

# BMJ Best Practice

## Epiglotite

A informação clínica correta e disponível exatamente onde é necessária



# Tabela de Conteúdos

<b>Resumo</b>	<b>3</b>
<b>Fundamentos</b>	<b>4</b>
Definição	4
Epidemiologia	4
Etiologia	4
Fisiopatologia	4
Classificação	5
<b>Prevenção</b>	<b>6</b>
Prevenção primária	6
Prevenção secundária	6
<b>Diagnóstico</b>	<b>7</b>
Caso clínico	7
Abordagem passo a passo do diagnóstico	7
Fatores de risco	8
Anamnese e exame físico	8
Exames diagnóstico	10
Diagnóstico diferencial	10
<b>Tratamento</b>	<b>12</b>
Abordagem passo a passo do tratamento	12
Visão geral do tratamento	13
Opções de tratamento	14
Novidades	19
<b>Acompanhamento</b>	<b>20</b>
Recomendações	20
Complicações	20
Prognóstico	20
<b>Referências</b>	<b>23</b>
<b>Imagens</b>	<b>25</b>
<b>Aviso legal</b>	<b>27</b>

## Resumo

- ◇ Uma celulite da supraglote que pode causar comprometimento das vias aéreas. Uma emergência das vias aéreas, especialmente em crianças, que requer medidas de precaução.
- ◇ A epiglote é classicamente descrita em crianças de 2 a 6 anos de idade, porém, pode se manifestar em qualquer idade, inclusive em neonatos. Atualmente, ela parece ser mais comum em crianças mais velhas e adultos devido à vacina para *Haemophilus influenzae* do tipo B (Hib).
- ◇ Os sinais mais comuns são início rápido de febre alta, faringite, incapacidade de controlar secreções, posição clássica em tripé, dificuldade para respirar e irritabilidade. Os adultos podem ter uma apresentação mais indolente e talvez não exijam intervenção nas vias aéreas (apenas cerca de 20% dos adultos requerem intubação, enquanto a maioria das crianças precisa de intubação).
- ◇ É crucial a cooperação entre o otorrinolaringologista, pediatra ou médico e anestesista do pronto-socorro.
- ◇ Não se deve tomar nenhuma medida que possa estimular uma criança com suspeita de epiglote, inclusive exame físico da cavidade oral, iniciar punções intravenosas, coletas de sangue ou mesmo afastá-la dos pais. O mesmo cuidado é necessário na epiglote aguda fulminante em adultos.
- ◇ O diagnóstico é feito com base clínica, e a intervenção laboratorial ou outras não devem impedir nem atrasar o controle oportuno das vias aéreas em caso de suspeita de epiglote.
- ◇ Depois de proteger as vias aéreas e iniciar antibióticos, a doença geralmente remite de forma rápida.
- ◇ A vacinação não exclui a possibilidade de epiglote nem mesmo de epiglote por *Haemophilus influenzae*.

## Definição

Epiglotite é uma celulite da supraglote capaz de causar o comprometimento das vias aéreas e deve ser tratada como uma emergência cirúrgica até que as vias aéreas sejam examinadas e protegidas.[1] Os critérios pertinentes de diagnóstico incluem a posição clássica em tripé do paciente, sialorreia, febre alta e aparência toxêmica.

## Epidemiologia

A epiglotite é mais comum entre as idades de 3 e 5 anos, mas pode ocorrer em qualquer idade. Um estudo retrospectivo que analisou a incidência de epiglotite na Suécia de 1975 a 1987 estimou uma incidência média anual de 4.9 por 100,000 pessoas. Houve um declínio significativo na incidência em crianças de 1981 a 1987 comparado ao período anterior do estudo.[6] Um estudo dos EUA estimou a incidência de epiglote aguda de 3.47 por 100,000 em 1980 para 0.63 por 100,000 em 1990.[7] Durante o mesmo intervalo, a proporção de epiglotite entre crianças e adultos diminuiu de 2.6 em 1980 para 0.4 em 1990. Essas alterações epidemiológicas têm sido atribuídas à introdução da vacina contra o *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib).

Outro estudo dos EUA identificou 342 pacientes pediátricos e 40 intervenções nas vias aéreas relacionadas à epiglotite em 2,984,129 altas de pacientes hospitalizados em 2003.[8] Um estudo retrospectivo de 2010 descobriu que a média de idade dos pacientes com epiglotite é de 44.9 anos. Os homens brancos são mais frequentemente afetados.[3]

Uma revisão retrospectiva de 2 instalações de atenção terciária identificou 60 casos de epiglotite adulta e 1 caso pediátrico. Onze desses pacientes exigiram intubação e 2 precisaram de traqueotomia.[9]

## Etiologia

- Infecção da supraglote: classicamente com o *Haemophilus influenzae*, mas também por outros potenciais patógenos, incluindo o *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e MRSA.[10] [11] Foram relatados outros patógenos bacterianos raros, como a *Pasteurella multocida*. [12]

Mais raramente, patogêneses virais como o vírus parainfluenza foram implicadas como agentes etiológicos.[13]

Outra etiologia rara da epiglotite é a infecção fúngica. Foram relatados diversos casos de epiglotite por cândida.[14]

- Traumática: pode ocorrer uma injúria mecânica à epiglote, mais comumente por ingestão cáustica ou lesão térmica, que pode causar edema marcado e inflamação da epiglote.

## Fisiopatologia

As vias inflamatórias causam edema localizado das vias aéreas, aumentando exponencialmente sua resistência e estreitando a abertura supraglótica efetiva. A glote geralmente não fica inflamada nem é afetada já que o processo atinge as estruturas supraglóticas. Pode ocorrer um comprometimento maior com as secreções possivelmente causando a obstrução completa das vias aéreas.

