

## Supraglotitis atípica en la era postepiglottitis

A. Amado Puentes<sup>1</sup>, M. Fernández Sanmartín<sup>2</sup>, A. Rodríguez Núñez<sup>2</sup>, J.A. Couceiro Giano<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. <sup>3</sup>Complejo Hospitalario de Pontevedra

*Title: Atypical supraglottitis in postepiglottitis era*

---

### Sr. Director:

La supraglotitis es una inflamación aguda de la epiglotis/supraglotis, de causa generalmente infecciosa, que suele provocar una obstrucción rápida y potencialmente letal de la vía respiratoria, por lo que se considera una emergencia médica<sup>1,2</sup>. Clásicamente, y de forma típica, era consecuencia de una infección por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) que, tras la implantación en nuestro medio de la vacunación universal frente al mismo, ha pasado a ser una rareza y, por tanto, una entidad clínica casi desconocida para los pediatras con menos de 15 años de experiencia. La práctica erradicación del Hib como agente causal, condiciona un incremento relativo de otras causas<sup>2,3</sup>, tanto infecciosas (bacterianas, víricas o fúngicas) como no infecciosas (edema angioneurótico, traumatismos, lesiones cáusticas...), así como de otras posibilidades que por su curiosidad merecen ser reseñadas.

Presentamos el caso de un niño de 18 meses de edad, remitido a la unidad de cuidados intensivos (UCI) de nuestro centro, con la sospecha clinicorradiológica (radiografía lateral de cuello) de epiglottitis aguda. El paciente carecía de antecedentes familiares o personales de interés y seguía el calendario de inmunizaciones vigente en nuestra comunidad autónoma, que incluye a esta edad 4 dosis de vacuna conjugada frente a Hib. La familia refería que el niño estaba previamente asintomático, excepto por cierta disminución de la ingesta en los días anteriores, y presentaba desde hacía 12 horas un cuadro de fiebre elevada (39,5 °C), decaimiento y dificultad respiratoria progresiva, con rechazo alimentario y babeo casi continuo. La exploración física revelaba una moderada afectación del estado general y fiebre (38,5 °C), posición en «trípode», babeo continuo, hipofonía con estridor inspiratorio leve e intermitente, sin tiraje intercostal significativo. La coloración cutánea y la hidratación de las mucosas eran normales. La auscultación cardiopulmonar era simétrica y mostraba una discreta hipoventilación bilateral. Los pulsos distales eran palpables, con una presión arterial en percentiles para la edad y el tiempo de relleno capilar

normal. En los estudios complementarios realizados, la analítica mostraba los siguientes resultados: 11.740 leucitos/mm<sup>3</sup> (72% neutrófilos), hemoglobina 9,7 g/dL, plaquetas 436.000/mm<sup>3</sup>, y proteína C reactiva 38,64 mg/L (valores normales: 0-3). La radiografía lateral de cuello revelaba una probable epiglotitis. Con el juicio clínico de epiglotitis aguda se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona y metilprednisolona. Para confirmar el diagnóstico y facilitar la intubación endotraqueal electiva del paciente se procedió a realizar una fibroendoscopia por vía nasal, que mostró una morfología normal de la epiglotis y la glotis. Ante la ausencia de hallazgos diagnósticos se realizó una tomografía computarizada de cuello con reconstrucción multiplanar, que puso de manifiesto la presencia de un cuerpo extraño (dado de parchís) entre la hipofaringe y la porción cervical del esófago, con un importante aumento de las partes blandas asociado, que provocaba una compresión laringotraqueal extrínseca significativa (figuras 1 y 2). El dado fue extraído mediante esofagoscopia sin incidencias, lo que propició una mejoría clínica rápida y progresiva del paciente. La familia no refirió en ningún momento, ni *a priori* ni *a posteriori*, sospecha de episodios de atragantamiento.

El caso presentado es destacable tanto por la clínica sugestiva de un proceso infeccioso agudo que provoca una obstrucción severa de la vía respiratoria superior (epiglotitis/supraglotitis) como por estar causado por un cuerpo extraño cúbico localizado en la zona faringoesofágica. La impactación de cuerpos extraños en esta zona es relativamente frecuente en niños<sup>4</sup>. La ausencia de un antecedente claro de atragantamiento, o de síntomas respiratorios al inicio (este paciente probablemente portaba el cuerpo extraño en su vía digestiva superior desde hacía varios días), no deben obviar esta posibilidad diagnóstica.

