

Curso básico

## El farmacéutico ante las afecciones comunes de las vías respiratorias superiores

**AUTORA Y DIRECTORA: DRA. ADELA-EMILIA GÓMEZ AYALA**

Doctora en Farmacia. Máster en Atención Farmacéutica Comunitaria.



### Objetivos generales

Las infecciones y los procesos patológicos que afectan al tracto respiratorio superior generan un gran volumen de consultas, indicaciones y dispensaciones en el mostrador de la oficina de farmacia. Este curso pretende actualizar los conocimientos del farmacéutico para que pueda hacer frente a estos actos profesionales en las mejores condiciones.

### Objetivos específicos

Tras el seguimiento de este curso el alumno debería ser capaz de:

- Describir la epidemiología, la clínica, las vías de transmisión, los factores de riesgo y los métodos diagnósticos de los siguientes procesos patológicos: resfriado común, rinitis alérgica y vasomotora, faringitis, laringitis, sinusitis, amigdalitis y gripe.
- Identificar los datos de farmacología clínica más relevantes de los medicamentos disponibles para el tratamiento sintomatológico o etiológico de los procesos descritos.
- Identificar nuevos lanzamientos presentes en el mercado de la oficina de farmacia en el ámbito trabajado, tanto en el terreno de la farmacoterapia de prescripción médica, como en la de indicación farmacéutica y en la parafarmacia.

- Seleccionar la información que debe trasladar al paciente afectado de alguna de las condiciones descritas como parte de su labor de educación sanitaria (prevención, estilos de vida, dosificación y posología de fármacos, efectos adversos, interacciones medicamentosas o medicamento-alimento, uso racional de medicamentos, etc.).

### Metodología

El curso se articula en 6 temas, que se publican en los 6 números de FARMACIA PROFESIONAL que aparecerán en 2010, también en su versión electrónica en [www.dfarmacia.com](http://www.dfarmacia.com). La inscripción es gratuita para todos los suscriptores.

### Evaluación

Para realizar los test de autoevaluación de cada tema (diez preguntas con respuesta múltiple) es necesario registrarse y acceder a: [www.dfarmacia.com](http://www.dfarmacia.com). El alumno recibirá la calificación de apto o no apto de forma automática, tras la realización del test correspondiente a cada tema. Al final del curso se dará acceso a las respuestas correctas razonadas y el alumno apto podrá descargarse el diploma correspondiente.

### Sumario

Tema 1. Catarro común.  
Tema 2. Rinitis alérgica y vasomotora.  
Tema 3. Faringitis y laringitis.

Tema 4. Sinusitis.  
Tema 5. Amigdalitis.  
Tema 6. Gripe.



## Tema 3

### Faringitis y laringitis

La faringitis y la laringitis son dos afecciones de las vías respiratorias altas muy frecuentes, sobre todo en los meses más fríos del año. Si bien ambas suelen ser de carácter leve y autolimitado, conviene revisar y actualizar los conocimientos sobre su clínica, diagnóstico y tratamiento, con vistas a dar una respuesta adecuada a las numerosas consultas que sobre dichas afecciones llegan a la farmacia.

**F**aringitis y laringitis serán abordadas, en este tercer tema del curso, por separado, no sin antes efectuar una breve revisión de la anatomía de la zona.

#### **Faringe**

La faringe es el conducto irregular musculomembranoso, situado entre la boca

y la porción posterior de las fosas nasales y el esófago, con el que continúa (fig. 1). A nivel descriptivo, la faringe se divide en tres regiones: nasofaringe, mesofaringe e hipofaringe.

La pared faríngea es de naturaleza muscular. Está tapizada interiormente por una capa de tejido mucoso, cubierto en la parte superior por un epitelio de tipo respiratorio cilíndrico ciliado,

mientras que en la mesofaringe y en la hipofaringe se halla cubierto por un epitelio de tipo digestivo escamoso estratificado.

En la faringe existen diferentes formaciones linfoides, que resultan básicas para hacer frente a posibles infecciones de naturaleza bacteriana o vírica. Dichas formaciones linfoides pueden encontrarse de forma agrupada, constituyen-

do las amígdalas, o bien distribuidas en pequeños acúmulos por toda la mucosa faríngea, formando los denominados folículos linfoides.

En la nasofaringe se sitúan la amígdala faríngea, también conocida como adenoides o vegetaciones, y las amígdalas tubáricas. En la orofaringe (también llamada nasofaringe) se encuentran las amígdalas palatinas (comúnmente llamadas amígdalas o anginas), así como la amígdala lingual.

Las formaciones linfoides que se acaban de mencionar resultan fundamentales durante los primeros años de vida, período este en el que aún no se ha completado la maduración del sistema inmunitario.

## Laringe

La laringe es un órgano único (fig. 1), situado en el cuello por delante de la faringe y por encima de la tráquea. Es el órgano fonador por excelencia.

