

**EPIGLOTITIS AGUDA.
EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS EN EL HOSPITAL INFANTIL
DR. ROBERT REID CABRAL**

* Dra. Ana Obdulia Castillo
* Dra. Yolanda A. Guzmán B.
* Dr. Víctor García Santos
** Dr. Edisson Rafael Félix Félix

INTRODUCCION

La Epiglotitis Aguda puede definirse como edema inflamatorio agudo que ocurre en la región supraglótica de la laringe y afecta epiglotis e hipofaringe. En etapa inicial el edema se "acomoda" en la submucosa comparativamente laxa de la porción lingual de la epiglotis y a menudo se extiende hasta cuerdas vocales falsas, pliegues aritenoepiglotícos y aritenoides.¹⁻²

Es una infección grave, rápidamente progresiva, aunque el *Hemophilus B* es el organismo clásicamente asociado, los neumococos, neisseria catarralis, estafilococos y los estreptococos del grupo A pueden producir una enfermedad idéntica.²⁻³

La incidencia recogida en la literatura anglosajona varía de 1 por cada 1,000-3,000 ingresos hospitalarios; en nuestro hospital es de 1 por cada 4,300 ingresos.

Las características de esta enfermedad de inicio agudo, curso fulminante y elevada mortalidad de no establecerse inmediatamente una terapéutica efectiva, justifica el interés de esta revisión.

MATERIAL Y METODOS

Realizamos un análisis retrospectivo de los expedientes de los pacientes egresados con diagnóstico de epiglotitis aguda en el período de 1975-1984, encontrando un total de 12 pacientes con este diagnóstico.

(*) Residentes de 3er. año de Pediatría del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Santo Domingo, R.D.

(**) Residente de 1er. año de Pediatría del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral. Santo Domingo, R.D.

Los criterios para la inclusión fueron: cuadro clínico de dificultad respiratoria con estridor laríngeo o no; fiebre elevada, aspecto tóxico; visualización directa de la epiglotis aumentada de tamaño, edematosa o bien radiografía lateral de vías aéreas mostrando edema de la epiglotis.

Los exámenes realizados fueron: Hemograma completo a todos los pacientes, radiografía de cuello lateral a 11 pacientes (91.6%). En un paciente se realizó cultivo de secreción.

Los pacientes fueron manejados con antibioticoterapia (Ampicilina y/o Cloranfenicol E.V.); corticosteroides (Hidrocortisona). En 5 de los pacientes se realizó traqueostomía; 1 de los pacientes fue intubado.

RESULTADOS

Desde 1975-1984 se diagnosticaron 12 pacientes de Epiglotitis Aguda. Esto representaba una incidencia de 1 por cada 4,300 ingresos hospitalarios.

La edad de los pacientes osciló entre 3 meses y 36 meses, observándose una mayor incidencia desde 12 a 36 meses. Predominó el sexo masculino con 7 casos (58.3%). Hubo una clara incidencia estacional encontrándose 6 casos en invierno para un 50%.

Los signos clínicos más predominantes fueron fiebre elevada presente en un 70% de los casos; mal estado general y dificultad respiratoria moderada a severa; esta última presente en 91.6% de los casos.

Se realizó radiografía de cuello en 11 pacientes (91.6%) y laringoscopia en 6 (50%), sólo en 1 paciente se realizó cultivo de secreción reportando un *haemophilus* tipo B.

En 3 pacientes se realizó traqueostomía (25%); 1 paciente fue intubado (8.3%). En 8 pacientes no se realizó

ningún procedimiento, manteniendo éstos dificultad respiratoria leve durante su estadía.

El tratamiento antibiótico usado fue ampicilina en 9 casos (75%) y en 3 pacientes se usó cloranfenicol; en 1 paciente se usó ampicilina más cloranfenicol. Se instaló terapia con esteroides en 7 pacientes (58.3%). 11 pacientes fueron dados de alta en buenas condiciones. En 1 paciente se ignora su destino, ya que fue dado de alta a petición, sin seguimiento ulterior.

