

## LARINGITIS HERPÉTICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

### *Herpetic laryngitis: a case report*

Buenaventura CAMINO-BARÓN<sup>1</sup> , María Teresa RUIZ-PAGES<sup>2</sup> , Eulalia PORRAS-ALONSO<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> SAS. Hospital Universitario de Puerto Real. Servicio de Otorrinolaringología. Cádiz, España

<sup>2</sup> SAS. Hospital Universitario de Puerto Real. Servicio de Aparato Digestivo. Cádiz, España

<sup>3</sup> Universidad de Cádiz. Facultad de Medicina. Otorrinolaringología. Cádiz, España

Correspondencia: [venturacaminobar@gmail.com](mailto:venturacaminobar@gmail.com)

Fecha de recepción: 4 de febrero de 2026

Fecha de aceptación: 13 de marzo de 2026

Fecha de publicación: 15 de abril de 2026

Fecha de publicación del fascículo: pendiente de publicación

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Imágenes: Los autores declaran haber obtenido las imágenes con el permiso de los pacientes

Política de derechos y autoarchivo: se permite el autoarchivo de la versión post-print (SHERPA/RoMEO)

Licencia CC BY-NC-SA 4.0. Licencia Creative Commons Atribución/Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Universidad de Salamanca. Su comercialización está sujeta al permiso del editor

**RESUMEN:** Introducción y objetivo: Laringitis Herpética como diagnóstico poco habitual en pacientes adultos. Método: Se presenta caso clínico de un paciente diagnosticado de laringitis herpética mediante una detallada historia clínica e imágenes realizadas por nasofibrolaringoscopia. Resultados: El manejo terapéutico se basó en tratamiento antiviral y corticoideo con correcto seguimiento clínico. Discusión: La laringitis herpética es una entidad poco frecuente en el adulto y puede suponer un reto diagnóstico a su clínica inespecífica. La infección por Virus varicela-Zóster (VVZ) a nivel laríngeo es excepcional. En el caso descrito el diagnóstico se basó en hallazgos clínicos y endoscópicos, así como la confirmación mediante estudio de exudado con la presencia de VVZ. La evolución clínica favorable tras el tratamiento refuerza la importancia de considerar esta etiología en el diagnóstico diferencial en pacientes con clínica inespecífica a nivel faringolaríngeo, evitando así posibles complicaciones. Conclusiones: La laringitis Herpética por VVZ, aunque infrecuente en el adulto, debe considerarse en el diagnóstico diferencial de laringitis exudativas. Su diagnóstico precoz y el inicio temprano de tratamiento antiviral permiten una evolución clínica favorable.

**PALABRAS CLAVE:** laringitis; herpesvirus; virus varicela-zoster; herpes zoster; caso clínico

**SUMMARY:** Introduction and objective: Herpetic laryngitis as an uncommon diagnosis in adult patients. Method: We present the clinical case of a patient diagnosed with herpetic laryngitis based on a detailed clinical history and fibrolaryngoscopic imaging findings. Results: Therapeutic management consisted of antiviral and corticosteroid treatment with appropriate clinical follow-up. Discussion: Herpetic laryngitis is a rare entity in adults and may represent a diagnostic challenge due to its nonspecific clinical presentation. Varicella-zoster virus (VZV) infection at the laryngeal level is exceptional. In the case described, diagnosis was based on clinical and endoscopic findings, as well as confirmation through exudate analysis demonstrating the presence of VZV. The favorable clinical outcome following treatment reinforces the importance of considering this etiology in the differential diagnosis of patients presenting with nonspecific pharyngolaryngeal symptoms, thereby preventing potential complications. Conclusions: Herpetic laryngitis caused by VZV, although uncommon in adults, should be considered in the differential diagnosis of exudative laryngitis. Early diagnosis and prompt initiation of antiviral therapy allow for a favorable clinical course.

**KEYWORDS:** laryngitis; herpesvirus infections; varicella-zoster virus; herpes zoster; case report

## INTRODUCCIÓN

Las laringitis agudas más frecuentes son de origen vírico por cuadros catarrales, dentro de este grupo las de origen herpético son una entidad clínica poco frecuente, tanto en adultos como en población pediátrica, y suele estar asociada a inmunosupresión, aunque también se han descrito casos en inmunocompetentes [1-4].

