

CAUSAS NO INFECCIOSA DE SUPRAGLOTITIS

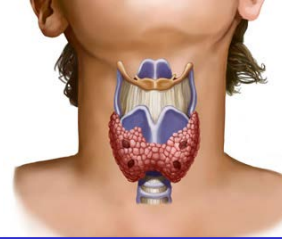


Servicio
Canario de la Salud

Á. Suárez Marrero¹, Z. Espinel Padrón², S. García Luzardo², FJ. Castillo Ferrer¹, D. Cervantes Chirino², S. Fernández Ureña².

1. Médico Interno Residente. 2. Médico Adjunto. Servicio de Urgencias Pediátricas.

Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria



INTRODUCCIÓN

La luz de la vía respiratoria del niño es estrecha, por lo que una mínima reducción por edema de la mucosa u otros trastornos inflamatorios determina un aumento significativo del trabajo respiratorio.

La supraglotitis es una enfermedad potencialmente mortal consistente en la afectación infecciosa-inflamatoria de las estructuras proximales a las cuerdas vocales y epiglotis. Su principal agente fue el *H. influenzae* tipo b; la introducción sistemática de la vacunación conjugada, ha conllevado la práctica desaparición de este cuadro. Actualmente, *S. pyogenes*, *S. pneumoniae*, *H influenzae* no tipificable y *S. aureus* son los agente etiológicos más frecuentes en niños vacunados.

Otras causas posibles son las **no infecciosas**, como la aspiración de un cuerpo extraño, edema angioneurótico, daño térmico y traumatismos.

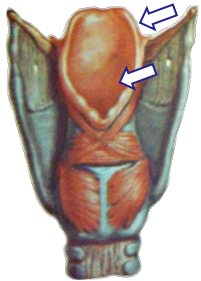
METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Se describen dos casos de supraglotitis no infecciosas, atendidos en nuestro servicio de urgencias, hospital pediátrico de tercer nivel.

Caso 1: mujer de 9 meses, derivada desde su centro de salud por estridor al llanto y en reposo tras la extracción manual de cuerpo extraño de la orofaringe por un familiar. Tras el episodio, la paciente presenta un sangrado activo (autolimitado) y dificultad respiratoria.

Caso 2: varón de 7 años, tras ingesta alimentaria, sufre episodio de atragantamiento, presentando dificultad respiratoria; sus padres realizan maniobra de desobstrucción de vía aérea, no consiguiendo mejoría, por lo que acuden al servicio de urgencias.

Ambos presentaban a su llegada estridor inspiratorio (la mujer tanto en reposo como con llanto, mientras que el varón sólo con llanto y agitación), acompañado de sialorrea.



La exploración ORL revela hematoma en pliegue aritenopiglotico y aritenoides izquierdo y tercio inferior de hemiepiglotis izquierda. En la paciente, debido a la clínica y a las lesiones, fue necesaria la intubación traqueal para asegurar la permeabilidad de la vía aérea.



En la exploración ORL no se objetivaron lesiones anatómicas, encontrando cuerpo extraño (trozo de salchicha de 3-4 cm de longitud) en la vallécula. Tras la extracción en quirófano del cuerpo extraño, se resolvió el cuadro.

CONCLUSIONES

- El diagnóstico definitivo de epiglotitis se realiza mediante visualización directa de la región supraglótica. Este procedimiento debe realizarse en condiciones óptimas para asegurar la vía aérea, tarea especialmente dificultosa en estos pacientes. Valorar otras etiologías, además de la infecciosa, como causa de supraglotitis.
- El tratamiento dependerá del grado de obstrucción de la vía aérea, siendo necesaria la intubación en los episodios de mayor gravedad.

SITGES 19-21 de abril 2018

23 REUNIÓN ANUAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA