el grado de molestia. El paciente evalúa de 0-5 cada uno de los siguientes síntomas:

- Disfonía (problemas con la voz).
- Aclaramiento de la garganta.
- Moco en la garganta y descarga postnatal.
- Dificultad para tragar.
- Tos mientras come o al acostarse.
- Atragantamientos fáciles o dificultad respiratoria.
- Tos irritativa.
- Sensación de cuerpo extraño faríngeo.
- Pirosis retroesternal o sensación ácida en garganta.

Una puntuación mayor de 13, asocia una probabilidad de LPR del 95% (Belafsky PC, 2002).

Algunos autores han considerado el tratamiento con dosis altas de IBP, una alternativa válida tanto para su diagnóstico como para el tratamiento. Sin embargo, estudios recientes no han demostrado un beneficio claro y tampoco se conocen con exactitud la dosis o duración más adecuada. Solamente debería estar indicado en algunos pacientes con clínica muy sugestiva, durante el menor tiempo posible y si se revisan los síntomas tras este periodo. Su persistencia puede indicar la necesidad de estudios complementarios con pHmetría de 24 horas, laringoscopia, gastroscopia, manometría o videofluoroscopia de deglución en función de los síntomas más predominantes (Wood JM, 2014; Johnson DA, 2008; Ford CN, 2005).

La laringoscopia en la LPR debe realizarse con las cuerdas vocales en fase de abducción (abierta o inspiratoria) para visualizar una laringitis posterior, presente hasta en el 70% de los pacientes. En ocasiones, se observa inflamación o un granuloma en la apófisis vocal del aritenoides, espasmos laríngeos o un movimiento paradójico de las cuerdas vocales que simula una crisis asmática (Tulunay OE, 2008; Murry T, 2006).

Otros diagnósticos diferenciales incluyen: laringitis crónica de origen infeccioso, alérgico, distonía laríngea y disfonía psicogénica. Esta última se caracteriza por un tono de voz monótono con tos normal (ver guía: [Disfonía](#)). La laringitis alérgica es muy infrecuente y no está bien definida (Dworkin JP, 2008).

2. El síndrome del crup viral es importante diferenciarlo de la epiglotitis en la infancia. Ésta se inicia con más rapidez, suele cursar con fiebre elevada, odinofagia, disfagia con sialorrea (babeo), estridor, disfonía (voz de “patata caliente”) y aspecto tóxico. En ocasiones, el niño puede adoptar una posición en trípode (posición semisentada e inclinada hacia delante y con los brazos hacia atrás) (Tulunay OE, 2008).

En las formas leves y moderadas no es necesario realizar radiografías ni estudios de laboratorio. La laringoscopia indirecta no está indicada por el riesgo de desencadenar un laringoespasma y cierre súbito de la vía aérea en caso de epiglotitis. Cuando hay dudas en el diagnóstico puede ser aconsejable una fibrolaringoscopia, que se realizará en quirófano. En una epiglotitis se verá una epiglotis roja cereza con edema e hiperemia de la mucosa faríngea, mientras que el edema subglótico es el hallazgo más característico en un crup (Johnson DW, 2014).

Si el cuadro clínico plantea dudas entre crup vírico, epiglotitis o absceso retrofaríngeo puede ser útil la realización de:

- Hemograma: leucocitosis con neutrofilia es más frecuente en infecciones bacterianas.
- Hemocultivos: positivos en infección bacteriana.
- Radiografía lateral de cuello:
 - Presencia del “signo del pulgar” a nivel de la epiglotis en epiglotitis.
 - Ensanchamiento de la pared faríngea posterior en un absceso retrofaríngeo (ver guía: [Abscesos cervicales](#)) (Rafei K, 2006).

Tabla 2. Diagnóstico diferencial de la laringitis aguda.			
Cuadro clínico	Síntomas	Laringoscopia	Pruebas complementarias
Laringitis aguda en adultos	Disfonía, tos, odinofonía y odinofagia.	Eritema, moco e irregularidades.	No precisa.
Crup viral en niños	Tos perruna, estridor, fiebre, disfonía.	Edema subglótico.	En general no precisa, radiografía cuello: disminución de la luz subglótica.
Epiglotitis	Odinofagia grave, fiebre elevada, aspecto tóxico, babeo, disnea, estridor y “signo del trípode”.	Contraindicada en consulta. Realizar en UCI.	• Radiografía cuello: “signo del pulgar”. • Hemograma, hemocultivos.
Absceso retrofaríngeo en niños	Odinofagia, fiebre, tortícolis y extensión cervical.	Abombamiento de la pared faríngea posterior.	• Radiografía cuello: ensanchamiento del espacio

			faríngeo posterior. • Hemograma.
Laringitis en inmunodeprimidos	Disfonía gradual, dolor de garganta, otalgia, tos y odinofagia.	Aftas o placas blanquecinas, tejido de granulación, eritema y edema.	Cultivo o biopsia.
LPR aguda	Aclaramiento faríngeo frecuente, sensación de globo faríngeo y de moco en la garganta, tos irritativa crónica, disfonía intermitente o crónica, fatiga vocal y disfagia leve.	• Signos de inflamación o paquidermia en aritenoides. Granuloma en la apófisis vocal del aritenoides. • Normal.	Tratamiento de prueba con IBP. Si fracasa, pHmetría de 24 horas.