# Classificação

## Katori e Tsukuda, 2005[2]

Propuseram classificar os pacientes com base no seu exame nasofaringoscópico flexível.

- A Classe I é descrita como inchaço leve com a visualização de todas as pregas vocais.
- A Classe II é um inchaço moderado da epiglote com visualização de >50% das pregas vocais posteriores.
- A Classe III descreve inchaço grave com visualização de <50% das pregas vocais posteriores.

Os modificadores do esquema incluem a falta de extensão para as pregas aritenoides e ariepiglóticas (grupo A) ou com presença de extensão (grupo B).

## Prevenção primária

A imunização com a vacina conjugada contra o *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) reduziu a incidência em cerca de 95% nos EUA.<sup>[15]</sup>

## Prevenção secundária

Imunização com a vacina conjugada contra o *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) caso ainda não tenha feito.

## Caso clínico

### Caso clínico #1

Um menino de 4 anos de idade chega ao pronto-socorro com queixas de disfagia, febre, sialorreia e voz abafada. Os sintomas agravaram-se progressivamente ao longo do dia. Sua aparência é toxêmica, e ele se inclina para frente enquanto está sentado no colo da mãe. Ele está sialorreico e fala com a voz abafada de "batata quente". Os pais negam trauma ou evidências de ingestão de corpo estranho. Eles não se lembram de vacinarem o menino contra *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib).

### Outras apresentações

A apresentação de um paciente com epiglotite, especialmente na era pós-vacina Hib, pode variar.[3] A vacinação não é 100% eficaz, por isso é possível que os pacientes se apresentem com apenas alguns dos sintomas típicos. Os adultos podem ter uma apresentação mais indolente que as crianças.[4]

Um estudo na Coreia do Sul documentou uma alta incidência de cistos epiglóticos em pacientes com epiglotite (29%). Nessa série, esses cistos predispueram os pacientes a uma obstrução das vias aéreas mais grave e a um risco mais alto de recorrência.[5]

## Abordagem passo a passo do diagnóstico

A história característica e os achados do exame físico geralmente são suficientes ou patognomônicos para diagnosticar a doença.[18] [19] Durante o diagnóstico, não se deve tomar nenhuma medida que possa estimular uma criança com suspeita de epiglotite. A epiglotite é um diagnóstico clínico, e a intervenção laboratorial ou outras não devem impedir nem atrasar o controle oportuno das vias aéreas em caso de suspeita da doença. As medidas estimulantes incluem exame físico da cavidade oral, iniciar punções intravenosas, coletas de sangue ou mesmo separar a criança dos pais. Essas medidas só devem ser tomadas quando as vias aéreas estão protegidas. O mesmo cuidado é necessário na epiglotite aguda fulminante em adultos. O exame físico com fibra óptica flexível deve ser realizado com grande cuidado, apenas em adultos, para evitar a exacerbação do comprometimento das vias aéreas. Um fator de risco importante é não estar imunizado contra o *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib).

### História

Com frequência, há uma faringite rapidamente progressiva com disfagia, sialorreia, dificuldade para respirar, ingestão oral marcadamente reduzida e dificuldade para controlar secreções.

### Exame físico

As crianças parecem "toxêmicas", com sofrimento agudo, febris, na posição em tripé e podem estar sialorreicas. Elas também pode ter estridor. A posição em tripé é quando a criança coloca o pescoço e a cabeça para frente e apoia as mãos nos joelhos. O deslocamento anterior da mandíbula e do pescoço permitem que a criança respire mais facilmente já que o hioide e a epiglote também se movem para frente, abrindo um espaço efetivo nas vias aéreas para respirar.

## Testes diagnósticos

Na maioria dos casos, o quadro clínico é altamente sugestivo do diagnóstico. Este se confirma pela laringoscopia, que, quando combinada à intubação nasotraqueal, também age como uma medida terapêutica, já que estabelece uma via aérea. O ideal é que ela seja realizada em um ambiente controlado de sala de cirurgia com uma equipe devidamente treinada presente para que se possa obter uma via aérea cirúrgica de emergência quando a intubação endotraqueal não é possível. Uma radiografia lateral do pescoço vai mostrar uma epiglote acentuadamente aumentada, conhecida como "sinal da impressão digital". Deve ser obtida apenas por profissionais de saúde capazes de assegurar as vias aéreas com o equipamento apropriado disponível durante o exame. Geralmente, é seguro realizar em adultos que não estão em estado grave. Após o exame endoscópico e de imagem, um hemograma completo poderá mostrar leucocitose com desvio à esquerda. Quando podem ser realizadas sem perturbar o paciente e/ou as vias aéreas estão protegidas, pode-se obter culturas de sangue e diretamente da epiglote que são cruciais para identificar o agente infeccioso.

[Fig-1]

## Fatores de risco

### Fortes

#### não imunização com a vacina contra o Hib

- A imunização com a vacina conjugada contra o *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) reduziu a incidência em cerca de 95% nos EUA.[15] Também há registros de falhas da vacina, e polimorfismos genéticos foram fortemente associados a esses pacientes.[16]

#### imunocomprometimento

- Pacientes com o sistema imunológico incompetente podem se manifestar de diversas formas e com diferentes intensidades comparados às pessoas com sistema imunológico competente. A imunossupressão pode dispor os pacientes à epiglote necrosante, uma forma rara e mais agressiva da doença.[17]

#### meia-idade

- Uma revisão retrospectiva revelou que a média de idade para um paciente com epiglote é 44.9 anos.[3]

## Anamnese e exame físico

### Principais fatores de diagnóstico

#### presença de fatores de risco (comum)

- Os fatores de risco incluem a não imunização com a vacina contra o Hib, imunocomprometimento ou meia idade.

