

BMJ Best Practice

Laringite

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



Tabela de Conteúdos

Resumo	3
Fundamentos	4
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	5
Classificação	6
Prevenção	7
Prevenção primária	7
Prevenção secundária	7
Diagnóstico	8
Caso clínico	8
Abordagem passo a passo do diagnóstico	8
Fatores de risco	11
Anamnese e exame físico	12
Exames diagnóstico	15
Diagnóstico diferencial	16
Tratamento	18
Abordagem passo a passo do tratamento	18
Visão geral do tratamento	21
Opções de tratamento	23
Acompanhamento	33
Recomendações	33
Complicações	33
Prognóstico	34
Diretrizes	35
Diretrizes de diagnóstico	35
Diretrizes de tratamento	35
Recursos online	36
Nível de evidência	37
Referências	38
Imagens	40
Aviso legal	42

Resumo

- ♦ A laringite é a inflamação da laringe, que pode causar edema das pregas vocais verdadeiras. As causas podem ser infecciosas ou não infecciosas (por exemplo, tensão vocal, laringite por refluxo, laringite irritativa crônica).
- ♦ De modo geral, diagnosticada clinicamente.
- ♦ Os sintomas da doença aguda, mais comumente a rouquidão, surgem em geral durante um período de <7 dias, geralmente são precedidos por uma doença do trato respiratório superior (DTRS) de forma viral e são habitualmente autolimitados. Os pacientes podem manifestar um desconforto das vias aéreas e febre alta. A tonsilofaringite exsudativa com febre e a linfadenite cervical anterior são altamente sugestivas de uma origem bacteriana.
- ♦ Primeiro devem ser avaliadas as vias aéreas. Diligência e rapidez são fundamentais, pois podem salvar vidas.
- ♦ A laringite crônica se manifesta com uma rouquidão que dura >3 semanas. O paciente deve consultar um especialista e se submeter a uma avaliação rigorosa porque os sintomas são semelhantes aos da malignidade laríngea.
- ♦ O tratamento da laringite viral consiste em repouso vocal e hidratação. Para causas bacterianas, são administrados antibióticos juntamente com medidas de suporte. A tensão vocal é tratada com terapia e higiene vocais.

Definição

A laringite refere-se à inflamação da laringe. Isso pode causar edema das pregas vocais verdadeiras, resultando em rouquidão. A laringite pode ser aguda ou crônica, infecciosa ou não infecciosa. Os sinais que acompanham a laringite infecciosa incluem odinofagia, tosse, febre e desconforto respiratório. A variante mais comum é a laringite viral aguda, que é autolimitada e geralmente relacionada a uma infecção do trato respiratório superior. A laringite bacteriana pode oferecer risco de vida. A *Haemophilus influenzae* é uma das bactérias isoladas com mais frequência. Outras causas incluem tuberculose (TB), difteria, sífilis e fungos. As causas não infecciosas da laringite são a laringite por refluxo, a tensão vocal e a laringite irritativa crônica.

Epidemiologia

É difícil coletar dados precisos em relação à laringite aguda porque ela geralmente não é declarada. A faringite é responsável por 1% a 2% de todas as visitas de pacientes a médicos de unidades básicas de saúde nos EUA. Isso representa aproximadamente 7.3 milhões de visitas anuais de crianças e 6.7 milhões de adultos.[1] O Royal College of General Practitioners, no Reino Unido, registrou um pico da incidência média de pacientes com laringite de 23 a cada 100,000 por semana, de todas as idades, durante o período de 1999 a 2005.[2]

Os agentes virais tendem a ter períodos anuais de pico de prevalência, como infecções por rinovírus no outono e na primavera, e epidemias de infecção pelo vírus da gripe (influenza) geralmente de dezembro a abril. A laringite pode ocorrer decorrer de crúpe ou epigloteite. A incidência registrada de epigloteite nos EUA diminuiu entre 1980 e 1990. Essas alterações epidemiológicas têm sido atribuídas à introdução da vacina contra a Hib.[3] A difteria é raramente encontrada nos países desenvolvidos, mas ainda pode infectar crianças e adultos que sejam imunocomprometidos ou que não tenham recebido as vacinas. A difteria ainda é endêmica em algumas partes do mundo, como no Caribe e na América Latina.[4] A laringite tuberculosa é historicamente uma sequela da tuberculose pulmonar, mas foram encontrados casos recentes sem envolvimento pulmonar. A tuberculose (TB) é a doença granulomatosa mais comum da laringe. Atualmente, nos países desenvolvidos, a TB é mais comum em instituições asilares, em pessoas que emigraram de áreas endêmicas (por exemplo, China e Índia), e como um resultado da infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV). Aproximadamente 8 milhões de pessoas no mundo estão coinfectadas com HIV e TB, a maioria das quais vive na África subsaariana, no subcontinente indiano e no sudeste da Ásia. A candidíase laríngea é mais comum em pacientes imunossuprimidos, bem como entre os pacientes imunocompetentes que usam corticosteroides inalatórios ou que estejam sob ciclos prolongados de antibióticos.[5]

Tanto a inflamação laríngea aguda quanto a crônica pode ser causada por fonotrauma e/ou exposição a irritantes ambientais ou agentes nocivos ambientais, como também alérgenos.

Etiologia

A laringite infecciosa pode ser causada por infecção viral, bacteriana ou fúngica.

Infecções por vírus:

- Geralmente a causa mais comum de laringite infecciosa

- Rinovírus é o vírus mais comum etiológicamente associado às doenças do trato respiratório superior (DTRSs)
- Outros vírus causadores incluem vírus parainfluenza, vírus sincicial respiratório, gripe (influenza) e adenovírus
- Os vírus parainfluenza do tipo 1 e tipo 2, como também os vírus da gripe (influenza), são os patógenos mais comuns responsáveis pela cruepe.

Infecção bacteriana:

- Os patógenos consistem em *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e *Klebsiella pneumoniae*
- A epiglote é causada com mais frequência por *Haemophilus influenzae* do tipo B
- A difteria é causada por *Corynebacterium diphtheriae*. Casos ocasionais podem ser causados por *Corynebacterium ulcerans*
- Apesar de formas atípicas de bacilos álcool-ácido resistentes poderem desempenhar uma função, a maioria das infecções por tuberculose (TB) é causada por *Mycobacterium tuberculosis*
- A sífilis é a causa menos comum.

[Fig-1]

Infecções fúngicas:

- Geralmente causadas por *Candida albicans*, *Blastomyces dermatitis*, *Histoplasma capsulatum* e *Cryptococcus neoformans*.

As causas não infecciosas de laringite incluem:

- Laringite irritativa (por exemplo, decorrente de exposição a toxinas)
- Alérgica
- Traumática, especialmente em decorrência do uso vocal intenso.

Fisiopatologia

Na laringite infecciosa aguda, há geralmente um irritante viral, bacteriano ou fúngico, que conduz à inflamação das estruturas endolaringeas. Isso resulta em edema e eritema tecidual. O edema tecidual diminui a flexibilidade da mucosa da prega vocal verdadeira sobre a lâmina própria e aumenta o volume das pregas vocais. Isso causa diminuição da frequência vocal, mais tensão e uma voz mais áspera ou mesmo afonia. Ao mesmo tempo, há um aumento do muco, como também da purulência no caso de infecção bacteriana. Em casos mais acentuados, especialmente em crianças nas quais a laringe ainda é pequena, o edema pode causar estenose e ao comprometimento das vias aéreas. A infecção por tuberculose (TB) pode causar laringite crônica.

A laringite por refluxo resulta em irritação da mucosa laríngea por conta de uma exposição repetitiva a refluxado que contém ácido clorídrico e pepsina.^{[6] [7]} Isso causa uma laringe edematosa, eritematosa e cronicamente inflamada.

Pacientes com uso vocal intenso como professores, cantores, advogados, comerciantes etc, podem colocar muita tensão nas pregas vocais em termos de repetição de colisões mecânicas. As pregas vocais sofrem atrito intenso, agitação térmica e ativação de marcadores inflamatórios de trauma físico. Isso foi descrito

como lesão por chicote em inércia.[8] [9] Esse fonotrauma resulta em pregas vocais edematoso, com aumento do risco de cicatrização e hemorragia de pregas vocais.

Classificação

Tipos infecciosos e não infecciosos

Infecciosa:

- Viral: o agente causador mais comum é o rinovírus. Outros incluem gripe (influenza) A, B, C, adenovírus, crupe decorrente do vírus parainfluenza, sarampo e varicela-zóster
- Bactérias: os exemplos incluem epiglote decorrente do *Haemophilus influenzae* do tipo B e do *Streptococcus beta-hemolítico*
- Fungos: os exemplos incluem candidíase, blastomicose, histoplasmose e criptococose.

Não infecciosos:

- Laringite irritativa (por exemplo, decorrente de exposição a toxinas)
- Alérgica
- Traumática, especialmente em decorrência do uso vocal intenso
- Laringite por refluxo
- Autoimune.

Início e duração dos sintomas

- Aguda: geralmente dura <7 dias
- Crônica: persistência dos sintomas por 3 semanas ou mais
- Subaguda: quando o quadro clínico situa-se entre esses 2 subtipos, pode ser de utilidade clínica, em certos casos, classificá-lo como subagudo.

Prevenção primária

A vacinação contra difteria reduziu a incidência nos países desenvolvidos. A incidência registrada de epigloteite nos EUA diminuiu entre 1980 e 1990. Essas alterações epidemiológicas têm sido atribuídas à introdução da vacina contra a Hib.[3]

A terapia medicamentosa preventiva contra a infecção assintomática por *Mycobacterium tuberculosis* é usada em alguns países, principalmente nos EUA, onde a tuberculose não é comum e onde a vacina bacilo de Calmette e Guérin (BCG) não é administrada. A monoterapia com isoniazida por até 1 ano é a forma mais utilizada de terapia preventiva, embora os esquemas de 6 meses estejam se tornando mais comuns.[13]

Prevenção secundária

A profilaxia com antibióticos deve ser administrada a pessoas próximas de qualquer indivíduo com difteria. As pessoas que não concluíram o esquema completo de vacinação contra a difteria, ou aqueles cuja história de vacinação não é clara, devem concluir o cronograma de vacinação.

