

# Otorrinolaringología

Tema 20. Patología de la laringe: congénita, inflamatorio/infecciosa aguda (laringitis agudas), parálisis faringolaríngicas



**Carmelo Morales Angulo**

Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas

Este tema se publica bajo Licencia:

[Creative Commons BY-NC-SA 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/)

# Patología congénita

- Sospechar en niños de meses de edad con llanto débil, estridor inspiratorio, episodios de disnea con la ingesta o lloro...
- **Lo más frecuente:** laringomalacia: inmadurez de esqueleto laríngeo (sobre todo epiglotis).

# Laringomalacia

- Afecta sobre todo a la supraglotis.
- Estridor inspiratorio que aumenta con el llanto y en decúbito: <https://www.youtube.com/watch?v=IWmfWFqBg94>
- Disminución progresiva y desaparición antes de los dos años de edad.
- **Dco.**: fibroscopia.

## Vídeo laringomalacia

- Generalmente no precisa tratamiento.

# Otras malformaciones congénitas de interés

- **Parálisis de cuerdas vocales:**

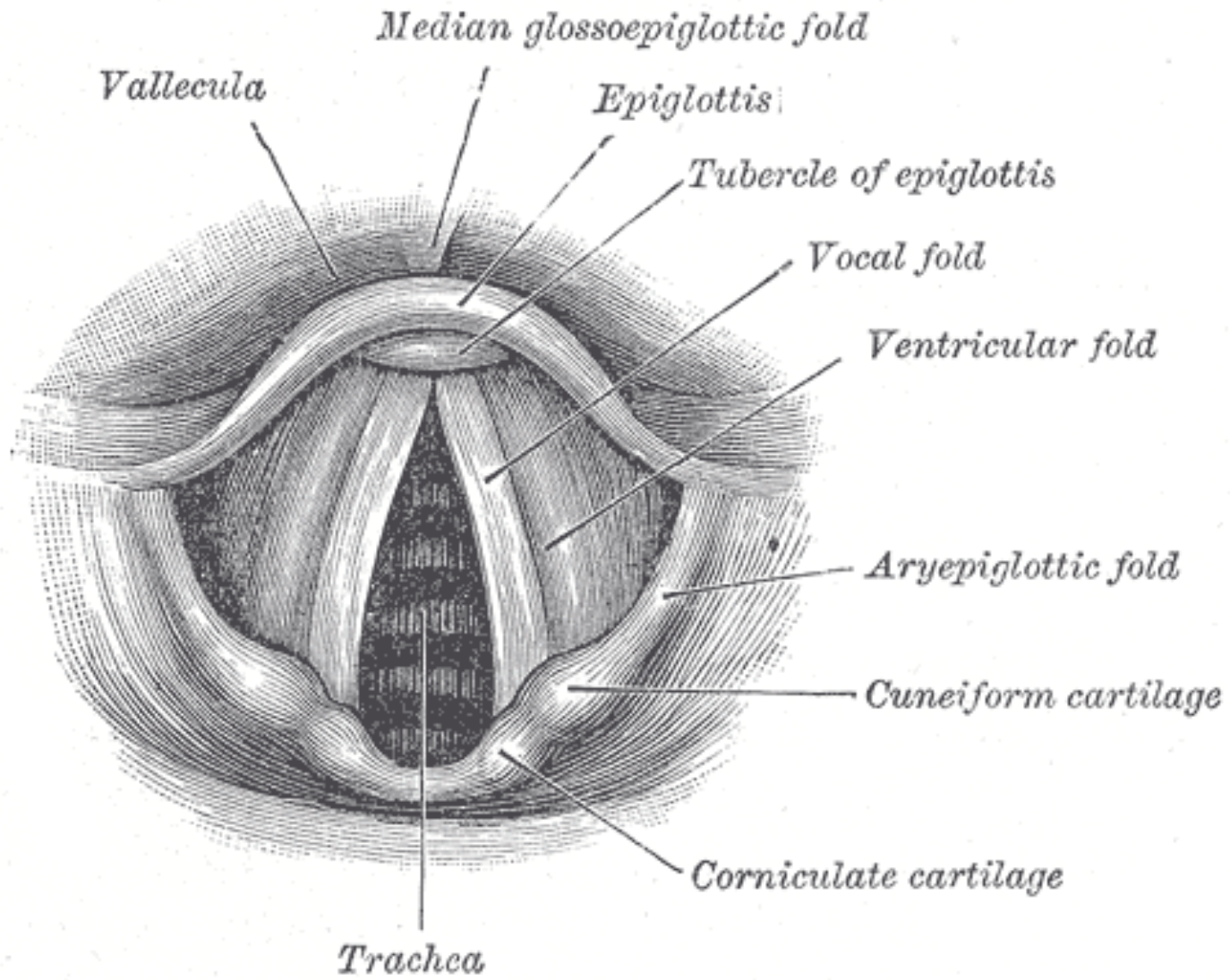
- Unilateral: patología intratorácica..
- Bilateral: neurológicas. Con frecuencia precisan traqueotomía.

