



Laringitis agudas del adulto

K. Aubry, A. El Sanharawi, A. Pommier

Las laringitis agudas del adulto corresponden a una inflamación de la laringe y se manifiestan por cuadros clínicos muy variados, que abarcan desde la laringitis catarral simple a la laringitis supraglótica con riesgo de dificultad respiratoria aguda y compromiso del pronóstico vital. Aunque la etiología infecciosa es, con mucho, la más frecuente, es posible encontrar causas alérgicas, traumáticas o cáusticas, y también pueden ser responsables algunas enfermedades sistémicas. El tratamiento debe ajustarse a la gravedad del cuadro clínico.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Laringitis; Subglótica; Epiglotitis; Aguda; Catarral; Adulto

Plan

■ Introducción	1
■ Laringitis infecciosas	1
Agentes patógenos	1
Cuadros clínicos	2
■ Laringitis no infecciosas	5
Generalidades	5
Laringitis alérgicas	6
Laringitis traumáticas	6
Laringitis por quemaduras	6
Laringitis de las enfermedades generales o sistémicas	7
■ Conclusión	7

■ Introducción

La laringitis aguda del adulto corresponde a una inflamación de la mucosa laríngea, que en la exploración física se manifiesta por edema y eritema local. Esta patología frecuente agrupa diversos cuadros clínicos, de la laringitis catarral simple a la epiglotitis aguda, según la región laríngea afectada. Puede acompañarse de una descompensación respiratoria, en ocasiones de evolución fatal. De etiologías muy variadas, la más frecuente es la infecciosa, pero es preciso conocer y detectar las otras causas (alérgicas, cáusticas, traumáticas, relacionadas con una enfermedad sistémica). Tampoco hay que pasar por alto una patología tumoral subyacente que se manifiesta de forma aguda, sobre todo en un contexto de tabaquismo crónico. El signo clínico principal es la disfonía, que puede acompañarse de disfagia en función de la región laríngea afectada. En este artículo se describen las etiologías principales de las laringitis agudas del adulto, con el apoyo de tres cuadros clínicos correspondientes a los sitios anatómicos de la inflamación laríngea: la laringitis supraglótica o epiglotitis, la laringitis glótica o catarral y la laringitis subglótica.

■ Laringitis infecciosas

Agentes patógenos

Entre las laringitis infecciosas, las infecciones supraglóticas son básicamente de origen bacteriano, mientras que las infecciones glóticas y subglóticas son más a menudo virales.

Bacterias

Entre las laringitis agudas infecciosas de etiología bacteriana prevalecen las infecciones por *Haemophilus influenzae* de tipo b. La vacunación contra este agente ha contribuido de manera significativa a disminuir la incidencia en la población pediátrica [1-3], pero los datos relativos a su eficacia a largo plazo en el adulto vacunado no están formalmente establecidos. Los estudios sobre la incidencia de las epiglotitis en la era posvacunal son discordantes, ya que algunos muestran estabilidad, y otros, un aumento o una disminución de esta incidencia [3-5]. Desde que la vacunación contra *Haemophilus* se ha generalizado en algunos países, han empezado a predominar las bacterias del grupo de los estreptococos [6]. La mayor parte de esta familia está representada por el neumococo, pero también se encuentran infecciones por estreptococo beta hemolítico del grupo A (*pyogenes*) [6]. También se han descrito laringitis por meningococos, sobre todo en pacientes diabéticos, en estos casos con formas a menudo más graves que necesitan una intervención en las vías respiratorias [7-9]. Los gérmenes anaerobios, a pesar de su presencia en las vías aerodigestivas superiores, no son conocidos como causas frecuentes de laringitis, habida cuenta de su carácter poco invasivo en un tejido sano y las dificultades de cultivo e identificación [10]. Sin embargo, se han descrito dos casos de epiglotitis por germen anaerobio complicados con un absceso epiglótico y una fascitis necrosante [11, 12]. Los otros gérmenes encontrados son *Staphylococcus aureus* y *Klebsiella pneumoniae*. Se han descrito agentes más infrecuentes, como *Pseudomonas*

y *Neisseria meningitidis* [6, 7], pero las pruebas bacteriológicas no siempre permiten identificar con precisión el agente patógeno [10, 13, 14].

Virus

Entre las laringitis virales prevalecen las infecciones por adenovirus, rinovirus y los virus de la gripe y parainfluenza. Los virus rara vez se identifican y se buscan más fácilmente en la nariz, punto de partida frecuente del episodio infeccioso laríngeo, sin que su patogenia pueda ser formalmente establecida.

También se han descrito algunas epiglotitis por el virus del herpes simple, así como infecciones por el virus de Epstein-Barr (VEB) [15, 16] o el virus de la parainfluenza, pero es difícil demostrarlo.

Agentes fúngicos

Algunos agentes fúngicos como *Candida albicans* se han observado en formas de epiglotitis [17-19], y también se han descrito algunos casos, incluso fatales, de laringitis por *Aspergillus*, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos [20]. La evolución suele ser subaguda o crónica, pero existen formas fulminantes, casi siempre en un contexto de infección sistémica.

Cuadros clínicos

Laringitis supraglótica o epiglotitis

Es producto de una infección localizada a nivel epiglótico y a veces se extiende a todo el vestíbulo laríngeo, de ahí la preferencia por la denominación de laringitis supraglótica a la de epiglotitis.

Debido a la escasa vascularización de la mucosa epiglótica, cualquier inflamación, irritación o reacción alérgica puede provocar rápidamente congestión vascular y edema local.