Caso clínico

Caso clínico #1

Um homem de 45 anos de idade tem história de rouquidão por 5 dias, tosse e dor na deglutição. Ele não tem febre, mas reclama do aumento de muco na garganta e dificuldade em respirar ocasionalmente. Ele não tem história prévia de rouquidão, cirurgia da laringe, intubação ou uso excessivo da voz. Ele tem uma dor de garganta leve, mas sem sintomas de refluxo. No exame, não há desconforto respiratório agudo. Sua cavidade oral está dentro dos limites normais, mas a orofaringe mostra hiperemia. As amígdalas estão levemente aumentadas e com eritema. O exame da laringe, com o uso de um espelho, revela edema difuso e eritema das estruturas laríngeas, com aumento de muco na glote. As vias aéreas estão desobstruídas. Não há lesões envolvendo as pregas vocais verdadeiras e elas estão móveis.

Caso clínico #2

Um homem de 45 anos de idade está com rouquidão há 3 semanas, acompanhada de deglutição dolorosa e tosse. Ele não tem febre e afirma que perdeu 2.5 kg nos últimos 3 meses. Sabe-se que é positivo para vírus da imunodeficiência humana (HIV). A laringoscopia indireta revela uma lesão exofítica na prega vocal verdadeira esquerda, com edema das duas pregas vocais verdadeiras.

Outras apresentações

A difteria é raramente encontrada nos países desenvolvidos, mas ainda pode infectar crianças e adultos que sejam imunocomprometidos ou que não tenham recebido as vacinas. Os sintomas iniciais são rouquidão e faringite. Ocorre uma dispneia progressiva conforme o paciente adoece de forma generalizada. No exame, o paciente está tóxico. O exame oral revela exsudatos branco-acinzentados nas amígdalas e palato mole, estendendo-se até a base da língua. Outras causas menos comuns da laringite infecciosa são sífilis e infecção fúngica. Em pacientes que estejam usando inaladores com corticosteroides, o aparecimento de rouquidão deve levantar a suspeita de uma possível candidíase da laringe, que é o tipo mais comum de laringite fúngica. Os pacientes com laringite decorrente de trauma vocal terão uma história que acompanha o aumento do uso da voz e as altas exigências vocais.

Abordagem passo a passo do diagnóstico

Os sintomas da laringite infecciosa aguda podem variar desde características muito sutis até a febre alta com comprometimento das vias aéreas. As características sutis podem incluir rouquidão leve de curta duração e sintomas da doença do trato respiratório superior (DTRS). O quadro clínico da laringite depende de:[14]

- Patógeno causador
- Volume do edema tecidual
- Região da laringe primariamente envolvida
- Idade e comorbidades.

A avaliação das vias aéreas é importante como uma etapa inicial. Em seguida, uma avaliação mais aprofundada deve ser feita.

Considerações de urgência

Na apresentação, o primeiro sistema a ser avaliado deve ser as vias aéreas. Se houver desconforto respiratório, o paciente deverá ser avaliado em um ambiente controlado com facilidade de realizar uma intubação segura. Talvez seja preciso realizar uma traqueotomia de emergência caso não seja possível fazer uma intubação normal através do edema. Crianças com sintomas e sinais de epiglote (por exemplo, febre alta, faringite, aparência toxêmica, sialorreia, posição de tripé, desconforto respiratório e irritabilidade) devem ser examinadas em um ambiente controlado, como a sala de cirurgia. A intubação será realizada se houver qualquer dúvida quanto às vias aéreas. Se o paciente for um adulto, poderá ser realizada a laringoscopia flexível, dependendo do nível de sofrimento. Caso o paciente tenha dificuldade respiratória grave, ou caso haja suspeita de supraglote, então a laringoscopia flexível pode desencadear laringoespasma e falência das vias aéreas. Nesses pacientes, o exame laríngeo deve ser realizado apenas por um otorrinolaringologista e preferivelmente na sala de cirurgia, onde as vias aéreas podem ser protegidas, se necessário. Deve ser evitada qualquer manipulação da área supraglótica. Se necessário, a intubação poderá ser feita durante a laringoscopia flexível com visualização direta. Outra afecção comum que pode se apresentar com o desconforto respiratório é a crupe. A epiglote e a crupe não serão abordadas com detalhes neste tópico.

História

Uma vez que as vias aéreas foram avaliadas e, se necessário, protegidas, o restante da história e do exame poderão ser realizados. A história completa deve incluir as informações sobre os padrões de deglutição, respiração e voz. Problemas sistêmicos concomitantes, como alergias, exposições, deficiências imunológicas e doenças sistêmicas devem ser considerados. História de intubações, exposições à radiação e cirurgia de pescoço deve ser colhida, assim como uma história de tabagismo. As informações sobre viagens recentes feitas a locais onde a difteria ou a tuberculose (TB) são endêmicas, ou sobre contatos com pessoas com os sintomas infecciosos, poderão auxiliar no diagnóstico.[5] Outros fatores de risco para a laringite infecciosa aguda incluem a vacinação incompleta ou ausente contra a difteria e a *Haemophilus influenzae* do tipo B (Hib). A candidíase laríngea é mais comum em pacientes que usam corticosteroides inalatórios ou que estejam sob ciclos prolongados de antibióticos, e naqueles que estão imunocomprometidos.[5] Os fatores de risco da TB (uma causa da laringite crônica) incluem a permanência em instituições asilares, o imunocomprometimento, viver em uma área endêmica ou a infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Os pacientes com laringite infecciosa aguda podem apresentar sintomas que variam desde características muito sutis até a febre alta e o comprometimento das vias aéreas. Frequentemente há casos anteriores de DTRS com faringite, febre, tosse e rinite. Isso é seguido de odinofagia, disfagia e rouquidão. Podem ocorrer fadiga e mal-estar. O edema laríngeo pode levar à dispneia. O desafio do médico é decidir sobre quais pacientes possam ter a infecção bacteriana e quais necessitam de tratamento com um antibiótico específico, porque a apresentação da laringite viral e da bacteriana podem ser semelhantes. A laringite viral é comum e os sintomas geralmente aparecem ao longo de um período <7 dias. A difteria não é comum nos EUA e apresenta um pródrômo de vários dias, com uma rouquidão que evolui para o comprometimento das vias aéreas.

Os sintomas da laringite crônica decorrente da TB são prolongados (>3 semanas). Os sintomas geralmente mimetizam os sintomas da doença maligna da laringe, que precisa ser descartada. Os pacientes podem ter sintomas de tosse e perda de peso, mas geralmente são encaminhados para um otorrinolaringologista em decorrência da rouquidão persistente.

Os pacientes com laringite traumática apresentarão uma rouquidão que já vem ocorrendo por um período prolongado e que geralmente têm uma história de uso vocal intenso. Esses pacientes tendem a ser profissionais da voz, como professores, advogados, vendedores ou cantores. Geralmente, a rouquidão piora com o aumento do uso da voz, por isso, eles têm mais queixas no final do dia e se sentem melhor na parte da manhã. Quando praticam o repouso vocal, há uma tendência de melhorarem a qualidade da voz. Se houver um trauma agudo, eles poderão apresentar perda súbita da voz, o que poderia ser um sinal de hemorragia da prega vocal.

Exame físico

Geralmente, um adulto com laringite aguda não apresentará um quadro tóxico na ausência de epiglote aguda ou difteria. Os pacientes podem ter hiperemia da orofaringe e possivelmente as amígdalas aumentadas. Pode haver gotejamento pós-nasal no exame orofaríngeo. Os sintomas de tonsilofaringite exsudativa, linfadenite cervical anterior e febre são altamente sugestivos de uma origem bacteriana.

O paciente com difteria parece tóxico e pode estar com desconforto respiratório agudo. O exame orofaríngeo pode revelar exsudatos branco-acinzentados, que podem se estender ao palato mole e à valécula. Essas pseudomembranas também podem ser encontradas cobrindo as estruturas da laringe, levando ao comprometimento das vias aéreas. Os exsudatos estão firmemente aderidos à mucosa subjacente, que sangra quando o exsudato é removido. Ocorrem linfadenopatia cervical, profundo mal-estar e estridor. A toxina da difteria também causa cardiomiopatia e neuropatias. Pode ser observada a paralisia das pregas vocais ou do palato. É fundamental o diagnóstico precoce. Geralmente o exame da cabeça e do pescoço é normal no trauma vocal.

Pacientes com laringite crônica secundária a refluxo podem apresentar edema laríngeo, pseudosulco, hiperemia, muco aumentado, granuloma, ou espessamento do tecido interaritenóideo posterior.[15]

[Fig-2]

Testes diagnósticos

O diagnóstico da laringite é um resultado da história e do exame físico, em vez de exames laboratoriais. Um exame completo inclui a laringoscopia. Isso é feito quando o paciente se apresenta, inicialmente, ao otorrinolaringologista, mas os médicos da unidade básica de saúde não são experientes na técnica e diagnosticam a maioria dos casos de laringite viral clinicamente. Alguns médicos de unidades básicas de saúde podem usar a laringoscopia indireta com espelho, dependendo da experiência. A laringoscopia mostra edema e eritema das estruturas laríngeas, especialmente das pregas vocais verdadeiras. Secreções branco-amarelas, espessas e abundantes também são observadas na glote. Se a laringoscopia indireta não puder ser realizada, o paciente poderá ser encaminhado a um otorrinolaringologista. As indicações para o encaminhamento ao otorrinolaringologista incluem:

- Diagnóstico incerto.
- Rouquidão persistente (com duração maior que 2-3 semanas). É importante encaminhar esses pacientes em vez de tratá-los com ciclos adicionais de antibióticos.
- Pacientes doentes com suspeita de comprometimento das vias aéreas. Esses pacientes são encaminhados ao hospital para manejo e avaliação urgentes.
- Pacientes cuja profissão depende da voz.