<https://www.youtube.com/watch?v=TIwrz18Qs18>

- **Estenosis subglótica congénita.**

# Laringitis

- **Todo proceso inflamatorio de la laringe:**
  - Laringitis agudas: procesos inflamatorios de menos de 2 semanas de evolución.
  - Laringitis crónicas: proceso inflamatorio de meses o años de duración.



# Laringitis aguda

- **En adultos** (tras infección de vías aéreas superiores): disfonía y molestias de garganta que duran unos días. (laringitis catarral).
- **En niños** (mucho más importantes): con frecuencia estridor, e incluso disnea.

# Laringitis agudas

- 1. Laringitis aguda difusa.**
  
- 2. Laringitis supraglóticas o Epiglotitis.**
  
- 3. Laringitis subglóticas o Laringotraqueobronquitis:**
  - 3.1. L. subglótica aguda vírica, crup vírico.
  - 3.2. L. subglótica estridulosa o espasmódica o pseudocrup.
  - 3.3. Laringitis diftérica o crup verdadero.



# 1. Laringitis aguda difusa

- **Es la forma más frecuente**. Afecta a niños y adultos.
- **Etiología**: viral, adenovirus, v. influenza.
- **Clínica**: tras cuadro catarral de vías altas aparece disfonía, malestar y dolor laríngeo, tos seca irritativa. Si tos productiva, sospechar sobreinfección bacteriana. Duración 1 semana.

1. **H. clínica**: disfonía en el contexto de un catarro común.
2. **Expl. larínge**: hiperemia e inflamación de las cuerdas vocales, con vasos longitudinales muy prominentes. Si secreciones mucopurulentas indica infección bacteriana sobreañadida.



# Tratamiento

1. Cuidados de la voz: reposo vocal relativo 2-3 días.
2. No tabaco, no alcohol.
3. Abundante hidratación.
4. Mucolíticos.
5. Vahos con eucalípto.
6. Antitérmicos, analgésicos.
7. Ab. si infec. bacteriana: amoxicilina-ac.clavulánico o macrólidos.

# 1. Laringitis aguda difusa

<b>Edad</b>	Cualquiera	<b>Posición</b>	Indiferente
<b>Etiología</b>	Virus	<b>Estado general</b>	Normal
<b>Inicio</b>	Gradual, tras cuadro vírico	<b>Radiología</b>	--
<b>Fiebre</b>	< 38° C	<b>Endoscopia</b>	Hiperemia, laringe
<b>Tos</b>	--	<b>Monitorización</b>	No
<b>Voz</b>	Disfonía	<b>Tratamiento</b>	Sintomático

## 2. Laringitis supraglóticas o epiglotitis

- Se trata de una infección de origen bacteriano que produce una inflamación de la epiglotis y de los repliegues ari-epiglóticos.
- En niños más frecuentes que en adultos, aunque la incidencia en niños está decreciendo.

