

EPIGLOTITIS AGUDA EN NIÑOS

* Federico Lavandier

** Andrés José

*** Ramón Yunén

INTRODUCCION

Epiglotitis es un proceso inflamatorio agudo que causa seria obstrucción respiratoria superior en niños, ocasionando severa hipoxemia, paro cardiorrespiratorio y daños cerebrales en un alto porcentaje de los casos.

Esta patología es generalmente causada por el Hemofilus influenza del tipo B y se caracteriza por un corto período prodrómico de algunas horas, asociado a:

- a) Irritabilidad y ansiedad.
- b) Fiebres elevadas.
- c) Disnea con manifestaciones de obstrucción respiratoria (retracciones sub—esternal y sub—costal).
- d) Palidez facial, cianosis labial y en los lechos ungueales.
- e) Insistencia del niño en mantener una posición sentada.
- f) Disfagia y un saliveo abundante.

El diagnóstico puede hacerse por la historia clínica, examen físico y por diagnóstico radiológico (radiografía lateral del cuello), que puede confirmar los engrosamientos de las estructuras supraglóticas y estudios radiográficos del tórax, el cual nos ayuda a descartar otra patología broncopulmonar asociada. En nuestra experiencia, en estos procesos obstructivos de vías aéreas, la vía diagnóstica más segura es hacer tan pronto como sea posible una laringoscopia directa en la sala de operaciones, donde se puede determinar el grado de edema e inflamación de las estructuras supraglóticas.

Características del cuadro clínico:

- 1) Período prodrómico average 27 horas (6 a 48 horas).
- 2) Edad average 1.7 años.
- 3) Temperatura average 38.5 (37 a 40.5).
- 4) Obstrucción severa de las vías aéreas.
- 5) Hemograma 1ro. average 17,000 glóbulos blancos.
Hemograma 2do. average 11,000 glóbulos blancos.
Hemoglobina average 9 G%.

PRESENTACION DE CASOS

En el curso de los primeros seis meses del año 1984 hemos recibido en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Dr. Yunén, dos niños varones de edad que fluctuaban entre 1 a 2 años, los cuales estaban aparentemente bien y comenzaron a presentar un cuadro clínico de:

- a) Irritabilidad, ansiedad.
- b) Altos grados de temperaturas 39° a 40°.
- c) Disnea y retracción sub—esternal y sub—costal.
- d) Palidez facial y cianosis labial.

El primero de nuestros casos llegó a la emergencia pálido, cianótico y semicomatoso, bradicárdico, el cual requirió respiración asistida hasta la llegada del anesestesiólogo que procedió a hacer una laringoscopia directa, encontrándose con abundantes secreciones y unas estructuras supraglóticas severamente edematizadas y enrojecidas, pudiendo hacer la intubación endotraqueal con gran dificultad, usando un tubo rígido No. 20 Foregger.

El segundo de nuestros pacientes ya estaba admitido con el diagnóstico de laringotraqueobronquitis y recibía el tratamiento con antibióticos (Ampicilina), esteroides, oxígeno humidificado a través de un Croupete y líquidos endovenosos; después de 4 horas de tratamiento sin cambio en su cuadro clínico, una laringoscopia directa confirma el diagnóstico de una Epiglotitis aguda, lo que debido al estado de ansiedad e inquietud del niño fue dormido con dosis intermitentes de Thiopental Sódico, Atropina 0.01 mg. x Kg. I.V. ventilándose con 100% de oxígeno con un mapleson D; se le pasó un tubo Foregger No. 20 y gran cantidad de secreciones fueron aspiradas, colocándolos en un tubo plástico en T con un Venturi incluido, flujos de oxígeno de 400 cc. x Kg. x minuto con adecuada humidificación. Produciéndose un cambio inmediato en su cuadro clínico con desaparición de las retracciones, palidez facial y cianosis labial e ungueal, a la auscultación pulmonar los estertores roncós y húmedos desaparecieron.

Tan pronto se produjo su mejoría, los niños comenzaron a reaccionar por la presencia del tubo orotraqueal, pero fueron bien controlados con el uso de Flunitrazepan (Rohypnol) 2 mg. diluidos en 500 cc. D/5 en agua 0.33, Salina 0.004 Mg. x cc. supliéndose en goteo intermitente en dosis/respuesta.

Una adecuada hidratación fue mantenida usando soluciones de Dextrosa al 5% en 0.33 Salina y Cloruro de Potasio, agregado a partir de las 48 horas de la terapia endovenosa.