Su estructura es la de un esqueleto cartilaginoso unido entre sí y a los órganos vecinos mediante un complicado sistema musculoligamentoso. A lo largo de su estructura se distinguen tres porciones: epiglotis (cercana a la orofaringe), glotis (contiene las cuerdas vocales) y subglotis (limita con la tráquea).

El interior de la laringe está cubierto por una mucosa respiratoria, que varía de una zona a otra.

Fisiológicamente, la laringe interviene en procesos muy importantes, entre los que se incluye la respiración, la fonación o la deglución.

## Faringitis

El término faringitis alude a la inflamación, aguda o crónica, de la mucosa faríngea. Este término es utilizado muy frecuentemente, sobre todo en atención primaria pediátrica, ya que se engloban aquí, en numerosas ocasiones, procesos cuyo diagnóstico más certero sería el de

resfriado común; en estos casos, el diagnóstico de faringitis obedece simplemente a la visualización de una faringe congestiva.

En realidad, el término faringitis debería usarse únicamente para hacer referencia a una infección primaria circunscrita a la faringe, infección esta que puede ser de origen viral o bacteriano. No se considera una faringitis la hiperemia faríngea que tiene lugar en el contexto de un proceso catarral vírico que afecta a las vías altas.

Es muy común distinguir entre faringitis aguda (de origen vírico o bacteriano) y faringitis crónica (de origen inflamatorio, irritativo o alérgico).

## Epidemiología

La faringitis aguda de origen viral tiene una incidencia superior en la estación fría, instaurándose generalmente de forma gradual. Por el contrario, la faringitis aguda bacteriana puede presentarse en cualquier época del año, apareciendo frecuentemente en forma de pequeñas epidemias; es característica su brusca instauración. Este tipo de faringitis es más común en niños. La faringitis vírica afecta por igual a adultos y a niños.

## Etiopatogénesis

La faringitis de origen viral es mucho más habitual que el bacteriano. Los posibles agentes etiológicos de la faringitis representan un grupo sumamente amplio:

- Virus.
- Bacterias.
- Traumas: cuerpos extraños, quemaduras, daños faríngeos.
- Inhalantes irritantes: humo, vapor, alérgenos.

Aproximadamente el 70% de las faringitis agudas son de origen viral, siendo los virus más habituales el rinovirus, el virus *Influenzae* y el virus de Epstein-Barr, causante este último también de la mononucleosis infecciosa.

Las faringitis bacterianas son debidas fundamentalmente al estreptococo  $\beta$ -hemolítico del grupo A (*Streptococcus*