#### não imunização com a vacina contra o Hib (comum)

- A vacinação não exclui a possibilidade de epiglote nem mesmo da epiglote por *Haemophilus influenzae*. Contudo, desde a introdução da vacina, a incidência reduziu em cerca de 95% nos EUA.[15]



**faringite (comum)**

- Em geral, evolui rapidamente. Em adultos, 88% queixam-se de faringite.[18]

**disfagia (comum)**

- Em adultos, 83% queixam-se de dor na deglutição.[18]

**dificuldade para controlar secreções (comum)**

- A dor na deglutição pode limitar a capacidade de controlar as secreções.

**aparência toxêmica (comum)**

- Especialmente em crianças.

**sofrimento agudo (comum)**

- Especialmente em crianças.

**febre (comum)**

- Especialmente em crianças, mas presente também em cerca de 38% dos pacientes adultos.[18]

**posição em tripé (comum)**

- Uma resposta natural nas crianças que otimiza o fluxo aéreo através de uma entrada laríngea estreita.[19] A posição em tripé é quando a criança coloca o pescoço e a cabeça para frente e apoia as mãos nos joelhos. O deslocamento anterior da mandíbula e do pescoço permitem que a criança respire mais facilmente já que o hioide e a epiglote também se movem para frente, abrindo um espaço efetivo nas vias aéreas para respirar.

**dificuldade para respirar (comum)**

- Presente em crianças e adultos. Em pacientes adultos, 34% apresenta sinais de dificuldade respiratória.[18]

**Outros fatores de diagnóstico****diminuição da ingestão oral (comum)**

- A ingestão oral diminuída pode ser observada em crianças durante a doença.

**voz abafada (comum)**

- Também descrita como voz de "batata quente". Presente em crianças e adultos. Em pacientes adultos, 25% apresenta a voz abafada.[18]

**estridor (comum)**

- Estridor sugere o fechamento iminente das vias aéreas superiores.

**irritabilidade (comum)**

- Irritabilidade é comum em crianças que estão doentes.

**sialorreia (incomum)**

- Comum nas crianças, mas nos adultos apenas 7% apresentam-se com sialorreia.[18]

## Exames diagnóstico

### Primeiros exames a serem solicitados

Exame	Resultado
<b>laringoscopia</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Pode-se realizar uma laringoscopia (rígida ou flexível) direta. Ela é essencial para confirmar o diagnóstico, mas também é terapêutica, já que se pode estabelecer uma via aérea no mesmo ambiente se a laringoscopia direta é iniciada. Ela deve ser realizada em uma sala de cirurgia, pois uma via aérea cirúrgica de emergência pode ser obtida quando a intubação endotraqueal não é possível.</li> </ul>	<b>inchaço das estruturas supraglóticas</b>
<b>radiografia lateral do pescoço</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Classicamente chamada de radiografia lateral do pescoço de alta quilovoltagem.</li> <li>Obtida apenas por profissionais de saúde capazes de assegurar as vias aéreas com o equipamento apropriado disponível durante o exame. A criança não deve ser encaminhada ao departamento de radiologia desacompanhada para fazer esse exame. Além disso, o paciente não deve ser perturbado (especialmente crianças). Geralmente, é seguro realizar esse exame em adultos que não estão em estado grave.</li> </ul> <p>[Fig-1]</p>	<b>epiglote marcadamente aumentada, conhecida como "sinal do polegar"</b>

### Exames a serem considerados

Exame	Resultado
<b>Hemograma completo</b>	<b>possível leucocitose com desvio à esquerda</b>
<b>hemoculturas/supraglote (epiglote)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hemoculturas e culturas da supraglote ou epiglote são essenciais para identificar o organismo infeccioso, mas só devem ser realizadas quando possível e permitidas sem perturbar o paciente e/ou quando as vias aéreas estão protegidas.</li> </ul>	<b>culturas positivas</b>

## Diagnóstico diferencial

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Abscesso peritonsilar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mucosa peritonsilar saliente com deslocamento tonsilar unilateral marcado e desvio uvular concomitante.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A tomografia computadorizada (TC) pode mostrar uma coleção de fluidos hipodensos com realce da borda.</li> </ul>
<b>Amigdalite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eritema da amígdala.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A radiografia lateral do pescoço será normal.</li> </ul>

Doença	Sinais/sintomas de diferenciação	Exames de diferenciação
<b>Aspiração de corpo estranho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode não haver diferença nos sinais e nos sintomas. Geralmente, o profissional de saúde pode conseguir obter uma história de uma possível aspiração de corpo estranho.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Corpo estranho observado nos estudos de imagem. Objetos radiolúcidos podem não ser visualizados. Se houver suspeita de aspiração de um corpo estranho, é fundamental realizar laringoscopia direta e broncoscopia.</li> </ul>
<b>Abscesso retrofaríngeo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não pode ser precisamente diferenciado pela sintomatologia nem pelos achados do exame físico, que são altamente variáveis. Todos os espaços no pescoço são interconectados; por isso uma infecção grave em um plano fascial pode causar infecção em outros planos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Radiografia lateral do pescoço: pode-se observar uma protuberância do espaço retrofaríngeo em uma radiografia lateral do pescoço.</li> <li>A TC demonstrará um abscesso retrofaríngeo.</li> <li>A visualização direta por laringoscopia pode mostrar uma protuberância do espaço retrofaríngeo e a ausência de epiglottite.</li> </ul>
<b>Laringotraqueobronquite</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estridor e tosse ladrante, sialorreia ou posição em tripé.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A radiografia lateral do pescoço revelará o clássico sinal do campanário aparente na subglote.</li> </ul>
<b>Difteria</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Membranas faríngeas com difteria.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Exame físico de visualização direta. Análise microbiológica positiva para <i>Corynebacterium diphtheriae</i>.</li> </ul>

## Abordagem passo a passo do tratamento

Não se deve tomar nenhuma medida que possa estimular uma criança com suspeita de epiglote. É crucial a cooperação entre o otorrinolaringologista, pediatra ou médico e anestesista do pronto-socorro.

