LARINGITIS OBSTRUCTIVAS EN EL SARAMPION

Prof. JULIO MENEGHELLO y Drs. OSCAR UNDURRAGA
y HAYDEE SEPULVEDA

Cátedra Extraordinaria de Pediatría del Prof. J. Meneghello. Hospital "Manuel Arriarán".

El sarampión es una de las enfermedades infecciosas de la infancia que con mayor frecuencia compromete la vía respiratoria superior, originando síndromes obstructivos que en algunas oportunidades alcanza particular gravedad^{1,5}. Como enfermedad esencialmente catarral, manifiesta el compromiso laríngeo en forma precoz, en el período prodrómico, no siendo en general éste de gran importancia, ya que su manifestación más destacada es el compromiso de la fonación, originando ronquera o disfonía¹. Ya en períodos más avanzados de la enfermedad, en la fase eruptiva o en la de declinación es cuando aparece el verdadero síndrome de obstrucción respiratoria y donde el compromiso laríngeo adquiere verdadera importancia, por su sintomatología más variada y por su pronóstico más reservado.

Ya en publicaciones anteriores^{2,3} dimos a conocer nuestra experiencia en laringitis obstructivas en general, así como en las laringitis diftéricas. En nuestra primera publicación sobre el tema destacamos como una de las causas más frecuentes de laringitis en la infancia, al sarampión. También dimos especial énfasis a la importancia que atribuíamos a la endoscopia en el diagnóstico precoz de estas afecciones, dando a conocer la imagen endoscópica en las diversas variedades de laringitis. En la presente comunicación analizaremos el compromiso laríngeo en el sarampión a través de 94 observaciones que pudimos recoger en poco más de siete años (Enero de 1947 a Marzo de 1954). Este material corresponde a un total de 230 sarampiones atendidos en nuestro Servicio por distintas complicaciones, de las cuales la laringitis fué, sin lugar a dudas, la más frecuente. En realidad no podemos conocer

la frecuencia exacta de esta complicación en relación con el total de casos de sarampión sin complicación, ya que ellos no se hospitalizan y sólo podemos relacionar la frecuencia de la laringitis con respecto al total de sarampiones complicados que nos tocó atender. Esta frecuencia resultó de 40,8%.

En la tabla N° 1 se exponen algunas características generales de este material. El 48,9% de los enfermos tenía dos años o menos. La frecuencia en los menores de un año, así como en los mayores de tres, fué escasa, 13,8 y 19,2% respectivamente. En cuanto al sexo, hubo una predominancia manifiesta en el sexo masculino, 63,8% sobre el femenino, 36,2%. El mayor número de casos se presentó en relación con la mayor intensidad de la epidemia, en invierno y primavera, 63,8%. Según nuestra experiencia esta complicación apareció especialmente en el período eruptivo y de declinación, con 52 y 38 enfermos, respectivamente y sólo en 4 oportunidades su presentación fué más precoz, en el período prodrómico o catarral. Esto no significa que el compromiso laríngeo no sea posible observarlo con mayor frecuencia en el período catarral, ya que, como dijimos, la laringitis catarral puede constituir un síntoma frecuente de este período⁴. La forma de comienzo de la complicación fué variable, en 36 enfermos se inició en forma lenta e insidiosa y en 34, en forma brusca. En los 24 casos restantes este dato no fué consignado.

Lo más característico en las laringitis en general y también en las del sarampión, es la aparición de un síndrome obstructivo respiratorio de mayor o menor intensidad, en que existe disnea, tiraje, cornaje, tos ronca y alteraciones de la voz, a lo

TABLA N° 1.