A videoestroboscopia permite uma avaliação simultânea da qualidade da voz, da anatomia laríngea e da função vibratória das pregas vocais.[16] Diretrizes sobre a disфонia incentivam o uso de exame videoestroboscópico quando os sintomas vocais estão desproporcionais para a realização de

laringoscopia indireta.[17] A estroboscopia pode revelar sulcos ou patologias vibratórias das pregas vocais, como rigidez, ou ajudar a diferenciar lesões vocais benignas.

Em caso de suspeita de origem bacteriana, podem ser obtidos culturas orofaríngeas e hemograma completo, como também um exame rápido de detecção de antígeno. Se houver suspeita de difteria, serão obtidas culturas de swabs nasais e de garganta. São utilizados meios seletivos de Loeffler ou Tindale. O diagnóstico definitivo também pode ser feito pela demonstração de produção de toxina por imunoprecipitação, reação em cadeia da polimerase ou imunocromatografia.

A investigação de pacientes com laringite crônica suspeita de ser decorrente de TB inclui um teste cutâneo de derivado proteico purificado, radiografia torácica, culturas de expectoração, e esfregaço de expectoração para a detecção de bacilos álcool-ácido resistentes. A laringoscopia indireta geralmente revela lesões exofíticas ou nodulares. Mais comumente, a glote posterior está envolvida, mas as lesões podem ser observadas em qualquer lugar na laringe. Pelo fato de as lesões da laringe serem semelhantes às do carcinoma da laringe, deve ser realizada uma laringoscopia direta juntamente com biópsias. Esse procedimento é geralmente realizado sob anestesia geral por um otorrinolaringologista.

Na tensão vocal, a história e o exame para descartar outras causas geralmente são suficientes para fazer o diagnóstico. No entanto, outras etiologias podem existir para aqueles que usam a voz intensamente (incluindo a malignidade da laringe); portanto, qualquer rouquidão que dure mais de 3 semanas deverá ser avaliada por uma laringoscopia indireta realizada por um especialista.

Fatores de risco

Fortes

história recente de doença do trato respiratório superior (DTRS)

- Os sintomas da laringite infecciosa aguda são geralmente precedidos por uma DTRS viral e são autolimitados.

vacinação incompleta ou ausente contra a Haemophilus influenzae do tipo B (Hib)

- A epiglote é causada com mais frequência por Haemophilus influenzae do tipo B.
- O declínio registrado na incidência de epiglote nos EUA entre 1980 e 1990 tem sido atribuído à introdução da vacina contra a Hib.[3]

vacinação incompleta ou ausente contra a difteria

- A difteria como causa da laringite é raramente encontrada nos países desenvolvidos, mas ainda pode infectar crianças e adultos que sejam imunocomprometidos ou que não tenham recebido as vacinas.

contato com pessoa infectada

- A maioria das laringites infecciosas agudas é causada por vírus disseminados pela transmissão de gotículas respiratórias.

viagens para locais onde a difteria ou a tuberculose são endêmicas

- A difteria ainda é endêmica em algumas partes do mundo, como no Caribe e na América Latina.[4]

vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou outro imunocomprometimento

- Particularmente aumenta o risco de tuberculose (TB) e laringite fúngica. A TB é uma causa da laringite crônica.
- Pacientes HIV-positivos são suscetíveis à infecção por *Mycobacterium tuberculosis*. Subsequentemente, cerca de 50% dos pacientes que apresentam infecção dupla desenvolverão a TB clínica, e as taxas de reativação podem ser mais de 20 vezes maiores que nos controles imunocompetentes de idade semelhante. A TB clínica está associada à sobrevida menor em pacientes com síndrome de imunodeficiência adquirida (AIDS).[\[10\]](#) [\[11\]](#)

permanência em instituição asilar

- Nos países desenvolvidos, a TB é mais comum em instituições asilares, em populações imigrantes de áreas endêmicas, como China e Índia e como resultado da infecção por HIV.

corticosteroides inalatórios ou ciclos prolongados de antibióticos

- Aumenta o risco de candidíase laríngea.[\[5\]](#)
- O risco pode ser reduzido em pacientes que usam corticosteroides inalatórios ao lavar a garganta com água antes e depois de tomar o medicamento. Deve ser administrada a menor dose possível de corticosteroide inalatório.

uso vocal intenso

- Os pacientes com laringite causada pela tensão vocal geralmente apresentam uma história de uso prolongado ou excessivo da voz.

tabagismo

- Pacientes que fazem uso de tabaco possuem aumento do risco de ter uma laringe seca, quimicamente irritada e epitélio alterado das pregas vocais, o que contribui para os episódios recorrentes de laringite.[\[12\]](#)

Anamnese e exame físico

Principais fatores de diagnóstico

presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco associados à laringite incluem história recente de doença do trato respiratório superior (DTRS), vacinação incompleta ou ausente contra a difteria ou a *Haemophilus influenzae* do tipo B (Hib), contato com um indivíduo infectado por vírus, viagem a local onde a difteria ou tuberculose seja endêmica, imunocomprometimento, moradia em instituição asilar, infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV).
- A candidíase laríngea é mais comum em pacientes que usam corticosteroides inalatórios ou que estejam sob ciclos prolongados de antibióticos.[\[5\]](#)

rouquidão (comum)

- O sintoma mais característico de laringite.
- Na laringite aguda, a história de rouquidão geralmente ocorre em <7 dias.
- Pode haver períodos de afonia.
- Devido ao edema, o volume das pregas vocais aumenta e a frequência normal diminui.
- Na tuberculose (TB), o paciente se apresentará com rouquidão crônica (>3 semanas).

disfagia (comum)

- Sintoma comum associado à faringite.

faringite (comum)

- Sintoma comum das DTRSs.

odinofagia (comum)

- A dor na deglutição é um sintoma comum das DTRSs.

tosse (comum)

- Sintoma comum das DTRSs.
- A drenagem pós-nasal e o aumento do muco da laringe agravam a tosse.
- A tosse crônica e a perda de peso são sintomas de laringite, decorrentes da TB.

hiperemia da orofaringe (comum)

- Característica da laringite infecciosa aguda.

história de uso vocal intenso (comum)

- Os pacientes com tensão vocal costumam apresentar uma história de uso da voz prolongado ou excessivo.

refluxo gastroesofágico (comum)

- O refluxo não tratado pode causar mudanças crônicas na laringe, resultando em inflamação crônica.

exsudatos branco-acinzentados orofaríngeos (incomum)

- Observados no exame orofaríngeo em pacientes com difteria.
- Podem se estender ao palato mole e à valécula.
- Essas pseudomembranas na difteria também podem ser encontradas cobrindo as estruturas da laringe, levando ao comprometimento das vias aéreas.
- Firmemente aderidas à mucosa subjacente, que sangra quando o exsudato é removido.

Outros fatores de diagnóstico**rinite (comum)**

- Sintoma comum das DTRSs.
- A drenagem pós-nasal e o aumento do muco da laringe podem agravar a tosse.

fadiga e mal-estar (comum)

- Podem acompanhar outros sintomas localizados da laringe.
- O mal-estar é profundo na infecção por difteria.

febre (comum)

- Os pacientes com laringite infecciosa aguda podem apresentar sintomas que variam desde características muito sutis até a febre alta.
- A febre que se manifesta com tonsilofaringite exsudativa e linfadenite cervical anterior é altamente sugestiva de uma origem bacteriana.

amígdalas aumentadas (comum)

- Podem ocorrer na laringite infecciosa aguda.

linfonodos cervicais anteriores aumentados e sensíveis (comum)

- Quando acompanhados por tonsilofaringite exsudativa e febre, são altamente sugestivos de uma origem bacteriana.

gotejamento pós-nasal (comum)

- Pode ser detectado no exame orofaríngeo e pode agravar a tosse.

dispneia (comum)

- Pode ocorrer devido ao edema laríngeo.

perda de peso (incomum)

- A perda de peso e a tosse crônica são sintomas da laringite decorrente da TB.

exsudato tonsilofaríngeo (incomum)

- Quando acompanhado por linfadenite cervical anterior e febre, é altamente sugestivo de uma origem bacteriana.

desconforto respiratório agudo (incomum)

- Observado geralmente nos casos de epiglote aguda, crupe ou difteria.
- É incomum em laringite aguda não complicada, em adultos.

aparência toxêmica (incomum)

- Observada geralmente nos casos de epiglote aguda ou difteria.
- É incomum em laringite aguda não complicada.

sialorreia (incomum)

- Observada geralmente nos casos de epiglote aguda. É incomum em laringite aguda não complicada.

estridor (incomum)

- Observado geralmente nos casos de epiglote aguda, crupe ou difteria.
- É incomum em laringite aguda não complicada.