¿Cuál es su tratamiento?

En adultos el cuadro suele ser autolimitado con una duración menor de dos semanas. A pesar de no haber estudios suficientes que avalen su eficacia, normalmente sólo se recomienda tratamiento sintomático con antitérmicos, abandono del tabaco e higiene vocal, que consiste en hidratación, reposo de voz entre dos y siete días, inhalación de aire humidificado (vahos) o realización de gargarismos con agua con sal. Si precisa hablar se recomienda la fonación suspirada en vez de cuchicheada. Algunos autores recomiendan la restricción de café por el efecto deshidratante de la cafeína y su capacidad para aumentar el reflujo (Dworkin JP, 2008; Wood JM, 2014) ([normas de higiene vocal](#) en la disfonía del adulto).

Por el momento no hay ningún estudio que demuestre la eficacia de los antibióticos en la laringitis aguda, ocasionalmente se describe una mejoría subjetiva de síntomas como la voz en un plazo hasta de 7 días. Los antibióticos como los corticoides, no se recomiendan en el tratamiento inicial de forma generalizada (Revez L, 2015; Wood JM, 2014).

Existen estudios que han observado algún beneficio del tratamiento con **IBP** pautados dos veces al día en pacientes con síntomas de ERGE y LPR (Johnson DA, 2008). Sin embargo, su beneficio clínico no es concluyente y no ha podido demostrarse en el tratamiento a largo plazo de todos los pacientes (Megwalu UC, 2013; Qadeer MA, 2006). Es importante recomendar medidas higiénico-dietéticas antirreflujo así como cambios en el estilo de vida en estos pacientes ([medidas antirreflujo](#)) (Martinucci I, 2013).

La presencia de distrés respiratorio o de estridor requiere de atención urgente para garantizar la vía aérea (Wood JM, 2014).

Los síntomas del crup normalmente se resuelven en las primeras 48 horas del inicio en la mayoría de los niños. Sin embargo, en algunos casos persisten más de una semana. Existen evidencias que apoyan el beneficio sintomático de los corticoides sistémicos en todas las formas clínicas de la enfermedad, aunque el manejo es distinto según la gravedad (Johnson DW, 2014; Russell KF, 2011):

- **Leve:** se recomienda la administración oral de 0,15 mg/kg de [dexametasona](#) en dosis única. Se ha observado que la vía oral es tan efectiva como la forma nebulizada y se tolera mejor que esta última. Por el momento no se ha podido demostrar la superioridad de la dosis estándar de [dexametasona](#) de 0,6 mg/kg de peso frente a la dosis menor de 0,15 mg/kg (Chupp-Uppakarn S, 2007; Russell KF, 2011).
- A pesar del uso extendido de las humidificaciones en niños con crup leve y moderado, no parece que exista evidencia suficiente para recomendar su uso de forma sistemática.
- **Moderada-grave:** han demostrado su eficacia en la disminución de los síntomas: la [dexametasona](#) oral o, por vía intramuscular, la adrenalina nebulizada ([epinefrina](#)) y la [budesonida](#) nebulizada. El añadir la budesonida nebulizada a la vía oral no parece que aumente la eficacia del tratamiento frente a los dos fármacos por separado (Johnson DW, 2014; Russell KF, 2011; Bjornson C, 2013).
En caso de requerir la adrenalina, se recomienda administrar epinefrina inhalada (5 mL nebulizados de 1:1000 L-epinefrina en una sola dosis) y suplemento de oxígeno mediante un tubo con aire a presión a pocos centímetros de la boca y nariz (8 a 10 L/min). Si no es suficiente se aplicará en mascarilla al 100% a la vez que se monitoriza la saturación de oxígeno. Cuando los síntomas empeoren se derivará a un centro hospitalario donde se asegure la vía aérea (Bjornson C, 2013; Johnson DW, 2014). Por el momento se desconoce el beneficio del heliox inhalado en el tratamiento de esta enfermedad (Johnson DW, 2014; Mora I, 2013).