### Tratamento inicial

Os procedimentos diagnósticos, exame físico da cavidade oral, iniciar punções intravenosas, coletas de sangue ou mesmo separar a criança dos pais não devem excluir nem atrasar o controle oportuno das vias aéreas em caso de suspeita de epiglote. O mesmo cuidado é necessário na epiglote aguda fulminante em adultos. Se a criança ou o adulto não forem perturbados, o oxigênio suplementar ou heliox poderão ajudar a manter a oxigenação em uma via aérea já comprometida. Pode-se usar adrenalina racêmica como adjuvante em pacientes com as vias aéreas superiores comprometidas. Ela pode servir de ponte para diminuir o edema mucoso das vias aéreas superiores. Geralmente é usada como uma medida temporizadora e não serve para estabelecer uma via aérea definitiva.

Quando o paciente está em estado grave ou há dúvida quanto às vias aéreas, deve-se proteger a via aérea. O ideal é que as vias aéreas fiquem protegidas na sala de cirurgia após a laringoscopia rígida direta. A preferência é pela intubação. Se possível, experimenta-se a intubação nasotraqueal em crianças pequenas sob visualização direta, pois esta permite que a criança mantenha a atividade oromotora enquanto está intubada e é menos dolorosa e traumática. No entanto, isso pode ser difícil em um ambiente de emergência. Se a situação exigir e se tornar urgente, pode ser necessária uma traqueotomia ou cricotireoidotomia, embora muitos indivíduos possam manter a patência de uma via aérea com uma ventilação por máscara adequada. Assim, ganha-se tempo suficiente para conseguir uma via aérea definitiva. Uma traqueotomia só deve ser realizada como uma medida para salvar vidas.

Uma técnica alternativa para proteger as vias aéreas seria intubar com um endoscópio flexível de fibra óptica através das narinas. Essa técnica exige muito cuidado.

Raramente a tentativa de extubação inicial de um paciente falha ou as vias aéreas não estão prontas para a extubação após 72 horas e é preciso garantir a continuação da intubação prolongada até que o paciente atenda aos critérios para extubação.

### A - antibióticos

Administram-se antibióticos empíricos a pacientes intubados e podem-se ministrar antibióticos orais a pacientes extubados.[1] [20] Muitas vezes, as instituições possuem seus próprios esquemas de antibióticos, conforme a resistência local. Um infectologista pode ser consultado para obter uma cobertura antimicrobiana apropriada, já que a antibioticoterapia de combinação é uma consideração possível em um paciente com epiglote. Os esquemas empíricos incluem ampicilina/sulbactam ou oxacilina, nafcilina, uma cefalosporina ou clindamicina ou vancomicina associada à ceftriaxona ou cefotaxima. Classicamente, a epiglote está associada com o *Haemophilus influenzae*, mas outros potenciais patógenos são *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* e MRSA.[10] [11] Outros patógenos bacterianos raros, como a *Pasteurella multocida*, foram relatados.[12]

### Corticosteroides

Embora não sem provas de ensaios controlados, usam-se corticosteroides (dexametasona) para reduzir a inflamação supraglótica.

## Visão geral do tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

Agudo ( resumo )	
<b>apresentação inicial</b>	
1a	<b>vias aéreas asseguradas + oxigênio suplementar</b>
mais	<b>antibióticos intravenosos</b>
adjunto	<b>corticosteroides</b>
adjunto	<b>adrenalina racêmica</b>
adjunto	<b>intubação prolongada</b>
<b>depois de estável e extubado</b>	
1a	<b>antibióticos orais</b>

## Opções de tratamento

Por favor, atente-se que fórmulas, rotas e doses podem se diferenciar de acordo com nomes de medicamentos e marcas, formulários de medicamentos ou localizações. Recomendações de tratamentos são específicas para grupos de pacientes. [Ver aviso legal](#)

### Agudo

#### apresentação inicial

1a

#### **vias aéreas asseguradas + oxigênio suplementar**

» Não se deve tomar nenhuma medida que possa estimular uma criança com suspeita de epiglotite. A epiglotite é um diagnóstico clínico, e a intervenção laboratorial ou outras não devem impedir nem atrasar o controle oportuno das vias aéreas em caso de suspeita da doença. Isso inclui exame físico da cavidade oral, iniciar punções intravenosas, coletas de sangue ou mesmo separar a criança dos pais. O mesmo cuidado é necessário na epiglotite aguda fulminante em adultos.

» A situação mais comum é laringoscopia rígida direta e intubação.

» O exame físico com fibra óptica flexível deve ser realizado com grande cuidado apenas em adultos.

» O tratamento escolhido será determinado pela situação clínica do paciente e pelos recursos das instalações. Os adultos podem ter uma apresentação mais indolente e nem sempre precisam de uma intervenção nas vias aéreas.<sup>[4]</sup>

» Muitas vezes, a ventilação por máscara seguida de intubação é a primeira escolha.

» Oxigênio suplementar e possivelmente heliox podem ser usados como uma medida de temporização. É uma opção viável em um paciente estável sem sinais de comprometimento iminente das vias aéreas.