DATOS GENERALES EN 94 ENFERMOS DE LARINGITIS EN EL SARAMPION

Edad (en meses)			Sexo		Estación				Período de la complicación		
0 - 12	13 - 24	más 25	♂	♀	P	V	O	I	Catarral	Eruptivo	Declinac.
13	33	48	60	34	28	25	13	33	4 (4,2%)	52 (55%)	38 (40,8%)

TABLA Nº 2

DURACION DE LA FIEBRE Y DEL SINDROME OBSTRUCTIVO EN LARINGITIS EN EL SARAMPION

Días	1 a 3	4 a 6	7 a 9	más 10*	Total
Fiebre	40	26	4	5	75
Síndrome obstructivo	68	15	10	3	94

cual se agrega un compromiso más o menos marcado del estado general y fiebre. En la tabla Nº 2 aparece la duración del síntoma fiebre y del síndrome obstructivo. La curva febril de las laringitis aparecidas en el período catarral y sobre todo eruptivo, se confundió con la fiebre del sarampión y no tuvo nada de característico. En la complicación laríngea aparecida en el período de declinación, la fiebre pudo ser atribuida a la complicación y su duración en la mayoría de los casos no se prolongó más allá de un semana. En cuanto al síndrome obstructivo respiratorio sus manifestaciones fueron semejantes a la observadas en otros tipos de laringitis, como las diftericas, las infecciosas agudas y su duración no sobrepasó los 20 días ^{7,8}.

El estudio bacteriológico no representó en este material una ayuda diagnóstica de valor, ya que sólo reveló la existencia de una flora microbiana polimorfa sin nada de característica. Se practicó este examen sistemáticamente en todos nuestros enfermos, alcanzándose a analizar 185 secreciones nasales, 191 faríngeas y 19 laríngeas. Sólo en un enfermo fué posible pesquisar bacilo diftérico en la secreción faríngea. Hubo enfermos en los que por la sintomatología arrastrada de la laringitis como por la imagen endoscópica, sospechamos la etiología diftérica, sin que los exámenes de secreción pudieran confirmarla.

Endoscopia. — Si bien la laringitis en el sarampión se diagnostica por la existencia de compromiso laríngeo en un sarampión en cualquier período de evolución, este examen es de gran valor para pesquisar las formas asociadas. Es sabido que con cierta frecuencia esta complicación se asocia a la difteria, dando cuadros clínicos que revisten especial gravedad ^{1,2,3}. En nuestro material se lograron practicar 57 laringoscopías, de las cuales 11 fueron controles. Los resultados se exponen en la tabla Nº 3. Como puede observarse, la congestión difusa y el edema fueron sín-

TABLA Nº 3

ASPECTO ENDOSCOPICO DE 46 NIÑOS CON LARINGITIS EN SARAMPION

Localización laríngea	Congestión	Edema	Exudado		
			Puriforme	Purulento	Fibrinoide
Supraglotis	9	7	1	—	1
Glottis	18	14	3	—	7
Subglottis	9	7	2	1	3
Tráquea	3	—	—	8	—
Total (%)	39 (84,4)	28 (60)	6 (1,3)	9 (1,9)	11 (2,4)

tomas muy frecuentes y su localización preferente fué la glottis. En algunas oportunidades pudimos observar la congestión en manchosos, como se describe clásicamente ³. El exudado lo encontramos principalmente en la glottis y subglottis, ya de aspecto puriforme, purulento o membranoide. En más de una oportunidad la endoscopia no sirvió solamente como medio diagnóstico sino también terapéutico, permitiendo practicar aspiración de secreciones.

Modalidades clínica. — En la mayoría de las observaciones analizadas se nos presentó la laringitis como un síndrome obstructivo de corta duración, no más de 3 ó 4 días, con temperatura ligeramente elevada y de evolución muy favorable. Catalogamos a esta variedad como forma leve, alcanzando a conocer 46 casos de este tipo (48,9%), Tabla Nº 4. En 26 enfermos (27,6%), la sintomatología de obstrucción laríngea así como la fiebre tuvieron un curso más prolongado, 4 a 7 días. En esta forma que catalogamos como de mediana gravedad, aparecieron en algunos casos complicaciones, principalmente pulmonares. Algunos de estos enfermos requirieron tratamiento instrumental.