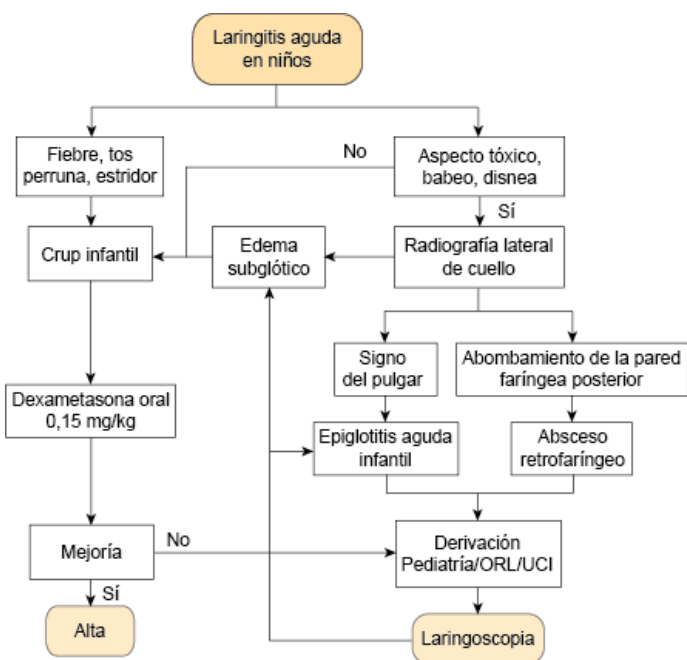
¿Cuándo se aconseja derivar al ORL?

- Después de tres o más semanas sin respuesta al tratamiento.
- Cuando se asocien factores de riesgo de cáncer del área ORL: fumador o consumidor de alcohol de riesgo.

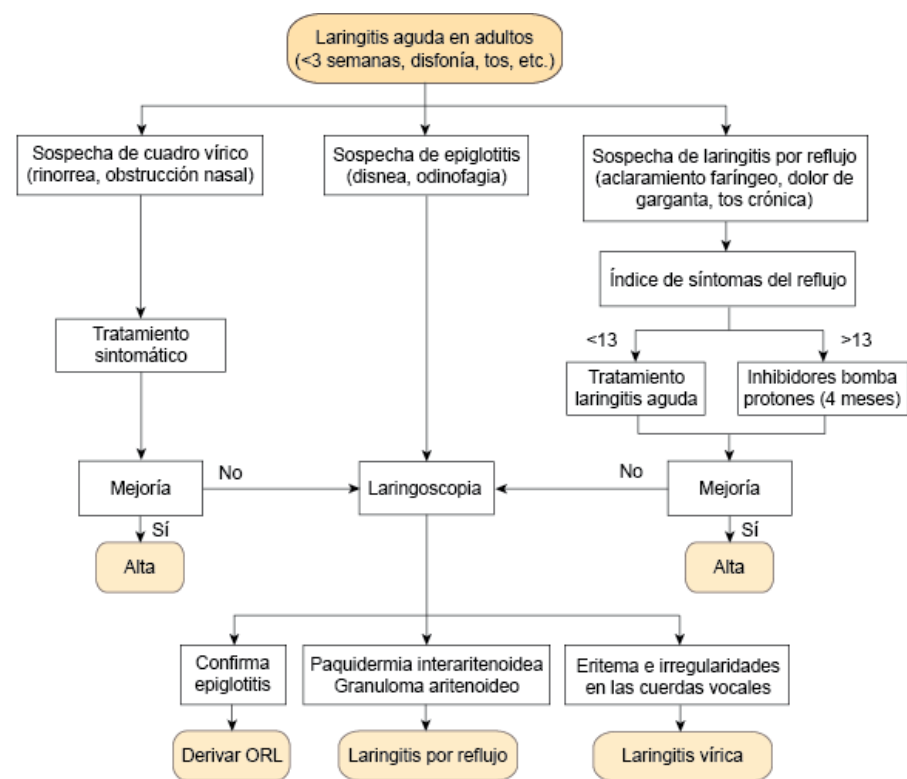
Ante la sospecha de (Wood JM, 2014):

- Epiglotitis.
- Absceso cervical (retrofaringeo y otros).
- Signos de dificultad respiratoria en el crup o compromiso de la vía aérea.

