

DIFICULTAT RESPIRATORIA ALTA. CRUP I EPIGLOTITIS

Eric Sitjas Molina, Xavier Jiménez Fàbrega, Quim Ríos Sambernardo

CRUP

CLAUS DIAGNÒSTIQUES

El terme de CRUP engloba una sèrie de processos heterogenis (Laringotraqueïtis aguda, Laringitis estridulosa, Traqueïtis bacteriana) de presentació aguda o subaguda que es caracteritzen clínicament per la triada de: estridor inspiratori, tos "perruna", i afonia. El diagnòstic és clínic. Les proves complementàries poques vegades són necessàries.

Laringotraqueïtis aguda (LTA): Engloba tres patologies de límits imprecisos. Etiologia casi exclusivament vírica.

- **Laringitis catarral o laringitis aguda inespecífica:** Quadres lleus que no compleixen la triada clínica del crup.
- **Laringitis aguda infecciosa o laringitis estenossant aguda o croup víric:** més freqüent. Quadre d'instauració progressiva.
- **Laringotraqueïtis aguda:** forma més greu del quadre anterior, afectant l' arbre respiratori inferior.

Laringitis estridulosa: Crup espasmòdic, laringitis espasmòdica o fals crup: instauració ràpida amb símptomes mínims o absents d'infecció de vies respiratòries superiors, generalment sense febre i amb tendència a presentar-se per la nit. Evolució favorable en poc temps. És més freqüent a l'hivern i al sexe masculí entre 2 i 6 anys.

Traqueïtis bacteriana: Edemes i secrecions abundants. Poc freqüent però ocasionalment molt greu. El diagnòstic es basa en un quadre de crup amb afectació de l'estat general i sense els signes típics d'epiglottitis.

EPIGLOTITIS

CLAUS DIAGNÒSTIQUES

Es tracta d'una infecció localitzada al cartílag epiglòtic, ràpidament progressiva. El pronòstic és greu i temps dependent. Diagnòstic: Història prèvia de quadre catarral, amb empitjorament agut, amb febre alta, mal estat general, disnea inspiratòria amb retracció i aleteig, **NO AFONIA NI TOS LARÍNGEA**. Existeix disfàgia, odinofàgia i dificultat per empassar que produeix babeig i la boca oberta de forma constant. És típica la postura en trípede: cap hiperextès, boca oberta i protusió de la llengua.

Taula 1. Diagnòstic diferencial entre epiglòtitis i laringotraqueïtis aguda.

	Epiglòtitis	LTA
edat	3m a 8 anys	3m-3a
sexe	v>m	v>m
estació	qualsevol	mes freqüent a la tardor
etiologia	H influenzae tipus b	viral
temps prehospitalització	mitja de 8 hores	1-2 dies
catarro previ	no freqüent	freqüent
disfàgia	freqüent	rar
babeig	freqüent	rar
afonia	variable	freqüent
tos laríngia	variable	freqüent
estrídor	rar	freqüent
distres respiratori inicial	variable	freqüent
temperatura	elevada	menys elevada
aspecte	tòxic	no tòxic
postura	assegut, trípede	qualsevol
cianosi	rara inicialment	rara
retraccions	variable	freqüent
faringe inflamada	freqüent	freqüent
epiglòtis vermella	sempre	a vegades
epiglòtis tumefacta	sempre	mai

VALORACIÓ CLÍNICA
Taula 2. Escala de Taussing: <5: lleuger; 5-6: lleuger moderat; 7-8: moderat; >8: greu.

	0	1	2	3
estrídor	no	lleu.	moderat en repòs	greu en inspiració i espiració o cap amb disminució intensa de l'entrada d'aire.
retracció	no	lleu.	moderada	greu, utilització de musculatura accessòria
entrada aire	normal	dismin. lleu.	dismin. moderada.	disminució greu
color	normal (0 punts)	normal (0 punts)	normal (0 punts)	cianòtic
nivell de consciència	normal	intranquil si es importunat	intranquil sense ser important.	letàrgic, deprimat.

GUIA D'ACTUACIÓ

1. Valoració inicial:

- a. Història clínica: Antecedents de quadres respiratoris similars, ingressos a unitats de cures intensives, intubació traqueal prèvia; estenosi subglòtica coneguda, traqueomalàcia, micrognàtia, macroglosia.; quadre catarral previ; hora d'inici de la simptomatologia; tractaments actuals.
- b. Exploració física i Escala de Taussig.

2. Presa de constants vitals: FC, FR, TA, Sat d'O₂, T^a.

3. Monitoratge si Taussig > 7.

4. Venòclisi si Taussig > 7.

5. Tractament:

CRUP

Crup lleu (Taussig < 4-5)

Nebulitzar sèrum fisiològic i si milloria clínica valoració pel seu pediatra.

Crup lleu-moderat (T 5-6)

Corticoides inhalats, aerosol de sèrum fisiològic i valorar:

- Nens grans assistits a la nit amb resposta favorable amb accessibilitat a centre hospitalari i família col·laboradora: valoració pel seu pediatra.
- Lactants i nens amb factors de risc (IT anterior, estenosi subglòtica, traqueomalàcia, micrognàtia, macroglosia) assistits de dia i que viuen lluny o tenen poc accés a sistema d'emergències: derivació hospitalària.

Crup moderat (T 7-8)

Mesures anteriors més corticoides sistèmics i derivació hospitalària.

Podem utilitzar adrenalina si empitjorament clínic.

Crup greu (T >8)

Mesures anteriors i afegir adrenalina. Si poca resposta, fatigats o cianòtics: Suport ventilatori.

EPIGLOTITIS:

Evitar la manipulació de la cavitat oral i la faringe.

- Oxigenoteràpia per obtenir una saturació d'O₂ ≥ 95%.
- Ceftriaxona: 50 mg/kg iv o im en infusió de 30 minuts.
- Valorar intubació traqueal.

Aspectes importants del tractament:

- 1. Humitat.** És la mesura terapèutica més important, ha de fer-se en tots els casos. 10 ml de SF nebulitzats. L'aire fresc de la nit també pot ser beneficiós.
- 2. Adrenalina.** Redueix la inflamació de la via aèria, millorant el pas de l'aire. Pot tenir efecte rebot, per tant si la utilitzem caldrà trasllat hospitalari. S'aplica mitjançant nebulitzador: 0,5 ml/Kg/dosis (màxim 5 ml) diluïda en SF fins completar 10 ml+ O₂ a 5-10 L/min. La dosi pot repetir-se inclús cada 30-60 minuts. (L-adrenalina 1/1000).
- 3. Corticoids inhalats.** Tractament recent però eficàcia provada. Budesonida (solució per a nebulitzador) 2 mg en nebulització directe sense diluir i amb O₂ a 6 L/min.
- 4. Corticoids sistèmics.** S'ha de plantejar el seu ús en pacients que vagin a ser ingressats, en crup greu o en derivacions a centres hospitalaris.
- 5. Preavis hospitalari.** Si Escala de Taussing > 8 o Epiglottitis.
Comunicar: Escala de Taussing, Intubació traqueal (SI/NO)

Bibliografia

1. Ruiz Domínguez J. A., & col. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría. Hospital Infantil "LA PAZ". Madrid.* 4^a edición 2003.
2. Wright RB, Pomerantz WJ, Luria JW. *New approaches to respiratory infections in children. Bronchiolitis and croup. Emerg Med Clin North Am.* Feb 2002; 20 (1): 93 - 114.