Exames diagnóstico

Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
laringoscopia <ul style="list-style-type: none"> • Base do diagnóstico. • Pode ser realizada pelo uso de um laringoscópio rígido ou flexível. • Realizada se o paciente se apresentar, inicialmente, ao otorrinolaringologista, mas os médicos da unidade básica de saúde não são experientes na técnica e diagnosticam a maioria dos casos de laringite viral clinicamente. • Alguns médicos de unidades básicas de saúde podem usar a laringoscopia indireta com espelho, dependendo da experiência. 	laringite infecciosa aguda: edema e eritema das pregas vocais verdadeiras; secreções branco-amareladas, espessas e abundantes na glote; laringite crônica de tuberculose (TB): lesões exofíticas ou nodulares na laringe, comumente envolvendo a glote posterior; laringite por refluxo: sem alterações exsudativas na laringe; pode mostrar hiperemia das aritenoides e das pregas vocais verdadeiras posteriores

Exames a serem considerados

Exame	Resultado
biópsia durante a laringoscopia <ul style="list-style-type: none"> • Nos casos de suspeita de TB, devem ser realizadas biópsias. • O procedimento é geralmente realizado com anestesia geral. 	laringite crônica de tuberculose (TB): necrose granulomatosa, coloração positiva para bacilos álcool-ácido resistentes
culturas orofaríngeas <ul style="list-style-type: none"> • Se houver suspeita de infecção bacteriana, difteria ou TB, devem ser realizadas culturas. • Os meios seletivos de Loeffler ou Tindale são utilizados quando há suspeita de difteria. 	culturas positivas na infecção bacteriana
swab nasal para cultura <ul style="list-style-type: none"> • As culturas devem ser realizadas se houver suspeita de difteria. • Os meios seletivos de Loeffler ou Tindale são utilizados quando há suspeita de difteria. 	culturas positivas na infecção bacteriana
imunoprecipitação sérica, reação em cadeia da polimerase ou imunocromatografia para difteria <ul style="list-style-type: none"> • O diagnóstico definitivo de difteria também pode ser estabelecido pela demonstração de produção de toxina. 	positivo para difteria
Hemograma completo <ul style="list-style-type: none"> • Pode ser realizado se houver suspeita de infecção bacteriana aguda. 	pode ser uma leucocitose com desvio à esquerda na infecção bacteriana

Exame	Resultado
teste rápido de detecção de antígeno <ul style="list-style-type: none"> Pode ser realizado se houver suspeita de laringite bacteriana decorrente de infecção por estreptococos do grupo A. 	positivo na infecção bacteriana
radiografia torácica <ul style="list-style-type: none"> Deve ser realizada no caso de suspeitas de TB. 	lesões cavitárias na TB
culturas de escarro <ul style="list-style-type: none"> Realizadas de forma rotineira em pacientes com suspeita de TB. 	podem ser positivas para micobactérias nos casos de TB
teste cutâneo de derivado proteico purificado (PPD) <ul style="list-style-type: none"> Deve ser realizada no caso de suspeitas de TB. 	pode ser positivo nos casos de TB
videoestroboscopia <ul style="list-style-type: none"> A rouquidão nem sempre se deve à laringite e, portanto, o exame cuidadoso usando a videoestroboscopia para avaliar as pregas vocais e descartar lesões mais graves das pregas vocais (hemorragia ou ruptura da mucosa vocal) em pessoas que usam intensamente a voz é essencial. A videoestroboscopia permite uma avaliação simultânea da qualidade da voz, da anatomia laríngea e da função vibratória das pregas vocais.[16] Diretrizes sobre a disфонia incentivam o uso de exame videoestroboscópico quando os sintomas vocais estão desproporcionais para a realização de laringoscopia indireta.[17] 	revela sulcos ou patologias vibratórias das pregas vocais, como rigidez, ou ajuda a diferenciar lesões vocais benignas

Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Amigdalite	<ul style="list-style-type: none"> Pode não haver diferenças significativas nos sinais e sintomas, mas a rouquidão é mais pronunciada na laringite. 	<ul style="list-style-type: none"> A laringoscopia indireta não mostrará eritema e edema das estruturas laríngeas na amigdalite aguda.
Mononucleose infecciosa	<ul style="list-style-type: none"> Hepatomegalia e esplenomegalia geralmente estão presentes. Podem ocorrer erupção cutânea e fadiga generalizada. Os exsudatos são da cor creme e geralmente não se estendem além das amígdalas. Não há sangramento quando os exsudatos são removidos. 	<ul style="list-style-type: none"> Teste positivo para anticorpos heterófilos ou teste sorológico positivo.

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
Rinite alérgica	<ul style="list-style-type: none"> Nenhum sinal ou sintoma de uma infecção aguda. Outros sintomas ou uma história relacionada à alergia (por exemplo, espirros, prurido nasal e conjuntivite alérgica) estão presentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Apresenta uma melhora quando é feita uma tentativa terapêutica com anti-histamínicos ou medicamento corticosteroide intranasal. O teste alérgico cutâneo por punção ou a determinação de imunoglobulina E (IgE) específica in vitro pode detectar uma resposta alérgica a um alérgeno específico.
Carcinoma laríngeo	<ul style="list-style-type: none"> Pode não haver diferença nos sinais e nos sintomas entre o câncer laríngeo e a laringite tuberculosa. 	<ul style="list-style-type: none"> Deve ser realizada uma laringoscopia direta juntamente com biópsias. A biópsia demonstrará qualquer malignidade em pacientes com carcinoma laríngeo, já que ela pode mostrar necrose granulomatosa e bacilos álcool-ácido resistentes em pacientes com infecção por TB.
Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE)	<ul style="list-style-type: none"> Os sintomas presentes comumente são a pirose e a regurgitação ácida. 	<ul style="list-style-type: none"> A endoscopia digestiva alta (EDA) pode mostrar esofagite (erosão, ulcerações, estenoses) ou esôfago de Barrett. Os pacientes podem responder a uma tentativa terapêutica com um inibidor da bomba de prótons.

Abordagem passo a passo do tratamento

O tratamento da laringite infecciosa aguda variará dependendo da gravidade da doença. Devem ser tomados cuidados especiais com pacientes que tenham qualquer grau de comprometimento das vias aéreas. Determinados tipos de infecção requerem cuidados urgentes e especializados, como a epigloteite e a difteria.

O tratamento para laringite viral baseia-se na compreensão completa da evolução natural da doença. Existem poucos dados sobre isso. A maioria dos médicos, no entanto, aborda a laringite viral como uma doença geralmente autolimitada, que requer tratamento de suporte isolado.

A - antibióticos

O desafio do médico é decidir sobre quando os antibióticos podem ser necessários para uma possível infecção bacteriana. Uma revisão Cochrane atualizada em 2015 abordou a questão dos antibióticos para laringite aguda em adultos.^[18] A revisão encontrou três ensaios clínicos randomizados e controlados: um deles comparou a penicilina V com placebo, o segundo comparou a eritromicina com placebo, e o terceiro comparou a fusafungina com ou sem claritromicina à ausência de tratamento. Descobriu-se que o grupo da eritromicina apresentou resultados vocais consideravelmente melhores somente a partir de 1 semana de tratamento, e melhoria significativa da tosse somente a partir das 2 semanas de tratamento. Além disso, os pacientes tratados com fusafungina por via inalatória apresentaram uma taxa maior de cura clínica por volta do dia 5, mas nenhuma diferença por volta do dia 8 ou posteriormente. A fusafungina não é usada comumente na prática clínica e não está disponível em alguns países, incluindo os EUA. Todas as outras medidas de desfecho e de voz não demonstraram melhora significativa em ambos os grupos de tratamento. A revisão Cochrane concluiu que não parece haver benefício clinicamente significativo algum no uso de antibióticos para tratar laringite aguda; no entanto, nenhuma recomendação definitiva pode ser feita. O uso de antibióticos poderia causar aumento nas taxas de organismos resistentes, bem como riscos adversos indevidos e custos.

Corticosteroides

Faltam evidências na literatura que suportem uso de corticosteroide para o tratamento da laringite aguda.^{[9] [19] [20] [21] [22]} Um estudo comparou corticosteroides por via inalatória versus via oral. Houve melhora significativa no edema na coorte de corticosteroide inalatório em comparação com a coorte de corticosteroide oral.^[20] Em outro estudo, a corticoterapia oral apresentou redução dos marcadores pró-inflamatórios e aumento dos marcadores anti-inflamatórios em um modelo humano de fonotrauma.^[9] Os autores do estudo concluíram que isso oferece base biológica para dar suporte ao uso de corticosteroides em inflamações agudas das pregas vocais associadas a fonotrauma.

Pacientes com possível comprometimento das vias aéreas

Se houver desconforto respiratório, o paciente deverá ser avaliado em um ambiente controlado com facilidade de realizar uma intubação segura. Talvez seja preciso realizar uma traqueotomia de emergência caso não seja possível fazer uma intubação normal através do edema. As crianças com sintomas e sinais de epigloteite (por exemplo, febre alta, faringite, aparência toxêmica, sialorreia, posição de tripé, desconforto respiratório e irritabilidade) devem ser examinadas em um ambiente controlado, como a sala de cirurgia, onde a intubação será realizada se houver qualquer dúvida quanto às vias aéreas. Se o paciente for um adulto, poderá ser realizada a laringoscopia flexível. Deve ser evitada

qualquer manipulação da área supraglótica. Se necessário, a intubação poderá ser feita durante a laringoscopia flexível com visualização direta.

É improvável que o desconforto respiratório agudo se manifeste no cenário de uma laringite aguda não complicada, a menos que haja um fator de risco subjacente, como uma condição que limita as vias aéreas. Afecções como a estenose subglótica ou a paralisia da prega vocal bilateral aumentam significativamente o risco de insuficiência respiratória na laringite aguda. Mesmo uma leve inflamação e um edema das estruturas endolaringeas podem causar um comprometimento das vias aéreas, e isso pode ser prejudicial para o paciente. Portanto, as doenças do trato respiratório superior (DTRSs) e a laringite aguda devem ser tratadas com diligência. Os corticosteroides são administrados para aliviar o edema em todos os doentes com um potencial comprometimento das vias aéreas, e o tratamento precoce com antibióticos deve ser considerado. As vias aéreas devem ser monitoradas rigorosamente para avaliar a necessidade de uma traqueotomia.

Os pacientes com difteria parecem tóxicos, e há uma ameaça iminente de comprometimento das vias aéreas. O paciente precisa ser hospitalizado e observado cuidadosamente. São realizadas laringoscopias indiretas com fibra óptica em série. As vias aéreas devem ser protegidas no caso de desenvolvimento de obstruções decorrentes da evolução dos exsudatos.

Laringite infecciosa aguda (não diftérica)

A maioria dos casos de laringite infecciosa aguda é viral, e o tratamento é de suporte com analgésicos e antitussígenos, conforme necessário. A higiene vocal é o componente mais importante do esquema de tratamento. Ela inclui, mas não está limitada ao repouso da voz, aumento da hidratação, umidificação e ingestão limitada de cafeína. O repouso da voz, na laringite viral em particular, não pode ser subestimado. A duração sugerida para o repouso da voz pode variar de acordo com a prática habitual de cada médico, mas geralmente é de 3 a 7 dias. Os cantores não devem cantar ou fazer exercícios vocais durante esse período. O repouso da voz é importante porque o uso intensivo da voz em uma laringe já lesionada pode causar o desenvolvimento de patologias adicionais, como cicatrização ou hemorragia das pregas vocais e disфонia de tensão muscular. A cafeína deve ser evitada porque tem efeitos diuréticos e causará uma depleção de volume adicional. Os descongestionantes não são recomendados. Não há nenhuma evidência que dê suporte ao uso de corticosteroides para esses pacientes.