» Pode-se realizar uma traqueotomia/cricotireoidotomia em uma emergência em pacientes que não podem ser intubados com segurança.

» Raramente a tentativa de extubação inicial de um paciente falha ou as vias aéreas não estão prontas para a extubação após 72 horas e é preciso garantir a continuação da intubação prolongada até que o paciente atenda aos critérios para extubação.

**Agudo****mais antibióticos intravenosos**

Tratamento recomendado para TODOS os pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**

» **cefotaxima**: crianças: 150-200 mg/kg/dia por via intravenosa/intramuscular administrados em doses fracionadas a cada 6-8 horas; adultos: 1-2 g por via intravenosa/intramuscular a cada 6-12 horas; no máximo 12 g/dia

**OU**

» **ceftriaxona**: crianças com infecções leves a moderadas: 50-75 mg/kg/dia por via intravenosa/intramuscular administrados em doses fracionadas a cada 12-24 horas; crianças com infecções graves: 80-100 mg/kg/dia por via intravenosa/intramuscular administrados em doses fracionadas a cada 12-24 horas; adultos: 1-2 g por via intravenosa/intramuscular administrados em doses fracionadas a cada 12-24 horas; no máximo 4 g/dia

**OU**

» **ampicilina/sulbactam**: crianças: 100-200 mg/kg/dia por via intravenosa administrados em doses fracionadas a cada 6 horas; adultos: 1.5 a 3 g por via intravenosa a cada 6 horas; no máximo 12 g/dia  
A dose refere-se ao componente de ampicilina.

**OU**

» **oxacilina**: crianças: 200 mg/kg/dia por via intravenosa administrados em doses fracionadas a cada 6 horas; adultos: 2 g por via intravenosa a cada 6 horas; no máximo 12 g/dia

**OU**

» **naftcilina**: crianças: 100 mg/kg/dia por via intravenosa administrados em doses fracionadas a cada 6 horas; adultos: 2 g por via intravenosa a cada 6 horas; no máximo 12 g/dia

**OU**

## Agudo

» **clindamicina**: crianças: 15-25 mg/kg/dia por via intravenosa administrados em doses fracionadas a cada 6 horas; adultos: 600 mg por via intravenosa a cada 6 horas

**OU**

» **vancomicina**: crianças: 40 mg/kg/dia por via intravenosa administrados em doses fracionadas a cada 6-8 horas; adultos: 2 g/dia por via intravenosa administrados em doses fracionadas a cada 6-12 horas

**--E--**

» **cefotaxima**: crianças: 150-200 mg/kg/dia por via intravenosa/intramuscular administrados em doses fracionadas a cada 6-8 horas; adultos: 1-2 g por via intravenosa/intramuscular a cada 6-12 horas; no máximo 12 g/dia

**-ou-**

» **ceftriaxona**: crianças com infecções leves a moderadas: 50-75 mg/kg/dia por via intravenosa/intramuscular administrados em doses fracionadas a cada 12-24 horas; crianças com infecções graves: 80-100 mg/kg/dia por via intravenosa/intramuscular administrados em doses fracionadas a cada 12-24 horas; adultos: 1-2 g por via intravenosa/intramuscular administrados em doses fracionadas a cada 12-24 horas; no máximo 4 g/dia

» Todos os antibióticos a seguir são defendidos como terapia empírica, e seu uso depende da suscetibilidade das culturas obtidas.[1] [20] Pode-se usar vancomicina ou clindamicina em pacientes alérgicos à penicilina.[1]

» Muitas vezes, as instituições possuem seus próprios esquemas de antibióticos, conforme a resistência local. Um infectologista pode ser consultado para obter uma cobertura antimicrobiana apropriada, já que a antibioticoterapia de combinação é uma consideração possível em um paciente com epiglotite. Até a terapia orientada por cultura ser possível, pode ser recomendada uma cobertura de amplo espectro que inclua a *Haemophilus influenza* e o *Staphylococcus aureus*.

**adjunto corticosteroides**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

**Opções primárias**



## Agudo

» **dexametasona**: crianças: 0.08 a 0.3 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 6-12 horas; adultos: 0.75 a 9 mg/dia por via oral, administrados em doses fracionadas a cada 6-12 horas de acordo com a resposta

» Os corticosteroides são usados para reduzir a inflamação supraglótica e seu uso depende do critério do médico.

### adjunto **adrenalina racêmica**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

#### Opções primárias

» **adrenalina por via inalatória**: consulte um especialista para obter orientação quanto à dose

» Pode-se usar adrenalina racêmica como adjuvante em pacientes com as vias aéreas superiores comprometidas. Ela pode servir de ponte para diminuir o edema mucoso das vias aéreas superiores. Geralmente é usada como uma medida temporizadora e não serve para estabelecer uma via aérea definitiva.

### adjunto **intubação prolongada**

Tratamento recomendado para ALGUNS dos pacientes do grupo de pacientes selecionado

» Raramente a tentativa de extubação inicial de um paciente falha ou as vias aéreas não estão prontas para a extubação após 72 horas e é preciso garantir a continuação da intubação prolongada até que o paciente atenda aos critérios para extubação.

## depois de estável e extubado

### 1a **antibióticos orais**

#### Opções primárias

» **amoxicilina/ácido clavulânico**: crianças: 25-45 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a cada 12 horas; adultos: 500-875 mg por via oral a cada 12 horas  
Adequados para culturas Gram-positivas. A dose se refere ao componente amoxicilina.