El Virus Herpes Simple (VHS) lo podemos encontrar en ocho formas diferentes siendo el tipo I el causante de la mayoría de las infecciones orales. La gingivostomatitis herpética en edad pediátrica es la forma clínica habitual [2].

Su presentación clínica es variable y puede oscilar desde síntomas leves como disfonía o disfagia, hasta cuadros fulminantes con obstrucción de la vía aérea, especialmente en niños pequeños, donde el estridor es más común [4]. En adultos, la disfonía y disfagia predominan, y existe un riesgo significativo de requerir traqueotomía en casos graves [4].

El diagnóstico suele retrasarse debido a la inespecificidad de los síntomas y la baja sospecha clínica. La laringoscopia revela típicamente exudado blanco o ulceraciones, y el diagnóstico definitivo se confirma mediante biopsia y estudios virológicos [1-3]. Es fundamental considerar la

laringitis herpética en lesiones laríngeas atípicas o refractarias al tratamiento convencional, especialmente en pacientes inmunosuprimidos [3, 4].

El diagnóstico diferencial de la laringitis herpética incluye principalmente otras causas infecciosas y no infecciosas de laringitis. Entre las infecciosas destacan la laringitis bacteriana (*Streptococcus*, *Staphylococcus*), laringitis por virus respiratorios (influenza, parainfluenza, adenovirus), laringitis por *Candida*, laringitis por citomegalovirus (CMV), y laringitis por varicela zoster. Además, deben considerarse entidades como laringitis tuberculosa, laringitis por micobacterias atípicas, y laringitis fúngica en pacientes inmunocomprometidos. En el contexto de lesiones laríngeas atípicas o refractarias, también es fundamental descartar neoplasias, lesiones traumáticas, y enfermedades autoinmunes como la granulomatosis con poliangitis [5]. La laringitis herpética puede simular clínica e histológicamente el carcinoma laríngeo, especialmente en pacientes inmunosuprimidos, por lo que la biopsia y estudios virológicos son esenciales para el diagnóstico definitivo [3]. La coexistencia de infecciones oportunistas, como *Candida*, puede complicar el cuadro y el diagnóstico [3].

El tratamiento de elección es la terapia antiviral, principalmente con aciclovir o valaciclovir, que ha demostrado ser altamente eficaz en la

resolución de los síntomas y la lesión laríngea [3, 4]. El manejo de la vía aérea puede requerir intervención quirúrgica en casos de obstrucción severa [4, 6]. La morbimortalidad asociada es relevante, con estancias hospitalarias prolongadas y riesgo de complicaciones, lo que subraya la importancia de la sospecha y el diagnóstico precoz.

La laringitis por virus varicela zóster (VVZ) es una entidad clínica infrecuente y subdiagnosticada, con escasos casos reportados en la literatura médica [7, 8]. Esta condición resulta de la reactivación del VVZ latente en los ganglios de los nervios craneales, particularmente el nervio vago, y puede manifestarse con disfonía, odinofagia, disfagia y parálisis de cuerda vocal unilateral [8].

El diagnóstico de la laringitis por VVZ representa un desafío clínico significativo, ya que hasta el 70 % de los pacientes no presentan las lesiones cutáneas características del herpes zóster (*zoster sine herpette*), lo que frecuentemente conduce a diagnósticos erróneos de parálisis laríngea idiopática [7].

La relevancia clínica de reportar estos casos radica en varios aspectos. Primero, la infección por herpes zóster se asocia de forma independiente con un riesgo aumentado de laringitis (OR = 1.77; IC 95 %: 1.71-1.84) [7]. Segundo, el inicio temprano de la terapia antiviral sistémica y las evaluaciones endoscópicas seriadas son componentes críticos del manejo agudo cuando se sospecha afectación laringofaríngea [5]. Tercero, las secuelas neurológicas, incluyendo disfonía y disfagia, pueden persistir durante meses o años tras el episodio inicial, requiriendo seguimiento a largo plazo [2, 4].

