

CAPÍTULO X

Supraglotitis y epiglotitis aguda

Martín Pinzón Navarro, MD
Sección Otorrinolaringología
Fundación Santa Fe de Bogotá

EPIDEMIOLOGÍA

Desde que Michel describió por primera vez la “angina epiglotídea anterior” en 1878, la epiglotitis aguda ha sido reconocida como una enfermedad rápidamente progresiva que puede amenazar la vida y que afecta a niños en la mayoría de los casos, aunque también puede presentarse en adultos.

Es una celulitis bacteriana de las estructuras de la supraglotis, que puede obstruir completamente la vía aérea superior. Clásicamente ocurre en niños entre los 2 y los 6 años, pero puede ocurrir en cualquier edad. Su incidencia aumenta en épocas de invierno.

Antes de la vacunación masiva para *Hemophilus influenzae* tipo B (HIB), la incidencia era de 6 a 34 por 100.000 niños. Muchos centros han reportado un descenso en enfermedades causadas por HIB después de la iniciación de la vacunación.

FISIOPATOLOGÍA

El organismo causal más común es el *Hemophilus influenzae* tipo B (HIB), identificado en mas de 90% de los casos. Puede ser parte de la flora normal de la faringe o puede ser adquirida por contaminación respiratoria. Los microorganismos pueden entrar al torrente sanguí-

neo y sembrarse en la supraglotis, meninges, piel facial, pulmones o articulaciones.

Otros patógenos causales son:

1. *Streptococo betahemolítico del grupo A*.
2. *Staphylococcus aureus*.
3. *Streptococcus pneumoniae*.
4. *Hemophilus parainfluenzae*.
5. *Pseudomona* sp.
6. *Klebsiella* sp.
7. *Virus*.
8. *Candida*.

Otras causas inusuales incluyen la utilización de cocaína, la enfermedad de Kawasaki y lesiones térmicas. También se ha descrito una epiglotitis crónica en la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

CUADRO CLÍNICO

Los tres signos más comunes son: fiebre de inicio súbito, dificultad para respirar e irritabilidad. Los niños usualmente llegan con apariencia tóxica, con signos clínicos de obstrucción de la vía aérea superior, estridor inspiratorio, taquipnea y sialorrea; hay disfagia y el habla se ve limitada por el dolor.

Debido a la obstrucción respiratoria, asumen una posición apoyados hacia delante y como

olfateando (“posición en trípode”). Puede ocurrir laringo-espasmo con aspiración de secreciones en una vía aérea que ya está obstruida, lo cual puede progresar a paro respiratorio.

DIAGNÓSTICO

Se debe reconocer la emergencia de la vía aérea y prevenir la obstrucción, el diagnóstico se hace por inspección directa de la laringe en un ambiente controlado, usualmente en salas de cirugía y con la presencia de un anes- tesiólogo.

En un paciente que coopera se puede ver la faringe sin baja lenguas para descartar amig- dalitis o abscesos faríngeos. En estos pacien- tes están contraindicados los intentos por visualizar la faringe en el servicio de urgen- cias o en un consultorio sin contar el equipo para manejar la obstrucción de la vía aérea.

Las radiografías laterales de cuello pueden ser útiles para el diagnóstico, pero durante su rea- lización se debe disponer de todo el equipo para manejo de la vía aérea; se puede visuali- zar una epiglotis engrosada y redondeada (signo del dedo pulgar) con una subglotis normal.

Con el paciente en la sala de cirugía se pro- cede con el examen físico, que permite ver la supraglotis eritematosa, edematosa y con gra- dos variables de obstrucción. Los cambios en la mucosa van desde eritema hasta franca ne- crosis; en raras ocasiones se pueden ver abs- cesos de la cara lingual de la epiglotis.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. Laringotraqueítis o *croup*.
2. Traqueítis bacteriana.
3. Uvulitis.

4. Amigdalitis aguda.
5. Abscesos periamigdalino o retrofaringeo.
6. Difteria.
7. Cuerpo extraño faríngeo.

TRATAMIENTO

El objetivo principal es asegurar la vía aérea. Si no está comprometida y se sospecha epi- glotitis se debe vigilar al paciente en un sitio donde existan las facilidades para manejar la emergencia, que puede requerir intubación con cricotiroidotomía y/o traqueostomía. El pa- ciente naturalmente asume su posición para maximizar la ventilación y toda maniobra que ponga en riesgo una vía aérea ya parcialmente obstruida está contraindicada.