(*) F.A.C.A. D.A.B.A. Anesestesiólogo Clínica Dr. Yunén.

(**) Egresado Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Médico pasante comunidad de La Isabela.

(***) Egresado Universidad Nacional Pedro Henríquez Ureña. Médico pasante en Mata Hambre.

sa y se continuó la terapia con Ampicilina y Esteroides. Instilaciones de soluciones salinas de 1 cc. cada 2 horas fueron realizadas dentro del tubo endotraqueal, para facilitar la aspiración de las secreciones bronquiales y mayor humidificación.

Uno de nuestros pacientes procedente de otra clínica, casi desarrolla un paro cardiorrespiratorio; antes de su admisión a la Unidad de Cuidado Intensivo estaba recibiendo altas dosis de antibióticos (Ampicilina), esteroides y otras drogas, temperatura a la admisión 39°C.; nuestro segundo paciente ya estaba afebril; en ambos casos se les hizo una intubación orotraqueal; los cambios térmicos se mantuvieron por debajo de 38°C en los días siguientes a la intubación orotraqueal.

Examen de la región supraglótica se realizaba cada 12 horas y fue a unas 36 más o menos 6 horas que el edema se había reducido a casi lo normal, para proceder a la extubación orotraqueal, previa aspiración bronquial y de las vías aéreas superiores.

El inicio de la alimentación oral fue 24 horas después de la extubación orotraqueal para así asegurarnos un funcionamiento adecuado de la glotis, comenzando con soluciones líquidas claras. A pesar de que las temperaturas se mantuvieron controladas con la antibioterapia, no hubo correlación entre el estado afebril y la reducción del edema supraglótico.

DISCUSION

La epiglotitis es una enfermedad relativamente rara. En el Hospital de Niños en Salt Lake City, Utah, U.S.A., reportaron 28 casos (1968-1975); en el Hospital de Niños Enfermos de Toronto, Canadá, reportaron 76 casos en el período 1969-1974;¹ en el Hospital Infantil Robert Reid Cabral reportaron 7 casos en los últimos 5 años (1979-1984).

Nosotros hacemos este reporte de 2 casos en un período de 6 meses y nos llama la atención la severidad y la rápida evolución de la enfermedad, un diagnóstico clínico temprano al igual que estudios radiológicos laterales de la laringe son importantes. Los casos reportados en el Hospital Robert Reid Cabral los diagnósticos se realizaron por estudios radiográficos, aunque algunos autores¹ no recomiendan tomar radiografías, porque la ausencia de cambios en la región supraglótica inicialmente podría desorientarnos en lo relativo al diagnóstico y sobre todo en los casos de seria dificultad respiratoria nos haría perder un tiempo precioso.

Tan pronto se sospeche el diagnóstico se debe trasladar el paciente a la sala de operaciones y si es necesario utilizar un agente inhalatorio no irritante o agente endovenoso, sin utilizar relajantes neuromusculares para hacer una laringoscopia directa y así confirmar el diagnóstico.

Atropinización endovenosa 0.01 Mg. x Kg. I.V. es importante previa la laringoscopia e intubación para evitar severas bradicardias asociadas a estas maniobras.

Nosotros utilizamos tubos rígidos Foregger No. 20, preferimos la vía oral por ser más rápida y fácil, algunos autores;⁴ luego cambian el tubo por vía nasal; nosotros creemos que demasiado trauma podría ocurrir en la vía aérea superior.

Un inconveniente con la intubación orotraqueal es la reacción y molestia del tubo, pero el uso de dosis sedativas de Flunitrazepam de 0.004 Mg. x cc. en dosis respuesta en goteo intermitente, más fijación de sus extremidades superiores, nos han dado resultados excelentes.

Otros autores prefieren traqueostomía,¹ pero estudios comparativos recientes han demostrado resultados superiores con la intubación traqueal.¹⁻⁴ Otros prefieren mantener un tratamiento conservador, y utilizar además adrenalina en aerosol en los edemas moderados debido a los resultados satisfactorios en pacientes con laringotraqueobronquitis, pero los resultados obtenidos han sido poco satisfactorios en epiglotitis.¹⁻⁸

Hay otros reportes en la literatura que dicen que un gran número de niños con epiglotitis no necesitan ser intubados,⁴⁻⁷ pero otros reportes han observado que obstrucción severa de las vías aéreas ha ocurrido con sólo terapia de oxígeno y antibiótico durante las primeras 8 horas, y afirman que la reducción del edema no se observa en las primeras 12 horas del tratamiento;³ por lo tanto la intubación endotraqueal es primordial en la epiglotitis.