Finalmente, tuvimos un grupo de 22 enfermos (23,4%) en que toda la sintomatología apareció más exagerada aún; la fiebre se prolongó generalmente por más de una semana; el cuadro obstructivo, si

TABLA Nº 4

FORMAS CLINICAS Y SU RELACION CON LOS PERIODOS DEL SARAMPION

Período del sarampión	Formas clínicas			
	Leve	Mediana	Grave	Total
Catarral	2	1	1	4
Eruptivo	26	15	11	52
Declinación	18	10	10	38
Total (%)	46 (48,9)	26 (27,6)	22 (23,4)	94

bien no fué más prolongado que en el grupo anterior, fué más intenso y en numerosas ocasiones requirió tratamiento instrumental de urgencia, la toxemia fué más marcada y las complicaciones, principalmente pulmonares, fueron casi de rigor; incluimos entre ellas las formas descendentes como también aquéllas en que sospechamos una asociación con difteria. Precisamente en estas formas fué donde la endoscopia constituyó un método diagnóstico de apreciable valor. Los enfermos de este grupo se nos presentaron en los distintos períodos de la enfermedad original; 1 en el período catarral; 11 en el eruptivo y 10 en el de declinación. En este grupo la bronconeumonía se presentó en 10 oportunidades, el síndrome obstructivo intenso que obligó a practicar la intubación o traqueotomía o ambas, en 9 casos y en los restantes, la gravedad estuvo condicionada por la concomitancia de otras complicaciones, como otitis, estomatitis, trastornos nutritivos agudos o infección asociada, probablemente difteria, la que si bien no pudimos asegurar por el examen bacteriológico, la supusimos por la imagen endoscópica o la evolución clínica arrastrada, muy semejante al síndrome de laringotraqueobronquitis descrito por Chevalier Jackson³.

Radiología. — Logramos practicar examen radiológico de tórax a 88 de nuestros enfermos (93,6%). En 50 la radioscopia resultó normal. En los 38 restantes, los hallazgos fueron: sombras de peribronquitis en 20, atelectasias en 2 y sombras de condensación bronconeumónica en 16. Muy a menudo la gravedad del cuadro clínico se vió mantenida más que por la sintomatología obstructiva, por la complicación bronconeumónica. En la valoración de esta última complicación, que en la mayoría de los casos fué concomitante a la laringitis, consideramos sólo aquellos casos en que la sintomatología general, así

como los signos físicos pulmonares y radiológicos, eran claros de bronconeumonía.

Tratamiento. — El tratamiento general lo hicimos en todos los enfermos como en otros tipos de obstrucción laríngea y consistió en atmósfera húmeda, aspiración de secreciones y oxigenoterapia, lo que en el último año pudimos realizar en cámaras crupales. En ellas disponemos de temperatura adecuada, 20 a 23° C, humedad mantenida entre 70 y 80 vol. %, con lo cual logramos la fluidificación de las secreciones, y oxígeno de acuerdo con la urgencia del caso.

Creemos que en este tipo de enfermos, y en general en el tratamiento de las obstrucciones laríngeas de cualquier origen, desempeña un papel primordial los cuidados de enfermería especialmente en lo que se refiere a la posición del enfermo y a la correcta aspiración de secreciones.

Sin lugar a dudas los antibióticos han logrado mejorar considerablemente el pronóstico de las laringitis evitando o haciendo que la evolución de ciertas complicaciones, como la bronconeumonía, por ejemplo, sea más favorable, pero no hemos visto a través de nuestra experiencia que alguno de ellos tenga ventaja evidente sobre otros.