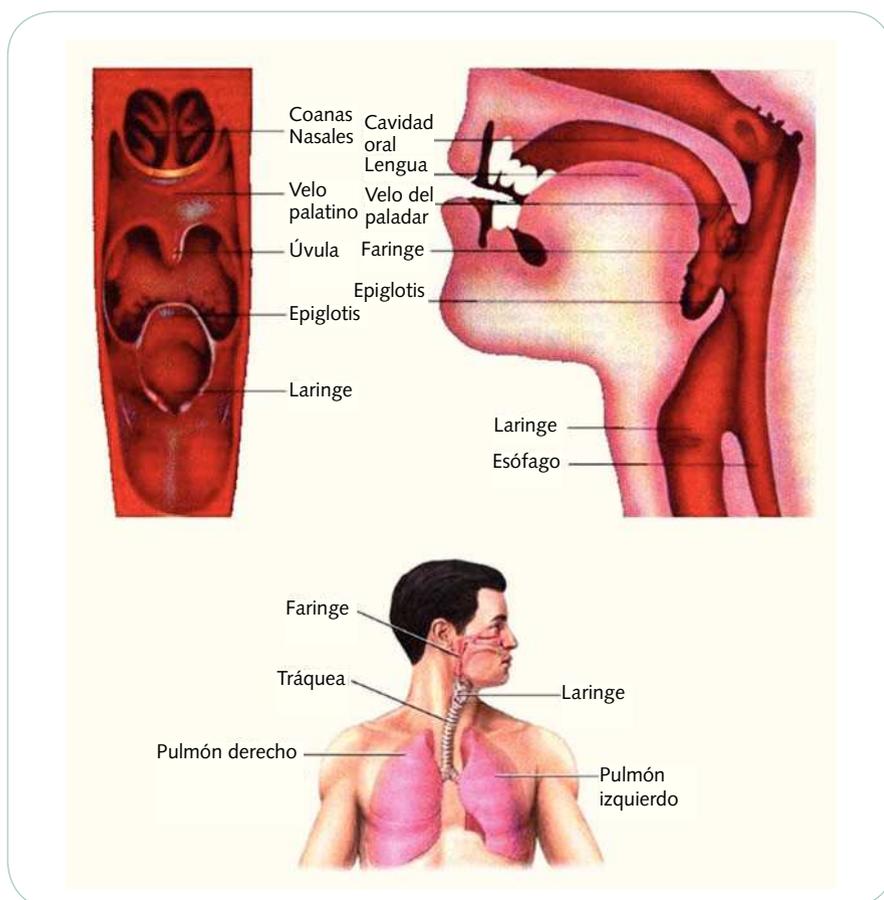


Fig. 1. Anatomía de la laringe y la faringe

## El diagnóstico de la faringitis es fundamentalmente clínico y se basa en una correcta anamnesis y exploración física

pyogenes). Este factor etiológico es especialmente común en niños. No obstante, y fundamentalmente en adultos, también pueden encontrarse otros agentes bacterianos como *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Arcanobacterium hemolyticum*, *Staphylococcus aureus* y *Neisseria gonorrhoea*.

En la faringitis crónica, el agente causante de la inflamación no suele ser un agente infeccioso (virus o bacterias), sino que su origen hay que buscarlo en otros factores causales:

- **Irritantes:** polvo, agentes químicos presentes en el medio laboral, aire acondicionado.
- **Abuso de sustancias:** consumo excesivo de alcohol y/o tabaco.
- **Vegetaciones, sinusitis o desviaciones** del tabique nasal que comportan una respiración bucal.
- **Hormonas:** menopausia, hipotiroidismo.
- **Enfermedades crónicas:** diabetes y alergias respiratorias.
- **Vasoconstrictores nasales** usados en exceso.

A nivel pediátrico (niños y adolescentes), la faringitis suele coincidir con un agrandamiento de la amígdala faríngea o vegetaciones.

En lo referente a la patogenénesis, la entrada de microorganismos en la mucosa faríngea conlleva una respuesta del sistema inmunitario que ocasiona la inflamación; ésta sería la etiopatogénesis propia de la faringitis aguda, cuyo mecanismo de contagio es directo a través de las secreciones nasales o salivares. En estas circunstancias, el hacinamiento favorece la extensión del contagio, a la vez que se produce un aumento de la virulencia por un proceso de selección natural.

En el caso de la faringitis bacteriana y, especialmente en aquella cuyo agente etiológico es el estreptococo  $\beta$ -hemolítico grupo A, éste coloniza habitualmente la faringe de los individuos sanos, habiéndose estimado que un 20% de los niños son portadores asintomáticos. Si la infección no se trata, el germen puede permanecer en la región orofarín-

gea durante semanas, si bien su número y su virulencia van disminuyendo; por tanto, los portadores sanos así como los convalecientes tienen escasa capacidad infectiva hacia sus contactos estrechos.

La faringitis crónica, en algunos casos, es el resultado de una infección persistente, aunque también puede aparecer en personas con una predisposición genética o en sujetos con alguna afección que comporte una inmunodeficiencia.

### Clínica y complicaciones

La faringitis aguda cursa con una clínica diferente en función de si se trata de una afección vírica o de una faringitis bacteriana.

La faringitis vírica se instaura de forma gradual, tiene un período de incubación que oscila entre 1 y 3 días y afecta a cualquier grupo etario. Suele cursar con fiebre moderada, que rara vez supera los 38 °C, y dolor faríngeo, que si bien es poco intenso, dificulta la deglución. Los síntomas iniciales incluyen la fatiga y los escalofríos, a los que sigue sequedad de garganta, que más tarde se transforma en el citado dolor faríngeo. Otros signos y síntomas que también pueden aparecer son los siguientes: tos irritativa de intensidad variable y pequeñas adenopatías; habitualmente, el estado general se ve poco afectado. La duración del cuadro oscila entre 3 y 6 días, siendo, en general, un proceso de carácter autolimitado.

La faringitis bacteriana suele deberse en la mayoría de los casos al estreptococo  $\beta$ -hemolítico de tipo A, germen que también origina otros cuadros sintomáticos: escarlatina, celulitis e impétigo. La clínica de la faringitis estreptocócica se caracteriza por una brusca instauración, con fiebre elevada que supera los 38 °C y puede llegar hasta los 40 °C; el dolor faríngeo es bastante intenso y puede preceder a la fiebre, así como a la aparición de signos inflamatorios faríngeos. Es característica la postración del enfermo, que puede presentar también cefalea, náuseas, vómitos y dolor abdominal. La hiperemia faríngea suele ir acompañada

de placas de color blanco-amarillento que se sitúan en la pared posterior de la faringe y en los ganglios inflamados.

En la faringitis no infecciosa, la irritación de la faringe puede estimular la tos, estableciéndose un círculo vicioso: tos irritante-inflamación/irritación de la faringe. Es fundamental observar si la tos es irritativa o productiva, ya que en el primer caso deberá suprimirse, mientras que en el segundo su supresión puede provocar la extensión de la infección respiratoria.

