

## Epiglotitis aguda

Patricio Romero P.<sup>1</sup>; Ricardo Ronco M.<sup>2</sup>; Patricia Madrid R.<sup>3</sup>

### Acute epiglottitis

Acute epiglottitis caused by *Haemophilus influenzae* type B (Hib) is seldom described in Chile. To reinforce the need to take this severe entity into account in the differential diagnosis of acute upper respiratory tract obstructions, the case of a 9 month old girl is described, who's symptoms were initially attributed to acute laryngitis, but showed not response to racemic epinephrine and betamethasone therapy. The correct diagnosis of acute epiglottitis was suggested five hours after admission by lateral neck's radiographs and confirmed by direct laryngoscopic examination under general anesthesia. Appropriate treatment was soon instituted including tracheal intubation respiratory support and antibiotics. An uneventful clinical course proceeded from then on. *Haemophilus influenzae* B was isolated from blood cultures.

(Key words: *Haemophilus influenzae* type B, epiglottitis, acute.)

La epiglotitis es una celulitis de la epiglotis y de sus estructuras de soporte, de evolución rápidamente progresiva en la mayoría de los casos. Afecta a niños entre 3 y 6 años, aunque también puede comprometer a lactantes; es provocada habitualmente por *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib), y esporádicamente por *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* grupo A y *Streptococcus pneumoniae*. En Chile la localización epiglótica de las infecciones por Hib es poco frecuente. En nuestro hospital, a lo largo de 4 años (desde 1986 a 1989), de un total de 69 hemocultivos positivos a dicho germen no se registró ningún caso de localización epiglótica; en series extranjeras su frecuencia varía entre 1,5 y 23% del total de infecciones por Hib<sup>2</sup>.

En consideración a la gravedad evolutiva de esta enfermedad y la importancia que tienen su diagnóstico precoz y el manejo oportuno y eficiente de la emergencia, describiremos el caso de un lactante con epiglotitis, comentando, además, el diagnóstico diferencial en un niño que presenta, bruscamente, dificultad respiratoria alta<sup>1</sup>.

### Caso Clínico

Niña de un año 9 meses, sin antecedentes mórbidos ni perinatales de importancia, que 14 horas antes del ingreso sufrió, en forma brusca, fiebre con temperatura de 40°C, disfonía leve, rechazo de los alimentos y decaimiento, agregándosele, dos horas antes del ingreso, dificultad respiratoria severa de instalación brusca, con cianosis perioral, motivo por el cual consultó en la unidad de urgencia, hospitalizándose con las hipótesis de laringitis obstructiva y cuerpo extraño en la vía aérea.

Se inició tratamiento con O<sub>2</sub> en halo, nebulizaciones de epinefrina racémica, betametasona y soluciones glucosalinas endovenosas, en coincidencia con lo cual se observó leve disminución de sus síntomas. Sin embargo, 5 horas después de ingresar estaba sin fiebre, su frecuencia cardíaca era 120 · min, frecuencia respiratoria 45 · min, decaída, de aspecto grave, con hiperextensión marcada del cuello y tiraje, después de una nueva nebulización con epinefrina racémica sin resultados clínicos positivos. La radiografía portátil lateral del cuello (figura 1) reveló importante aumento de volumen de la epiglotitis, interrupción parcial del paso de la columna de aire y dilatación del espacio faríngeo. Bajo anestesia general se realizó laringoscopia directa, observándose epiglotis enrojecida, brillante y aumentada de volumen, procediéndose a intubación nasotraqueal, apreciándose rápida desaparición de la dificultad respiratoria. Por su condición de agotamiento y gravedad, se conectó a ventilación mecánica, se tomaron hemocultivos y se inició tratamiento parenteral con ampicilina y cloranfenicol, luego de lo cual evolucionó sin fiebre y con buena tolerancia a la ventilación mecánica. Los exámenes de ingreso mostraron aumento de los glóbulos blancos a 15.200 por mm<sup>3</sup>, 13% baciliformes y 59% de segmentados en el hemograma. Velocidad de sedimentación de los eritrocitos (VHS) 50 mm en la

1. UCI. Hospital Exequiel González Cortés.  
2. Hospital Exequiel González Cortés. Pediatría.  
3. UCI. Hospital Exequiel González Cortés.



**Figura 1:** Radiografía lateral del cuello al ingreso. Se observa importante aumento de volumen de la epiglotis (signo pulgar) con dilatación del espacio faringo-esofágico e interrupción parcial de la columna de aire.

primera hora. En la sangre arterial el pH era 7,37, PCO<sub>2</sub> 36 m Hg y PO<sub>2</sub> 75 mm Hg. La radiografía de tórax fue normal. Los hemocultivos dieron resultado positivo para Hib no productor de betalactamasa, por lo que 72 h después de iniciar el tratamiento se suspendió el cloranfenicol, previa laringoscopia y radiografía lateral de cuello que mostraba desaparición de los signos inflamatorios epiglóticos, fue posible extubarla, evolucionando sin dificultad respiratoria y en buenas condi-

ciones generales: se dio de alta 7 días después de ingresar, con tratamiento antibiótico oral, hasta completar 10 días.

### Discusión

Se ha señalado que 25% de las epiglotitis ocurren en menores de 2 años<sup>2, 3</sup>. Esta información es importante, ya que corresponde al período en que es más común diagnosticar laringitis obstructivas virales. La epiglotitis ocurre preferentemente en niños entre 3 y 6 años, sin infección viral previa, se inicia bruscamente con fiebre alta, dificultad respiratoria progresiva, aspecto de intoxicación, posición de "olfateo", sialorrea y cianosis. Las manifestaciones clínicas pueden variar, especialmente en lactantes, lo que induce a error diagnóstico y tardanza en el manejo oportuno<sup>3, 5-7</sup>.

El diagnóstico diferencial debe realizarse con cualquier disfagia febril en lactantes y preescolares con dificultad respiratoria aguda<sup>5, 6</sup>. En la tabla 1 se ofrece una lista de problemas obstructivos de la vía aérea superior, clasificadas de acuerdo a la ubicación topográfica de las lesiones y su etiología.

Las complicaciones más temidas de las epiglotitis son la obstrucción respiratoria completa y el paro cardíaco, que puede ocurrir inesperadamente o desencadenarse por hacer examen de la faringe o procedimientos radiológicos sin tomar las debidas precauciones; se recomienda, por lo tanto, evitar toda situación que angustie al niño y, si la maniobra se estima inevitable, contar con un médico preparado para intubar de inmediato, si las circunstancias lo requieren.

A pesar de lo controvertido del uso de la radiografía lateral de cuello<sup>8, 9</sup>, parece evidente

Tabla 1

Síndrome supraglóticos	Síndrome infraglóticos
<p>Infecciones de tejidos blandos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Absceso retrofaríngeo</li> <li>Absceso periamigdaliano</li> <li>Celulitis de la faringe</li> <li>Epiglotitis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Laringitis obstructiva viral</li> <li>Laringotraqueitis bacteriana</li> <li>Difteria</li> </ul>
<p>Causas no infecciosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Cuerpo extraño o laríngeo</li> <li>Traumatismo</li> <li>Cáncer</li> <li>Edema angioneurótico de la glotis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Cuerpo extraño</li> <li>Malformación congénita</li> <li>Masa extrínseca</li> <li>Croup espasmódico recurrente</li> </ul>

su utilidad en los casos sospechosos y con adecuadas medidas de precaución. Una vez confirmado el diagnóstico, el manejo debe ser realizado en una unidad de cuidado intensivo pediátrica, instalación vía aérea permeable mediante intubación nasotraqueal en pabellón quirúrgico, con apoyo de anestesista y otorrinolaringólogo. El manejo posterior incluye oxigenoterapia, humidificación del aire inspirado, aspiración cuidadosa de las secreciones y mantención del equilibrio hidroelectrolítico, procurando evitar sobrecargas que podrían agravar la posible, aunque infrecuente, asociación con edema pulmonar, condición clínica que se observa en la evolución de niños intubados por obstrucción respiratoria grave. Además es preciso inmovilizar y sedar al paciente intubado, con morfina 0,1 mg · kg por vía endovenosa o intramuscular cada 4 horas o bien con diazepam 0,3 mg · kg endovenoso. El tratamiento con antibióticos deberá cubrir Hib y luego se correlacionará con la sensibilidad demostrada siendo recomendable su administración por vía endovenosa hasta la extubación, para continuarlo posteriormente por vía oral, hasta completar 10 días.

