

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

Guía de Referencia Rápida

SEDENA

SEMAR

Diagnóstico, Tratamiento y Prevención
de la Epiglotitis Aguda en Edad
Preescolar y Escolar

GPC

Guía de Práctica Clínica
Número de Registro: IMSS-334-09

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

J051 Epiglotitis aguda

GPC

Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Epiglotitis Aguda en Edad Preescolar y Escolar

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

La epiglotitis aguda también conocida como supraglotitis es un proceso inflamatorio, el cual involucra la epiglotis y estructuras adyacentes: superficie lingual posterior, tejidos blandos contiguos, y pliegues aritenoides. Es considerada una infección grave de la vía aérea supra glótica que amenaza la vida por lo que se considera una urgencia médica. El *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) es la principal causa de enfermedad invasiva en los niños, especialmente en regiones no industrializadas, causando meningitis, epiglotitis, sepsis, osteomielitis, artritis y de las enfermedades no invasivas: neumonía y otitis. Se reconoce al Hib como la etiología más frecuente de la epiglotitis aguda, sin omitir que algunos cuadros de epiglotitis aguda pueden ser ocasionadas por etiologías no infecciosas.

FACTORES DE RIESGO

Un estudio realizado en el Hospital de Búfalo (EU) en la década de los 70's, describió la edad de presentación en niños con epiglotitis aguda con rango entre 5 meses a 11 años con una mediana de 4.1 años. Posteriormente en un estudio retrospectivo sobre epiglotitis en un hospital de Philadelphia se registró 10.9 por 10,000 admisiones previo a 1990, con una disminución de 1.8 episodios por 10,000 admisiones en los 5 años posteriores a la introducción de la vacuna contra Hib.

La introducción de la vacuna contra Hib en Estados Unidos de Norte America disminuyo la incidencia anual de epiglotitis aguda en población inmunizada de 3.74 casos por 100,000 (1980) a 0.63 casos por 100,000 (1990). Consistentemente se ha reportado a partir de la década de los 80's, la disminución de número de casos en edad pediátrica, con un incremento de casos en edad adulta.

En Israel la incidencia anual reportada en población adulta, se ha incrementado significativamente de 0.88 (1986-1990) a 3.1 (1996-2000).

Diversos autores coinciden que a partir de la introducción de la vacuna contra Hib, las características epidemiológicas de los pacientes con epiglotitis aguda se han modificado:

- presentación a > edad
- características clínicas atípicas
- participación de otros agentes etiológicos diferentes a *H influenzae* tipo B como: *Streptococcus beta hemolyticus* del grupo A pyogenes, *Klebsiella spp*, *Staphylococcus spp*, *Streptococcus pneumoniae*, *Pseudomonas*, *Candida spp*, *Haemophilus parainfluenzae*, virus herpes simplex tipo I, virus zoster y virus parainfluenzae.
- Se ha reportado que la epiglotitis aguda afecta más frecuentemente al sexo masculino con un rango de 1.2:1 a 4:1.

Consistentemente en Boston se informó sobre el cambio epidemiológico:

- incremento en la edad de presentación de los casos con epiglotitis aguda:
- mediana para la edad de 5.8 años en 1992-1997.

- mediana para la edad de 11.6 años en 1998-2002.

No existe consistencia en estudios realizados en Canadá (1996-2001) y Alemania (1993-2001) en relación con el incremento de enfermedad invasiva por *H influenzae* no b.

En un estudio alemán se detecto 192 casos de enfermedad invasiva por HI (no b) con las siguientes características epidemiológicas:

- edad de presentación a partir de los 11 años
- predominio del sexo masculino
- diagnósticos más frecuentes: meningitis, neumonía, epiglotitis
- sin enfermedad subyacente > a 62%

En niños con cuadro de obstrucción de la vía área superior y con los siguientes antecedentes, sospechar de epiglotitis:

- antecedente de terapia inmunosupresora
- uso persistente de antibióticos
- presencia de enfermedad oncológica
- inmunodeficiencia primaria o adquirida
- defecto en la motilidad de neutrófilos
- hipoparatiroidismo.