Apesar da falta de ensaios conclusivos, os mucolíticos têm sido amplamente utilizados para diminuir a viscosidade das secreções. Os mucolíticos podem restaurar a qualidade do muco aquoso na glote, que é essencial para a lubrificação das pregas vocais verdadeiras.[23] O muco espesso também desencadeia pigarro, que por sua vez aumenta o edema e as lesões nas pregas vocais, levando a patologias das pregas vocais.

Os antibióticos serão indicados somente quando houver suspeita de uma infecção bacteriana, e eles serão iniciados empiricamente.[18] 1[B]Evidence A maioria dos casos de laringite aguda é viral.

Laringite aguda decorrente de difteria, após o manejo bem-sucedido das vias aéreas

Assim que houver uma suspeita do diagnóstico, será iniciado o tratamento clínico com antibióticos e antitoxina. Os antibióticos são essenciais para erradicar o organismo e eliminar sua disseminação, mas eles não são um substituto do tratamento com antitoxina. Os antibióticos também são importantes na erradicação da colonização nos contatos e na profilaxia pós-exposição.[24]

A administração de antitoxina diftérica é uma etapa fundamental no tratamento da difteria. Ela neutraliza apenas a toxina extracelular e, portanto, deve ser administrada o quanto antes, geralmente antes que a doença seja microbiologicamente confirmada. A antitoxina é um soro de equino, portanto, os pacientes deverão ser testados quanto à hipersensibilidade antes de ela ser administrada. Mesmo que haja hipersensibilidade, a antitoxina ainda terá que ser administrada, mas somente após uma dessensibilização. Como a infecção clínica nem sempre induz à imunidade, um ciclo de toxoide diftérico deverá ser administrado no final da primeira semana da doença e concluído durante a convalescença.[24]

Enquanto isso, a paralisia do palato e da faringe pode necessitar de alimentação por sonda nasogástrica.[25] Os pacientes devem ser isolados durante o período de tratamento, e permanecer isolados até que 3 swabs de garganta sejam testados após a terapia e a cultura se apresentar negativa. Analgésicos, mucolíticos e medicamentos para a tosse podem ser usados como cuidados de suporte após a terapia de urgência.

Laringite decorrente de tuberculose ou de infecção fúngica

Discussões mais detalhadas sobre a laringite tuberculosa ou laringite fúngica ultrapassam o escopo deste tópico. Os pacientes com suspeita de tuberculose precisam ser encaminhados a um especialista em pneumologia ou em doenças infecciosas, para a administração de terapia antituberculose e tratamento. Higiene vocal, analgésicos, mucolíticos e medicamentos para a tosse podem ser usados como cuidados de suporte.

Os pacientes com laringite fúngica são tratados por otorrinolaringologistas. Quando a rouquidão tiver se desenvolvido em pacientes sob tratamento com corticosteroides inalatórios, é apropriado que o médico da unidade básica de saúde aconselhe o paciente a lavar a boca com água antes e após a inalação. Se possível, a dose de corticosteroide deve ser reduzida à menor dose necessária. Ainda pode ser necessário o encaminhamento a um otorrinolaringologista.

Laringite crônica decorrente de tuberculose ou de infecção fúngica

A laringite tuberculosa crônica é tratada com um esquema e cuidados antituberculose fornecidos por um especialista em doenças infecciosas. A laringite crônica também pode ocorrer devido a uma infecção por fungos. Os pacientes com laringite fúngica são tratados por otorrinolaringologistas. Informações mais detalhadas sobre o tratamento da laringite fúngica ultrapassam o escopo deste tópico.

Laringite não infecciosa

A base do tratamento da laringite decorrente de um fonotrauma crônico é a fonoterapia realizada por um fonoaudiólogo experiente. Para esses pacientes com tensão vocal, a higiene vocal é fundamental. Isso inclui, mas não está limitada ao repouso da voz, aumento da hidratação, umidificação e ingestão limitada de cafeína. O repouso da voz é importante porque o uso intensivo da voz em uma laringe já lesionada pode causar o desenvolvimento de patologias adicionais, como cicatrização ou hemorragia das pregas vocais e disfonia de tensão muscular. A duração sugerida para o repouso da voz pode variar de acordo com a prática habitual de cada médico, mas geralmente é de 3 a 7 dias. Os cantores não devem cantar ou fazer exercícios vocais durante esse período.

Profissionais que usam a voz

Profissionais que usam a voz, como cantores, diversos fatores podem ser abordados, incluindo higiene vocal, refluxo e hábitos sociais.^[22] As opções de tratamento que podem ser consideradas incluem terapia com um profissional especializado em canto, corticosteroides orais ou nasais para rinite ou outra inflamação, bem como antibióticos para casos de sinusite bacteriana que inflame a laringe. A rouquidão nem sempre se deve à laringite e, portanto, o exame cuidadoso usando a videoestroboscopia para avaliar as pregas vocais e descartar lesões mais graves das pregas vocais (hemorragia ou ruptura da mucosa vocal) é essencial. Caso haja uma lesão vocal grave, recomenda-se repouso vocal e evitar o uso intenso da voz. Quando a laringite viral aguda estiver presente, o paciente deve ser avaliado por um otorrinolaringologista. Caso não haja lesão vocal grave, corticosteroides intramusculares, hidratação agressiva e uso essencial da voz podem salvar uma apresentação nesse contexto. O paciente deve ser orientado quanto ao aumento do risco de hemorragia, mais danos permanentes ou redução das habilidades vocais com a laringe inflamada caso haja uso vocal contínuo.

Visão geral do tratamento

Consulte um banco de dados local de produtos farmacêuticos para informações detalhadas sobre contra-indicações, interações medicamentosas e posologia. (ver [Aviso legal](#))

Inicial (resumo)		
com possível comprometimento das vias aéreas		
<ul style="list-style-type: none"> sem suspeita de difteria com suspeita de difteria 	1a	vias aéreas protegidas + cuidados de suporte
	mais	corticosteroide + antibióticos empíricos
	mais	isolamento + antibióticos + antitoxina diftérica
Agudo (resumo)		
viral		
	1a	cuidados de suporte + higiene vocal
	adjunto	mucolítico e/ou antitussígeno
suspeita bacteriana: não diftérica e não tuberculosa		
	1a	antibióticos
	mais	cuidados de suporte + higiene vocal
	adjunto	mucolítico e/ou antitussígeno
difteria confirmada		
	1a	isolamento contínuo + antibióticos + toxoide diftérico

Agudo (resumo)		
	adjunto	analgesia
	adjunto	mucolítico e/ou antitussígeno
tuberculose		
	1a	isolamento e terapia antituberculose
	mais	cuidados de suporte + higiene vocal
	adjunto	mucolítico e/ou antitussígeno
fúngica		
	1a	encaminhar a otorrinolaringologista
tensão vocal		
	1a	higiene vocal

Opções de tratamento

Inicial

com possível comprometimento das vias aéreas

com possível comprometimento das vias aéreas

1a

vias aéreas protegidas + cuidados de suporte

» Se houver desconforto respiratório, o paciente deverá ser avaliado em um ambiente controlado com facilidade de realizar uma intubação segura. Talvez seja preciso realizar uma traqueotomia de emergência caso não seja possível fazer uma intubação normal através do edema.

» As crianças com sintomas e sinais de epigloteite (por exemplo, febre alta, faringite, aparência toxêmica, sialorreia, posição de tripé, desconforto respiratório e irritabilidade) devem ser examinadas em um ambiente controlado, como a sala de cirurgia, onde a intubação será realizada se houver qualquer dúvida quanto às vias aéreas.

» Se o paciente for um adulto, poderá ser realizada a laringoscopia flexível. Deve ser evitada qualquer manipulação da área supraglótica. Se necessário, a intubação poderá ser feita durante a laringoscopia flexível com visualização direta.

» É improvável que o desconforto respiratório agudo se manifeste na laringite aguda complicada na ausência de um fator de risco subjacente, como a estenose subglótica ou a paralisia da prega vocal bilateral.

» Os pacientes com difteria apresentam um risco iminente de comprometimento das vias aéreas. Eles necessitam de hospitalização, observação estrita e laringoscopias indiretas com fibra óptica em série. As vias aéreas devem ser protegidas no caso de desenvolvimento de obstruções decorrentes da evolução dos exsudatos. A paralisia do palato e da faringe pode necessitar de alimentação por sonda nasogástrica.[25]

..... ■ sem suspeita de difteria

mais

corticosteroide + antibióticos empíricos

Opções primárias

» **fosfato sódico de dexametasona:** crianças e adultos: 2 mg/kg/dia por via intravenosa administrados em doses fracionadas a cada 6 horas

Inicial

-e-

» **cefazolina**: crianças >1 mês de idade: 25-100 mg/kg/dia por via intravenosa administrados em doses fracionadas a cada 6-8 horas; adultos: 500 mg por via intravenosa a cada 6 horas; seguidos por cefalexina via oral quando apropriado

-e-

» **cefalexina**: crianças: 25-50 mg/kg/dia por via intravenosa administrados em doses fracionadas a cada 12 horas; adultos: 500 mg por via oral a cada 12 horas; após conclusão da terapia com cefazolina por via intravenosa

» Corticosteroides são administrados para aliviar o edema. Faltam evidências na literatura que suportem uso de corticosteroide para o tratamento da laringite aguda.[9] [19] [20] [21] [22] Um estudo comparou corticosteroides por via inalatória versus via oral. Houve melhora significativa no edema na coorte de corticosteroide inalatório em comparação com a coorte de corticosteroide oral.[20] Em outro estudo, a corticoterapia oral apresentou redução dos marcadores pró-inflamatórios e aumento dos marcadores anti-inflamatórios em um modelo humano de fonotrauma.[9] Os autores do estudo concluíram que isso oferece base biológica para dar suporte ao uso de corticosteroides em inflamações agudas das pregas vocais associadas a fonotrauma.