Si no se instaura un tratamiento adecuado, la faringitis puede dar lugar a diferentes complicaciones: otitis media, mastoiditis, laringotraqueitis, sinusitis aguda, abscesos retrofaríngeos, y más raramente, fiebre reumática.

### Diagnóstico

El diagnóstico de la faringitis es fundamentalmente clínico, siendo las claves principales el interrogatorio del enfermo, así como su exploración física.

Sin embargo, es básico distinguir entre una faringitis vírica y una faringitis bacteriana. A nivel clínico, las principales diferencias entre un cuadro y otro ya han sido mencionadas con antelación. La realidad, no obstante, es que la diferenciación entre un proceso y otro es compleja, aun para un profesional experimentado.

Idealmente, el diagnóstico debería basarse en técnicas de detección rápida de antígeno estreptocócico, o bien, en su defecto, en cultivo de frotis sanguíneo; este último, a pesar de sus limitaciones (demora en los resultados e incapacidad para distinguir entre infección aguda y portador asintomático), continúa siendo el patrón oro.

En la actualidad, cuando la clínica no ofrece resultados concluyentes se aconseja el empleo de pruebas antigénicas rápidas, cuya sensibilidad y especificidad son superiores al 90%.

Las técnicas radiológicas también pueden ser útiles para ver diferentes estructuras anatómicas de la faringe.

Ante un paciente con sospecha de faringitis, se consideran criterios de derivación al médico, los siguientes:

- Intenso dolor de garganta que no se resuelve en varios días.

- Fiebre alta (> 38,5 °C).
- Ganglios linfáticos del cuello inflamados.
- Dificultad respiratoria.
- Erupción cutánea con aumento del enrojecimiento de los pliegues cutáneos (niños pequeños).
- Babeo excesivo (lactante).
- Pus en la pared posterior de la faringe.

Por último, deberá efectuarse un diagnóstico diferencial con los siguientes cuadros: resfriado, gripe, gastroenteritis vírica, bronquitis, neumonía y candidiasis orofaríngea, fundamentalmente.

### Abordaje terapéutico

Al plantear el abordaje terapéutico de la faringitis, hay que distinguir dos grandes grupos farmacológicos:

- Fármacos destinados a aliviar la sintomatología propia de la faringitis: analgésicos, AINE, antiérmicos (tratamiento sintomático).
- Fármacos destinados a combatir el origen de la faringitis: antiinfecciosos (tratamiento etiológico).

### Tratamiento sintomático

Los medicamentos incluidos en este grupo van destinados a aliviar el cortejo sintomático de la faringitis (inflamación, fiebre, algias diversas y malestar general). Se incluyen aquí los siguientes grupos farmacológicos:

- Analgésicos-antipiréticos.
- AINE.
- Anestésicos locales.
- Antisépticos bucofaríngeos.
- Descongestionantes y demulcentes.

Algunos de estos fármacos se administran por vía sistémica (analgésicos, AINE...), mientras que otros se hacen llegar al enfermo por vía tópica (antisépticos bucofaríngeos, anestésicos locales, etc.). En este último caso, puede recurrirse a las diversas formas farmacéuticas existentes en el mercado: gargarismos, colutorios, aerosoles, comprimidos, pastillas y tabletas de disolución en la boca.

Tabla I. Novedades terapéuticas en el ámbito de la faringitis y la laringitis\*

Especialidad/producto	Laboratorio	Características
<b>Redoxvita Protect</b>	Bayer Healthcare	Polivitamínico en comprimidos que ayuda a reforzar el sistema inmunitario, lo que conlleva una mayor resistencia a la hora de desarrollar procesos infecciosos.
<b>Dermogenol</b>	Stada	Gel hidroalcohólico que permite una higiene de manos eficaz, sin necesidad de agua. Adecuado para pacientes o cuidadores que atienden a sujetos que presentan un proceso infeccioso (entre ellos una faringitis o una laringitis de origen infeccioso), con objeto de prevenir el contagio.
<b>Nutridriver Protección Natural</b>	Esteve	Complemento nutricional que contiene siete micronutrientes y además ha sido enriquecido con <i>Lactobacillus casei</i> . Está indicado para mejorar las defensas, por lo que es especialmente útil para la prevención de procesos infecciosos en niños y en ancianos.
<b>Munostim</b>	DHU	Medicamento homeopático indicado para fortalecer las defensas y como coadyuvante en el tratamiento de las infecciones agudas. Sus principales destinatarios son los niños pequeños.
<b>Magne control</b>	Physcience	Este producto aporta en una sola toma diaria el 100% de CDR de magnesio, un mineral fundamental para el buen funcionamiento neuromuscular y la buena transmisión del impulso nervioso, cuya deficiencia produce estados de fatiga y otras alteraciones que pueden mermar la funcionalidad del sistema inmunitario, haciendo a la persona afecta más susceptible al desarrollo de enfermedades de índole infeccioso, entre ellas la laringitis y la faringitis.
<b>Aspirina granulado 500 mg</b>	Bayer Healthcare	Este preparado ofrece un efecto analgésico rápido y eficaz, ya que gracias a sus microgránulos se disuelve directamente en la boca, sin necesidad de agua. A diferencia de la <i>Aspirina</i> tradicional, dicho preparado se absorbe un 35% más rápido, manteniendo la eficacia y seguridad archiconocida del ácido acetilsalicílico.
<b>Amoxicilina Kern Pharma</b>	Kern Pharma	Nueva presentación de amoxicilina, entre cuyas indicaciones se incluyen las infecciones que afectan a la región ORL.
<b>Levotuss gotas</b>	Rottapharm	Compuesto formulado a base de levodropropicina, un antitusígeno de prescripción médica, especialmente diseñado para uso pediátrico, ya que su cómoda posología facilita la administración en niños pequeños; su acción exclusivamente periférica, le permite minimizar efectos adversos habituales en los antitusígenos, tales como estreñimiento y somnolencia.

