

LARINGOTRAQUEITIS - CRUP

Es una enfermedad respiratoria aguda, de **inicio súbito**. Se caracteriza por . Su principal agente es el **virus parainfluenza (tipo 1 y 3)** con un tiempo de intubación de 2-7 días

ETIOLOGÍA

Virus parainfluenza 1 y 3, VSR, Virus influenza A y B

- Presente en **niños de 6 meses a 3 años** y más frecuente en otoño – invierno.

ENARM 2022

Tríada: **Disfonía** **Estridor laríngeo** **Tos traqueal**

R Se recomienda realizar el diagnóstico de laringotraqueítis aguda basados en las manifestaciones clínicas de disfonía, estridor laringeo y tos traqueal; aunados a los siguientes antecedentes:

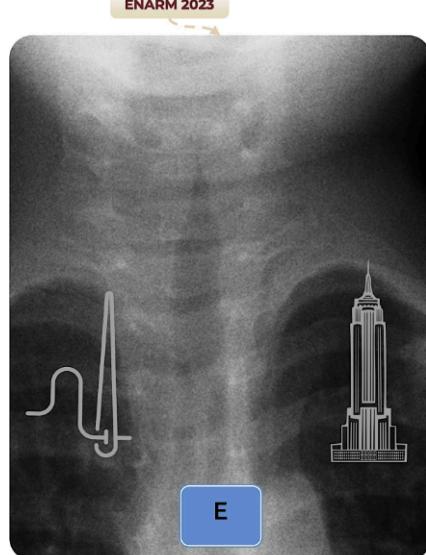
- Inicio súbito
- Fase prodromica de 12 a 48 horas previas con: ronquera, fiebre y tos no

Tos traqueal puede ser referida como tos de perro, tos metalizada o tos de foca.

ENARM 2023

Tratamiento

- Inicial: Control de vía aérea y suplemento de oxígeno si la saturación < 92%.
- La piedra angular en el manejo son los glucocorticoides en enfermedad leve, moderada y grave al inicio del tratamiento.
- Epinefrina racémica nebulizada de elección en grave o que amenaza la vida.



En la radiografía de cuello en la proyección antero posterior, el 50% de los pacientes muestran el signo clásico de **aguja** ó **torre**, este consiste en una disminución de la columna de aire subglótico.

LTA leve, moderada y grave

- *Dexametasona 0.6 mg/kg VO o IM*
- $O_2 < 92\%$

LTA grave

- Epinefrina nebulizada 4 ampulas 1/1 ml 1: 1000 sin diluir
- Epinefrina racémica nebulizada 0.5 ml de solución al 2.25% diluida en 3 ml de sol salina
 - 0.05 a 0.1 ml/kg/dosis
 - Se encuentra solo en medio privado

Los Rx se toman cuando se quiere descartar obstrucción mecánica por cuerpo extraño

R Por lo que se considera a los glucocorticoides la piedra angular en el manejo de la LTA, leve, moderada, grave y que amenaza la vida al inicio del tratamiento.

R Esta indicada la epinefrina nebulizada en niños con LTA grave y que amenaza la vida como tratamiento de primera elección

R Los niños con LTA leve ó moderada sin datos de obstrucción de la vía aérea superior evaluar su egreso de observación

R Si el niño con sospecha de LTA moderada es llevado a un primer nivel de atención y no se cuenta con sala de observación, debe ser referido a un servicio de urgencias.

LARINGITIS AGUDA ESTRIDULOSA / ESPASMÓDICA

Es un espasmos laríngeo recortado generalmente nocturno sin presencia de fiebre, se produce por alergias o trastornos psicológicos

Dura 1-2 noches

Tratamiento:

- Ambiental tranquilo, humidificación y corticoides
- Adrenalina racémica en aerosol

TRAQUEITIS BACTERIANA

Etiología por S. Aureus

Presentan fiebre + estridor mixto y llega a durar de días a semanas

Tratamiento

- Oxígeno
- Intubación si lo requiere
- Cloxacilina IV

EPIGLOTITIS

Es un proceso infeccioso de **rápida progresión** que causa inflamación aguda de la epiglotitis, es considerada una **urgencia médica** por el riesgo de obstrucción que puede **amenazar la vida**. Se presenta en **niños de 2 a 6 años de edad**

Frecuente en niños sin vacuna hexavalente de 5 - 11 años

ETIOLOGÍA

- H. influenzae tipo B
- S. Pyogenes
- S. Pneumonie



F. de riesgo

- Esquema de vacunación incompleto (Hexavalente).
- Inmunosupresión, enfermedad oncológica, defecto motilidad de neutrófilos e hipoparatiroidismo.

E



Clinica

Es de inicio súbito y rápida evolución con dificultad respiratoria, estridor, voz apagada, fiebre y sialorexia.

E

posición en trípode: cabeza hacia adelante, boca abierta, mandíbula protruida, lengua hacia fuera; adopción de sedestación con apoyo de sus manos hacia atrás.

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.

Recordar las **4D**: Drooling, Disnea, Disfagia y Disfonía.

Solicitar radiografía lateral de cuello, con el **signo del pulgar**.

CLÍNICA

- Dificultad respiratoria, estridor y voz apagada 80%
- **4D >>>**Disfonia, Disnea, Disfagia, DSialorrea
- Posición en TRÍPODE
 - Cabeza adelante, manos atrás, boca abierta y lengua afuera



Diagnóstico

- En pacientes graves o con amenaza de vía aérea: **Laringoscopia directa**.
- Pacientes estables de la vía aérea con obstrucción parcial: **Nasofibroscopia**.



Signo del pulgar:
Edema de epiglotis.

QUE NO SE DEBE HACER >>> después de estabilizar ya se puede realizar

- No abatelenguas
- No canalizar
- No separar del familiar
- No hemocultivo ni radiografía ni BH

Se debe referir a segundo nivel



Tratamiento

1. Inicial: **Asegurar vía aérea** (valorar intubación) y admisión a una UCIP.
2. **Elección:** Ceftriaxona o cefotaxima intravenosos por 7 a 10 días.
3. Los contactos del caso deben recibir quimioprofilaxis con rifampicina.

R

En casos de epiglotitis aguda, se recomienda el uso de cefalosporina de segunda o tercera generación durante un periodo de 7 a 10 días.

R

Se recomienda la quimioprofilaxis a los contactos y convivientes, independiente del esquema de vacunación, rifampicina vía oral por 4 días, dosis máxima de 600 MG,

TRATAMIENTO

Intubación

- Inestabilidad hemodinámica
- $pO_2 < 60 \text{ mmHg}$
- $paCO_2 < 50 \text{ mmHg}$

En caso de cierre total de la vía aérea sin lograr entubar se realiza:

- < 2 años **traqueotomía** - debido a que la membrana cricotiroidea aún no se desarrolla
- > 2 años **cricotiroidotomía**

Antibiótico

Ceftriaxona x 7-10 días

- Adolescentes y adultos 75-100 mg /kg /día IV o IM C/12-24 HRS
- Lactantes y escolares 50-75 mg/kg / día IC o IM c/12 hrs sin exceder 2 G/día