Considerar como factores de riesgo para presentar epiglotitis aguda ante una obstrucción de vía aérea superior

- Paciente sin inmunizar contra Hib
- Niños de 5 a 11 años de edad y género masculino
- Adultos jóvenes
- Paciente:
 1. inmuno suprimidos
 2. uso de antibióticos persistente
 3. enfermedad oncológica
 4. inmunodeficiencia primaria o adquirida
 5. defecto en la motilidad de neutrófilos
 6. hipoparatiroidismo.

En estos pacientes considerar como etiología:

- *Candida* sp
- virus herpes simplex tipo I
- varicela zoster
- parainfluenzae

DIAGNÓSTICO CLINICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

El cuadro clínico de epiglotitis aguda en un niño sano, establecido por consenso de expertos, se caracteriza por:

- inicio abrupto y progresión rápida
- fiebre
- dolor faríngeo intenso
- toxicidad
- voz apagada o ausente

Blackstock describió las 4 "Ds" de la epiglotitis (por sus siglas en inglés: Drooling, Dyspnea, Dysphagia, Dysphonic):

- sialorrea

- disfagia
- disfonía
- disnea

No todos estos signos y síntomas están presentes. (Anexo 3 Cuadro 1.

Mayo-Smith reporto el cuadro clínico de 134 niños con epiglotitis aguda:

- Estridor...80%
- Dificultad respiratoria...80%
- Voz apagada (papa caliente)...79%
- Fiebre...57%
- Sialorrea...38%
- Tos...30%
- Disfagia...26%

Se describe en los pacientes con epiglotitis aguda los siguientes hallazgos a la exploración física:

- apariencia tóxica
- irritabilidad y ansiedad
- posición en trípede: cabeza hacia adelante, boca abierta, mandíbula protruida, lengua hacia fuera; adopción de sedestación con apoyo de sus manos hacia atrás.
- Hipersensibilidad a la palpación del complejo laringotraqueal, especialmente en la región del hueso hioides.
- dificultad respiratoria de leve a grave

*La apariencia normal de la faringe puede estar presente en caso temprano de epiglotitis. (Anexo 3 Cuadro 1 y Cuadro 2)

El diagnóstico de la epiglotitis es clínico, no existe estudios publicados que hayan evaluado algún síntoma como prueba diagnóstica de epiglotitis aguda, considerar la posibilidad con base a datos epidemiológicos y cuadro clínico. De acuerdo a esta posibilidad evaluar la decisión de la exploración de la vía aérea.

Existen algunas escalas publicadas sobre la clasificación de la gravedad de las enfermedades agudas de la vía respiratoria superior con el objetivo de identificar el estado del paciente y seguir una ruta terapéutica. Sin embargo, no existe una escala publicadas en epiglotitis aguda. El grupo de trabajo decide recomendar la clasificación de gravedad de la obstrucción de la vía aérea superior publicada en las guías de práctica clínica de laringotraqueitis aguda, debido a que no existen escalas publicadas para la identificación del estado de la epiglotitis aguda, algunos autores sugieren la individualización de acuerdo al grado de obstrucción de la vía aérea en **estable ó con dificultad respiratoria de moderada a leve con obstrucción parcial e inestable ó grave que amenaza la vida con dificultad respiratoria severa** con obstrucción completa. (Anexo 3 Cuadro 2)

En los niños con datos clínicos de obstrucción de vía aérea superior con sospecha de epiglotitis aguda, realizar diagnóstico diferencial con entidades infecciosas y no infecciosas:

Causas infecciosas:

- laringotraqueitis
- traqueitis bacteriana
- absceso retrofaríngeo

Causas no infecciosas :

- Cuerpo extraño
- Anafilaxia
- Daño por inhalación (humo de tabaco y cocaína)
- Edema angioneurótico
- Daño por líquidos calientes

- Agentes cáusticos
- Enfermedades linfoproliferativas. (anexo 3 Cuadro 3)

En los niños con diagnóstico de Epiglotitis, con evolución insidiosa sospechar complicaciones:

- sitios múltiples de infección: otitis, meningitis, neumonía y celulitis
- progresión de la infección a tejidos profundos de cuello.
- infección nosocomial: neumonía asociada a ventilador

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

La literatura reporta que el diagnóstico definitivo de la epiglotitis aguda requiere la visualización directa de una **epiglotis edematosa e hiperémica (rojo cereza)** idealmente bajo **laringoscopia directa**. Este procedimiento debe realizarse de preferencia en quirófano y en condiciones controladas: recurso humano y material para la asistencia a la ventilación. Considerar los siguientes puntos:

- **laringoscopia directa** esta indicada en los pacientes con enfermedad grave ó que amenaza la vida que presentan inestabilidad de la vía aérea por obstrucción completa de la vía aérea.
- **nasofibroscopia** esta indicada en pacientes con enfermedad leve o moderada con estabilidad de la vía aérea por obstrucción parcial. Se contraindica en presencia de vía aérea inestable por el riesgo alto de espasmo y la escasa posibilidad de manejo urgente de la vía aérea.

Si se dispone del recurso realizar la nasofibroscopia flexible si el paciente está **estable con dificultad respiratoria leve a moderada por obstrucción parcial de la vía aérea** con los objetivos de:

- valorar respuesta del edema supra glótico a las 48hs del inicio del tratamiento
- evaluar retiro de ventilación asistida,
- evolución insidiosa para realizar diagnóstico diferencial

Tomar en cuenta:

1. el paciente debe estar en terapia intensiva y bajo sedación

la nasofibroscopia está contraindicada en vía aérea inestable o colapsable

La apariencia normal de la faringe puede estar presente en fase temprana de epiglotitis, por lo que no se excluye el diagnóstico ante este hallazgo.

En pacientes con sospecha de epiglotitis aguda con obstrucción de leve a moderada se sugiere no realizar exploración de la cavidad oral con abate lenguas, debido a la limitada seguridad de esta maniobra.

Se ha descrito en la radiografía lateral de cuello el hallazgo indicativo de edema grave de la epiglotis: "signo del pulgar". Sin embargo la radiografía lateral de cuello posee una baja sensibilidad (38%) y especificidad (78%) para el diagnóstico de epiglotitis aguda, limitando su utilidad. (Figura 1)

Algunos autores refieren que en el niño con estridor agudo la radiografía de cuello puede causar demora indebida en el tratamiento y debe evitarse. En los casos leves la radiografía lateral del cuello puede mostrar una apariencia normal de las estructuras anatómicas. En pacientes con sospecha clínica de epiglotitis aguda **no se recomienda** la realización de la radiografía lateral de cuello por su baja utilidad diagnóstica y la posibilidad de retraso en la intervención terapéutica.

La tomografía (TAC) o resonancia magnética auxilia en el estudio y el **diagnóstico diferencial** de estridor:

- proyecciones transversales son útiles en los casos de compresión extrínseca de las vías respiratorias.
- masas retrofaríngeas

masa e inflamación: supra glótica, glóticas, sub glótica.

La tomografía contrastada de cuello identifica :

- edema epiglotico
- absceso en la epiglotis o en la base de la lengua.
- angioedema hereditario (Anexo 3 Cuadro 3)

Se ha reportado en los pacientes con epiglotitis aguda, hemocultivos con aislamiento bacteriano entre el 6 al 15%. Sin embargo en algunas series de casos, se recomienda su realización posterior a asegurar la vía aérea. Algunos autores refieren el uso de la biometría hemática, la cual muestra elevación de los leucocitos con predominio de neutrófilos con desviación a la izquierda, sin embargo no se reporto su utilidad como prueba diagnóstica

En pacientes con sospecha clínica de epiglotitis aguda ante la falta de evidencia de alta calidad, no se recomienda la realización de hemocultivos y biometría hemática de rutina como parte del escrutinio inicial, por su baja utilidad diagnóstica.