\*Listado con carácter ilustrativo, no exhaustivo.

### Tratamiento etiológico

Este tratamiento se basa en el empleo de antibióticos, únicamente justificados en la faringitis bacteriana, ocasionada mayoritariamente por *Streptococcus pyogenes*.

Los objetivos de dicho tratamiento son los siguientes:

- Reducir la duración y la intensidad de la clínica.

- Limitar la contagiosidad (ésta desaparece a las 24 h de iniciar el tratamiento).
- Prevenir las complicaciones supurativas locales, así como la fiebre reumática.

Actualmente, se admite que la penicilina es el antibiótico de elección en el tratamiento de la faringitis estreptocócica; para prevenir la fiebre reumática es suficiente con iniciar el tratamiento du-

rante los 10 primeros días de iniciado el proceso. La tabla I refleja la pauta de tratamiento de la faringitis estreptocócica propuesta en el *Documento de Consenso de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas y de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria*<sup>2</sup>.

El tratamiento antibiótico debe durar 10 días para asegurarse la erradicación del estreptococo  $\beta$ -hemolítico.

## Educación sanitaria

Algunas medidas útiles para prevenir la faringitis son el lavado frecuente de manos y la evitación del contacto con personas infectadas, así como los irritantes como el polvo, el aire acondicionado seco y ciertas sustancias químicas (faringitis crónica), empleo del humidificador y supresión de tabaco y alcohol. Por último, cabe señalar la importancia de utilizar correctamente los vasoconstrictores nasales de uso tópico. Si a pesar de las medidas preventivas aparece la faringitis, es conveniente poner en práctica las siguientes recomendaciones de cuidado general:

- Realizar gargarismos de agua tibia con sal.
- Abrigar bien el cuello para mantenerlo caliente.
- Aumentar la humedad ambiental mediante un humidificador.
- Tomar leche caliente o té con limón.
- Consumir caramelos de miel o eucalipto.

Finalmente, no está de más mencionar los errores más habituales que suelen cometerse con relación a esta afección, con el fin, obviamente, de evitarlos: es muy común creer que todas las faringitis tienen un origen bacteriano, lo que conduce a un uso indiscriminado de antibióticos, y en no pocos casos, se olvida la necesaria hidratación del paciente.

## Laringitis

El término laringitis engloba un conjunto de procesos producidos por inflamación de la laringe, de causa generalmente infecciosa y/o irritativa.

Generalmente las laringitis se clasifican en agudas y crónicas. Entre las

primeras se incluyen la laringitis aguda catarral (crup viral), la epiglotitis aguda, la laringotraqueítis aguda bacteriana, el crup espasmódico, la difteria, la laringitis aguda edematosa, la laringitis aguda flemonosa y la pericondritis laríngea. En el segundo grupo se incluye el edema de Reinke, la laringitis crónica inespecífica, la laringitis atrófica, la tuberculosis laríngea, la sífilis laríngea, la sarcoidosis laríngea y la micosis laríngea.

## Epidemiología

Desde la perspectiva epidemiológica, conviene distinguir entre la laringitis del niño y la del adulto.

En la edad pediátrica los cuadros más habituales son la epiglotitis aguda, el crup viral y la laringotraqueítis aguda. Por el contrario, en la edad adulta, las manifestaciones más frecuentes son la laringitis vírica y la supraglotitis; afectaciones laríngeas de origen tuberculoso, sífilítico o lepromatoso son actualmente muy infrecuentes. En general, la laringitis suele ser más habitual en el niño; a ello se une su mayor gravedad, consecuencia del menor tamaño de la vía aérea.

