MESA REDONDA:

LARINGITIS OBSTRUCTIVAS

Moderador: Dr. M. MALDONADO

Pregunta: ¿Cuáles han sido las principales características de esta epidemia de laringitis? ¿En qué casos han usado la antitoxina diftérica?

Respuesta, Dr. Illanes: No podemos definir las características de esta epidemia debido a que nuestra casuística está formada por casos hospitalizados, no obstante creo que podemos hacer algunas consideraciones. Para empezar hemos escuchado que existe una perfecta concordancia con los relatores anteriores en el sentido de una mayor incidencia durante los meses de Junio, Julio y Agosto; que los niños cuyas edades estaban comprendidas entre los 12 y 24 meses fueron los más afectados; y finalmente hubo una predominancia franca de complicación laríngea en esta epidemia de sarampión.

En cuanto al uso de la antitoxina, este tratamiento estuvo condicionado a los siguientes factores: a) presencia de exudado en el examen laríngeo; b) presencia de bacilo de Loeffler en la secreción nasofaríngea; y c) casos de laringitis obstructiva en los cuales, no obstante estar sometidos a una terapia antibiótica, siguen un curso de carácter prolongado. El exudado en cuanto a su color y consistencia es casi materialmente imposible diferenciarlo con el exudado de tipo diftérico y en consecuencia siempre en estos casos no hemos trepidado en poner antitoxina diftérica.

Pregunta: ¿Qué criterio se ha tenido para prescribir la traqueotomía en la Posta del Hospital Arriarán? ¿Puede aplicarse al Hospital Arriarán las enormes cifras de atención hechas por la Posta de Primeros Auxilios?

Respuesta, Dr. Simpiendorfer: En cuanto a la última pregunta, sin poder contestar con cifras exactas, creo que la Posta ha absorbido en su gran mayoría estos enfermos, que llegan a la Posta a cualquier hora del día y de la noche. En el caso de llegar al Poli, son referidos a la Posta debido a que allí funciona el equipo especializado para atender estos casos.

Con respecto a la otra pregunta, el enfermo que llega al Servicio de Urgencia, con síntomas franco de obstrucción laríngea, pasa de inmediato a la cámara crupal y se le deja en observación, recibiendo clorpromazina. Hemos comprobado que muchos de estos enfermos en quienes parecía indicada la traqueotomía de inmediato, han podido salvar la situación con estos primeros elementos de auxilio: administración de oxígeno, humedad ambiental adecuada y la administración de un sedante. Cuando no se pudo dominar la cianosis ni el tiraje, se contó siempre con la colabora-

ción del cirujano para planear la necesidad de intervenir.

La traqueotomía en sí, con hospitalización perfectamente reglada, prácticamente no ha tenido mortalidad en nuestro medio. Se ha procedido con anestesia local del cuello y administrando oxígeno permanente durante la intervención. Los resultados inmediatos a la traqueotomía han sido satisfactorios.

Pregunta: ¿Qué objeciones de fondo se hacen al uso del Meticorten en estos casos?

Respuesta, Prof. Ariztia: Usamos muy poco los corticoides en las laringitis obstructivas por no haber visto un efecto convincente. Además hemos tenido cierto temor a usarlas en las laringitis sarampionosas debido a que el sarampión evoluciona en forma mucho más violenta en los casos en que se emplean estas drogas, por razones aún no bien esclarecidas. He escuchado que en el San Juan de Dios tampoco han tenido un resultado muy brillante con los corticoides.

Tenemos la experiencia de niños tratados por otras afecciones con corticoides durante largo tiempo quienes contrajeron un sarampión intercurrente, evolucionando esta enfermedad en forma grave y con alta mortalidad.

Pregunta: ¿Podría el Dr. Otte aclarar el significado de la nomenclatura por él presentada de: laringitis obstructiva, laringotraqueobronquitis, laringotraqueitis, laringitis subglótica?

Respuesta, Dr. Otte: Nosotros distinguimos, con el objeto de establecer donde es más importante el proceso obstructivo, cuatro etapas que se van sucediendo unas a otras. Todas comienzan con una laringitis catarral, disfonía; luego después puede continuar con una laringitis subglótica, es decir, se localiza donde hay tejido adenoideo. Estos enfermos tienen tiraje intenso y cornaje cuando el proceso es grave, porque puede esta localización ser de carácter leve, mediano o grave. Es importante distinguirla de la laringotraqueobronquitis porque en el primer caso la croupette no actúa debido a que el trastorno queda por arriba y en el caso grave está indicada la traqueotomía.

