



EPIGLOTTITIS EN EDADES PEDIÁTRICAS: COMPRENSIÓN ACTUAL Y ESTRATEGIAS DE MANEJO

Epiglottitis in pediatric ages: current understanding and management strategies

	María Cristina Falconi Valencia ⁽¹⁾	mcristina.falconi@esPOCH.edu.ec
	Stefania Carolina Falconi Valencia ⁽²⁾	stefania.falconi@unach.edu.ec

⁽¹⁾ Carrera de Medicina, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Panamericana Sur km 1 ½, EC060155, Riobamba-Ecuador.

⁽²⁾ Carrera de Medicina, Universidad Nacional de Chimborazo, Av. Antonio José de Sucre Km 1 1/2 vía a Guano, EC060108, Riobamba-Ecuador.

Correspondencia: Estudiante: María Cristina Falconi Valencia, Escuela de Medicina, Facultad de Salud Pública, Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Panamericana Sur km 1 ½, EC060155, Riobamba-Ecuador, correo electrónico: mcristina.falconi@esPOCH.edu.ec

RESUMEN

Introducción: La epiglotitis es una inflamación aguda de la epiglotis que aumenta el riesgo de obstrucción de las vías respiratorias, siendo potencialmente una emergencia médica. La infección por *Haemophilus influenzae* tipo B es la causa principal, aunque su incidencia y mortalidad han disminuido gracias a la vacunación. **Objetivo:** Abordar de manera integral la epiglotitis aguda en pacientes pediátricos, analizando en detalle su diagnóstico clínico, de laboratorio y de imagen, junto con un enfoque en el diagnóstico diferencial. Además, se explorarán estrategias de tratamiento y prevención para una comprensión completa y actualizada. **Método:** Se llevó a cabo una revisión narrativa de la literatura, incluyendo artículos, libros y tesis publicados en los últimos seis años, y que abordaran los temas de interés. Se excluyeron documentos en idiomas distintos al inglés y español. **Resultados:** De los 65 documentos hallados, se seleccionaron 30 que cumplieran con los criterios de selección. **Discusión:** El diagnóstico de la epiglotitis se basa principalmente en evaluación clínica, presentando manifestaciones variables según la etiología, tales como fiebre alta, mal estado general, tos no perruna mínima y estridor inspiratorio. Un diagnóstico preciso requiere la visualización directa de la epiglotis, que debe presentar características como tamaño aumentado, inflamación, rigidez y coloración rojo cereza. El tratamiento puede variar según la causa subyacente, siendo la vacunación la principal medida preventiva. **Conclusiones:** La comprensión de signos y síntomas, el uso adecuado de pruebas complementarias y la prevención son elementos cruciales para el tratamiento oportuno de la epiglotitis en pediatría.

Palabras clave: epiglotitis, *Haemophilus influenzae*, obstrucción de las vías aéreas, enfermedades respiratorias.

ABSTRACT

Introduction: Epiglottitis is an acute inflammation of the epiglottis that raises the risk of airway obstruction, potentially becoming a medical emergency. Infection with *Haemophilus influenzae* type B is the primary cause, although its incidence and mortality have decreased due to vaccination. **Objective:** To comprehensively address acute epiglottitis in pediatric patients, analyzing its clinical, laboratory, and imaging diagnosis in detail, along with a focus on differential diagnosis. Additionally, treatment and prevention strategies will be explored for a comprehensive and up-to-date understanding. **Method:** A narrative literature review was conducted, encompassing articles, books, and theses published in the last six years, addressing the topics of interest. Documents in languages other than English and Spanish were excluded. **Results:** Out of the 65 documents located, 30 met the selection criteria. **Discussion:** The diagnosis of epiglottitis relies mainly on clinical evaluation, presenting variable manifestations depending on etiology, such as high fever, poor general condition, minimal

barking cough, and inspiratory stridor. Accurate diagnosis necessitates direct visualization of the epiglottis, which should exhibit features such as increased size, inflammation, rigidity, and cherry-red coloration. Treatment can vary according to the underlying cause, with vaccination being the primary preventive measure. **Conclusions:** Understanding signs, symptoms, proper utilization of complementary tests, and prevention are pivotal elements for the timely treatment of epiglottitis in pediatrics.

Keywords: epiglottitis, *Haemophilus influenzae*, airway obstruction, respiratory diseases.