Todos los enfermos recibieron antibióticos y un número elevado de ellos, 42 antitoxina diftérica. En la tabla N° 5 se exponen los detalles del tratamiento. El mayor número de enfermos recibió la asociación penicilina-procaína y estreptomina con dosis promedio diaria de 530.000 U. y 450 mg. respectivamente y por un plazo medio de 6,1 días. En general, la dosis de los antibióticos se rebajó a la mitad cuando se produjo la caída de la temperatura y la mejoría del estado general. Penicilina-procaína sola recibieron 15 enfermos, con dosis promedio diaria de 530.000 U. y un plazo promedio de 6,7

TABLA N° 5
TRATAMIENTO EN LARINGITIS DEL SARAMPION

Forma clínica	Penicil.	Penic.-Estr.	Clorom.	Cortis.	Intub. Traq. Intub. y traq.		
	530.000 6,7 ds.	530.000 450 mg. 6,1 ds.	1,1 g. 7 ds.	140 mg. 6,9 ds.			
Leve	7	27	8	1	3	—	—
Mediana	6	14	7	—	—	—	—
Grave	2	15	5	6	4	4	1
Total	15	56	20	7	7	4	4

TABLA Nº 6.

EVOLUCION DE 20 LARINGITIS EN EL SARAMPION TRATADAS CON CLOROMICETINA

Síntomas (Duración)						Complicaciones		Tratamiento	
Fiebre			Sindr. Obst.			Br. neum.	Otras	Cloromic.	Intubación
1 - 3	4 - 6	7 - 9	1 - 3	4 - 6	7 - 9				
11	5	1	13	5	1	5	1	7,7 g.	1

días. La cloromicetina la usamos en 20 enfermos al azar, sin seleccionar casos particularmente graves. La dosis parcial diaria fué 1,1 grs. promedio y la duración promedio del tratamiento, 7 días. En realidad, como puede observarse en la tabla Nº 6, no podemos decir que con el uso de este antibiótico los enfermos hayan evolucionado más rápidamente hacia la mejoría. La desaparición o atenuación del síndrome obstructivo, así como la evolución ulterior de la complicación pulmonar u otra, no evidenció diferencias notables con respecto al grupo de enfermos tratados con penicilina exclusivamente o con la asociación penicilina-estreptomicina. Finalmente, en un grupo de 7 enfermos de los cuales 6 eran formas graves, usamos simultáneamente con los antibióticos, cortisona. La dosis promedio diaria fué 140 mg. y el promedio de días de tratamiento, 6,9. No obstante que conocíamos una referencia bibliográfica¹⁰ al respecto, en la cual se concluye en la escasa o nula acción de esta hormona sobre este tipo de enfermos, nos llevó a emplearla, la referencia verbal de algunos colegas que habían obtenido con ella buenos resultados y en algunos casos espectaculares. A pesar que nuestra experiencia con cortisona fué reducida, tampoco observamos diferencia en cuanto a rapidez de mejoría o cambio manifiesto en la condición del enfermo con el uso de esta hormona. Aún dentro de este grupo reducido hubo un enfermo que llegó a la traqueotomía después de estar recibiendo varios días la hormona.

En 15 enfermos hubo necesidad de recurrir al tratamiento instrumental, intubación, traqueotomía o ambas. Se trató en la mayoría de los casos, de enfermos graves en los que la intervención fué planteada ya desde el ingreso o ella fué necesaria por intensificarse la sintomatología obstructiva, a pesar del uso de ambiente adecuado y antibióticos. Hubo, sin embargo, en este grupo, 3 enfermos que fueron intubados y que con esta medida se logró la mejoría de la obstrucción respiratoria.

En 4 enfermos la intubación no fué medida suficiente para mejorar la condición respiratoria, por lo que hubo que recurrirse a la traqueotomía. En otras oportunidades esta intervención debió plantearse al ingreso del enfermo por tratarse de casos con asfixia intensa.

Conociendo la imagen laringoscópica que con relativa frecuencia se observa en las laringitis del sarampión en las que dominan la congestión y el edema y, tratándose de formas graves con gran dificultad respiratoria, creemos que, hecha una buena aspiración de secreciones, si la situación del enfermo no mejora, debe plantearse de inmediato la traqueotomía, la que deberá practicarse lo más baja posible.