# Epiglottitis aguda del adulto

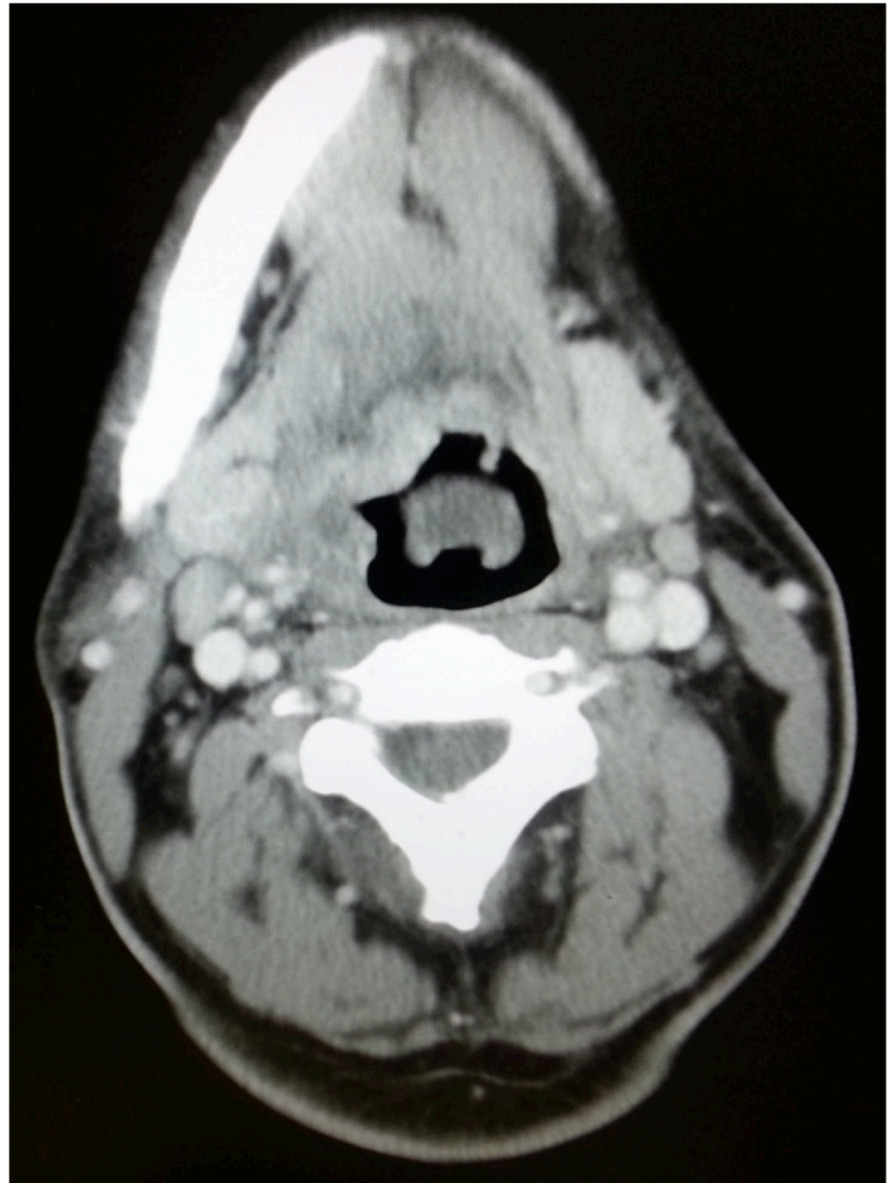
- **Etiología**: *H. influenzae*, *S. pneumoniae* y *S. aureus*.
- **Clínica**: más frecuente en varones (4:1). Disfagia y odinofagia intensa, salivación continua. Fiebre alta. Si avanza aparece disnea y estridor, y voz de «patata caliente». El paciente permanece sentado.

# Diagnóstico

1. H. clínica.
2. Expl. laringe: fibroscopia. Cuidado en niños: puede provocar empeoramiento.
3. Rx lateral de cuello: epiglotitis edematosa.



[Caso clínico Epiglottitis](#)





# Tratamiento

1. **Urgencia hospitalaria**. Ingreso inmediato y observación estrecha del niño. Monitorización.
2. **Ab.**: cefalosporinas de 3<sup>a</sup> generación.
3. **Corticoides i.v.**
4. **Ambiente húmedo y rico en O<sup>2</sup>** (tienda de oxígeno).
5. **Abundante hidratación**: sueros.
6. **Mascarilla con adrenalina**.
7. **Si insuficiencia respiratoria**: intubación orotraqueal. En el niño debe evitarse la traqueotomía (estenosis traqueales).

## 2. Epiglotitis en el niño

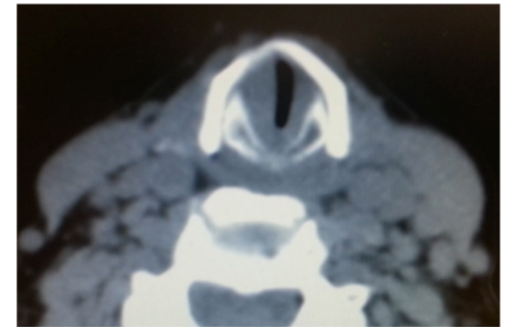
<b>Edad</b>	3 - 6 años	<b>Posición</b>	Sentado, salivación
<b>Etiología</b>	H. Influenzae	<b>Estado general</b>	Afect. importante
<b>Inicio</b>	Rápido	<b>Radiología lateral cuello</b>	«Signo pulgar»
<b>Fiebre</b>	> 39° C	<b>Endoscopia</b>	Epiglotis roja, tumefacta
<b>Tos</b>	No	<b>Monitorización</b>	Sí
<b>Voz</b>	«Patata caliente»	<b>Tratamiento</b>	Ab, intubación

## 3.1. Laringotraqueobronquitis o L. subglótica aguda vírica, crup vírico

- Es la inflamación edematosa de la región subglótica.
- **En niños menores de 6 años.** La subglotis del niño tiene gran grosor de la mucosa, laxitud de los tejidos y menor luz.
- **Etiología:** virus, v. parainfluenza. Mayor incidencia en otoño-invierno.

- **Clínica:**

- Inicio como catarro común, estridor inspiratorio, disnea creciente y tos seca perruna (crup).  
Disfonía o voz normal.



- **Diagnóstico:**

1. H. clínica.
2. Rx A-P cuello: estrechamiento subglótico con la imagen en «punta de lápiz».
3. Endoscopia: edema subglótico en «almohadilla».

[Caso New England](#)

# Tratamiento

1. Monitorización: valorar la vía aérea.
2. Oxigenoterapia.
3. Humidificación ambiental: aerosoles con suero fisiológico.
4. Corticoides nebulizados.
5. Adrenalina en aerosol, si mayor obstrucción.
6. Intubación ocasional.

# 3.1. Laringitis subglótica aguda vírica

<b>Edad</b>	< 6 años	<b>Posición</b>	Indiferente
<b>Etiología</b>	Virus	<b>Estado general</b>	Afect. leve
<b>Inicio</b>	Gradual tras c. vírico	<b>Radiología A-P cuello</b>	«Punta de lápiz» subglótico
<b>Fiebre</b>	< 38° C	<b>Endoscopia</b>	Edema en «almohadilla»
<b>Tos</b>	Sí CRUP	<b>Monitorización</b>	Sí
<b>Voz</b>	Normal o disfonía	<b>Tratamiento</b>	Intubación ocasional

## 3.2. Laringitis espasmódica pseudocrup

- **Etiología:** desconocida.
  
- **Clínica:**
  - En niños menores de 3 años.
  - Cuadro alarmante pero no grave.
  - Inicio brusco durante la noche de crisis repetidas y pasajeras de estridor, escasa disnea y tos seca perruna.
  - Sin fiebre.

- **Diagnóstico:**

- Clínic.

- **Tratamiento:**

1. Ambiente muy húmedo (abrir ducha con agua caliente y que se acumule mucho vaho).
2. Calmar y tranquilizar a los padres.



## 3.2. L. espasmódica-pseudocrup

<b>Edad</b>	1 - 4 años	<b>Posición</b>	Indiferente
<b>Etiología</b>	Desconocida	<b>Estado general</b>	Normal
<b>Inicio</b>	Súbito, nocturno	<b>Radiología A-P cuello</b>	No precisa
<b>Fiebre</b>	No	<b>Endoscopia</b>	No precisa
<b>Tos</b>	Sí CRUP	<b>Monitorización</b>	No
<b>Voz</b>	Normal o disfonía	<b>Tratamiento</b>	Aire húmedo

## 3.3. Laringitis diftérica o crup verdadero

- **Muy rara actualmente en nuestro medio.**
- **Etiología:** *Corynebacterim diphtheriae*.
- Disfonía, tos perruna y disnea con estridor.  
Amigdalitis con placas adherentes que sangran al desprenderlas.

[Caso clínico New England](#)

# Tratamiento

1. **Ingreso hospitalario.** Monitorización saturación O<sup>2</sup>.
2. **Ab.:** penicilina.
3. Corticoides i.v.
4. Antitoxina.
5. Abundante hidratación.
6. Habitación con aire húmedo.
7. Intubación orotraqueal o traqueo si deterioro grave.

# PARÁLISIS FARINGO-LARÍNGEAS

# Inervacion de la laringe

- **X par o nervio vago.**
- **Inervación motora:**
  - Nervio laríngeo superior (rama externa): músculo cricotiroideo.
  - N. laríngeo inferior o recurrente: resto de músculos.
- **Inervación sensitiva:** rama interna del nervio laríngeo superior (encima de cuerdas vocales), nervio recurrente (por debajo de cv).