En la laringotraqueobronquitis la obstrucción es baja, en los bronquios, aquí es donde se dice que el enfermo se asfixia en sus propias secreciones. En este caso la traqueotomía queda por arriba. Hay que ir al lavado bronquial, la desobstrucción de los bronquios, de tal manera que es importante aquí el uso de la

croupette ya que la sequedad de las secreciones forman un tapón que obstruyen los bronquios.

Como pueden ver, en el primer caso la obstrucción es alta y en el segundo caso es baja. Es raro encontrar laringitis sub-glótica acompañada de procesos pulmonares, pero si en la laringotraqueobronquitis, especialmente de tipo atelectásicos.

Hago la diferencia con laringotraqueitis por ser corriente encontrar el niño con tos perruna, que pasan en pie, que puede comenzar como una laringitis catarral transformándose luego en una laringotraqueitis que puede descender y llegar a la laringotraqueobronquitis.

Para mí es importante esta diferencia ya que en la laringitis sub-glótica estaría indicada los corticoides por uno o dos días, nada más; no así en la laringotraqueobronquitis en que no tiene acción.

Pregunta: ¿Estima Ud. peligrosa para la obstrucción el hacer laringoscopías directas en estos casos?

Respuesta: Dr. Otte: No considero que tenga objeto el uso sistemático de la laringoscopia directa, salvo el caso de tener que fundamentar un diagnóstico diferencial. En estos casos hay un sarampión evidente y una obstrucción, no veo el objeto de la laringoscopia que de por sí es molesta para el enfermo.

Moderador, Dr. Maldonado: ¿Desea el Dr. Cooper dar a conocer su opinión al respecto?

Respuesta, Dr. Cooper: Considero que la laringoscopia directa hecha en forma habitual y con personal adiestrado, no representa ningún riesgo ni es traumatizante. Por mi parte deseo justificar la laringoscopia. En primer lugar hemos observado la formación de un exudado membranoso muy difícil de diferenciar con el de la difteria. Si la dificultad respiratoria es muy intensa aprovechamos la laringoscopia para pasar un tubo y administrar oxígeno, el enfermo se recupera, respira mejor y nos permite realizar una traqueotomía más tranquila. También nos permite obtener muestras de la secreción y aspirar cuando es

necesario. Cuando se presenta atelectasia recurrimos a la aspiración con el broncoscopio, desapareciendo las molestias pulmonares. En resumen, considero que la laringoscopia no representa peligros para el enfermo, por el contrario, un beneficio.

Pregunta: ¿Existe contraindicación en el uso de sedantes del tipo neuroplégicos?

Respuesta, Dr. Bustamante: No tenemos mayor experiencia con el uso de los neuroplégicos como sedantes en las laringitis obstructivas. Nuestros resultados son muy satisfactorios con el calcibronar, por lo cual hemos preferido seguir usando este tipo de sedante. La Dra. Carlini ha manifestado en su exposición que en el Hospital San Juan de Dios lo usan sin inconveniente.

Pregunta: ¿A qué factores se atribuye la mayor gravedad de las laringitis en el sarampión?

Respuesta, Prof. Steeger: Las estadísticas presentadas demuestran claramente la gravedad de esta afección. En epidemias anteriores nos ha tocado ver laringitis sarampionosas complicadas de difteria, proceso que era sumamente grave, difuso y descendente. El Dr. Espinoza, anatómopatólogo del Hospital Arriarán, se preocupó de este problema y en el diagnóstico diferencial llamaba la atención también hacia la laringitis estreptocócica.

En un alto porcentaje la laringitis sarampionosa se ha presentado en el periodo exantemático y como este periodo debe ser producido por el virus mismo del sarampión y no por gérmenes agregados, resulta que la terapéutica antibiótica resulta ineficaz. Además el virus de esta enfermedad produce una lesión difusa del árbol respiratorio que por lo tanto no afecta sólo a la laringe sino que también al parénquima pulmonar, de ahí la gran cantidad de bronconeumonías que hemos encontrado junto a las laringitis. Todos estos factores, más el genio epidémico, son a mi parecer los que más ensombrecen el pronóstico de la laringitis en el sarampión.