#### OU

» **cefaclor**: crianças: 20-40 mg/kg/dia por via oral administrados em doses fracionadas a

**Agudo**

cada 8-12 horas; adultos: 250-500 mg por via oral a cada 8 horas  
Adequados para culturas Gram-negativas.

» Quando o paciente não está intubado e tolera a terapia oral, pode-se administrar antibióticos adicionais para tratamento domiciliar.

## Novidades

### Novos videolaringoscópios

O uso da videolaringoscopia foi descrito para proteger as vias aéreas em um paciente adulto com epiglottite.[21]

## Recomendações

### Monitoramento

Não é necessário o monitoramento em longo prazo após a resolução do episódio agudo. O acompanhamento deve ser feito com um otorrinolaringologista após a alta do hospital para garantir que não haja nenhuma sequela da intubação. Se necessário, pode-se acrescentar o acompanhamento dos infectologistas que estão tratando o paciente. É recomendável obter-se a imunização, se não foi feita anteriormente. Se houver imunização anterior, pode-se avaliar os títulos de *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib), pois há relatos de falha da vacina.<sup>[10]</sup>

### Instruções ao paciente

O paciente deverá ser imunizado com a vacina conjugada contra o *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib) caso ainda não o tenha feito.

## Complicações

Complicações	Período de execução	Probabilidade
<b>mediastinite</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Uma possível complicação de uma infecção cervical que envolve o espaço retrofaríngeo. A epiglote que se estende para esse espaço pode se disseminar para o mediastino e causar mediastinite. Essa infecção geralmente caracteriza-se por taquicardia e dor torácica. Essas infecções são graves e classicamente associadas a uma taxa de mortalidade de 50%.		
<b>infecção cervical</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
Pode ocorrer se a infecção se estender para além da epiglote para os espaços profundos do pescoço. Pode ser uma celulite ou progredir para um abscesso organizado. As imagens (ou seja, tomografia computadorizada [TC] ou ressonância nuclear magnética [RNM]) podem delinear melhor os limites bem como a gravidade da infecção.		
<b>pneumonia</b>	<b>variável</b>	<b>baixa</b>
É uma possível complicação com qualquer paciente que requer intubação e ventilação mecânica. Também é possível que a disseminação distal da infecção das vias aéreas superiores contamine as vias aéreas inferiores com bactérias.		

## Prognóstico

A epiglote é uma doença aguda e, embora seja muito grave (especialmente em crianças), quando o paciente é tratado corretamente, o prognóstico é excelente para uma rápida e completa recuperação. Exceto

em indivíduos não vacinados ou com imunocomprometimento, teoricamente não há risco elevado de futuros episódios da doença.

## **Infecção não tratada**

Há várias sequelas do não tratamento de um processo infeccioso que causa obstrução das vias aéreas, como, por exemplo, morte, mediastinite, infecção nos espaços do pescoço, fasciite necrosante, pneumonia, aspiração e asfixia.



## Artigos principais

- Shah RK, Roberson DW, Jones DT. Epiglottitis in the Hemophilus influenza type B vaccine era: changing trends. Laryngoscope. 2004;114:557-560.
- Wong EY, Berkowitz RG. Acute epiglottitis in adults: the Royal Melbourne Hospital experience. ANZ J Surg. 2001;71:740-743.