»» 1. Introducción

La epiglottitis, o supraglotitis, es la inflamación súbita de la epiglotis, una estructura de cartílago cerca de la base de la lengua que protege la tráquea durante la deglución. Esta inflamación puede bloquear las vías respiratorias, causando una emergencia médica. A menudo, se acompaña de inflamación en tejidos circundantes, como los pliegues ariepiglóticos, la superficie posterior de la lengua y otros tejidos blandos (1). Las causas de la epiglottitis varían, siendo la más común la infección por *Haemophilus influenzae* tipo B (Hib). Otras bacterias, como el *Streptococo beta hemolítico del grupo A*, *Estafilococos* y *Enterobacter cloacae* (en pacientes inmunodeprimidos) (2), y otras más pueden también inducir la afección (1, 3 – 6). Además, virus como el herpes simple o la varicela zoster (7), y en casos raros, hongos como *Candida albicans*, pueden desencadenarla, especialmente en personas inmunosuprimidas (8). Además de las causas infecciosas, la epiglottitis puede resultar de traumatismos, ingestión de cuerpos extraños, quemaduras, enfermedades linfoproliferativas, enfermedades granulomatosas crónicas y otras causas no infecciosas. Es esencial reconocer los síntomas y buscar atención médica inmediata en casos de sospecha de epiglottitis debido a su potencial gravedad (9, 10).

Los datos epidemiológicos se enfocan principalmente a la epiglottitis causada por Hib, ya que es la más común. La incidencia global de esta ha disminuido drásticamente desde la introducción de la vacuna contra Hib desde la década de 1980 (9). Sin embargo, la incidencia exacta es difícil de determinar debido a la falta de informes sistemáticos y la variabilidad en la presentación clínica y los criterios de diagnóstico. En general, la epiglottitis es poco común, con una tasa anual estimada de 1 a 4 casos por 100 000 niños menores de 18 años, en comparación con los aproximadamente 10 casos por 100 000 antes de la vacuna contra Hib. Actualmente, la epiglottitis afecta principalmente a adultos no

vacunados o niños incompletamente vacunados (11, 12). La mortalidad también ha disminuido significativamente, con una tasa de mortalidad estimada del 6 al 12% en casos no tratados antes de la vacuna (13). Esta afección no tiene una época específica de aparición, pero es más común en invierno y primavera en climas templados, posiblemente relacionado con infecciones respiratorias estacionales. Afecta a personas de todas las edades, siendo más frecuente en niños y adultos jóvenes menores de 25 años, especialmente en aquellos no vacunados contra el Hib. A nivel mundial, la discapacidad causada por la epiglottitis es difícil de cuantificar, ya que la mayoría de los casos se tratan a tiempo sin secuelas graves. Sin embargo, en casos graves o no tratados, pueden surgir complicaciones respiratorias y neurológicas, resultando en discapacidades temporales o permanentes (14). La enfermedad no está limitada a una región geográfica específica, pero puede ser más común en áreas donde la vacunación no es ampliamente accesible (15, 16). Los factores de riesgo se pueden dividir en no modificables y modificables. Dentro del primer grupo se incluyen la edad (es más común en niños de 2 a 6 años), el sexo masculino y la etnia (más común en afroamericanos y nativos americanos). Y dentro del segundo grupo se puede mencionar: no estar vacunado, hacinamiento, asistir a guarderías, asplenia, enfermedades que debiliten el sistema inmune como el VIH, cáncer, anemia drepanocítica (1, 16). Otros factores de riesgo para que se de epiglottitis son: uso de dispositivos médicos como tubos endotraqueales, alergias, procedimientos médicos previos, uso de drogas (1, 17).

Para poder diferenciar esta patología de muchas otras, es necesario tener conocimientos suficientes sobre los medios diagnósticos, sobre todo los clínicos. Estos dan datos clave y fundamentales para actuar de manera rápida usando herramientas complementarias,

como radiografías de cuello, exámenes de laboratorio, en caso de ser necesario. También es indispensable conocer que se requiere la observación de esta zona para confirmar el diagnóstico (1, 5, 7, 8). El no saber identificar y tratar a tiempo la epiglotitis puede tener repercusiones fatales que conducen a la muerte del paciente pediátrico, esta problemática motivó la presente revisión, teniendo como objetivo abordar de manera integral la epiglotitis aguda en pacientes pediátricos, analizando en detalle su diagnóstico clínico, de laboratorio y de imagen, junto con un enfoque en el diagnóstico diferencial. Además, se explorarán estrategias de tratamiento y prevención para una comprensión completa y actualizada. Asimismo, se planteó la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el panorama actual de la epiglotitis en pacientes pediátricos y cuáles son las mejores estrategias de manejo clínico para garantizar un diagnóstico temprano y un tratamiento eficaz?

» 2. Metodología

2.1. Diseño

La presente investigación se realizó a través de una revisión bibliográfica de tipo narrativa teniendo en cuenta la situación actual de la problemática abordada.

2.1. Estrategias de búsqueda

Para recopilar la información se utilizaron las siguientes bases de datos: Google Scholar, SciELO, Elsevier, UpToDate, PubMed. También se incluyeron documentos de instituciones de renombre como: la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ministerio de Salud Pública del Ecuador (MSP), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), Asociación Médica Americana, Mayo clinic, National Institutes of Health (NIH), Stanford Medicine Children's Health, Biblioteca Nacional de Medicina de Estados Unidos, Clínica Universidad de Navarra, entre otros. Además, se tomó en cuenta el libro de Wilmott y sus colaboradores, llamado "Enfermedades respiratorias en niños", el libro de Maxine y sus colaboradores llamado "Diagnóstico clínico y tratamiento", el libro de Rodríguez y sus colaboradores llamado "Actualización en Cuidados Intensivos Pediátricos", y el libro de Papadakis y sus colaboradores llamado "Diagnóstico clínico

y tratamiento". Como estrategias de búsqueda se seleccionaron las siguientes palabras claves: *epiglotitis*, *Haemophilus influenzae*, obstrucción de las vías aéreas, enfermedades respiratorias. Se utilizó el conector "AND" para conjugar epiglotitis con pacientes pediátricos y epiglotitis con aguda; y el conector "NOT" para evitar documentos que hablaran sobre epiglotitis en adultos.

2.3. Criterios de inclusión y exclusión

En cuanto a los criterios de selección, se incluyeron solo aquellos documentos que tenían máximo seis años desde su publicación; es decir, documentos que fueron publicados desde el año 2018 hasta el año 2023; con excepción de la Guía de Referencia Rápida de México sobre la Epiglotitis, el informe de la OMS y el informe del MSP. Asimismo, se incluyeron aquellos en los que sus contenidos estuviesen relacionados con concepto, diagnóstico, tratamiento y prevención. Por otro lado, se excluyó información que solo estaba disponible en otros idiomas que no fueran español o inglés.

2.3. Extracción de datos

Se extrajeron datos de artículos y libros sobre epiglotitis pediátrica. Criterios específicos guiaron la selección. Dos investigadores independientes usaron plantillas para registrar variables como síntomas, diagnóstico y tratamiento. Los datos se validaron mediante consenso y se utilizaron para identificar patrones clínicos y tendencias en el estudio.

2.5. Análisis de datos

El análisis se realizó al comparar los resultados con los hallazgos de otros estudios e investigaciones identificados en los artículos revisados.

» 3. Resultados

Para la presente revisión bibliográfica se encontraron 65 documentos, entre informes, revistas y libros, además de revisiones bibliográficas narrativas acerca del tema en cuestión. Se revisó detalladamente el material recolectado descartándose aquellas publicaciones que no cumplían con los criterios de inclusión planteados: 19 se descartaron porque la información hacía referencia a la epiglotitis en adultos, 9 se descartaron porque estaba en otros idiomas como portugués, 7

se descartaron porque no daban suficiente información sobre la epiglotitis aguda. De esta forma, se utilizaron un total de 30 bibliografías que contenían la información requerida y cumplían con los parámetros descritos sobre los aspectos fundamentales que estaban a favor en la investigación.

»» 4. Discusión

4.1. Diagnóstico

Para el diagnóstico es de gran importancia la impresión general, incluso antes de usar las manos. Por esta razón, los autores Silva, Borrego y García mencionan que es útil acoplar al examen la herramienta del Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) que permite una valoración inicial adecuada del paciente pediátrico, esta consta de: la apariencia del paciente, el trabajo respiratorio y circulación cutánea (18). Stanford Medicine Children’s Health menciona que la epiglotitis tiene una rápida instauración y progresión, que suele ser en cuestión de horas. Las manifestaciones clínicas pueden variar en dependencia de la etiología y de las características fisiológicas del paciente (3). Aun así, existen signos y síntomas que son comunes en casi todos los afectados, y estos son: inicio con fiebre alta, mal estado general, dolor intenso en la faringe, en muchos casos no está acompañada de inflamación de la orofaringe, tos no perruna mínima, estridor inspiratorio, ansiedad, apariencia tóxica, irritabilidad, hipersensibilidad en el complejo laringotraqueal, sobre todo a la altura del hueso hioides, cianosis, si la vía aérea está obstruida; todas estas manifestaciones las mencionan varios autores (1, 4, 7). Aun así, en el libro de Wilmott y sus colaboradores se añade a la sialorrea, ya que