## Etiopatogenia

Los principales agentes etiológicos de la laringitis pueden clasificarse en cuatro grandes grupos:

- **Infeccioso:** en los cuadros infecciosos predomina el origen viral, y en concreto el virus *Parainfluenzae*, aunque también pueden intervenir los adenovirus y los enterovirus. No obstante, las bacterias también pueden causar estos cuadros, siendo los principales agentes implicados *Haemophilus influenzae* tipo B, *Mycoplasma pneumoniae*, estreptococos y estafilococos.
- **Mecánico:** cuerpos extraños y compresiones extrínsecas.
- **Químico:** cáusticos, gases tóxicos y regurgitaciones repetidas.
- **Alérgico:** fármacos y alimentos.

En los cuadros de origen infeccioso, la infección se produce por contacto de persona a persona, o por secreciones infectadas.

En lo referente a la patogenia, es característico el edema de la mucosa y de la submucosa que afecta a la porción subglótica de la vía aérea; a esto hay que unir una mayor producción de secreciones, que a su vez son más espesas, todo lo cual se traduce en un descenso de la luz traqueal. Inicialmente, esta obstrucción de la vía aérea se compensa con una taquipnea, aunque si dicha obstrucción continúa aumentando, el trabajo respiratorio se hace cada vez mayor, pudiendo generar una insuficiencia respiratoria con la consiguiente hipercapnia e hipoxemia.

## Clínica y complicaciones

Los principales síntomas que aparecen en este proceso son los siguientes: alteraciones de la voz (disfonía y afonía), disnea, tos (seca o productiva), dolor laríngeo, disfagia, odinofagia y estridor respiratorio.

En el adulto, la laringitis suele ser un cuadro autolimitado; sin embargo, en el niño es habitual que tras un período de 24 a 72 h en el cual existen síntomas catarrales, aparezca de forma más o menos brusca, y frecuentemente por la noche, una tríada típica, la tríada del crup, que incluye tos perruna, afonía y estridor de predominio inspiratorio. En esta situación, la agitación y el llanto del niño agravan el cuadro, así como la posición horizontal del paciente: es mejor que éste se halle sentado o de pie.

Una de las principales características del crup es su evolución fluctuante, de forma que el niño afectado puede mejorar o empeorar en cuestión de una hora. Este cuadro generalmente suele ser leve, aunque en determinadas circunstancias puede llegar a revestir gravedad.

Entre las posibles complicaciones de la laringitis conviene destacar que este proceso puede asociarse a otras enfermedades tales como bronquitis, neumonía, tos ferina, gripe, sarampión y difteria.

## Diagnóstico

El diagnóstico de la laringitis es fundamentalmente clínico y está basado, por tanto, en la anamnesis y en la exploración física detallada, no siendo necesari-

rios generalmente los estudios complementarios. Los estudios de laboratorio, y en concreto, el hemograma, no suele ofrecer alteraciones significativas. En los cuadros de origen infeccioso, la identificación del virus o bacteria causante del cuadro no acostumbra realizarse de forma rutinaria, salvo en estudios de tipo epidemiológico.

En lo referente al diagnóstico diferencial, la laringitis infecciosa debe

distinguirse de procesos tales como epiglotitis, faringitis aguda, mononucleosis, absceso retrofaríngeo o retroamigdalino, laringotraqueítis aguda y traqueítis bacteriana; en los casos de laringitis no infecciosa, el diagnóstico diferencial debe realizarse frente a ingestión de cáusticos, cuerpos extraños, edema angioneurótico, traumatismo cervical, neoplasias, anillos vasculares, tumor mediastínico, inhalación de

tóxicos y estenosis traqueal congénita o adquirida.

### Abordaje terapéutico

Desde la perspectiva terapéutica, la laringitis suele ser un proceso benigno que en la mayoría de los casos no requiere la adopción de medidas farmacológicas; no obstante, en ciertos pacientes la far-