Caso clínico histórico

En 1799, después de haber pasado todo el día bajo la nieve, la lluvia y el granizo, Georges Washington, el primer presidente de Estados Unidos, entonces de 67 años de edad, se quejó el día siguiente de un dolor de garganta que se fue intensificando con el paso de las horas. Al tercer día, el sábado 14 de diciembre de 1799, se despertó con fiebre, disfonía y disnea. No podía acostarse ni permanecer sentado más de 30 minutos. A pesar de una mezcla de melaza, vinagre y mantequilla, seguida por gárgaras de vinagre y de té de salvia, y tras varias sangrías con evacuación de más de 2 litros de sangre, el dolor y la dificultad respiratoria se agravaron, sin que se observara ninguna mejoría hasta su fallecimiento entre las 10 y las 11 de la noche del mismo día.

Se trata del caso más conocido de epiglotitis infecciosa y uno de los más antiguos, aun cuando el primer absceso epiglótico habría sido descrito en el siglo XIII [21], y el primer caso de epiglotitis, en 1791 [22].

Epidemiología

La vacunación de los niños contra *H. influenzae* a partir de mediados de la década de 1980 ha hecho caer la incidencia de las epiglotitis en la población pediátrica [7]. De una enfermedad pediátrica en la década de 1960 se ha convertido en una patología del adulto a partir de la década de 1990, sobre todo gracias a la amplia cobertura de vacunación, que en Estados Unidos ha superado el 90% [23]. En países de nuestro entorno se recomienda la vacunación del lactante contra *H. influenzae*, pero no es obligatoria. Sin embargo, desde hace algunos años es incluida en las vacunas obligatorias fabricadas por la mayoría de los laboratorios, junto a las vacunas para la difteria, el tétanos y la poliomielitis, lo que ha contribuido a ampliar la cobertura de vacunación. En numerosos países se recomienda en el adulto, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos o con implantes cocleares [24].

De 2,6/1 en 1980, la relación niño/adulto ha pasado a 0,4/1 en 1990 [25]. Según los estudios, la incidencia en el adulto sigue siendo baja (0,3-3,1/100.000 habitantes). En Europa y Estados Unidos fue estimada en 2/100.000 en 2015 [26]. Al contrario que la laringitis glótica, la forma supraglótica no presenta ninguna variación estacional [7, 27]. Los resultados contradictorios de los estudios hacen difícil determinar si la incidencia ha aumentado en los últimos años. Sin embargo, parece haber un aumento relativo de la incidencia en el adulto. Todavía no se puede atribuir claramente este aumento a la mejora del diagnóstico o a un aumento real del número de casos [28]. Por el momento no hay datos sobre la población adulta vacunada ni se conoce la duración de la inmunidad conferida por la vacuna.

La epiglotitis sería más frecuente en el varón que en la mujer, con una frecuencia máxima en la franja de 40-49 años [7].

Agentes patógenos

El germen responsable rara vez se demuestra en las diversas pruebas bacteriológicas. Entre los agentes citados (cf supra), el más frecuente es *H. influenzae* de tipo b. En cambio, en algunos estudios se ha observado una mayor prevalencia de *Streptococcus pneumoniae* [6], lo que podría tender a revelar un efecto de la vacunación siempre presente en la edad adulta. También se han mencionado otros gérmes, como estreptococos del grupo A, estafilococos dorados, meningococos y *K. pneumoniae*, pero también *Moraxella catarrhalis* o *Serratia marcescens* [29, 30].

Respecto a los agentes virales, se han observado algunos casos producidos por el virus del herpes simple (VHS) o el VEB.

En pacientes inmunodeprimidos se ha encontrado un origen fúngico; en este caso, suele tratarse de infecciones por *C. albicans* o por *Aspergillus fumigatus*.

La prueba de referencia para identificar el agente patógeno es el hemocultivo. También pueden ser útiles la reacción en cadena de la polimerasa (PCR), el análisis de orina (búsqueda de antigenuria para *Haemophilus* o neumococo) y la serología sanguínea.

Semiología clínica

El modo de presentación típico de la enfermedad es una disfagia aguda febril de rápida instauración en un contexto de alteración del estado general. El dolor es desproporcionado a la inflamación faríngea que a menudo lo acompaña. La disfonía con voz gangosa (voz «de patata caliente») suele asociarse a una disnea que puede avanzar hasta la dificultad respiratoria. En la exploración física también se detectan adenopatías cervicales y estasis salival. El paciente se presenta clásicamente en posición sentada e inclinado hacia delante, ya que no soporta estar acostado debido a la imposibilidad de tragar la saliva. En ningún caso hay que forzarlo a acostarse porque podría agravarse la dificultad respiratoria. El paciente refiere dolor y sensación de molestia en la garganta.

La exploración física se efectúa con el paciente en posición sentada para evitar la agravación de la disnea. La palpación anterior del cuello desencadena un dolor intenso, lo que refuerza de inmediato la impresión diagnóstica y hace posible la detección de posibles adenopatías cervicales asociadas. La inspección puede revelar una faringitis asociada, y el examen laringoscópico permite hacer el diagnóstico. La laringoscopia indirecta es posible, pero incómoda para el paciente. En cambio, la nasofibroendoscopia permite observar el edema y la inflamación supraglótica, desde la epiglotis al vestíbulo laríngeo en las formas más extendidas. También permite inspeccionar la cavidad laríngea con vistas a una posible intubación orotraqueal. En las formas producidas por el VHS puede observarse una ulceración o una disminución de la movilidad laríngea [31]. En general, la epiglotitis no se extiende hasta el plano subglótico. Esto se debe a que el epitelio de las cuerdas vocales, más adherente a este nivel

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8798026>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8798026>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)