» O tratamento precoce com antibiótico deve ser considerado; no entanto, uma revisão Cochrane sobre antibióticos para laringite aguda em adultos apontou que parece não haver benefício significativo no uso de antibióticos para tratar laringite aguda, embora nenhuma recomendação definitiva possa ser feita.[18] O uso de antibióticos poderia causar aumento nas taxas de organismos resistentes, bem como riscos adversos indevidos e custos.

» Os antibióticos são administrados por via intravenosa inicialmente, seguidos por antibióticos por via oral, quando apropriado.

» A prática pode variar entre os médicos, mas alguns pacientes poderão continuar com a redução gradativa da dose de corticosteroide oral quando a dose por via intravenosa for descontinuada.

» A duração da terapia varia de acordo com os sintomas e a resposta.

■ com suspeita de difteria

mais

isolamento + antibióticos + antitoxina diftérica

Inicial**Opções primárias**

- » **benzilpenicilina sódica**: crianças: 100 mg/kg/dia por via intravenosa/intramuscular administrados em doses fracionadas a cada 6 horas; adultos: 2.4 a 4.8 g ao dia por via intravenosa/intramuscular administrados em doses fracionadas a cada 6 horas
- e-
- » **antitoxina diftérica (equina)**: crianças e adultos: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

Opções secundárias

- » **eritromicina base**: crianças: 40-50 mg/kg/dia por via oral/intravenosa administrados em doses fracionadas a cada 6 horas, máximo de 2000 mg/dia; adultos: 250-500 mg por via oral/intravenosa a cada 6 horas
- e-
- » **antitoxina diftérica (equina)**: crianças e adultos: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Assim que houver suspeita do diagnóstico, o tratamento deverá ser iniciado imediatamente. Os pacientes deverão ser isolados.

» Os antibióticos são essenciais para erradicar o organismo e eliminar sua disseminação. Geralmente, os pacientes recebem a terapia parenteral até que eles possam deglutir confortavelmente, ponto em que a terapia oral adequada poderá ser substituída.

» A administração de antitoxina diftérica também é uma etapa fundamental. Ela neutralizará apenas a toxina extracelular e, portanto, precisa ser administrada o quanto antes, geralmente antes que a doença seja microbiologicamente confirmada.

» A antitoxina é um soro de equino, portanto, os pacientes deverão ser testados quanto à hipersensibilidade. Mesmo que haja hipersensibilidade, a antitoxina ainda terá que ser administrada, mas somente após uma dessensibilização.

» Ciclo de tratamento dos antibióticos: 14 dias.

Agudo**viral**

Agudo

1a cuidados de suporte + higiene vocal

Opções primárias

» **paracetamol**: crianças: 10-15 mg/kg por via oral a cada 4-6 horas conforme necessário, máximo 75 mg/kg/dia; adultos: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas conforme necessário, máximo 4000 mg/dia

» Os cuidados de suporte incluem analgésicos, caso seja necessário.

» A higiene vocal é o componente mais importante do esquema de tratamento. Ela inclui, mas não está limitada ao repouso da voz, aumento da hidratação, umidificação e ingestão limitada de cafeína.

» O repouso da voz, na laringite viral em particular, não pode ser subestimado. O aconselhamento em relação à duração sugerida do repouso da voz pode variar entre os médicos, mas geralmente é de 3 a 7 dias.

» Os cantores não devem cantar ou fazer exercícios vocais durante esse período.

» O uso intensivo da voz em uma laringe já lesionada pode causar a formação de mais patologias, como cicatrização ou hemorragia das pregas vocais e disfonia de tensão muscular.

adjunto mucolítico e/ou antitussígeno

Opções primárias

» **guaifenesina**: crianças ≥ 2 anos de idade: 12 mg/kg/dia por via oral (liberação imediata) administrados em 4-6 doses fracionadas; adultos: 1200 mg por via oral (liberação prolongada) duas vezes ao dia

-e/ou-

» **fosfato de codeína**: adultos: 15-30 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 120 mg/dia

» Apesar da falta de ensaios conclusivos, os mucolíticos têm sido amplamente utilizados para diminuir a viscosidade das secreções.

» Eles podem restaurar a qualidade do muco aquoso na glote, que é essencial para a lubrificação das pregas vocais verdadeiras.[23]

» O muco espesso também desencadeia pigarro, que por sua vez aumenta o edema e as

Agudo

lesões nas pregas vocais, levando a patologias das pregas vocais.

» Antitussígenos podem ser prescritos a pacientes com tosse. Medicamentos para tosse e resfriados que incluem opioides, como codeína ou hidrocodona, não devem ser usados em crianças e jovens com até 18 anos de idade, uma vez que os riscos (respiração lenta ou com dificuldade, uso indevido, abuso, dependência, overdose e morte) superam os benefícios quando usados para tosse nesses pacientes.[26]

suspeita bacteriana: não diftérica e não tuberculosa

1a antibióticos

Opções primárias

» **fenoximetilpenicilina**: crianças: 25-50 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 6-8 horas, máximo de 3000 mg/dia; adultos: 500 mg por via oral duas vezes ao dia

Opções secundárias

» **eritromicina base**: crianças: 30-50 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 6-8 horas, máximo de 2000 mg/dia; adultos: 500 mg por via oral duas vezes ao dia

» Os antibióticos serão indicados somente quando houver suspeita de uma infecção bacteriana, e eles serão iniciados empiricamente.[18] 1[B]Evidence

» Uma revisão Cochrane sobre antibióticos para laringite aguda em adultos apontou que parece não haver benefício significativo no uso de antibióticos para tratar laringite aguda, embora nenhuma recomendação definitiva possa ser feita.[18] O uso de antibióticos poderia causar aumento nas taxas de organismos resistentes, bem como riscos adversos indevidos e custos.

» A maioria dos casos de laringite aguda é viral.

» Ciclo do tratamento: 14 dias (10 dias para adultos).

mais cuidados de suporte + higiene vocal

Opções primárias

» **paracetamol**: crianças: 10-15 mg/kg por via oral a cada 4-6 horas conforme necessário,

Agudo

máximo 75 mg/kg/dia; adultos: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas conforme necessário, máximo 4000 mg/dia

- » Os cuidados de suporte incluem analgésicos, caso seja necessário.
- » A higiene vocal é um componente importante do esquema de tratamento. Ela inclui, mas não está limitada ao repouso da voz, aumento da hidratação, umidificação e ingestão limitada de cafeína.
- » O aconselhamento em relação à duração sugerida do repouso da voz pode variar entre os médicos, mas geralmente é de 3 a 7 dias.
- » Os cantores não devem cantar ou fazer exercícios vocais durante esse período.
- » O uso intensivo da voz em uma laringe já lesionada pode causar a formação de mais patologias, como cicatrização ou hemorragia das pregas vocais e disfonia de tensão muscular.

adjunto mucolítico e/ou antitussígeno

Opções primárias

» **guaifenesina**: crianças ≥ 2 anos de idade: 12 mg/kg/dia por via oral (liberação imediata) administrados em 4-6 doses fracionadas; adultos: 1200 mg por via oral (liberação prolongada) duas vezes ao dia

-e/ou-

» **fosfato de codeína**: adultos: 15-30 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 120 mg/dia

- » Apesar da falta de ensaios conclusivos, os mucolíticos têm sido amplamente utilizados para diminuir a viscosidade das secreções.
- » Eles podem restaurar a qualidade do muco aquoso na glote, que é essencial para a lubrificação das pregas vocais verdadeiras.^[23]
- » O muco espesso também desencadeia pigarro, que por sua vez aumenta o edema e as lesões nas pregas vocais, levando a patologias das pregas vocais.
- » Antitussígenos podem ser prescritos a pacientes com tosse. Medicamentos para tosse e resfriados que incluem opioides, como codeína ou hidrocodona, não devem ser usados em crianças e jovens com até 18 anos de idade, uma vez que os riscos (respiração

Agudo

lenta ou com dificuldade, uso indevido, abuso, dependência, overdose e morte) superam os benefícios quando usados para tosse nesses pacientes.[26]

difteria confirmada

1a isolamento contínuo + antibióticos + toxoide diftérico

Opções primárias

» **fenoximetilpenicilina**: crianças: 25-50 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 6-8 horas, máximo de 3000 mg/dia; adultos: 500-1000 mg por via oral quatro vezes ao dia

-e-

» **toxóide diftérico**: crianças e adultos: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

Opções secundárias

» **eritromicina base**: crianças: 40-50 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 6 horas, máximo de 2000 mg/dia; adultos: 250-500 mg por via oral a cada 6 horas

-e-

» **toxóide diftérico**: crianças e adultos: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Os pacientes devem ser isolados durante o período de tratamento, e permanecer isolados até que 3 swabs de garganta sejam testados após a terapia e a cultura se apresentar negativa.

» O esquema de antibioticoterapia, iniciado presuntivamente, deve ser concluído.

» Os antibióticos também são importantes na erradicação da colonização nos contatos e na profilaxia pós-exposição.[24]

» Como a infecção clínica nem sempre induz à imunidade, um ciclo de toxóide diftérico deverá ser administrado no final da primeira semana da doença e concluído durante a convalescença.[24]

» Ciclo de tratamento dos antibióticos: 14 dias.

adjunto analgesia

Opções primárias

Agudo

» **paracetamol**: crianças: 10-15 mg/kg por via oral a cada 4-6 horas conforme necessário, máximo 75 mg/kg/dia; adultos: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas conforme necessário, máximo 4000 mg/dia

» Os cuidados de suporte podem incluir analgésicos.

adjunto **mucolítico e/ou antitussígeno**

Opções primárias

» **guaifenesina**: crianças ≥ 2 anos de idade: 12 mg/kg/dia por via oral (liberação imediata) administrados em 4-6 doses fracionadas; adultos: 1200 mg por via oral (liberação prolongada) duas vezes ao dia

-e/ou-

» **fosfato de codeína**: adultos: 15-30 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 120 mg/dia

» Apesar da falta de ensaios conclusivos, os mucolíticos têm sido amplamente utilizados para diminuir a viscosidade das secreções.