Debido a la severidad del edema y la toxemia, la administración de antibióticos como ampicilina o cloranfenicol debe iniciarse inmediatamente, previa toma de muestra sanguínea y de la región supraglótica para identificar el microorganismo y determinar la sensibilidad al antibiótico. Nuestra experiencia con ampicilina ha sido excelente; algunos autores⁴ recomiendan comenzar con cloranfenicol y seguir con ampicilina dependiendo del test de sensibilidad; la razón es que el cloranfenicol, aunque bacteriostático para la mayoría de los microorganismos, es bactericida para el *Haemophilus influenzae*, y que en lugar de ser antagonista con la ampicilina tiene un efecto sinérgico.⁶

Los corticosteroides, aunque ampliamente usados por nosotros, no son usados por otros autores, como los 22 casos reportados de la Unidad de Cuidado Intensivo Pediátrico de Yale-New Haven University Hospital con excelentes resultados.³ Quizás esta posición se deba a los resultados poco convincentes que se observan con el uso de esteroides en pacientes con edema cerebral, debido a trauma y accidentes cerebrovasculares.³⁻⁶⁻⁸

En ambos casos, la temperatura se normalizó rápidamente, y el estado afebril no guardaba ninguna correlación con el grado de edema de las estructuras supraglóticas; la extubación se produjo en un período de 36 más o menos 6 horas después de la intubación.

Líquidos claros oral se iniciaron 24 horas post-extubación y seguido luego con una dieta adecuada a la tolerancia del paciente.

En ambos casos la sedación se redujo o suspendió varias horas antes del tiempo programado para la extubación,

para así tener un paciente alerta, realizándose en la mañana cuando todo el personal estaba alerta y disponible.

Algunos autores prefieren no administrar drogas sedantes, por el peligro de una depresión prolongada; nosotros, por el contrario, creemos que el uso de Benzodiasepínicos en goteo intermitente en dosis respuesta, nos facilitan la laringoscopia directa para el chequeo del edema supraglótico y supe al paciente adecuada sedación sin depresión cardiorrespiratoria, para así poder tolerar el tubo orotraqueal y no tener que cambiarlo a un tubo nasotraqueal, el cual podría producir más trauma en los tejidos edematizados y quizás laceraciones de los tejidos adenoidal, teniendo en cuenta que la duración average de la intubación orotraqueal es de 36 más o menos 6 horas. Algunos autores prefieren utilizar luego la vía nasotraqueal, porque crea menor molestia al paciente y es mejor tolerado, que sin duda es una realidad, si la intubación se prolongara por varios días como se observa en otras patologías broncopulmonares.

Después de la extubación, los niños no presentaron ninguna manifestación de obstrucción respiratoria; uno de los casos tenía dos intermitentes que se reducían paulatinamente en las próximas 15—20 horas, manteniéndose una vigilancia estricta; no hubo necesidad de realizar una re-intubación, oxígeno humidificado fue administrado por 48 horas.

El tiempo de internamiento duró en ambos casos 5

días, siendo seguidos por sus pediatras y nosotros con una recuperación excelente.

No quiero dejar de mencionar la importancia del trabajo en equipo, para que casos como éstos puedan ser resueltos satisfactoriamente.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Adair J.W. Ring: Management of Epiglottitis in Children. *Anesthesia and Analgesia*. Vol. 54 No. 5. 622—25, 1975.
- (2) Rapkin R.H. Tracheostomy in Epiglottitis—*Pediatric*. 52. 426—429, 1973.
- (3) P. Rathstein — G. Lister Epiglottitis duration of Intubation and Fever. *Anesthesia and Analgesia*. 1983. 62. 785—787.
- (4) Motoyama: Comparison of Nasotraqueal intubation and tracheotomy in the management of acute epiglottitis. *Anesthesiology*. 1977. 46—214—216.
- (5) Adair J.W. Ring: 10 years experience with IPPB in the treatment of acute laringotraqueobronchitis. *Anesthesia and Analgesia*. 50. 648—655. 1971.
- (6) Goodman and Gilman: The pharmacological basis of therapeutics. 6 edition 1195 and 1491.
- (7) Brelvik H. Kloasted: Acute epiglottitis Children. *Br. J. Anesthesia*. 1978. 50, 505—10.
- (8) Dounes J. Godine R. Acute upper airway obstruction in the child. *Refresher courses in anesthesiology*. Vol. 8, 1980. Pág. 29—46.