

M. Lalinde Fernández, J. Casado Flores,
M. Riaza Gómez, A. Martínez de Azagra

An Esp Pediatr 1999; 51:543-544.

Epiglotitis aguda. Estudio de 23 casos

Introducción

La epiglotitis aguda (EA) o supraglotitis es una inflamación de cualquiera de las estructuras de la región supraglótica, que da lugar a una obstrucción de la vía aérea, pudiendo causar la muerte. La incidencia en nuestro medio se cifra en 2 casos por 100.000 habitantes al año⁽¹⁾. El agente etiológico más frecuente es el *H. influenzae* tipo b⁽¹⁻⁶⁾. Afecta principalmente a niños menores de cinco años^(1,4-8). El comienzo es brusco y cursa con fiebre, disfagia y dificultad respiratoria.

La inmunoprofilaxis ha cambiado radicalmente la epidemiología de las infecciones invasivas por *H. influenzae*.

Casos clínicos

Durante el período estudiado (1990-1998) se atendieron 23 casos de EA. Sus edades oscilaron entre 9 y 46 meses, la media de edad fue de $30,5 \pm 9$ meses. Dieciséis fueron niños (72%) y el resto, niñas. El número de casos por año osciló entre seis y uno, la media fue de tres casos por año. Septiembre fue el mes más prevalente y no hubo ningún caso en los meses de mayo, junio, julio ni agosto.

La presentación clínica fue brusca en todos los casos. En 18 niños el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) fue inferior a 24 horas. Todos tenían fiebre y dificultad respiratoria severa en el momento del diagnóstico. Los signos más frecuentes fueron tiraje intercostal y estridor inspiratorio (61%), babeo (26%) y postura en trípede con hiperextensión del cuello (17%).

El diagnóstico inicial fue en diez pacientes (43%) por radiografía lateral del cuello y en el resto, por visualización directa. El diagnóstico definitivo fue en todos los casos por visualización directa de la epiglotis inflamada.

Precisaron intubación traqueal 19 casos (83%) pudiendo ser extubados entre las 8 y las 86 horas posteriores; el período medio de intubación fue de $1,7 \pm 0,9$ días. Todos recibieron tratamiento con cefotaxima intravenosa a dosis de 200 mg/kg/día.

El tiempo medio de estancia en la UCIP fue de $2,6 \pm 1,25$ días, siendo la estancia máxima de seis días y mínima de un día. Ninguno falleció; la evolución fue favorable en todos los casos, no presentando ninguna complicación.

Discusión

En la actualidad y en nuestro medio, la EA continúa siendo una patología grave y frecuente.

En nuestra serie no pudimos apoyar el diagnóstico con datos microbiológicos, quizá porque la mayoría habían sido tratados previamente con antibióticos y porque varios venían trasladados desde otros hospitales para su asistencia en la UCIP; sin embargo, por el tipo de presentación aguda, severa y de rápida resolución, así como por la edad de presentación, hace sospechar que el agente más frecuente implicado sea el *H. influenzae* tipo b^(2,3,5,6), como por otro lado ocurre en la mayoría de las series publicadas⁽²⁻⁸⁾.

La edad de presentación más frecuente recogida en nuestra serie fue entre los 25 y los 36 meses (48%), resultados que coinciden con la mayoría de las series publicadas^(2,5-8). Se está observando que la tendencia en los últimos años es que cada vez la EA se dé en niños más pequeños^(2,6,7). En nuestra serie 6 casos tenían menos de 24 meses (26%).

El número de casos por año, con una media de tres casos por año, se distancia de otros estudios realizados en países como Finlandia o Estados Unidos en donde la vacunación frente al *H. influenzae* tipo b está establecida^(2,3,5). De nuestros pacientes, 19 no estaban vacunados y en los otros cuatro desconocemos su estado de vacunación.

El diagnóstico se realizó inicialmente con la radiografía lateral de cuello en el 43% de los casos. Se considera que la sensibilidad de esta prueba diagnóstica oscila entre el 85 y el 90%^(2,7). El diagnóstico definitivo es en cualquier caso la visualización directa a través del laringoscopio⁽²⁾.

Igual que en otros estudios, la mayoría de los niños precisaron intubación traqueal para restablecer la permeabilidad de la vía aérea^(2,5,7), siendo este tratamiento necesario durante un corto período de tiempo. Para efectuar la extubación es precisa la mejoría general del paciente, la aparición de escape de aire alrededor del tubo endotraqueal, así como la visualización previa de la epiglotis⁽⁴⁾. El antibiótico de elección fue la cefotaxima por su excelente biodisponibilidad y su demostrada actividad frente al *H. influenzae*⁽⁸⁾.

Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital «Niño Jesús». Departamento de Pediatría. Universidad Autónoma de Madrid.
Correspondencia: Juan Casado Flores. Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital «Niño Jesús». Avda. Menéndez Pelayo, 65. 28009 Madrid.
Recibido: Diciembre 1998
Aceptado: Julio 1999

Bibliografía

- 1 Acuña García M, Herrero Laso JL, Durán Díez C, Vallejo Valdezate LA, Díaz Suárez I, Pomar Blanco P. Revisión de epiglottitis. *Acta Otorrinolaringol Esp* 1996;**47**:144-148.
- 2 Mayo-Smith MF, Spinale JW, Donskey CJ, Yukawa M, Li RH, Schiffman FJ. Acute epiglottitis. An 18-year experience in Rhode Island. *Chest* 1995;**108**:1640-1647.
- 3 Gorelick MD, Baker MD. Epiglottitis in children, 1979 through 1992. Effects of Haemophilus influenzae type b immunization. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994;**148**:47-50.
- 4 Cressman WR, Myer CM. Diagnosis and management of croup and epiglottitis. *Pediatr Clin North Am* 1994;**41**:265-176.
- 5 Ryan M, Hunt M, Snowberger TA. Changing pattern of epiglottitis. *Clin Pediatr* 1992;**31**:532-535.
- 6 Damm M, Eckel HE, Jungehulsing M, Roth B. Airway endoscopy in the interdisciplinary management of acute epiglottitis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1996;**38**:41-51.
- 7 Kessler A, Wetmore RF, Marsh RR. Childhood epiglottitis in recent years. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 1993;**25**:155-162.
- 8 Sawyer SM, Johnson PDR, Hogg GG, Robertson CF, Oppedisano F, MacIness SJ, Gilbert GL. Successful treatment of epiglottitis with two doses of ceftriaxone. *Arch Dis Child* 1994;**70**:129-132.