Cualquier conducta que haga llorar al paciente puede precipitar la obstrucción de la vía aérea; se debe evitar en lo posible extraer muestras de sangre, desvestir al paciente, examinar la faringe, inmovilizarlo para tomar radiografías, separarlo de los padres y, especialmente, co- locarle líneas intravenosas.

Se debe estabilizar la vía aérea en conjunto entre el pediatra, el otorrinolaringólogo y el anes- tesiólogo, idealmente en una sala de ciru- gía o en una unidad de cuidado intensivo, pero siempre estando preparados para cualquier urgencia. Algunas publicaciones recomiendan la intubación de rutina en todos los pacientes con epiglotitis; en el momento de la intubación se deben obtener muestras de la epiglotis para cultivo y tomar hemocultivos, los cuales pue- den ser positivos para HIB hasta en 90-95% de los casos.

Se debe iniciar antibiótico intravenoso; históri- camente la epiglotitis se ha manejado con am- picilina y cloranfenicol. Se han descrito cepas de HIB productores de betalactamasa, por lo cual hoy se recomiendan antibióticos estables

ante las betalactamasas, como el ceftriaxone (100 mg/kg/día), cefotaxime (100 mg/kg/día) o ampicilina-sulbactam (200 mg/kg/día); la duración del tratamiento es usualmente de 10 a 14 días, complementado con antibióticos orales.

La administración de corticoides sistémicos es controversial y no se ha demostrado su eficacia.

La extubación usualmente se logra a las 48 a 72 horas; los criterios son mejoría del edema y escape de aire alrededor del tubo endotraqueal. La mejor guía es la visualización de la supraglotis con laringoscopio flexible.

COMPLICACIONES

La epiglottitis puede dar lugar a infecciones simultáneas en diversos sitios del cuerpo, siendo la neumonía la más frecuente y, en menor porcentaje, meningitis, adenitis cervical, pericarditis, artritis séptica y otitis media.

Pueden presentarse complicaciones secundarias a la hipoxia, como daño en el sistema nervioso central, la liberación de la obstrucción súbita de la vía aérea puede producir edema pulmonar.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN

En los países en que la vacunación contra HIB es parte de un programa de salud obligatorio, como en Suecia, se registra una disminución importante en la incidencia de la supraglotitis, por lo cual se recomienda esta medida como componente de los programas de promoción y prevención de la salud.

Los contactos de los pacientes deben ser manejados en forma profiláctica con rifampicina 20 mg/kg/día.

En el siguiente algoritmo se resume el manejo de la epiglottitis.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Bell CM, Redelmeier DA. Mortality among patients admitted to hospitals on weekends as compared with weekdays. *N Engl J Med* 2001; 345: 663-668.
2. Chan KO, Pang YT, Tan KK. Acute epiglottitis in the tropics: is it an adult disease?. *J Laryngol Otol* 2001; 115:715-718.
3. Cumming C. Otolaryngology, Head and Neck Surgery. En C Cumming, C Krause, L Harker. Third edition. Mosby. St Louis, 1998.
4. Franz T, Rasgon B, Quesenberry CP. Acute epiglottitis in adults: analysis of 129 cases. *JAMA* 1994; 272:1358-1360.
5. Garpenholt O, Hugosson S, Fredlund H, Bodin L, Olcen P. Epiglottitis in Sweden before and after introduction of vaccine against Haemophilus influenzae type b. *Pediatr Infect Dis J* 1999; 18:490-493.
6. Goldhaber SZ. Administration of epinephrine by emergency medical technicians. *N Engl J Med* 2000; 342:822.
7. Parsons DS, Smith RB, Mair EA, Dlabal LJ. Unique case presentations of acute epiglottic swelling and a protocol for acute airway compromise. *Laryngoscope* 1996; 106:1287-1291.
8. Sack JL, Brock CD. Identifying acute epiglottitis in adults. High degree of awareness, close monitoring are key. *Postgrad Med* 2002; 112:81-86.
9. Stroud RH, Friedman NR. An update on inflammatory disorders of the pediatric airway: epiglottitis, croup, and tracheitis. *Am J Otolaryngol* 2001; 22:268-275.
10. Tanner K, Fitzsimmons G, Carrol ED, et al. Haemophilus influenzae type b epiglottitis as a cause of acute upper airway obstruction in children. *BMJ* 2002; 325:1099-1101.