Además, la laringitis por VVZ tiende a asociarse con estados de inmunodepresión (presente en hasta el 70.6 % de los pacientes) y con la afectación de múltiples nervios craneales, lo que confiere un peor pronóstico en comparación con otras formas de herpes zóster [8]. Por tanto, la publicación de casos clínicos contribuye a aumentar el conocimiento sobre esta entidad, mejorar su reconocimiento temprano y optimizar las estrategias de manejo.

## DESCRIPCIÓN

Presentamos el caso de un varón de 58 años que acudió por odinofagia intensa de 12 días de evolución acompañado de fiebre de hasta 39 °C sin mejoría clínica tras dos ciclos de antibioterapia.

En la exploración se visualizaron exudados pultáceos bien delimitados blanquecinos a nivel faringolaríngeo que no se desprendían con el raspado en el lado derecho. Dorso lingual con lesiones satelitales eritematosas acompañado de exudado blanquecino. No se palparon adenopatías reactivas a nivel cervical.

Para completar el diagnóstico, además de un control analítico con marcada leucocitosis a expensas predominantemente de una monocitosis y alteración de los reactantes de fase aguda (RFA), se tomaron muestras de exudado faríngeo y PCR de VVZ, VHS tipo 1 y tipo 2; detentándose ADN/ARN para VVZ.

Como tratamiento hospitalario se indicó una pauta de corticoterapia intravenosa además de Aciclovir desde el inicio con una marcada mejoría progresiva y una desaparición gradual de lesiones faringolaríngeas. El paciente finalizó el tratamiento con una pauta domiciliar de Valaciclovir con una mejoría casi completa durante los siguientes meses, persistiendo leves molestias faríngeas más a largo plazo.

## DISCUSIÓN

Aunque las laringitis agudas son una entidad relativamente frecuente en edades pediátricas, [1, 2] también las podemos encontrar en adultos como en este caso. Estas son causadas predominantemente por virus respiratorios como parainfluenza 1, 2 y 3, influenza A y B, rinovirus, adenovirus o VRS [2, 6].

Las laringitis de origen herpético se originan por el VHS de tipo 1 (90 %), [1, 5] aunque también hay casos descritos por VHS tipo 2 y VVZ [2, 7] como en nuestro caso. Este tipo de laringitis se dan con una menor frecuencia, habitualmente en niños

tras una primoinfección asintomática en estado de inmunodepresión [1, 6].

En la mayoría de los casos son infecciones autolimitadas con una duración menor de 7 días [3, 6]. En casos excepcionales en los que se prolonga dicha infección debemos descartar otros factores añadidos como anomalías anatómicas, cuerpos extraños u otros agentes infecciosos [2, 5].

Pueden ser una complicación poco frecuente derivada de la gingivostomatitis herpética [5], se observan lesiones en forma de vesículas con base eritematosa que evolucionan a úlceras superficiales y también manchas no pigmentadas en dorso de lengua, paladar blando y resto de mucosa oral [1, 5, 7]. Estas lesiones pueden ir acompañadas de eritema difuso en niños, halitosis, fiebre o incluso compromiso de la vía aérea superior [1, 3].

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, mediante la nasofibrolaringoscopia evidenciando este tipo de lesiones (Figuras 1, 2 y 3). Se puede complementar con un estudio molecular por PCR para identificación VHS tipo 1 y 2 y VVZ [7, 8].

A pesar de ser una infección predominantemente autolimitada, como tratamiento antirretroviral se plantea Aciclovir de elección [1, 5, 6], aunque su eficacia para la laringitis herpética es motivo de debate en la actualidad, está indicado de forma temprana debido a su potencial gravedad. La corticoterapia por otro lado es otro motivo de discusión al causar una inmunodepresión que pueda agudizar el cuadro clínico, teniendo una mayor indicación en casos de mayor inflamación o compromiso de vía aérea superior [5, 6].