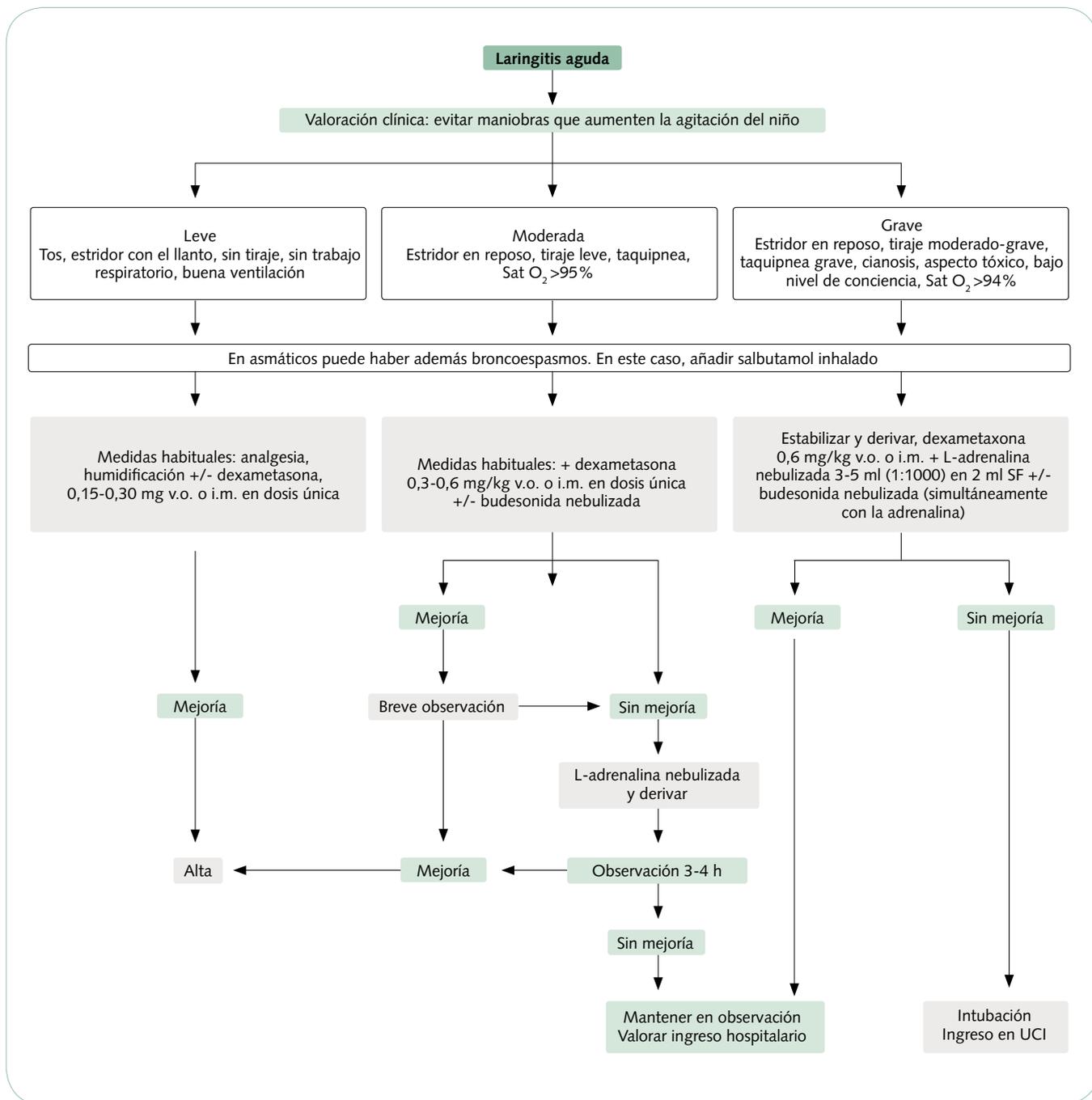


Fig. 2. Algoritmo terapéutico en la laringitis aguda<sup>3</sup>

macoterapia puede ser útil; finalmente, la necesidad de utilizar opciones terapéuticas más agresivas se plantea como una posibilidad muy excepcional.

Los principales fármacos empleados en este cuadro son los siguientes:

- Adrenalina.
- Corticoides.
- Antitusígenos.
- Otros fármacos.

La adrenalina nebulizada ha demostrado ser eficaz en los casos de laringitis aguda moderados y graves. Su uso no está justificado cuando el paciente no presenta distrés respiratorio.

El empleo de corticoides, ya sea inhalados o sistémicos, presenta una serie de ventajas que se describen a continuación:

- Mejoran la sintomatología del paciente.
- Acortan la estancia en el hospital.
- Reducen el número de pacientes que necesitan posteriormente tratamiento con adrenalina.
- Disminuyen el número de pacientes que requieren ser trasladados a unidades de cuidados intensivos, así como el número de pacientes que necesitan intubación.

Los estudios disponibles en cuanto a seguridad y eficacia aconsejan el empleo de dexametasona oral.

Otros fármacos que también pueden resultar útiles son los antitusígenos, cuya principal indicación sería la tos seca, con objeto de evitar la irritación de la mucosa; así pues, están indicados la codeína, el dextrometorfano, el dimemorano y la cloperastina, entre otros.

En lo referente al empleo de fármacos antibióticos, su única indicación en una laringitis sería la coexistencia de un foco infeccioso. Si se sospecha una infección bacteriana secundaria o una epiglotitis, lo más adecuado es el traslado urgente al hospital.

En cuanto a la utilidad de la humedad ambiental en la terapia de la laringitis, la realidad es que hay muy poca evidencia científica que justifique su uso; su posible beneficio radicaría en que la humidificación provocaría un aclaramiento de las secreciones. Su efecto sobre el edema laríngeo es discutido.