TRATAMIENTO INICIAL Y NO FARMACOLÓGICO

Diferentes autores coinciden en adoptar ciertas medidas en los niños con obstrucción de la vía aérea superior:

- permitir al paciente adoptar una posición libremente escogida hasta que se **asegure la vía aérea**, en busca de evitar la obstrucción completa
- no forzar al niño a adoptar la posición supina
- si el paciente (lactante y preescolar) requiere ser trasladado (sala de quirófano o unidad de terapia intensiva) mantenerlo cargado en los brazos de su familiar (no recostado) para evitar mayor ansiedad e incremento de la dificultad respiratoria y acompañar de personal médico

El médico debe evitar la visualización directa con abatelenguas o intervenciones que aumenten la ansiedad del paciente como:

- venopunciones
- adopción de posturas no elegidas por el paciente
- separación del paciente de su familiar

Evite agitar al niño con procedimientos innecesarios. ***Sin previamente estar asegurada la vía aérea**

En los paciente con sospecha de epiglotitis con obstrucción de la vía aérea superior:

- hospitalizar e ingresar a una unidad de cuidados intensivos pediátricos (terapia intensiva)
- vigilancia estrecha de la progresión de los datos de obstrucción de la vía aérea superior con monitoreo continuo
- el paciente **inestable con dificultad respiratoria grave y que amenace la vida** debe admitirse a una unidad de cuidados intensivos, **asegurando la vía aérea por medio de laringoscopia directa.**
- el paciente **estable con dificultad respiratoria moderada a leve** debe admitirse a una unidad de cuidados intensivos pediátricos para su observación, monitoreo continuo y evaluación de **nasofibroscopia** como procedimiento programado bajo sedación en quirófano. (Anexo 3 Cuadro 1,2 y 4)
- **reconocer que los niños < de 2 años no poseen membrana cricotiroides por lo que la cricotirotomía esta contraindicada por la dificultad técnica, por lo que en caso de no conseguir intubación realizar traqueostomía de urgencia**

La intubación debe realizarse por una persona experta, el aspecto más importante en presencia de obstrucción de la vía aérea superior es asegurar la vía aérea por el equipo médico de expertos.

De preferencia para el manejo de la obstrucción de la vía aérea superior contar idealmente por médico:

- anestesiólogo, pediatra y otorrinolaringólogo.

La intubación se recomienda el uso de un tubo de 0.5 mm de diámetro menor que el correspondería para edad y peso

En el manejo de la vía aérea en pacientes con epiglotitis aguda los objetivos son:

- realizar laringoscopia para confirmar diagnóstico, bajo anestesia inhalatoria y oxígeno al 100%

- Inmediatamente se procede a intubación endotraqueal.

Ghiringa y cols sugieren que la ventilación en pacientes con infección aguda y obstrucción de la vía aérea superior, debe ser en posición prona con bolsa mascarilla, en preparación para el manejo definitivo de la vía aérea; la posición prona permite que la gravedad condicione que la epiglotis se mantenga en posición, y evite el incremento de la obstrucción de la vía aérea. En la posición supina la epiglotis cae sobre la vía aérea incrementando el grado de obstrucción.

- Si la obstrucción llega a ser total antes de que se haya asegurado la vía aérea, la primera consideración debe ser la ventilación con bolsa mascarilla de reanimación.

Se recomienda asegurar la vía aérea mediante intubación, previo a la exploración y otras maniobras invasivas.

No existen ECC que evalúen el uso de oxígeno suplementario en los pacientes con epiglotitis aguda.

La administración de oxígeno debe reservarse para los niños con obstrucción de la vía aérea superior con:

- hipoxia (saturación de oxígeno con aire ambiente < 92%)
- dificultad respiratoria grave

El niño no debe ser forzado para evitar un estado de agitación significativa.