## Referências

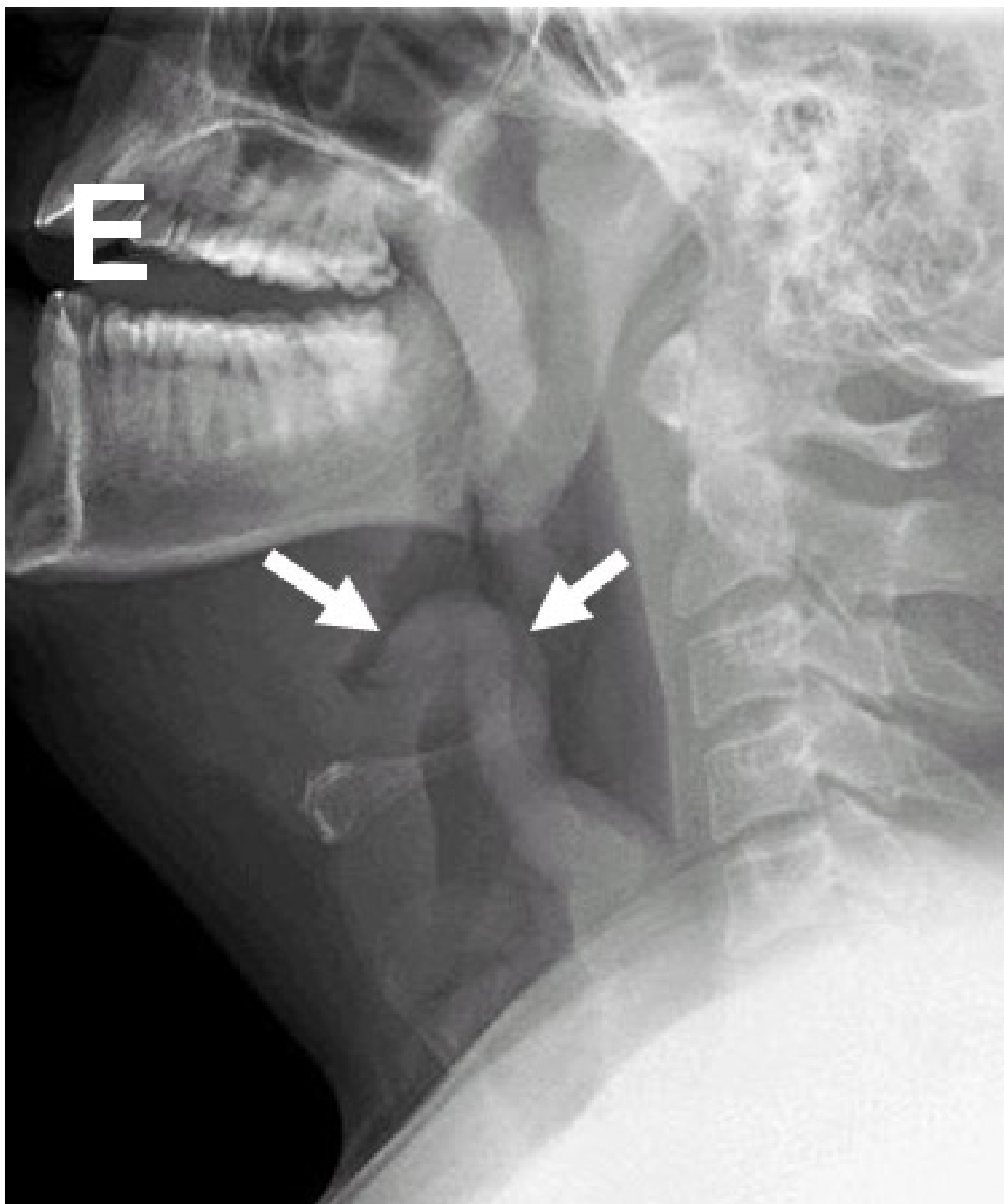
1. Duncan NO. Infections of the airway. In: Cummings CW. Otolaryngology: head and neck surgery, 4th ed. Philadelphia, PA: Mosby; 2005.
2. Katori H, Tsukuda M. Acute epiglottitis: analysis of factors associated with airway intervention. J Laryngol Otol. 2005;119:967-972.
3. Shah RK, Roberson DW, Jones DT. Epiglottitis in the Hemophilus influenza type B vaccine era: changing trends. Laryngoscope. 2004;114:557-560.
4. Wong EY, Berkowitz RG. Acute epiglottitis in adults: the Royal Melbourne Hospital experience. ANZ J Surg. 2001;71:740-743.
5. Yoon TM, Choi JO, Lim SC, et al. The incidence of epiglottic cysts in a cohort of adults with acute epiglottitis. Clin Otolaryngol. 2010;35:18-24.
6. Carenfelt C, Sobin A. Acute infectious epiglottitis in children and adults: annual incidence and mortality. Clin Otolaryngol. 1998;14:489-493.
7. Frantz TD, Rasgon BM. Acute epiglottitis: changing epidemiologic patterns. Otolaryngol Head Neck Surg. 1993;109:457-460.
8. Acevedo JL, Lander L, Choi S, et al. Airway management in pediatric epiglottitis: a national perspective. Otolaryngol Head Neck Surg. 2009;140:548-551.
9. Guardiani E, Bliss M, Harley E. Supraglottitis in the era following widespread immunization against Haemophilus influenzae type B: evolving principles in diagnosis and management. Laryngoscope. 2010;120:2183-2188.
10. Freeman L, Wolford R. Acute epiglottitis caused by methicillin-resistant Staphylococcus aureus in adults. Clin Infect Dis. 1998;26:1240-1241.
11. Isakson M, Hugosson S. Acute epiglottitis: epidemiology and Streptococcus pneumoniae serotype distribution in adults. J Laryngol Otol. 2011;125:390-393.
12. Harris PJ, Osswald MB. Pasteurella multocida epiglottitis: a review and report of a new case with associated chronic lymphocytic leukemia. Ear Nose Throat J. 2010;89:E4.

13. Vigil KJ, Mulanovich VE, Chemaly RF, et al. Severe parainfluenza virus type 2 supraglottitis in an immunocompetent adult host: an unusual cause of a paramyxoviridae viral infection. *J Intern Med*. 2009;265:397-400.
14. Lo WC, Lee SY, Hsu WC. Isolating Candida epiglottitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2010;142:630-631.
15. Haemophilus influenzae invasive disease among children aged less than 5 years--California, 1990-1996. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1998;47:737-740. [Texto completo](#)
16. Ladhani SN, Davila S, Hibberd ML, et al. Association between single-nucleotide polymorphisms in Mal/TIRAP and interleukin-10 genes and susceptibility to invasive haemophilus influenzae serotype b infection in immunized children. *Clin Infect Dis*. 2010;51:761-767.
17. Kong MS, Engel SH, Zalzal GH, et al. Necrotizing epiglottitis and hemophagocytic lymphohistiocytosis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2009;73:119-125.
18. Berger G, Landau T, Berger S, et al. The rising incidence of adult acute epiglottitis and epiglottic abscess. *Am J Otolaryngol*. 2003;24:374-383.
19. Cressman WR, Myer CM 3rd. Diagnosis and management of croup and epiglottitis. *Pediatr Clin North Am*. 1994;41:265-276.
20. McEwan J, Giridharan W, Clarke RW. Paediatric acute epiglottitis: not a disappearing entity. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2003;67:317-321.
21. Vermelis AM, Mateijssen N, Giebelen D, et al. Successful use of videolaryngoscopy in an adult patient with acute epiglottitis: a case report. *Acta Anaesthesiol Belg*. 2010;61:67-70.