La figura 2 recoge el algoritmo terapéutico aplicable a una laringitis aguda, proceso que como ya se ha mencionado con antelación es más frecuente en la población pediátrica.

### Educación sanitaria

Seguidamente se citan diferentes medidas terapéuticas que, con independencia de que el paciente requiera o no tratamiento farmacológico, resultan de utilidad en casi todos los casos:

- Evitación de irritantes externos como humos, polvo, tabaco o productos químicos.
- Reposo de voz, con el fin de que no aumente la inflamación de la mucosa laríngea.
- Inhalación de vapores con sustancias aromáticas, volátiles, como mentol o eucalipto.

Finalmente y considerando que la laringitis, especialmente la aguda, es bastante frecuente en los niños, es básico que si aparece el denominado crup, los adultos permanezcan tranquilos y traten de calmar al niño, ya que la ansiedad de éste no hace más que dificultar la respiración y, consiguientemente, incrementa la gravedad del cuadro. □

### Bibliografía

1. Llor C, Madurell J. Test de diagnóstico rápido para la faringitis estreptocócica. *Formación Médica Continuada* 2009;4: 219-21.
2. Cordero E, Alcántara JD, Caballero J, de la Torre J, Girón JA, Lama C, Morán A, et al. Aproximación clínica y terapéutica a las infecciones de las vías respiratorias. Documento de Consenso de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas y de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. *Atención Primaria*. 2007;4: 209-18 (tabla modificada parcialmente).
3. Gamboa J, Montes de Oca L. Síndromes infecciosos de origen otorrinolaringológico. *Medicine*. 2007;91:5867-75.

### Bibliografía general

Arroba ML. Laringitis aguda (crup). *Anales de Pediatría (monográfico)* 2003; 1 (1): 55-61.

Ayuso P, Fouz C, Villa C, Iglesias J, Maroto R, Panadero FJ. Laringitis. *Panorama Actual del Medicamento*. 2001;25:591-7.

Bartoll P. ORL. Libro de Farmacia Hospitalaria (tomo 2), (consultado el 15 de abril de 2010). Disponible en: [http://sefh.interguias.com/libros/tomo2/Tomo2\\_Cap16.pdf](http://sefh.interguias.com/libros/tomo2/Tomo2_Cap16.pdf)

Conesa M. Laringitis. Unidad Docente de Medicina Familiar y Comunitaria de Málaga, 2007 (consultado el 2 de abril de 2010). Disponible en: [http://www.udmfyc.org/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_details&gid=36&Itemid=84](http://www.udmfyc.org/index.php?option=com_docman&task=doc_details&gid=36&Itemid=84)

De la Flor J. Faringitis aguda y recurrente. *Pediatría Integral*. 2005;IX(3):203-10.

Del Mar CB, Glasziou PP, Spinks AB. Antibióticos para la revisión. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, número 3, 2008. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).

Esteva E. Faringitis: etiología, tratamiento y recomendaciones. *Offarm*. 2005;1:46-50.

Fernández-Cuesta MA. Faringitis aguda (v.2/2007). *Guía\_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico (en línea)*, (actualizado el 20/11/2007; consultado el 5/4/2010).

Font E. Faringitis y amigdalitis. Tratamiento etiológico y sintomático. *Offarm*. 2001;20:71-6.

Gallinas F, Clerigue N, Berrade S. Obstrucción de la vía aérea. Libro electrónico de Temas de Urgencia. Hospital Virgen del Camino, 2008 (consultado el 30 de marzo de 2010). Disponible en: <http://www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/Libro%20electronico%20de%20temas%20de%20Urgencia/21.Pediatrics/Laringitis.pdf>

García FJ, Moreno D. Laringitis. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría, (consultado el 30 de marzo de 2010). Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/infectologia/20-Laringitis.pdf>

Gimenez S. Faringitis: revisión. *Farmacia Profesional*. 2006;1:46-9.

Gómez AE. Mononucleosis infecciosa. Revisión y actualización. *Farmacia Profesional*. 2009; 1: 48-51.

Llor-Vila C. Abordaje de la faringitis aguda en Atención Primaria. *JANO*. 2006;1953:35-7.

Moreno J, Montero C, Herrero C, de la Torre J. Infecciones por estreptococos. *Medicine*. 2002;62:3297-3304.

Pastor R. Infecciones respiratorias altas y otorrinolaringología. *El Farmacéutico*. 2007;374: 66-82.

Revez L, Cardona AF, Ospina EG. Antibióticos para la laringitis aguda en adultos. (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 2. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd).

Sierra C, Cobeta I. Infecciones de las vías respiratorias altas. *Medicine*. 2001;55: 2927-39.