El ayuno y los líquidos intravenosos son generalmente requeridos sólo en niños con dificultad respiratoria grave y que amenace la vida

En los pacientes hospitalizados con datos de obstrucción de vía respiratoria alta:

- monitorear esfuerzo respiratorio y signos vitales
- realizar examen clínico secuencial
- oximetría de pulso en los niños con datos de obstrucción de vía aérea alta de moderada a grave.
- al igual que en la laringotraqueitis no se recomienda la aspiración de secreciones.
- Si el paciente se encuentra estable sin datos de dificultad respiratoria, estridor ó sialorrea en quienes se observa por laringoscopia ó se presume un edema moderado, vigilar en la terapia intensiva y evaluar oportunamente la necesidad de vía aérea artificial. (Anexo 3 Cuadro 1,2 y 4)

Datos inminentes de paro respiratorio (insuficiencia respiratoria grave):

- Cambio en el estado mental: fatiga y apatía
- Palidez
- Disminución de las retracciones (menor esfuerzo respiratorio)
- Disminución de la frecuencia respiratoria y de los sonidos respiratorios
- Estridor (Anexo 3 Cuadro 4)

Se describe en la literatura que la extubación usualmente puede ser realizada a las 24 a 48 hs en espera a la respuesta a los antibióticos.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

De acuerdo a lo publicado desde los primeros casos, la piedra angular en el manejo de la epiglotitis aguda infecciosa es la **estabilización de la vía aérea** (manejo de la obstrucción de la vía aérea) y el inicio temprano de antibióticos.

El tratamiento con antibióticos intravenosos de amplio espectro contra patógenos productores de betalactamasa debe ser iniciado tan pronto como se asegure la vía aérea. En casos de epiglotitis aguda, se recomienda el uso de cefalosporina de segunda o tercera generación durante un periodo de 7 a 10 días.

Primera elección son:

Ceftriaxona:

- Lactantes hasta escolares: 50-75 MG/Kg./día IV/IM c/12h-24h; sin exceder 2 g/d.
- Adolescentes 75-100 MG/Kg./día IV/IM c/12-24h

Cefotaxima:

- <12 años: 100-200 MG/Kg./d IV/IM dividido cada 8h
- >12 años en infecciones moderadas a graves: 1-2 g IV/IM c/ 6-8h. Dosis máxima 12gr al día. Infecciones que ponen en riesgo la vida: 1-2 g IV/IM cada 4h; no exceder de 12 g/d

Cefuroxima:

- 100-150 MG/Kg. /d IV/IM cada 8h, con dosis máxima de 6gr al día.

Las alternativas terapéuticas son:

- Trimetropin/ sulfametoxazol 8-12mg con base al TMP por k/día dividido casa 12h
- Ampicilina sulbactam 100-200mg con base a la ampicilina cada 6h IM/IV (esta combinación no esta disponible en el cuadro básico)
- Ampicilina/cloramfenicol a dosis de 100-200mg/100mg/K/d cada 6h IV/IM

No existen ensayos clínicos controlados publicados que sustenten el uso y la utilidad de la epinefrina racémica inhalada en la epiglotitis aguda. Algunos registros históricos refieren no mejoría en el cuadro clínico.

Se ha evaluado a los esteroides intravenosos en el manejo de la laringotraqueitis aguda reportando mejoría en la inflamación de la vía aérea. Sin embargo, no existen ensayos clínicos del uso de esteroides intravenosos en epiglotitis aguda donde se demuestre:

- evidencia de mejoría clínica y en pronóstico
- disminución en el manejo quirúrgico agresivo de la vía aérea

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

- Los niños con sospecha de epiglotitis deben ser trasladados en ambulancia y acompañado por un médico a un servicio de urgencia el cual cuente con los recursos médicos y materiales para su manejo
- En pacientes con sospecha clínica de epiglotitis aguda con evolución insidiosa y/ó posibilidad de diagnóstico diferencial (cuerpo extraño) que no cuenten su unidad tratante con recurso de nasofibroscopia flexible, tomografía axial computada, trasladar en cuanto se establezca su condición en busca de complementación diagnóstica.
- Los familiares de los pacientes con diagnóstico de certeza de epiglotitis aguda por Hib deberán ser referidos a la unidad correspondiente al servicio de medicina preventiva para recibir quimioprofilaxis

QUIMIOPROFILAXIS

La tasa de colonización por Hib es alrededor del 70% posterior a la exposición en poblaciones cerradas, tales como la familia o guarderías.