El apoyo ventilatorio fue, en este caso, de gran utilidad en la fase inicial. La extubación procede generalmente entre 24 y 96 horas después de instalado, previa confirmación clínica, radiológica y laringoscópica de regresión de la inflamación (figura 2).

La asociación de epiglotitis con otros focos infecciosos es rara, pero siempre deben investigarse meningitis, neumonía, pericarditis o artritis<sup>3,4</sup>. El pronóstico final estará determinado por la precocidad del diagnóstico y el inicio adecuado y oportuno del tratamiento.

### Resumen

Se describe el caso de un lactante con epiglotitis (E) por *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib), cuyas manifestaciones fueron las de un síndrome de dificultad respiratoria alta, progresivo, que no respondió al tratamiento con epinefrina racémica y betametasona. La radiografía portátil lateral del cuello reveló aumento de volumen de la epiglotitis, interrupción parcial del paso de la columna de aire y dilatación del espacio faríngeo. En los hemocultivos se identificó Hib. La paciente fue tratada con intubación traqueal, ventilación asistida, ampicilina y clo-

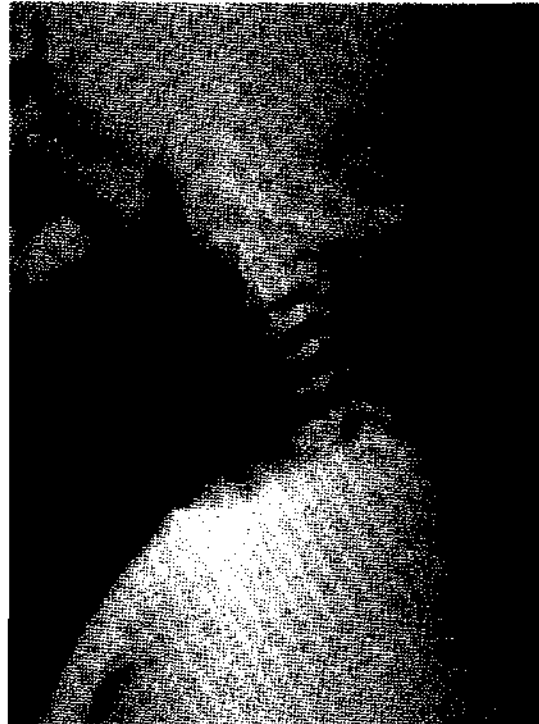


Figura 2: Radiografía lateral del cuello, 72 horas después de iniciar el tratamiento. Se puede observar desaparición de los signos inflamatorios en el momento de extubar a los pacientes.

ranfenicol y evolucionó satisfactoriamente. A pesar de la poca frecuencia con que se describe esta enfermedad en Chile, es necesario tenerla presente en el diagnóstico diferencial de las obstrucciones respiratorias altas por la severidad de su evolución y las características específicas de su tratamiento.

(Palabras clave: epiglotitis, obstrucción respiratoria alta, *Haemophilus influenzae* tipo B.)

### Referencias

1. Marcus, M.; Semel, L.: An unusual case of epiglotitis in a patient with asthma. *Pediatr Emerg Care* 1988; 4: 124-126.
2. Nesheim, S.; Wilcox, D.: Systemic Hemophilus influenzae disease in childre. *Clin Ped* 1986; 25: 605-609.
3. Brill, R.; Benzing, G.; Cotcamp, D.: Epiglotitis in infants less than two years of age. *Pediatr Emerg Care* 1989, 5: 16-20.
4. Daum, R.S.; Smith, Al.: Epiglotis en: *Textbook of Pediatric Infections Disease*. Philadelphia, W.B. Saunders 1987; 224-237.

5. *Kilham, H.; Gillis, J.; Benjamin, B.*: Severe upper airway obstruction. *Pediatr Clin North Am* 1987; 34:13.
6. *Bataglia, J.D.; Lockhart, Ch.*: Management of acute epiglottitis by nasotracheal intubation. *Am J. Dis Child* 1975; 129: 334-336.
7. *Faden, H.S.*: Treatment of Hemophilus influenzae type B epiglottitis. *Pediatrics* 1979; 63: 402-407.
8. *Margolis, L.*: Are lateral neck X-rays a waste of time? *Pediatrics* 1981; 63: 469.
9. *Baster, F.*: Upper and lower airway emergencies; *Pediatrics Advance Life Support*. Jarvis-Greenway 1987; 100-143.