

Lactante con fiebre y estridor



María Sáez Rico (Rotatorio Pediatría)
Tutora: Mari Carmen Vicent (Lactantes)

Servicio de Pediatría, HGUA

Presentación del caso

MOTIVO DE CONSULTA

Niña de 5 meses de edad que es traída a urgencias por **dificultad respiratoria** y **síntomas catarrales**

ANTECEDENTES PERSONALES y FAMILIARES

- No intolerancias o alergias conocidas
- RNT 40+3 sg, peso al nacimiento 3010grs. No estridor conocido
- Vacunación correcta
- Madre refiere cuadro gripal

ENFERMEDAD ACTUAL

- Desde hace 5 días: **Fiebre, tos disfónica y dificultad respiratoria progresiva** que motiva varias visitas a Urgencias
- En las últimas 24 horas: Rechazo de las tomas, **estridor inspiratorio y babeo**
- Refractaria a tratamiento corticoideo, antibiótico y nebulizaciones de adrenalina

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Ctes: **Sat 02 85%** con GN a 2lpm, FC 160lpm, FR 60 rpm, T^a 38,5°
- MEG. Tiraje sub e intercostal. Estridor inspiratorio y espiratorio, tos perruna y disfonía
- AP: Roncus bilaterales
- Resto de exploración normal



Diagnóstico diferencial

	LARINGITIS AGUDA	EPIGLOTITIS	TRAQUEOBRONQUITIS AGUDA
Edad	6m – 3a	2 - 5a	2-10a
Pródromos	CVA*	No/ CVA	Crup/CVA
Fiebre	+/-	+++	+++
Estridor	+++	++	+++
Afonía	Sí	No	Variable
Disfagia	No	Sí	No
Babeo	No	Sí	No
Tos	++	-/+	++
Posición	Normal	Trípode	Variable

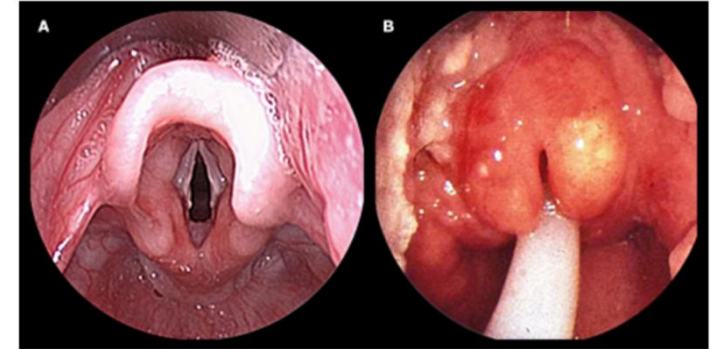
Pruebas complementarias

ANALÍTICA
SANGUÍNEA



Leucocitosis con desviación a la izquierda y
PCR y PCT normales

CUIDADO EN LA EXPLORACIÓN
DE LA CAVIDAD ORAL Y FARINGE



A: epiglottis normal

B: epiglottis eritematosa y
edematosa

¿RADIOGRAFÍA LATERAL DE CUELLO?
LARINGOSCOPIA DIRECTA EN QUIRÓFANO

Ante duda diagnóstica con alta sospecha clínica y probable necesidad de
intubación

PANEL RESPIRATORIO POR ASPIRADO NASOFARÍNGEO

EPIGLOTITIS PARAINFLUENZA TIPO 3

Discusión

DEFINICIÓN

Inflamación de la epiglotis y de las estructuras supraglóticas adyacentes, generalmente debido a una infección

ETIOLOGÍA

BACTERIANA	VÍRICA	OTROS
Más frecuente Hib (no inmunizados o incompletos)	Rara, genera sobreinfección bacteriana	FÚNGICA (ID) <i>Candida</i> e <i>Histoplasma capsulatum</i>
<i>S. aureus</i> , <i>S. pneumoniae</i> , <i>S. pyogenes</i>	Influenza tipo A y B, VHS 1, VEB, Parainfluenza tipo 3	Cáustica: ingestión o inhalación Lesión térmica
ID: <i>P. aeruginosa</i> , anaerobios, <i>Enterobacter spp.</i>	VIH	Enfermedad IgG4