el paciente pediatra no es capaz de tragar por la tumefacción que se produce en la zona (19); esta información la comparte también la Guía de Referencia Rápida de México sobre la epiglotitis y los autores Cuestas y Rodríguez en su artículo (20, 21). En la Guía de Referencia Rápida de México sobre la epiglotitis, se describen las 4 “D” según Blastock: “Drooling”, sialorrea; “Dysphagia”, disfagia; “Dysphonic”, disfonía también conocida como “voz apagada”; “Dyspnea”, disnea sobre todo ortopnea (20). Varios artículos mencionan que uno de los signos más destacables es la “posición en trípode”, consiste en estar sentado con el cuello en hiperextensión, la boca abierta con protrusión de la lengua y babeo; aun así, no es único de esta patología (18, 21). Esta posición puede dar indicios de una insuficiencia respiratoria, y puede acompañarse de retracciones inspiratorias supraclaviculares, supraesternales y/o subcostales, según menciona el autor Cheng (4). Estos síntomas pueden empeorar con el llanto y en posición en decúbito supino, por lo tanto, Cuestas y Rodríguez recomiendan que el niño tiene que permanecer en una posición cómoda acompañado de los padres o una persona cercana a él que garantice su tranquilidad. Además, sugieren que se debe evitar manipular la cavidad oral y faríngea con bajalenguas, ya que se puede inducir un espasmo laríngeo (21). Por el mismo motivo, Stanford Medicine Children’s Health aconseja que deben evitarse canalizaciones de vía y realización de analítica en el primer momento (3).

En cuanto a los exámenes complementarios, es necesario conocer que antes de realizar cualquier examen se deberá asegurar la vía aérea del paciente, en el caso de que la obstrucción que presente sea moderada o grave (ver tabla 1).

	Leve	Moderada	Grave
Estado mental	Normal	Agitación leve intermitente	Aumento de agitación Somnolencia
Frecuencia respiratoria	Normal Puede hablar y comer	Aumentada Limitación para hablar y comer	Aumentada o marcadamente disminuida
Saturación O2	-	-	Hipoxia
Estridor	No presente en reposo	Intermitente en reposo	Persistente en reposo
Retracciones supraesternales o intercostales	No presente o leve	Presente, pero moderada	Más intenso

* No es necesario medir la saturación del paciente pediátrico cuando su cuadro clínico es leve o moderado

Tabla 1. Gravedad de la obstrucción de la vía aérea. Fuente: *The Royal Children’s Hospital Melbourne, 2020 (22).*

Para el autor Cheng, el diagnóstico certero de la epiglotitis demanda la visualización directa de la epiglotis con las siguientes características: grande, inflamada, rígida, y de color “rojo cereza” (4). Esta visualización se puede realizar mediante fibrolaringoscopia flexible según mencionan los autores Silva y sus colaboradores, pero solo podrá ser ejecutada en el quirófano o en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, ya que, como se mencionó anteriormente, hay riesgo de obstrucción de la vía aérea si se manipula la zona afectada (18). En la Guía de Referencia Rápida de México sobre epiglotitis se agrega que la nasofibrosocopia es una buena opción en casos de enfermedad leve o moderada cuando la vía aérea está estable debido a una obstrucción parcial. Aun así, no se debe realizar en casos de vía aérea inestable, ya que existe un alto riesgo de espasmo y la capacidad de intervenir de manera urgente en la vía aérea es limitada (20). En el caso de tener una sospecha leve, los autores Cuestas y Rodríguez consideran otra buena opción de diagnóstico a la radiografía lateral de faringe, puesto que, esta puede permitir visualizar la tumefacción del espacio supraglótico o al denominado “signo del dedo pulgar” (21). Cabe destacar que este examen no es 100% confiable, y está contraindicado si el paciente presenta obstrucción de la vía aérea considerable, debido a que retrasaría su atención, desencadenando consecuencias graves; información que está presente en la Guía de Referencia Rápida de México sobre epiglotitis y en el artículo publicado

por Moreno, Mellado y Delgado (23). En la misma guía mencionada se especifica que se puede realizar tomografía o resonancia magnética con el fin de descartar otras posibles complicaciones que se pueden confundir con la epiglotitis (20).