La quimioprofilaxis debe indicarse a los contactos del caso índice considerados como :

- intradomiciliario
- > de 4 años no vacunado o con esquema incompleto
- todos los miembros de un domicilio, con un > de 12 meses, a pesar de haber recibido las 3 primeras dosis
- todos los miembros de un domicilio con un niño inmunodeficiente independientemente de su esquema de inmunización
- guarderías o unidades pediátricas con dos o más casos de aparición de enfermedad invasiva dentro de un período de 60 días, independientemente de la edad

La academia americana de pediatría recomienda la quimioprofilaxis a los contactos y convivientes, independiente del esquema de vacunación.

La rifampicina erradica el Hib de la faringe en el 95% de los portadores.

Por lo recomienda rifampicina vía oral por 4 días, dosis máxima de 600 MG, una vez al día según siguiente esquema

- < de 1 mes 10mg/k/día cada 24hs
- >1 mes a 12 años 20mg/k/día cada 24hs (máximo 600mgs)
- adultos 600 MG/día.

No recomendada en embarazadas

Anexos

Cuadro 1. Signos y Síntomas de Enfermedad Grave

	Menores de 3 meses	3 meses a < de 4 años	4 años hasta adolescencia
Dificultad respiratoria	<ul style="list-style-type: none"> • Quejido • Tiros • Cianosis • Estridor con síntomas de laringotraqueitis que no mejoran con medidas conservadoras. Taquipnea:> 60 por minuto 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiros • Cianosis • Disnea ostensible • Taquipnea :> 50 por minuto en niños de 3 a 11 meses > 40 por minuto en niños de 1 a 5 años • Respiración superficial • Dificultad para deglutir • Sibilancias a distancia • estridor con síntomas de laringotraqueitis que no mejoran con medidas conservadoras 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiros • Cianosis • Disnea moderada a severa • Taquipnea (> 40 por minuto en niños de 1 a 5 años) • Respiración superficial • dificultad para deglutir • Sibilancias a distancia • Sialorrea • Disfonía • Sensación de que se está cerrando la garganta.
Respuesta a estímulos y actividad	<ul style="list-style-type: none"> • Flácido • letárgico • No puede despertar o mantenerse despierto • Llanto débil o succión débil • Inconsolable • Rechazo al alimento 	<ul style="list-style-type: none"> • No reactivo • Estado de alerta disminuido • No puede despertar o mantenerse despierto • Actividad ostensiblemente disminuida • Muy letárgico • Somnolencia excesiva • Inconsolable • Llanto débil o succión débil (si es lactante) •Rechazo al alimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Confuso • Estado de alerta disminuido • Actividad ostensiblemente disminuida • Rechaza comer • Muy letárgico • Somnolencia excesiva • No puede despertar o mantenerse despierto • No reactivo
Deshidratación y vómito	<ul style="list-style-type: none"> • Escaso número de pañales húmedos en un periodo mayor a 8 horas 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin micción en un periodo de 6 a 8 h (en < de 1 año de edad) • Sin micción en un periodo de 12 (en > de 1 año de edad) 	<ul style="list-style-type: none"> Anuria por > 12 h
Signos meníngeos		<ul style="list-style-type: none"> • Rigidez de nuca • Vómito persistente 	<ul style="list-style-type: none"> • Rigidez de nuca • Vómito persistente • Cefalea intensa
Otros	<ul style="list-style-type: none"> • Exantema petequeial o purpúrico 	<ul style="list-style-type: none"> • Exantema petequeial o purpúrico 	<ul style="list-style-type: none"> • Poliuria y baja ingesta de líquidos • Exantema petequeial o purpúrico

Tomado de: Institute for Clinical System Improvement (ICSI) Diagnosis and Treatment of Respiratory Illness in Children and Adults. 2007

