

Laringitis / Crup

Manuel Merino Moína^a, Juan Bravo Acuña^a, Esther Maiso Merino^b.

^a Pediatra. CS El Greco [Servicio Madrileño de Salud, DASUR]. Getafe, Madrid. España.

^b MIR-Pediatría. Servicio de Pediatría, Hospital Universitario de Getafe [Servicio Madrileño de Salud], Getafe, Madrid. España.

Fecha de actualización: 14-ago-2013
Guía-ABE_Laringitis/Crup (v.3.0/2013)

Cita sugerida: Merino Moína M, Bravo Acuña J, Maiso Merino E. Laringitis / Crup (v.3.0/2013). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico. [en línea] [actualizado el 14-ago-2013; consultado el dd-mm-aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave:

- La laringitis aguda 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 traqueitis bacteriana, entidades ambas potencialmente graves pero excepcionales en nuestro medio; también han de considerarse el cuerpo extraño, el absceso retrofaríngeo 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 se recomienda. Se han revisado las dosis recomendadas de adrenalina inhalada.

Microorganismos causales ¹	
Frecuentes	Menos frecuentes
Virus parainfluenza tipo 1 ²	<ul style="list-style-type: none"> Virus parainfluenza 2, 3 y 4 Virus influenza A y B, adenovirus, VRS, rinovirus, virus coxsackie, <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 o a descartar otras patologías potencialmente graves

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 mg/kg en dosis única ha demostrado ser tan efectiva como 0,3 mg/kg o 0,6 mg/kg (con una dosis máxima diaria de 10 mg)⁴ ▪ Los casos muy leves no necesitan tratamiento antiinflamatorio 	<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, aumentando el número de recaídas
Laringitis moderada	<p>En casos moderados-graves se recomienda administrar, además de la dexametasona, adrenalina nebulizada en aerosol, indistintamente, una de estas formas⁵:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ L-adrenalina (5 ml al 1‰) ▪ Adrenalina racémica (0,05 ml/kg de una solución al 2,25%, diluida en 3 ml de SSF) 	
Laringitis grave	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Dexametasona a 0,15-0,6 mg/kg ▪ Además de las demás medidas anteriores, en esta situación la oxigenoterapia puede resultar beneficiosa ▪ Los casos más graves pueden precisar ingreso en UCIP y apoyo ventilatorio 	Heliox ⁶

Otras medidas terapéuticas

- Favorecer un entorno que dé 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

- Bjornson CL, Johnson DW. Croup. Lancet. 2008;371:329-39.
- Bjornson C, Russell K, Foisy M, *et al.* [The Cochrane Library and the treatment of croup in children: an overview of reviews](#). Evid Based Child Health. 2010;8:1555-1565.
- Bjornson C, Russell K, Vandermeer B, *et al.* [Epinefrina nebulizada para el crup en niños](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 2. Art. No.: CD006619. DOI: 10.1002/14651858.CD006619.
- Callén Blecua M, Cortés Rico O. El pediatra de Atención Primaria y la laringitis aguda – Crup. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-5-gr). 2010. [consultado el 26/07/2013]. Disponible en <http://www.aepap.org/gvr/protocolos.htm>
- Cherry JD. Croup. N Engl J Med. 2008;358:384-91.
- 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.
- Russell KF, Liang Y, O’Gorman K, *et al.* [Glucocorticoids for croup](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2011, Issue 1. Art. No.: CD001955. DOI: 10.1002/14651858.CD001955.pub3.
- Vorwerk C, Coats T. [Heliox for croup in children](#). Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD006822. DOI: 10.1002/14651858.CD006822.pub3

Abreviaturas: **IM:** vía intramuscular. **IV:** vía intravenosa. **SSF:** suero salino fisiológico al 0,9%. **UCIP:** unidad de cuidados intensivos pediátricos. **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 Los virus parainfluenza tipo 1 y 2 causan el 70% de los casos de laringitis.
- ³ Los antimicrobianos no juegan ningún papel en el tratamiento de la laringitis.
- ⁴ En España no disponemos de dexametasona para administración oral en suspensión, solo en comprimidos de 1 y 4 mg.
- ⁵ Con frecuencia se precisan dosis repetidas de adrenalina nebulizada.
- ⁶ 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. Se ha visto que puede mejorar los síntomas en casos muy graves que no responden a adrenalina, aunque no hay suficiente evidencia. En general, ha demostrado menor efectividad que el tratamiento con adrenalina y oxigenoterapia.

Notas: la Guía-ABE se actualiza periódicamente. 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://www.guia-abe.es>

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



Algunos derechos
reservados

Con la colaboración de:



[©] Guía-ABE, 2013. ISSN: 2174-3568.