En los pacientes con clínica sugestiva de epiglotitis es imprescindible realizar un rápido diagnóstico de sospecha y establecer un adecuado manejo de la vía respiratoria para evitar complicaciones graves<sup>5</sup>. El diagnóstico es fundamentalmente clínico –el paciente presentaba todos los síntomas guía del cuadro–, y aunque puede complementarse con la radiografía simple de la vía respiratoria en proyección lateral, no se debe esperar de ella una suficiente sensibilidad ni especificidad<sup>6</sup>. Una vez sospechada, la epiglotitis se convierte en una emergencia médica que tiene como prioridad terapéutica el control de la vía respiratoria mediante intubación endotraqueal<sup>7</sup>. Dado que la intubación puede ser complicada, incluso en manos expertas, se recomienda utilizar dispositivos para el manejo de la vía respiratoria difícil, como la intubación guiada por fibroendoscopia, en un medio dotado con recursos humanos y materiales adecuados<sup>8</sup> (UCI o quirófano). En conclusión, la obstrucción aguda de la vía respiratoria superior en un lactante con signos de infección en la era posvacunación anti-Hib puede tener diversas causas, entre las que se encuentra la impactación faríngea de un cuerpo extraño. Con independencia de la causa, es prioritario asegurar la vía respiratoria por parte de profesionales con experiencia, habilidad y recursos técnicos suficientes en un entorno adecuado.

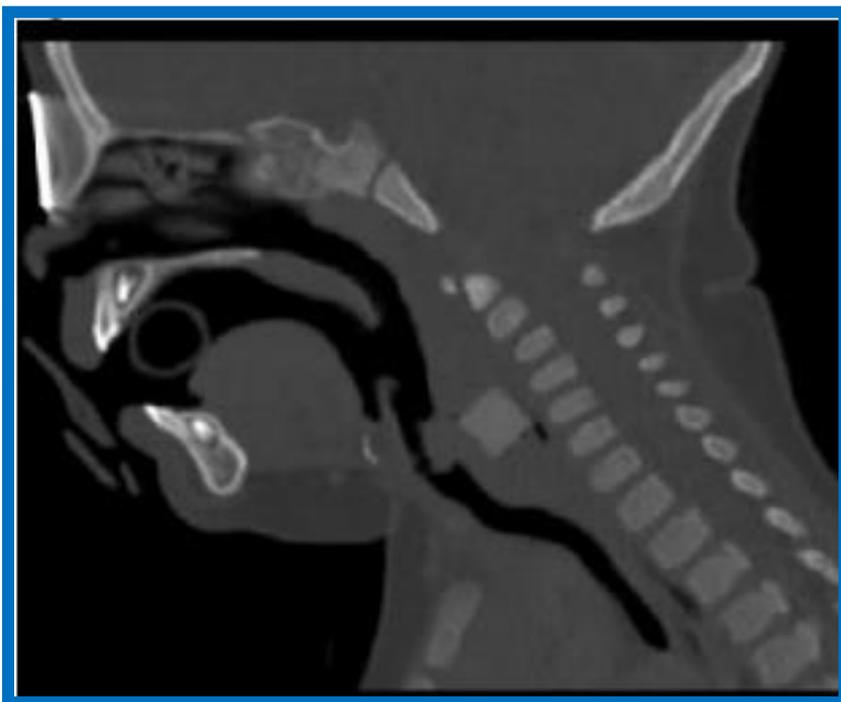
## Bibliografía

1. Roosevelt G. Obstrucción inflamatoria aguda de las vías altas (crup, epiglotitis, laringitis y traqueítis bacteriana). En: Kliegman RM, Behrman RE, Jenson HB, Stanton BF, eds. Nelson textbook of pediatrics (ed. esp.). Madrid: Saunders-Elsevier España, 2009; 1.762-1.767.
2. Faden H. The dramatic change in the epidemiology of pediatric epiglotitis. *Pediatr Emerg Care.* 2006; 22(6): 443-444.
3. Sobol SE, Zapata S. Epiglottitis and croup. *Otolaryngol Clin North Am.* 2008; 41(3): 551-566.
4. McGahren ED. Esophageal foreign bodies. *Pediatr Rev.* 1999; 20(4): 129-133.
5. D'Agostino J. Pediatric airway nightmares. *Emerg Med Clin North Am.* 2010; 28(1): 119-126.
6. Dawson KP, Steinberg A, Capaldi N. The lateral radiograph of neck in laryngo-tracheo-bronchitis (croup). *J Qual Clin Pract.* 1994; 14(1): 39-43.
7. Rafei K, Lichenstein R. Airway infectious disease emergencies. *Pediatr Clin North Am.* 2006; 53(2): 215-242.
8. Damm M, Eckel HE, Jungehülsing M, Roth B. Airway endoscopy in the interdisciplinary management of acute epiglottitis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 1996; 38(1): 41-51.

Fecha de recepción: 19/09/13. Fecha de aceptación: 24/09/13.

**Correspondencia:** A. Amado Puentes. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Rúa Pizarro, 22. 36204 Vigo (Pontevedra). Correo electrónico: amadopuentes@gmail.com

**Cómo citar este artículo:** Amado Puentes A, Fernández Sanmartín M, Rodríguez Núñez A, Couceiro Gianzo JA. Supraglotitis atípica en la era postepiglotitis. *Acta Pediatr Esp.* 2014; 72(1): e27-e30.



**Figura 1.** Tomografía computarizada. Corte sagital



**Figura 2.** Tomografía computarizada. Reconstrucción multiplanar en 3 dimensiones