» Eles podem restaurar a qualidade do muco aquoso na glote, que é essencial para a lubrificação das pregas vocais verdadeiras.[23]

» O muco espesso também desencadeia pigarro, que por sua vez aumenta o edema e as lesões nas pregas vocais, levando a patologias das pregas vocais.

» Antitussígenos podem ser prescritos a pacientes com tosse. Medicamentos para tosse e resfriados que incluem opioides, como codeína ou hidrocodona, não devem ser usados em crianças e jovens com até 18 anos de idade, uma vez que os riscos (respiração lenta ou com dificuldade, uso indevido, abuso, dependência, overdose e morte) superam os benefícios quando usados para tosse nesses pacientes.[26]

tuberculose

1a **isolamento e terapia antituberculose**

» É necessário o isolamento respiratório completo.

» Informações mais detalhadas sobre o tratamento da tuberculose (TB) ultrapassam o escopo deste tópico.

» Os pacientes com suspeita de tuberculose precisam ser encaminhados a um especialista

Agudo

mais

em pneumologia ou em doenças infecciosas, para a administração de terapia antituberculose e tratamento.

cuidados de suporte + higiene vocal

Opções primárias

» **paracetamol**: crianças: 10-15 mg/kg por via oral a cada 4-6 horas conforme necessário, máximo 75 mg/kg/dia; adultos: 500-1000 mg por via oral a cada 4-6 horas conforme necessário, máximo 4000 mg/dia

» A higiene vocal é um componente do esquema de tratamento.

» Ela inclui aumento da hidratação, umidificação e ingestão limitada de cafeína.

» Os cuidados de suporte podem incluir analgésicos.

adjunto

mucolítico e/ou antitussígeno

Opções primárias

» **guaifenesina**: crianças ≥ 2 anos de idade: 12 mg/kg/dia por via oral (liberação imediata) administrados em 4-6 doses fracionadas; adultos: 1200 mg por via oral (liberação prolongada) duas vezes ao dia

-e/ou-

» **fosfato de codeína**: adultos: 15-30 mg por via oral a cada 6-8 horas quando necessário, máximo de 120 mg/dia

» Apesar da falta de ensaios conclusivos, os mucolíticos têm sido amplamente utilizados para diminuir a viscosidade das secreções.

» Eles podem restaurar a qualidade do muco aquoso na glote, que é essencial para a lubrificação das pregas vocais verdadeiras.[23]

» O muco espesso também desencadeia pigarro, que por sua vez aumenta o edema e as lesões nas pregas vocais, levando a patologias das pregas vocais.

» Antitussígenos podem ser prescritos a pacientes com tosse. Medicamentos para tosse e resfriados que incluem opioides, como codeína ou hidrocodona, não devem ser usados em crianças e jovens com até 18 anos de idade, uma vez que os riscos (respiração lenta ou com dificuldade, uso indevido, abuso, dependência, overdose e morte) superam os benefícios quando usados para tosse nesses pacientes.[26]

Agudo**fúngica****1a encaminhar a otorrinolaringologista**

- » Informações mais detalhadas sobre o tratamento da laringite fúngica ultrapassam o escopo deste tópico.
- » Os pacientes com laringite fúngica são tratados por otorrinolaringologistas.
- » Quando a rouquidão tiver se desenvolvido em pacientes sob tratamento com corticosteroides inalatórios, é apropriado que o médico da unidade básica de saúde aconselhe o paciente a lavar a boca com água antes e após a inalação.
- » Se possível, a dose de corticosteroide deve ser reduzida à menor dose necessária. Ainda pode ser necessário o encaminhamento a um otorrinolaringologista.

tensão vocal**1a higiene vocal**

- » A base do tratamento da tensão vocal, incluindo para profissionais que usam a voz, geralmente é a fonoterapia realizada por um fonoaudiólogo experiente. Para esses pacientes com tensão vocal, a higiene vocal é fundamental. Isso inclui, mas não está limitada ao repouso da voz, aumento da hidratação, umidificação e ingestão limitada de cafeína.
- » O repouso da voz é importante porque o uso intensivo da voz em uma laringe já lesionada pode causar o desenvolvimento de patologias adicionais, como cicatrização ou hemorragia das pregas vocais e disfonia de tensão muscular. A duração sugerida para o repouso da voz pode variar de acordo com a prática habitual de cada médico, mas geralmente é de 3 a 7 dias. Os cantores não devem cantar ou fazer exercícios vocais durante esse período.

Recomendações

Monitoramento

Não é necessário nenhum monitoramento a longo prazo, a menos que haja rouquidão persistente. No caso de rouquidão contínua, o paciente deverá ser encaminhado a um otorrinolaringologista a fim de descartar patologias das pregas vocais e disfonia de tensão muscular. É importante observar que qualquer rouquidão que persista por mais de 3 semanas requer um encaminhamento para a avaliação de um otorrinolaringologista, para que a malignidade seja descartada.

Instruções ao paciente

A importância da higiene vocal não pode ser subestimada. [\[American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery: Keeping your voice healthy\]](#) Um dos componentes mais importantes dessa terapia é a hidratação adequada. Deve-se aconselhar os pacientes:

- Beber 6 a 8 copos (8 oz) de água/dia
- Evitar o tabagismo
- Evitar a cafeína
- Evitar o uso excessivo da voz (por exemplo, gritar).

O repouso da voz é importante, especialmente para aqueles que usam a voz profissionalmente (por exemplo, cantores, advogados, professores). O aconselhamento em relação à duração sugerida do repouso da voz varia entre os médicos, mas é geralmente entre 3 e 7 dias.

Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
comprometimento das vias aéreas	curto prazo	baixa
<p>O risco é baixo na laringite infecciosa aguda não complicada, mas é alto na difteria.</p> <p>O acompanhamento rigoroso com laringoscopias em série é de extrema importância.</p> <p>Deve ser empregada uma abordagem multidisciplinar (incluindo ouvido, nariz e garganta; doenças infecciosas; anestesia).</p>		
formação de lesões na prega vocal verdadeira	longo prazo	baixa
<p>A laringite infecciosa aguda é geralmente viral e autolimitada, e as complicações são raras.</p> <p>Em caso de uso intenso da voz, poderá ocorrer uma lesão nas pregas vocais. Ela pode ser evitada com o repouso da voz e a hidratação.</p> <p>Em caso de rouquidão persistente após 3 semanas, o paciente deverá ser encaminhado a um laringologista.</p>		
estenose laríngea (TB, tuberculose)	longo prazo	baixa

Complicações	Período de execução	Probabilidade
A TB não tratada pode levar à cicatrização e à estenose laríngea.		
disfonia de tensão muscular	longo prazo	baixa
<p>O uso intenso da voz pode levar a um comportamento compensatório e, como resultado, à disfonia de tensão muscular.</p> <p>É importante educar o paciente e, em casos de disfonia persistente, o paciente deverá ser encaminhado a um laringologista.</p>		

Prognóstico

Laringite infecciosa aguda

Trata-se geralmente de uma doença autolimitada. Com repouso vocal e hidratação adequada, a voz voltará ao normal em poucos dias. O uso extenso e contínuo da voz pode resultar em lesão nas pregas vocais verdadeiras e em formação de patologias. Também pode levar ao desenvolvimento de um comportamento compensatório e pode resultar em disfonia de tensão muscular. Portanto, o paciente precisa ser aconselhado sobre a importância do repouso da voz e da hidratação.

Difteria

A idade do paciente e o estado de imunização são fatores importantes em termos de probabilidade de diagnóstico. Os pacientes idosos ou muito jovens geralmente têm um prognóstico mais desfavorável, enquanto que a história passada de imunização leva a um prognóstico melhor. Qualquer atraso na administração da antitoxina diftérica tem maior probabilidade de resultar em complicações tóxicas associadas. Portanto, é importante administrar a antitoxina diftérica o quanto antes.

Tuberculose

Após o início de um tratamento adequado, as lesões na laringe deverão regredir. Quando não tratadas, a evolução das lesões podem causar fibrose, cicatrização e, como resultado, estenose laríngea. Isso pode exigir uma traqueotomia.

Diretrizes de diagnóstico

Europa

Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia)

Publicado por: American Academy of Otolaryngology - Head and Neck Surgery Foundation

Última publicação em: 2009

Diretrizes de tratamento

Europa

Finnish guidelines for the treatment of laryngitis, wheezing bronchitis and bronchiolitis in children

Publicado por: Finnish Current Care Guidelines

Última publicação em: 2016

Recursos online

1. [American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery: Keeping your voice healthy](#) (*external link*)
-

Nível de evidência

1. Melhora nos escores objetivos e subjetivos de voz: há evidências de qualidade moderada de que não há diferença significativa nos escores objetivos de voz em pessoas com laringite aguda que receberam penicilina V em comparação com placebo, ou eritromicina em comparação com placebo, embora a eritromicina esteja associada a benefícios significativos nos sintomas vocais relatados em 1 semana em comparação com placebo.[\[18\]](#)

Nível de evidência B: Estudos clínicos randomizados e controlados (ECRCs) de <200 participantes, ECRCs de >200 participantes com falhas metodológicas, revisões sistemáticas (RSs) com falhas metodológicas ou estudos observacionais (coorte) de boa qualidade.