Cuadro 2. Evaluación de la gravedad de la obstrucción de la vía respiratoria

	GRAVEDAD DE LA OBSTRUCCIÓN DE LA VIA AEREA			
	LEVE	MODERADA	GRAVE	MUY GRAVE (amenaza la vida)
Estado mental	Normal	Ansioso	Agitado, exhausto	Letárgico, somnoliento
Estridor	No hay en reposo	Audible en reposo	intenso	Persiste
Tiro supraesternal ó tiros intercostales	No hay ó leve	presente	Más intenso	Esfuerzo disminuido
Frecuencia cardiaca	Normal	Aumentada	Muy aumentada	
Frecuencia respiratoria	Normal, puede hablar y comer	Limitación para hablar y comer	Aumentada y jadeante	Pobre esfuerzo respiratorio
Saturación O2	>95%	92-95	<92%	
Otros			Palidez e hipotonía	Cianosis

Tomado de Practice Guideline for the Management of Croup in Children, 2007

Cuadro 3. Diagnóstico diferencial de las enfermedades que inicia con estridor en forma aguda

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL	CARACTERISTICAS
Traqueitis bacteriana	Fiebre alta, apariencia tóxica, pobre respuesta a la epinefrina nebulizada
Epiglotitis (raro por la vacuna contra HIB)	Ausencia de tos traqueal, inicio súbito con fiebre alta, disfagia, apariencia tóxica, ansiedad y se sienta flexionado hacia adelante.
Cuerpo extraño (muy raro)	Estridor de inicio agudo por la presencia de cuerpo extraño alojado comúnmente en el esófago superior.
Difteria laringea (muy raro)	Inmunización incompleta, pródromos de faringitis con síntomas progresivos en 2-3 días, fiebre de bajo grado, disfonía, tos traqueal, estridor y disfagia. Se observa la membrana característica al explorar.
Reacción alérgica aguda o edema angioneurótico (raro)	Inició rápido de disfagia y estridor y posiblemente datos de alergia en piel como pudiera ser una urticaria.

Tomado de Bjornson CI, Johnson DW. Croup in the paediatric emergency department. Paediatr Child Health 2007; 12(6):473-477.

Cuadro 4. Signos vitales

PARÁMETRO DE NORMALIDAD EN EDAD PEDIÁTRICA.						
	Neonato	Lactante (<6 m)	Lactante 6m-2 a)	Preescolar	Escolar	Adolescente
Frecuencia cardiaca (Despierto) Latidos/min.	100-180	100-160	80-150	70-110	65-110	60-90
Frecuencia Cardiaca (dormido) Latidos/min.	60-160	80-160	70-120	60-90	60-90	50-90
Frecuencia respiratoria (Respiraciones/min.)	30-80	30-60	24-40	22-34	18-30	12-20
TA sistólica (mmHg) (5-95%)	60-90	67-105	95-105	95-110	97-112	112-120
TA diastólica (mmHg) (5-95%)	20-60	50-66	50-66	50-78	57-80	66-80
Temperatura (° C)	36.5-37.5	36.5-37.5	36.0-37.2	36.0-37.2	36.0-37.2	36.0-37.2

Tomado de Clinical practice guideline for the management of croup in children 2007

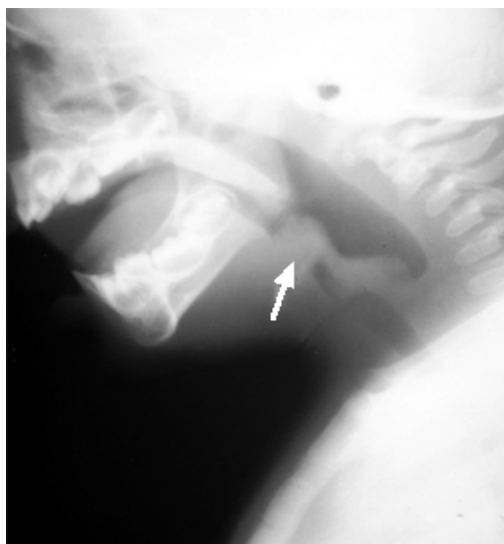


Figura 1. Hallazgos en Epiglotitis: radiografía lateral de cuello la cual muestra una epiglotitis edematosa (flecha) y de los repliegues ariepiglótico. El edema de la epiglotis es a menudo llamada "signo del pulgar"

ALGORITMO

DIAGNOSTICO Y MANEJO DE LA EPIGLOTITIS AGUDA CON BASE EN LA GRAVEDAD