DISCUSION

La incidencia en nuestro hospital (1 caso por cada 4,300 ingresos hospitalarios) se asemeja a la recogida en la literatura anglosajona de 1 caso por cada 1,000-3,000 ingresos. No así con la incidencia española en que se describe como una entidad rara, con sólo 1 por cada 9,000 ingresos hospitalarios.⁴

La edad de presentación en nuestra serie de 1 a 3 años coincide con publicaciones anteriores.²⁻³⁻⁴

La incidencia estacional coincide con publicaciones anteriores agrupándose entre los meses de noviembre y febrero.²⁻⁴

El diagnóstico debe basarse en un cuadro clínico, no debiendo intentar la visualización directa de la epiglotis mediante depresor lingual por el peligro de provocar obstrucción lingual súbita.²⁻⁴⁻⁵⁻⁶ La confirmación diagnóstica se realizará mediante laringoscopia en la Unidad de Cuidados Intensivos, durante la Intubación; cuando existe duda una radiografía lateral de cuello puede ser de ayuda.

Todos los estudios realizados coinciden en que el agente causal más frecuente es el *Haemophilus B*. Este puede aislarse tanto del hemocultivo, como del exudado faríngeo. En el exudado faríngeo de uno de nuestros pacientes se aisló un *Haemophilus* tipo B.

En cuanto al hemograma, la leucocitosis con neutrofilia fue notoria en todos nuestros casos, lo que coincide con numerosas publicaciones anteriores.

En cuanto al tratamiento antibiótico, en nuestro medio se dio prioridad a la ampicilina con muy buenos resultados; el cloranfenicol fue usado en un porcentaje mínimo. En general se recomienda el uso de Ampicilina excepto en aquellos pacientes con hipersensibilidad a la penicilina en quienes se deberá usar cloranfenicol. En países con elevada incidencia de cepas, de *Haemophilus* tipo B resistente a la ampicilina, se recomienda el uso simultáneo de ampicilina y cloranfenicol, hasta obtener el reporte de sensibilidad.

En más de la mitad de nuestros pacientes se usaron esteroides; sin embargo, aún no hay unanimidad en cuanto a su utilidad.²⁻³⁻⁴⁻⁵

Hay acuerdo generalizado en la superioridad de la intubación naso traqueal frente a la traqueostomía.¹⁻²⁻⁴⁻⁶⁻⁷ Entre otras razones por la escasa incidencia de complicaciones atribuibles a la intubación; reducción del tiempo de hospitalización, etc., debiendo realizar traqueostomía sólo en aquellos medios en que no haya personal especializado disponible y/o en caso de que la intubación sea imposible.

Hay algunos autores que recomiendan la intubación inmediatamente después de establecido el diagnóstico, sin importar qué tan leves sean los síntomas obstructivos, esto por que la obstrucción puede ocurrir súbitamente.

RESUMEN

En una revisión realizada en los archivos del Hospital Infantil Dr. Robert Reid Cabral, pudimos constatar que durante el período de 10 años (desde 1975-1984), 12 pacientes fueron diagnosticados de Epiglotitis Aguda. Hicimos alusión a la edad, sexo, datos tanto clínicos y de laboratorio que orientaron el diagnóstico; manejo y evolución de la misma.

Finalmente incluimos una revisión bibliográfica, haciendo hincapié en la importancia de un diagnóstico rápido y certero para una evolución satisfactoria.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Geoffrey B. "Supraglottitis". Symposium on The Chest. Clínicas Pediátricas de Norteamérica. El Tórax, 1979: 3, pág. 563.
- (2) Geoffrey A.B. "Current Management of croup and Epiglottitis. Pediatrics clinics of North America 1979: 26 (3), pag. 565.
- (3) Vaughan McKay, Nelson. "Epiglottitis Aguda". Tratado de Pediatría. 7ma. edición, pág. 1003.
- (4) Roqués J.M., Hervás J.A., Hernández A, Cambra, López Peña R., Rojas L. "Epiglottitis Aguda", Diagnóstico y tratamiento a propósito de 8 casos. Anales Esp. Pediat 1982 16 (1) pág. 16.
- (5) Marvin F, M.D. "Controversies in the Management of supraglottitis and croup. Pediatrics clinics of North America 1979 vol. 26 No. 4.
- (6) Carmi Z. Morgolis. "Routine Tracheotomy in Hemophilus Influenzae type b epiglottitis". The Journal of Pediatrics 1971: 81(6) pág. 1151.
- (7) Geraci R. "Acute Epiglottitis-Management with prolonged nasotracheal Intubation". Pediatrics 1968: 41 (1) pág. 143.