Algoritmos



Laringitis aguda en niños



Laringitis aguda en adultos

Bibliografía

- Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. Validity and reliability of the reflux symptom index (RSI). J Voice. 2002;16(2):274-7. PubMed [PMID: 12150380](#)
- Bjornson C, Russell K, Vandermeer B, Klassen TP, Johnson DW. Nebulized epinephrine for croup in children. Cochrane Database Syst Rev. 2013; (10):CD006619. PubMed [PMID: 24114291](#). [Texto completo](#)
- Chupp-Uppakarn S, Sangsupawanich P. A randomized comparison of dexamethasone 0.15 mg/Kg versus 0.6 mg/Kg for the treatment of moderate to severe croup. Int J Pediatr Otorhinolaryngol 2007;71(3):473-477. PubMed [PMID: 17208307](#)
- Dominguez LM, Simpson CB. Viral laryngitis: a mimic and a monster - range, presentation, management. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;23(6):454-8. PubMed [PMID: 26397458](#)
- Dworkin JP. Laryngitis: types, causes, and treatments. Otolaryngol Clin N Am. 2008;41(2):419-36. PubMed [PMID: 18328379](#)
- Ford CN. Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux. JAMA 2005;294(12):1534-40. PubMed [PMID: 16189367](#). [Texto completo](#)
- Hicks DM, Ours TM, Abelson TI, Vaezi MF, Richter JE. The prevalence of hypopharyngeal findings associated with gastroesophageal reflux in normal volunteers. J Voice. 2002;16(4):564-79. PubMed [PMID: 12512644](#)
- Irwin RS. Chronic cough due to gastroesophageal reflux disease. Chest. 2006;129(1):80S-94S. PubMed [PMID: 16428697](#). [Texto completo](#)
- Johnson DA. Medical Therapy of reflux laryngitis. J Clin Gastroenterol 2008;42(5):589-93. PubMed [PMID: 18427287](#)
- Johnson DW. Croup. BMJ Clin Evid. 2014;2014:pii:0321. PubMed [PMID: 25263284](#). [Texto completo](#)

- Martinucci I, De Bortoli N, Savarino E, Nacci A, Romeo SO, Bellini M, et al. Optimal treatment of laryngopharyngeal reflux disease. Ther Adv Chronic Dis. 2013;4(6):287-301. PubMed [PMID: 24179671](#). [Texto completo](#)
- Megwalu UC. A systematic review of proton-pump inhibitor therapy for laryngopharyngeal reflux. Ear Nose Throat J. 2013;92(8):364-71. PubMed [PMID: 23975490](#)
- Mora I, Sturman N, McGuire T, Van Driel ML. Heliox for croup in children. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(12):CD006822. PubMed [PMID: 24318607](#)
- Murry T, Tabae A, Owczarzak V, Aviv JE. Respiratory retraining therapy and management of laryngopharyngeal reflux in the treatment of patients with cough and paradoxical vocal fold movement disorder. Ann Otol Rhinol Laryngol. 2006;115(10):754-8. PubMed [PMID: 17076097](#)
- Qadeer MA, Phillips CO, Lopez AR, Steward DL, Noordzij JP, Wo JM, et al. Proton pump inhibitor therapy for suspected GERD-related chronic laryngitis: a metaanalysis of randomized controlled trials. Am J Gastroenterol. 2006;101(11):2646-54. PubMed [PMID: 17037995](#)
- Rafei K, Lichenstein R. Airway infectious disease emergencies. Pediatr Clin N Am 2006;53(2):215-42. PubMed [PMID: 16574523](#)
- Reulbach T, Belafsky P, Blalock P, Koufman JA, Postma GN. Occult laryngeal pathology in a community-based cohort. Otolaryngol Head Neck Surg. 2001;124(4):448-50. PubMed [PMID: 11283505](#)
- Reveiz L, Cardona AF. Antibiotics for acute laryngitis in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(5):CD004783. PubMed [PMID: 26002823](#)
- Russell KF, Liang Y, O’Gorman K, Johnson DW, Klassen TP. Glucocorticoids for croup. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(1):CD001955. PubMed [PMID: 21249651](#)
- Schomacker H, Schaap-Nutt A, Collins PL, Schmidt AC. Pathogenesis of acute respiratory illness caused by human parainfluenza viruses. Curr Opin Virol. 2012;2(3):294-9. PubMed [PMID: 22709516](#). [Texto completo](#)
- Tulunay OE. Laryngitis--diagnosis and management. Otolaryngol Clin N Am. 2008;41(2):437-51. PubMed [PMID: 18328380](#)
- Wood JM, Athanasiadis T, Allen J. Laryngitis. BMJ. 2014;349:g5827. PubMed [PMID: 25300640](#)

Más en la red

- Johnson DW. Croup. BMJ Clin Evid. 2014;2014:pii:0321. PubMed [PMID: 25263284](#). [Texto completo](#)
- Reveiz L, Cardona AF. Antibiotics for acute laryngitis in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2015;(5):CD004783. PubMed [PMID: 26002823](#)
- Wood JM, Athanasiadis T, Allen J. Laryngitis. BMJ. 2014;349:g5827. PubMed [PMID: 25300640](#)

Autores

- Carmen Costa Ribas Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Juan Carlos Amor Dorado Médico Especialista en Otorrinolaringología (2)

(1) Centro de Salud de Vila. Ibiza, Illes Balears. España.
(2) Hospital Can Misses. Ibiza, Illes Balears. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