# Parálisis centrales

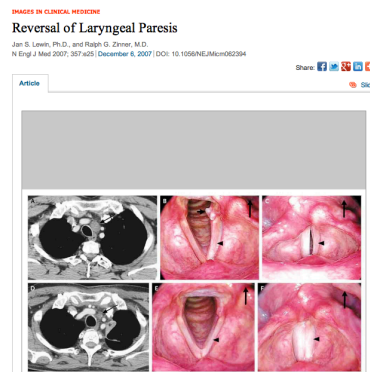
- **Parálisis supra o pseudobulbares (ACVA).**
- **Otras enfermedades con trastornos motilidad laríngea:**  
parkinson, Shy-Drager, enfermedades cerebelosas...

# Parálisis periféricas

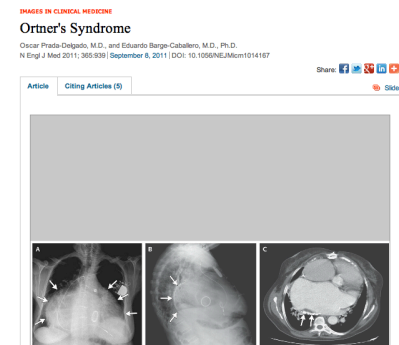
- Mucho más frecuentes.
- **Cirugía tiroidea**: la causa más frecuente de parálisis del nervio laríngeo superior y del inferior o recurrente.

# Parálisis de nervio recurrente

- Cirugía tiroidea y tumores cervicales.
- Compresión tumoral (tiroides, laringo-faringe...).
- En el caso del izquierdo: hipertrofia aurícula izquierda, cirugía cardíaca/pulmonar, cáncer de pulmón...
- Idiopática.



Parálisis recurrencial secundaria  
cáncer de pulmón



Síndrome de Ortner



# Parálisis de nervio recurrente

- **Clínica**: disfonía, a veces, atragantamiento, o ligera disnea con el esfuerzo.
- **Fibroscopia**: parálisis de cuerda vocal unilateral o bilateral.

# Tratamiento

- Causal.
- Rehabilitación.
- Si no hay mejoría vocal: inyección grasa, hidroxiapatita o tiroplastia.
- Si es bilateral: traqueotomía con frecuencia y posteriormente cordotomía posterior.

# Parálisis de nervio laríngeo superior

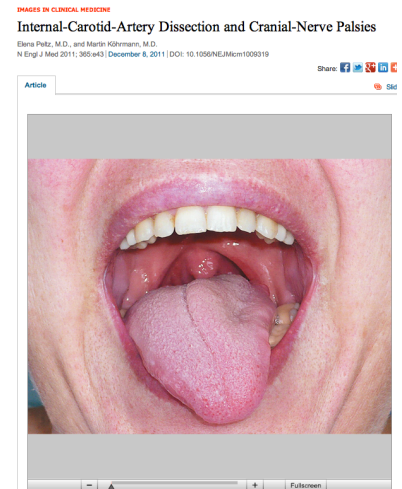
- Difícil diagnóstico.
- Sobre todo tras cirugía tiroidea.
- Atragantamiento al comer, sobre todo si es bilateral. Fatiga vocal.
- Cuerdas con motilidad normal.
- No se trata.

# Lesiones del tronco del vago

- Tumores de base de cráneo (carcinoma de nasofaringe, glomus...).
- Cirugía base cráneo.
- Cirugía cervical: por ejemplo, extirpación de neurinoma del vago.

- Parálisis de cuerda vocal.
- Disfonía y atragantamiento por aspiración.
- Si es por lesión de base de cráneo, por ejemplo, agujero rasgado posterior, puede cursar con parálisis de otros pares.

## Caso clínico Disección Carotídea



# Parálisis bilateral de cuerdas vocales



[https://www.youtube.com/watch?v=\\_SZ6R91uC4o](https://www.youtube.com/watch?v=_SZ6R91uC4o)

- **Diagnóstico**: nasofibroscofia flexible.
- Pruebas de imagen dependiendo de la sospecha (TC o RM).
- **Tratamiento**: rehabilitación o cirugía.

# Disfonía espasmódica

- Neurológico.
- Etiología desconocida.
- «Tartamudeo glótico».
- **Tratamiento**: infiltración de cuerdas vocales con toxina botulínica (repetir cada 3-9 meses).