

Laringitis / Crup

Manuel Merino Moína [mmerino.gapm10@salud.madrid.org], Juan Bravo Acuña.

Pediatra. CS. El Greco [Servicio Madrileño de Salud, Área 10]. Getafe, Madrid.

Fecha de actualización: 03/02/2008
Guía_ABE_Laringitis/Crup (v.2/2008)

Cita sugerida: Merino Moína M, Bravo Acuña J. Laringitis/Crup (v.2/2008). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. [en línea] [actualizado el 03/02/2008; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en http://infodoctor.org/gipi/guia_abe/

Introducción / puntos clave:

- La laringitis aguda (o laringotraqueobronquitis o crup) es una enfermedad aguda viral, que afecta con preferencia a niños pequeños, cuyos síntomas son tos ronca, afonía o disfonía y a veces estridor inspiratorio, que empeoran por la noche y que puede acompañarse de fiebre. Solo excepcionalmente conduce a una obstrucción grave de la vía respiratoria superior.
- El diagnóstico es fundamentalmente clínico. El diagnóstico diferencial incluye la epiglotitis y la traqueítis bacteriana, entidades ambas potencialmente graves pero excepcionales en nuestro medio; también han de considerarse el cuerpo extraño, el absceso retrofaringeo y el angioedema como posibles causas del cuadro obstructivo.
- La gran mayoría de los casos pueden ser tratados de forma ambulatoria.

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: en la presente versión no se introducen cambios substanciales respecto a la anterior. El tratamiento estándar de la mayoría de los casos de laringitis incluye una dosis única de dexametasona por vía oral; no hay estudios que comprueben que una pauta con dosis sucesivas de este fármaco sea superior, por lo que en general no puede ser recomendada.

Microorganismos causales ¹	
Frecuentes	Menos frecuentes
Virus parainfluenza tipo 1 ²	Virus parainfluenza 2, 3 y 4 Virus influenza A y B, adenovirus, VRS, rinovirus, virus <i>Coxsackie</i> , <i>Mycoplasma pneumoniae</i> , etc.

Estudios complementarios	
Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
La laringitis es un diagnóstico clínico y no precisa de pruebas complementarias para su confirmación	En raros casos de duda, la radiografía de laringe (proyección AP y lateral para visualizar partes blandas) puede ayudar a establecer el diagnóstico



Indicaciones de ingreso hospitalario

- Dificultad respiratoria importante: episodio de apnea o cianosis, trabajo respiratorio intenso, dificultad para la alimentación
- Afectación del estado general, somnolencia o agitación
- Gran ansiedad familiar o incapacidad para un cuidado y vigilancia correctos en el domicilio

Tratamiento antimicrobiano empírico

No indicado³

Otros tratamientos farmacológicos propuestos

Situación	Tratamiento de elección	Alternativas
Laringitis leve	<ul style="list-style-type: none">▪ Dexametasona VO: 0,15-0,6 mg/kg en dosis única, aunque el cuadro sea leve^{4,5}	<ul style="list-style-type: none">▪ También, en caso de vómitos, puede administrarse el mismo fármaco por vía IM o bien emplear budesonida en aerosol (2 mg), pero su uso combinado con dexametasona VO no ha demostrado mejorar los resultados▪ La prednisolona tiene peor tolerancia por VO y no parece mostrar la misma eficacia que la dexametasona en esta enfermedad
Laringitis moderada	<ul style="list-style-type: none">▪ En casos moderados-graves se recomienda administrar, además de la dexametasona, adrenalina nebulizada en aerosol, indistintamente en forma racémica o L-adrenalina: 5 ml de adrenalina al 1‰ diluidos en suero salino⁶	<ul style="list-style-type: none">▪
Laringitis grave	<ul style="list-style-type: none">▪ Además de las medidas anteriores, en esta situación la oxigenoterapia puede resultar beneficiosa▪ Los casos más graves pueden precisar intubación traqueal	<ul style="list-style-type: none">▪ Heliox⁷

Otras medidas terapéuticas

- Procurar un entorno que de tranquilidad y evitar exploraciones o procedimientos molestos o dolorosos que no sean necesarios. Procurar que el niño se encuentre cómodo, preferiblemente en brazos de sus padres
- Aunque su uso está muy extendido, no hay pruebas de que el ambiente húmedo mejore la disnea en el crup. Clásicamente se recomienda hacer respirar al niño el aire frío de la noche, aunque no esté científicamente demostrado su efecto beneficioso
- No están indicados los fármacos descongestionantes ni los antihistamínicos



Referencias bibliográficas (../..)

Alberta Medical Association. Guideline for the diagnosis and management of croup. 2007. [consultado el 03/02/2008]. Disponible en www.topalbertadoctors.org/NR/rdonlyres/B072F5EF-1728-4BED-A88A-68A99341B98A/0/croup_guideline.pdf

Bjornson CL, Johnson DW. Croup. Lancet. 2008;371:329-39.

Callen Blecua M, Pascual Perez JM y Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Laringitis. El Pediatra de Atención Primaria y la Laringitis Aguda – Crup. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-5). 2006. [consultado el 03/02/2008]. Disponible en www.aepap.org/gvr/protocolos.htm

Cherry JD. Croup. N Engl J Med. 2008;358:384-91.

Clinical Evidence. Croup. [consultado el 03/02/2008]. Disponible en www.clinicalevidence.com/

Cuervo Valdés JJ, Carreazo Pariasca NY. En niños con laringitis aguda una dosis de dexametasona oral es más eficaz que una de prednisolona. Evid Pediatr. 2006;2:83. [consultado el 03/02/2008]. Disponible en www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006_numero_4/pdf/2006_vol2_numero4.19.pdf

Laryngitis in children. EBM Guidelines. [consultado el 03/02/2008]. Disponible en www.ebm-guidelines.com

Russell K, Wiebe N, Saenz A, Ausejo Segura M, Johnson D, Hartling L, Klassen TP. Glucocorticoides para el crup (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. [consultado el 03/02/2008]. Disponible en www.update-software.com

Abreviaturas: **IM:** vía intramuscular. **IV:** vía intravenosa. **VO:** vía oral. **VRS:** virus respiratorio sincitial.

Notas

¹ En la llamada laringitis aguda espasmódica, típica de niños de 1 a 3 años, afebril y de aparición nocturna, pueden estar implicados otros factores etiológicos no microbianos (alérgicos, psicológicos, reflujo gastroesofágico).

² El virus parainfluenza tipo 1 causa el 70% de los casos de laringitis.

³ Los antimicrobianos no juegan ningún papel en el tratamiento de la laringitis.

⁴ No disponemos en España de dexametasona para administración oral en suspensión, sólo en comprimidos (Fortecortin[®], comp. de 1 mg).

⁵ No existen por el momento estudios que comparen los efectos de administrar una o varias dosis de corticoides en días sucesivos, aunque la mayor duración del tratamiento se relaciona con el aumento de efectos secundarios.

⁶ Con frecuencia se precisan dosis repetidas de adrenalina nebulizada.

⁷ La inhalación de una mezcla de oxígeno y helio (heliox), por sus características físicas (menor densidad), podría mejorar la ventilación, aunque este producto es muy costoso y no siempre está disponible.

Notas: la *Guía_ABE* se actualiza al menos una vez al año. Próxima revisión prevista en 2009. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[Ⓞ] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com

Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2008. ISBN: 978-84-95028-75-4