

O. R. L.

Laringitis estridulosa

José Luis Olivares

La laringitis estridulosa es una enfermedad eminentemente pediátrica, ya que su mayor incidencia está entre los 6 meses y los 6 años de vida. La importancia de la misma es muy grande debido a dos factores principales:

- Su frecuencia tan elevada.
- El cuadro urgente que plantea llegando en ocasiones a poner en peligro la vida.

Las condiciones anatómicas de la laringe del niño, hacen posible que la frecuencia sea mucho mayor en la edad infantil que en la edad adulta, debido a:

- La laringe en el niño es estrecha y corta.
- Existe un conglomerado linfático.
- Minusvalía inmunológica con respecto al adulto.

La laringitis aguda, es un proceso agudo inflamatorio, que afecta a la mucosa y a las partes subyacentes de la misma y que se acompaña de edema, tos espasmódica y, generalmente, de un proceso respiratorio grave que puede poner en peligro la vida.

Las cuerdas vocales, son las estructuras que nos delimitan las tres porciones anatómicas de la laringe:

- Epiglotis.
- Región glótica.
- Región sub-glótica.

Laringitis agudas

Se pueden dividir en:

- Infecciosas. En donde el componente predominante es la infección.
- Espasmódicas. Laringitis estridulosa o falso croup. Al contrario de las de tipo infeccioso, generalmente tienen una evolución benigna.

Dentro de las L. infecciosas edematosas, las *laringitis sub-glóticas* son el tipo más frecuente. Aparecen como consecuencia de un edema que va desde las cuerdas vocales hasta el comienzo de la tráquea, tiene un comienzo impreciso, con una etiología que habitualmente es vírica (parainfluenza,

sincitial) a diferencia de otros tipos en donde la etiología suele ser bacteriana. En el curso de 2-3 días evolucionan favorablemente en la mayoría de los casos. No obstante, pueden seguir un curso descendente y ocasionar cuadros de tipo de laringo-tráqueo-bronquitis bronco-neumonitis, etc., que adoptan un curso diferente.

La *laringitis glótica*. Afecta fundamentalmente la región de las cuerdas vocales y la etiología ha sido prácticamente diftérica; es actualmente poco frecuente, pero ante un cuadro agudo deberá pensarse siempre en esta posibilidad. El diagnóstico se hace mediante cultivo de las secreciones.

La *laringitis supra-glótica* (Epiglotitis aguda flemonosa). Es un cuadro grave, de comienzo brusco, que cursa con una afectación de las cuerdas vocales, el diagnóstico diferencial es sencillo. El agente causal en la mayoría de los casos es el H. Influenzae.

En la *laringitis espasmódica simple* (Laringitis estridulosa). El edema y la inflamación prácticamente no existen; el cuadro se produce por una contracción brusca del vestíbulo laríngeo. La inflamación es muy leve, prácticamente inexistente.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Epiglotitis aguda

- Inicio brusco, agudo.
- Afectación importante del estado general.
- Leucocitosis importante.
- Ausencia de tos perruna.
- Estertores inspiratorios.
- Fiebre elevada.
- Voz empastada, sialorrea, disfagia.
- No característica recidivante.

Laringitis espástica simple

- Comienzo agudo.
- No afectación del estado general.
- Disfonía importante.
- Características recidivantes.
- No suele haber fiebre importante.
- No afectación de la fórmula leucocitaria.
- Evolución benigna.
- Imagen en bola de laringe.

TRATAMIENTO

— *Laringitis sub-glótica*. Puede presentar tres estadios: Inicial. Es importante la hidratación, antiespasmódicos, sedantes, etc. Cuando el cuadro no se soluciona con lo antes citado, se procederá a la intubación para aliviar la disnea. La intubación no debe de durar más de 24 a 36 horas. Si el niño está en el tercer estadio (asfixia), es necesario efectuar una traqueotomía.

— *Laringitis glótica*. El tratamiento en caso de difteria será a base de penicilina y la antitoxina diftérica.

— *Laringitis aguda flemonosa*. De etiología bacteriana, se añadirá a las medidas antes señaladas, el antibiótico de elección que en este caso es la Ampicilina. Los corticoides pueden ayudar a combatir el espasmo, y la traqueostomía está prácticamente indicada en la mayoría de los casos. La práctica de la traqueostomía ha disminuido de un 50 % de mortalidad, a un 1-2 % en la actualidad.

Tratamiento esquemático de las *laringitis supra-glóticas y sub-glóticas*:

— Oxígeno humidificado.

— Fluidoterapia: Suero glucosado 2.500 ml/metro cuadrado/día.

Potasio, 3 meq/kg/día.

— Prednisona. Inicial: 5 mg/kg IV.

Mantenimiento: 2 mg/kg/día.

— Sedantes: Diazepam 2.5 mg IV. Se puede ajustar la dosis a las necesidades.

— Terapia inhalatoria de Adrenalina:

Su resultado es espectacular en las sub-glóticas, mientras que en las supra-glóticas, casi no sirve de nada.

— Se tiene que hacer una vigilancia intensiva, con control de pulso y, si es posible, con ECG de control.

— Antibioticoterapia.

— Medidas de sostén.

Tratamiento de la *laringitis espástica simple*:

— Generalmente suele remitir con una atmósfera húmeda y medidas de sostén.

— Antiespasmódicos en caso necesario.

— Antibioticoterapia. Cuando haya otra patología agregada.

— Tratamiento del terreno predisponente a la presentación de cuadros repetidos.

Indicaciones de la traqueostomía:

— Fallo del tratamiento médico.

— Laringitis aguda flemonosa.

— Laringo-tráqueo-bronquitis descendente.

— Disnea importante.

— Insuficiencia cardíaca y/o respiratoria.