## Imagens



*Figura 1: Filme lateral do pescoço mostrando o sinal do polegar (setas)*

*Do acervo do Dr. Petri*

## Aviso legal

Este conteúdo destinase a médicos que não estão nos Estados Unidos e no Canadá. O BMJ Publishing Group Ltd. ("BMJ Group") procura certificarse de que as informações fornecidas sejam precisas e estejam atualizadas; no entanto, não fornece garantias nesse sentido, tampouco seus licenciantes, que fornecem determinadas informações vinculadas ao seu conteúdo ou acessíveis de outra forma. O BMJ Group não defende nem endossa o uso de qualquer tratamento ou medicamento aqui mencionado, nem realiza o diagnóstico de pacientes. Os médicos devem utilizar seu próprio julgamento profissional ao utilizar as informações aqui contidas, não devendo considerá-las substitutas, ao abordar seus pacientes.

As informações aqui contidas não contemplam todos os métodos de diagnóstico, tratamento, acompanhamento e medicação, nem possíveis contraindicações ou efeitos colaterais. Além disso, com o surgimento de novos dados, tais padrões e práticas da medicina sofrem alterações; portanto, é necessário consultar diferentes fontes. É altamente recomendável que os usuários confirmem, por conta própria, o diagnóstico, os tratamentos e o acompanhamento especificado e verifiquem se são adequados para o paciente na respectiva região. Além disso, é necessário examinar a bula que acompanha cada medicamento prescrito, a fim de verificar as condições de uso e identificar alterações na posologia ou contraindicações, em especial se o agente a ser administrado for novo, raramente utilizado ou tiver alcance terapêutico limitado. Devese verificar se, na sua região, os medicamentos mencionados são licenciados para o uso especificado e nas doses determinadas. Essas informações são fornecidas "no estado em que se encontram" e, na forma da lei, o BMJ Group e seus licenciantes não assumem qualquer responsabilidade por nenhum aspecto da assistência médica administrada com o auxílio dessas informações, tampouco por qualquer outro uso destas. Estas informações foram traduzidas e adaptadas com base no conteúdo original produzido pelo BMJ no idioma inglês. O conteúdo traduzido é fornecido tal como se encontra na versão original em inglês. A precisão ou confiabilidade da tradução não é garantida nem está implícita. O BMJ não se responsabiliza por erros e omissões provenientes da tradução e da adaptação, ou de qualquer outra forma, e na máxima extensão permitida por lei, o BMJ não deve incorrer em nenhuma responsabilidade, incluindo, mas sem limitação, a responsabilidade por danos provenientes do conteúdo traduzido.

**NOTA DE INTERPRETAÇÃO:** Os numerais no conteúdo traduzido são exibidos de acordo com a configuração padrão para separadores numéricos no idioma inglês original: por exemplo, os números de 4 dígitos não incluem vírgula nem ponto decimal; números de 5 ou mais dígitos incluem vírgulas; e números menores que a unidade são representados com pontos decimais. Consulte a tabela explicativa na Tab 1. O BMJ não aceita ser responsabilizado pela interpretação incorreta de números em conformidade com esse padrão especificado para separadores numéricos. Esta abordagem está em conformidade com a orientação do Serviço Internacional de Pesos e Medidas (International Bureau of Weights and Measures) (resolução de 2003)

<http://www1.bipm.org/jsp/en/ViewCGPMResolution.jsp>

Estilo do BMJ Best Practice	
	10,00
Numerais de 5 dígitos	
	1000
Numerais de 4 dígitos	
	0.25
Numerais < 1	

**Tabela 1 Estilo do BMJ Best Practice no que diz respeito a numerais**

Esta versão em PDF da monografia do BMJ Best Practice baseia-se na versão disponível no sítio web actualizada pela última vez em: Dec 28, 2017.

As monografias do BMJ Best Practice são actualizadas regularmente e a versão mais recente disponível de cada monografia pode consultar-se em [bestpractice.bmj.com](http://bestpractice.bmj.com). A utilização deste conteúdo está sujeita à nossa declaração de exoneração de responsabilidade. © BMJ Publishing Group Ltd 2019. Todos os direitos reservados.

O BMJ pode atualizar o conteúdo traduzido de tempos em tempos de maneira a refletir as atualizações feitas nas versões originais no idioma inglês em que o conteúdo traduzido se baseia. É natural que a versão em português apresente eventuais atrasos em relação à versão em inglês enquanto o conteúdo traduzido não for atualizado. A duração desses atrasos pode variar.

Veja os [termos e condições do website](#).

Contacte-nos

+ 44 (0) 207 111 1105

[support@bmj.com](mailto:support@bmj.com)

BMJ

BMA House

Tavistock Square

London

WC1H 9JR

UK

# BMJ Best Practice

## Colaboradores:

---

### // Autores:

---

**Rahul K. Shah, MD, FAAP**

VP, Chief Quality and Safety Officer  
Children's National Health System, Washington, DC  
DIVULGAÇÕES: RKS declares that he has no competing interests.

---

**Jason L. Acevedo, MD**

Otolaryngologist  
South Abilene Ear, Nose & Throat, Abilene, TX  
DIVULGAÇÕES: JLA declares that he has no competing interests.

### // Colegas revisores:

---

**Scott Brietzke, MD**

Walter Reed Army Medical Center  
Department of Surgery--Otolaryngology Service, Washington, DC  
DIVULGAÇÕES: SB declares that he has no competing interests.

---

**Sanjay Parikh, MD**

Associate Professor  
Department of Otorhinolaryngology--Head and Neck Surgery, Albert Einstein College of Medicine, Bronx, NY  
DIVULGAÇÕES: SP declares that he has no competing interests.

---

**Kimsey Rodriguez, MD**

Ochsner Health System  
Department of Otolaryngology, New Orleans, LA  
DIVULGAÇÕES: KR declares that he has no competing interests.

---

**David Parry, MD**

Catalina ENT  
Tucson, AZ  
DIVULGAÇÕES: DP declares that he has no competing interests.