PATOGENÉESIS

- Origen: patógenos de la nasofaringe
- Gran cantidad de redes linfáticas productoras de edema tras la infección
- **Estenosis de la vía aérea superior**: edema, aspiración de secreciones y movimiento de la epiglotis
- Sin afectación del espacio subglótico

Discusión

EPIDEMIOLOGÍA

- 2 casos de cada 10 millones en niños de poblaciones con alta tasa de vacunación Hib
- Más frecuente en adultos con comorbilidades y niños >5 años (no inmunizados o de forma incompleta)

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de confirmación varía en función de las características clínicas

ANTE GRAVEDAD, LO PRIMERO MANEJAR LA VÍA AEREA
EL DETERIORO PUEDE OCURRIR RÁPIDAMENTE

TRATAMIENTO

Mantenimiento
de la vía aérea

Antibioterapia
empírica con
cefalosporinas de 3^a
generación 7-10 días

¿Corticoterapia?

No se ha asociado con
reducción en el tiempo de
estancia o intubación

Discusión

MANEJO DE LA VÍA AÉREA

Vía aérea no permeable

Ventilación con máscara facial y bolsa autoinflable con O₂ al 100%

Sat O₂ >80%

Traslado para IOT por el personal más cualificado

Sat O₂ <80%

Intubación inmediata

Vía aérea quirúrgica

Cricotiroidotomía de emergencia

Vía aérea permeable

- Oxígeno humidificado y postura adecuada
- Evitar técnicas que aumenten ansiedad
- Vigilancia en unidad de cuidados intensivos o IOT en <6 años.

Evolución

14 días ingresada en UCIP con intubación orotraqueal

- En todo momento estable hemodinámicamente
- Síndrome de distrés respiratorio agudo
- Alcance de máximas dosis de sedoanalgesia: doble sedación con midazolam y ketamina, analgesia con fentanilo y relajada con cisatracurio
- Infección urinaria por *Pseudomona aeruginosa* e infección asociada a catéter venoso central por *Enterobacter kobei*
- Tratamiento con dexametasona iv y ceftarolina iv
- Al extubar, disfonía al llanto y Sat O2 al 100% con GN a 1lpm sin trabajo respiratorio

5 días ingresada en planta de Lactantes

- Síndrome de abstinencia: pauta descendente de Lorazepam y Clonidina
- Finalización de pauta antibiótica
- Hipotonía adquirida que mejoró antes del alta

Conclusiones

La epiglotitis es un cuadro **potencialmente mortal**

La dificultad respiratoria puede progresar rápidamente

En niños con sospecha elevada de epiglotitis **lo más importante es mantener la vía aérea** estable y permeable

Otras medidas diagnósticas no deben retrasar la intubación endotraqueal

La **vacunación sistemática** contra *Haemophilus influenzae* ha disminuido la epiglotitis en niños

El tratamiento se basa en el **soporte ventilatorio y antibioterapia empírica** hasta confirmar la etiología

Referencias

1. Wood C. Epiglottitis (supraglottitis): Clinical features and diagnosis. UpToDate [internet] [fecha de consulta: 19-10-2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epiglottitis-supraglottitis-clinical-features-and-diagnosis?topicRef=6076&source=see_link
2. Sánchez Martín M y Calvo Rey C. Laringitis, epiglotitis y traqueobronquitis. Manual de diagnóstico y terapéutica en pediatría. 6ª edición. España: Panamericana; 2018. p. 1365-1372.
3. Wood C. Epiglottitis (supraglottitis): Management. UpToDate [internet] [fecha de consulta: 19-10-2022]. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/epiglottitis-supraglottitis-management?topicRef=6080&source=see_link