Este estudio presenta las limitaciones inherentes a los reportes de caso clínico. En primer lugar, la naturaleza de caso único impide la generalización de los hallazgos a otros pacientes con laringitis por VVZ, ya que las características clínicas, la respuesta al tratamiento y el pronóstico pueden variar significativamente entre individuos [7, 8].

Además, existe el riesgo de sesgo de publicación, ya que los casos con presentaciones atípicas

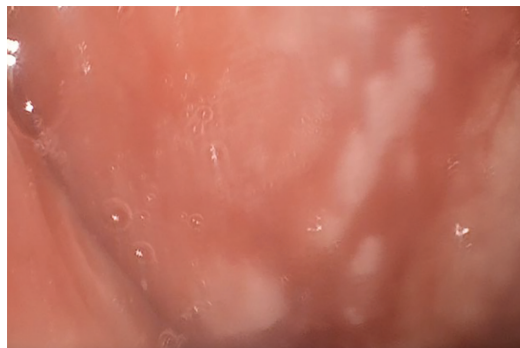


Figura 1: Lesiones satelitales cávum lado derecho



Figura 2: Lesiones satelitales pared lateral faríngea derecha. Cara lingual epiglotis



Figura 3: Lesiones satelitales cara laríngea de epiglotis y supraglotis hemilado derecho

o desenlaces favorables tienden a ser reportados con mayor frecuencia.

## CONCLUSIONES

La laringitis herpética es una entidad poco frecuente originada en la mayoría de los casos como una complicación de la gingivostomatitis herpética por el VHS tipo 1, aunque también puede ser causado por el tipo 2 o VVZ como en nuestro caso.

La clínica predominante suele ser tos, fiebre, odinofagia o incluso compromiso de vía respiratoria alta. Ante su sospecha y la correcta orientación en su diagnóstico diferencial se recomienda un estudio molecular PCR de VHS 1 y 2 y VVZ. A pesar de ser una infección de carácter autolimitado, está indicado la utilización de corticoterapia y antiretrovirales (Aciclovir) para una resolución completa del cuadro y evitar futuras complicaciones.

Por último, es importante también tener en cuenta una sobreinfección bacteriana sobre las úlceras, pautando un tratamiento con antibióticos que cubran *Streptococcus pyogenes* (grupo A) y bacteriemias por *Kingella kingae*.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Harless L, Jiang N, Schneider F, Durr M. Herpes simplex virus laryngitis presenting as airway obstruction: a case report and literature review. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2017;126(5):424-8. <https://doi.org/10.1177/0003489417699421>. PMID: 28397560.
2. Valenzuela CV, Newbill CP, Johnston C, Meyer TK. Proliferative laryngitis with airway obstruction in an adult: consider herpes. *Laryngoscope*. 2016;126(4):945-8. <https://doi.org/10.1002/lary.25555>. PMID: 26297873.
3. Vrabec JT, Molina CP, West B. Herpes simplex viral laryngitis. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2000;109(6):611-4. <https://doi.org/10.1177/000348940010900616>. PMID: 10855577.
4. Bachrach K, Levi JR, Tracy LF. Herpes simplex laryngitis: comparison between pediatric and adult patients. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2021;142:110596. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110596>. PMID: 33434698.
5. Zhang S, Farmer TL, Frable MA, Powers CN. Adult herpetic laryngitis with concurrent candidal infection: a case report and literature review. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;126(5):672-4. <https://doi.org/10.1001/archotol.126.5.672>. PMID: 10807340.
6. Chauhan N, Robinson JL, Guillemaud J, El-Hakim H. Acute herpes simplex laryngotracheitis: report of two pediatric cases and review of the literature. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2007;71(2):341-5. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2006.10.012>. PMID: 17126415.
7. Joo YH, Lee HJ, Park JO, Kim YH, Park KW, Park B, et al. The risk of laryngitis with herpes zoster infection: a nested case-control study using data from the Korean National Sample Cohort. *PLoS One*. 2021;16(12): e0261366. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0261366>. PMID: 34890416.
8. Park JM, Kim SE, Yang HC. Clinical characteristics of herpes zoster laryngitis. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2020;277(10):2907-12. <https://doi.org/10.1007/s00405-020-06074-9>. PMID: 32506144.