Fallecidos. — En nuestro material tuvimos dos enfermos que fallecieron. Uno de ellos ingresó en el período eruptivo y el fallecimiento se produjo pocas horas después de su ingreso sin que se alcanzara a practicar tratamiento. La autopsia reveló bronconeumonía bilateral y edema del cerebro. El otro era un lactante mayor, también ingresado en período eruptivo, al que hubo necesidad de traqueotomizar al tercer día con lo cual mejoró la sintomatología obstructiva respiratoria, pero después de ella presentó inconsciencia y falleció. No se practicó autopsia.

RESUMEN

Se presenta la experiencia de 94 laringitis obstructivas aparecidas en los distintos períodos del sarampión, especialmente en la fase eruptiva y de declinación. La mayor frecuencia de la complicación laríngea la vimos en enfermos entre 1 y 3 años, coincidiendo con la mayor frecuencia de la enfermedad original a esta edad^{1,4,5}. La duración de la sintomatología, fiebre y síndrome obstructivo, en la generalidad de los casos fué grave, no mayor de 10 días. La mayoría de los enfermos fueron catalogados como leves o

de mediana gravedad; sin embargo, hubo un grupo de 22 niños que se consideraron graves, tanto por la mayor intensidad del síndrome obstructivo, como por la concomitancia de complicaciones, principalmente bronconeumonía. En algunas oportunidades sospechamos en enfermos de este grupo la asociación con difteria, lo que no nos fué posible asegurar, a pesar que el informe endoscópico en 11 oportunidades reveló exudado de aspecto fibrinoso. Sólo 2 enfermos fallecieron.

SUMMARY

The experience with 94 cases of obstructive laryngitis which appeared during the different stages of measles, especially in its eruptive and declination phases, is reported. Coinciding with the main frequency of the original disease which occurs at one, four and five years of age, we saw the main frequency of the laryngeal complications in patients from one to three years old. In most of the cases the duration of symptomatology, fever and obstructive syndrome was not more than ten days. Most of the patients were catalogued as of a slight or moderate gravity; nevertheless, there was a group of 22 children who were considered severely

ill, somewhat because of the mayor intensity of the obstructive syndrome as for complications, principally bronchopneumonia. In some opportunities we suspected the association with diphtheria in the patients of this group, but this was not possible to confirmed, though on eleven opportunities the endoscopic examination revealed an exudate of fibrine aspect. Only two of the patients died.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—BANKS, H. STANLEY. — Modern Practice in Infectious Fevers, Surrey, Love and Ma'consell 11:516, 1951.
- 2.—BRENNEMANN'S PRACTICE OF PEDIATRICS. — Hagerstown Maryland, W. F. Prior Company Inc. 11:25, 1948.
- 3.—CHEVALIER JACKSON y CHEVALIER J. JACKSON. — Otorrinolaringología y Broncosalagología, México U.T.E.H.A. pág. 618, 1949.
- 4.—HARRIES, E. H. R. y MITMAN, M. — Práctica Clínica en las Enfermedades Infecciosas, Editorial Miguel Servet, pág. 246, 1943.
- 5.—JOCHMANN G. y HEGGER, C. — Tratado de las Enfermedades Infecciosas, Editorial Labor, pág. 814, 1945.
- 6.—KARELITZ, S. — Medical Progress, Choice of an Antibiotic, An Interpretative Review, J. Pediat. 42:478, 1953.
- 7.—MENEHELLO, J.; UNDUERRAGA, O. y SEPULVEDA, H. — Laringitis Obstructiva, Rev. Chil. Ped. 24:175, 1953.
- 8.—MENEHELLO, J.; UNDUERRAGA, O. y SEPULVEDA, H. — Laringitis Diftérica, Rev. Chil. Ped. 25:155, 1954.
- 9.—MONCRIEFF, A. — Acute Laryngotracheobronchitis Treated with Chloromycetin, The Lancet, 6582:748, 1949.
- 10.—TURNER, J. A. y MORGAN, E. A. — Corticotrophine (ACTH) in the Treatment of Acute Laryngotracheitis, Int. Med. Dig. 61:42, 1952.