Artigos principais

- Alcaide ML, Bisno AL. Pharyngitis and epiglottitis. Infect Dis Clin North Am. 2007;21:449-469. [Resumo](#)
- Tulunay OE. Laryngitis - diagnosis and management. Otolaryngol Clin North Am. 2008;41:437-451. [Resumo](#)

Referências

- Alcaide ML, Bisno AL. Pharyngitis and epiglottitis. Infect Dis Clin North Am. 2007;21:449-469. [Resumo](#)
- Birmingham Research Unit of the Royal College of General Practitioners. Communicable and respiratory disease report for England and Wales. 2006. <http://www.rcgp.org.uk/> (last accessed 27 Spetember 2017). [Texto completo](#)
- Frantz TD, Rasgon BM. Acute epiglottitis: changing epidemiologic patterns. Otolaryngol Head Neck Surg. 1993;109:457-460. [Resumo](#)
- American Academy of Pediatrics. Diphtheria. In: Pickering LK, Baker CJ, Long SS, et al, eds. Red book: 2006 report of the committee on infectious diseases. 27th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2006:277. [Texto completo](#)
- Tulunay OE. Laryngitis - diagnosis and management. Otolaryngol Clin North Am. 2008;41:437-451. [Resumo](#)
- Dworkin JP. Laryngitis: types, causes, and treatments. Otolaryngol Clin North Am. 2008;41:419-436. [Resumo](#)
- Koufman JA. The otolaryngologic manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD): a clinical investigation of 225 patients using ambulatory 24-hour pH monitoring and an experimental investigation of the role of acid and pepsin in the development of laryngeal injury. Laryngoscope. 1991;101(suppl 53):1-78. [Resumo](#)
- Titze IR, Svec JG, Popolo PS. Vocal dose measures: quantifying accumulated vibration exposure in vocal fold tissues. J Speech Lang Hear Res. 2003;46:919-932. [Texto completo](#) [Resumo](#)
- Ingle JW, Helou LB, Li NY, et al. Role of steroids in acute phonotrauma: a basic science investigation. Laryngoscope. 2014;124:921-927. [Resumo](#)
- Allen S, Batungwanayo J, Kerlikowske K, et al. Two-year incidence of tuberculosis in cohorts of HIV-infected and uninfected urban Rwandan women. Am Rev Respir Dis. 1992;146:1439-1444. [Resumo](#)
- Perneger TV, Sudre P, Lundgren JD, et al; AIDS in Europe Study Group. Does the onset of tuberculosis in AIDS predict shorter survival? Results of a cohort study in 17 European countries over 13 years. BMJ. 1995;311:1468-1471. [Texto completo](#) [Resumo](#)

12. Ben Gamra O, Mbarek C, Charfi S, et al. Chronic laryngitis in adults [in French]. *Tunis Med*. 2007;85:641-643. [Resumo](#)
13. Israel HL. Chemoprophylaxis for tuberculosis. *Respir Med*. 1993;87:81-83. [Resumo](#)
14. Gupta SK, Postma GN, Koufman JA. Laryngitis. In: Bailey BJ, Johnson JT, eds. *Head and neck surgery otolaryngology*. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2006:829-836.
15. Belafsky PC, Postma GN, Koufman JA. The validity and reliability of the reflux finding score (RFS). *Laryngoscope*. 2001;111:1313-1317. [Resumo](#)
16. Shohet JA, Courey MS, Scott MA, et al. Value of videostroboscopic parameters in differentiating true vocal fold cysts from polyps. *Laryngoscope*. 1996;106:19-26. [Resumo](#)
17. Schwartz SR, Cohen SM, Dailey SH, et al. Clinical practice guideline: hoarseness (dysphonia). *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009;141(suppl 2):S1-S31. [Texto completo](#) [Resumo](#)
18. Reveiz L, Cardona AF. Antibiotics for acute laryngitis in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2015; (5):CD004783. [Texto completo](#) [Resumo](#)
19. Rafii B, Sridharan S, Taliencio S, et al. Glucocorticoids in laryngology: a review. *Laryngoscope*. 2014;124:1668-1673. [Resumo](#)
20. Souza AM, Duprat Ade C, Costa RC, et al. Use of inhaled versus oral steroids for acute dysphonia. *Braz J Otorhinolaryngol*. 2013;79:196-202. [Texto completo](#) [Resumo](#)
21. DelGaudio JM. Steroid inhaler laryngitis: dysphonia caused by inhaled fluticasone therapy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002;128:677-681. [Texto completo](#) [Resumo](#)
22. Klein AM, Johns MM 3rd. Vocal emergencies. *Otolaryngol Clin North Am*. 2007;40:1063-1080. [Resumo](#)
23. Garrett CG, Ossoff RH. Hoarseness. *Med Clin North Am*. 1999;83:115-123. [Resumo](#)
24. Efstratiou A. Diphtheria. In: Cohen J, Powderly WG, eds. *Infectious disease*. 2nd ed. Edinburgh, UK: Mosby; 2004:1655-1658.
25. Lebovics RS, Neel HB III. Infectious and inflammatory disorders of the larynx. In: Sataloff RT, ed. *Professional voice: the science and art of clinical care*. 3rd ed. San Diego, CA: Plural Publishing; 2005:791-798.
26. Food and Drug Administration. FDA drug safety communication: FDA requires labeling changes for prescription opioid cough and cold medicines to limit their use to adults 18 years and older. January 2018 [internet publication]. [Texto completo](#)

Imagens

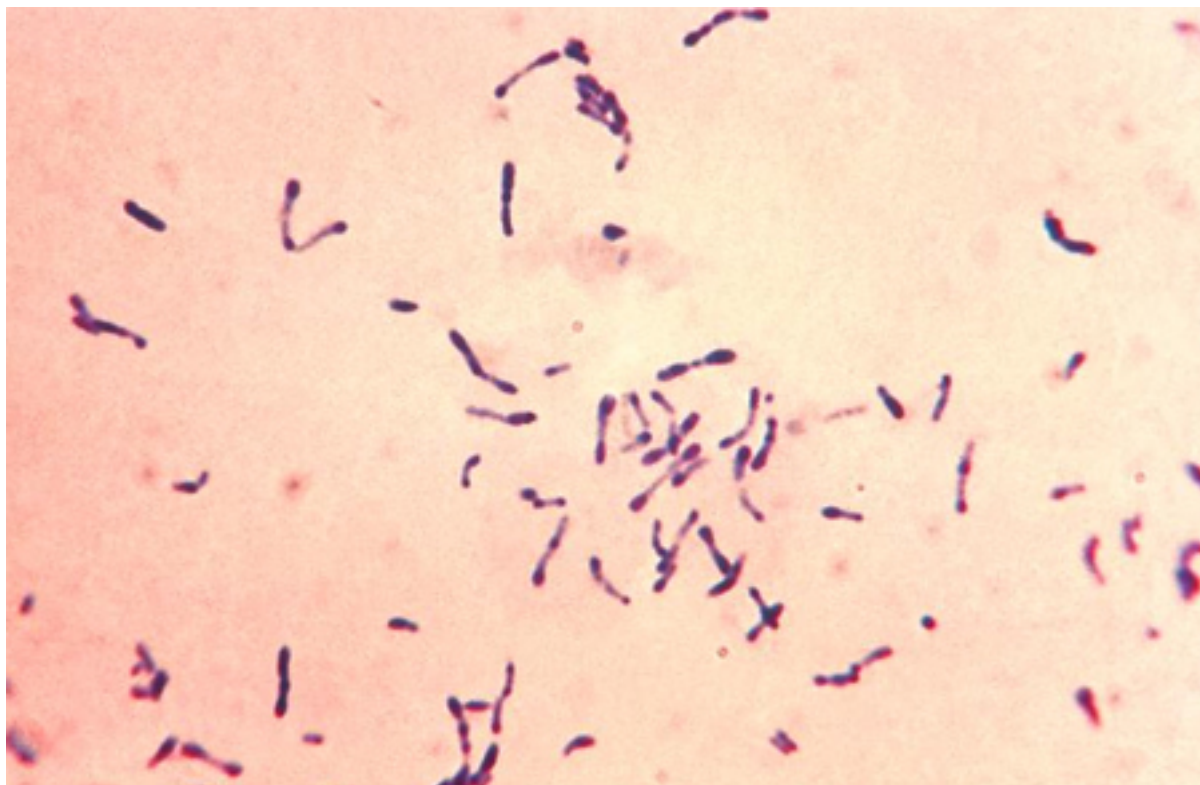


Figura 1: Bactéria *Corynebacterium diphtheriae* corada com azul de metileno; espécime retirado de um meio de cultura inclinado PAI

Imagem cedida pelo CDC/Dr P.B. Smith



Figura 2: Garoto apresentando infecção por difteria aguda

Imagem cedida pelo CDC

Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerálas substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

NOTA DE INTERPRETAÇÃO: Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
Numerais de 5 dígitos	10,000
Numerais de 4 dígitos	1000
Numerais < 1	0.25

Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

support@bmj.com

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

BMJ Best Practice

Colaboradores:

// Autores:

Chad W. Whited, MD

Clinical Faculty

Laryngeal surgeon and general otolaryngologist, Austin ENT Clinic, Austin, Texas

DIVULGAÇÕES: CWW declares that he has no competing interests.

Seth H. Dailey, MD

Chief

Section of Laryngology and Voice Surgery, Associate Professor, Division of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, University of Wisconsin School of Medicine and Public Health, Madison, WI

DIVULGAÇÕES: SHD declares that he has no competing interests.

// Reconhecimentos:

Dr Chad W. Whited and Dr Seth H. Dailey would like to gratefully acknowledge Dr Ozlem E. Tulunay-Ugur, a previous contributor to this monograph. OETU declares that she has no competing interests.

// Colegas revisores:

Michael Johns, MD

Director

Assistant Professor, Emory University, Atlanta, GA

DIVULGAÇÕES: MJ declares that he has no competing interests.

James Suen, MD

Chair; Professor

University of Arkansas for Medical Sciences, Department of Otolaryngology - Head and Neck Surgery, Little Rock, AR

DIVULGAÇÕES: JS declares that he has no competing interests.

Remco de Bree, MD, PhD

Otolaryngologist

Head and Neck Surgeon, VU University Medical Center, Amsterdam, The Netherlands

DIVULGAÇÕES: RdB declares that he has no competing interests.