Asimismo, se podrán solicitar exámenes de laboratorio para identificar la causa que provocó la epiglotitis en principio, como hemocultivos como se alude en los artículos publicados por Silva y sus colaboradores y Shargorodsky, Hopkins y Dugdale (7, 18). También se pueden solicitar exámenes más comunes como: hemograma, bioquímica, y reactantes de fase aguda como la proteína C reactiva (PCR) y la procalcitonina (PCT), así como hemocultivos (23). Se debe tomar en cuenta la elevación de reactantes de fase que se refiere a un aumento en la concentración de proteínas en la sangre que se producen en respuesta a una inflamación o infección en el cuerpo. Estas proteínas, llamadas proteínas de fase aguda, se producen en el hígado y son liberadas en el torrente sanguíneo en respuesta a señales inflamatorias. La medición de los niveles de estas proteínas puede ayudar a los médicos a diagnosticar y monitorear enfermedades inflamatorias e infecciosas (24).

4.2. Diagnósticos diferenciales

Existen varias enfermedades que pueden confundir el diagnóstico temprano y oportuno de esta patología, algunas de estas pueden ser (ver tabla 2).

	Crup viral	Traqueítis bacteriana	Anafilaxia	Absceso retrofaríngeo	Cuerpo extraño (CE)
Edad	6 meses a 3 años (25).	4 a 6 años (18).	Cualquier edad (18).	Menor de 6 años (19).	18 meses a 3 años (18).
promedio Forma de presentación	Insidioso, puede aparecer luego de una infección de la vía aérea superior	Lento (2 o 3 días) con deterioro brusco en 24 horas (18, 19, 27).	Rápida instauración (18, 28).	Progresivo (19).	Varía según el tipo de obstrucción (parcial o completa) (18).
Localización	Empeora por las noches (19, 26). Laringe, tráquea, bronquios (26).	Tráquea (19).	Laringe (18).	Espacio retrofaríngeo (19).	Laringe, traque o bronquios (18).
Clínica	Estridor respiratorio, ronquera y tos perenne. Además, síntomas y signos de infección viral y postura normal (19, 25, 26).	Fiebre alta, tos productiva mucopurulenta, afección del estado general, tóxico, dolor cervical. Puede aparecer estridor y ronquera (18, 19, 27).	Estridor, dificultad respiratoria, picazón, congestión nasal, taquicardia (18, 28).	Fiebre, estridor (en menor frecuencia), disfagia, dolor de garganta, babeo, protrusión retrofaríngea, dolor y rigidez cervicales (19, 29).	Crisis de sofocación, tos expulsiva (18, 30). Laringe: dificultad para respirar, odinofagia, estridor al inspirar, afonía. Tráquea: dificultad para respirar, estridor bifásico, ruido en bandera (vibración del CE). Bronquios: sibilancias y tos persistente.

Tabla 2. Diagnósticos diferenciales de la epiglotitis. Fuente: Propia de los autores.

4.3. Tratamiento

El tratamiento que el paciente necesite dependerá en gran medida de la causa que haya provocado la epiglotitis. Por ejemplo, si ha sido por causas mecánicas se deberá extraer el cuerpo extraño y manejar el trauma que se haya perpetuado; si es por quemadura, se deberá seguir las guías específicas para este tipo de accidentes; si es por infección de cualquier microorganismo mencionado, se deberá optar por el tratamiento específico (2, 6, 10). Como la causa más común y significativa es la infección por Hib en este artículo se desarrollará este tema. Aun así, todo paciente debe ser tratado con cautela bajo las indicaciones detalladas en el apartado de tratamiento inicial y no farmacológico:

4.3.1. Tratamiento inicial y no farmacológico

Cuando un paciente pediátrico tiene manifestaciones clínicas de obstrucción de vía aérea superior, se debe evitar exponerlo a situaciones estresantes que empeoren su estado. Como ya se mencionó anteriormente, el paciente debe estar con un familiar o una persona que lo tranquilice, no se debe intentar hacer venopunción, tampoco se debe forzar a tomar una posición en decúbito supino (21, 31).

En el libro clínico sobre cuidados intensivos en pediatría de Rodríguez y sus colaboradores, se menciona que cuando ya exista sospecha de epiglotitis es necesario (31):

- Ingresar al paciente a la unidad de cuidados intensivos pediátricos ya sea en un caso leve, moderado o grave con el fin de evitar complicaciones.
- Realizar un monitoreo continuo de los signos vitales, principalmente saturación de oxígeno.
- El paciente inestable que presente dificultad

respiratoria grave y que amenace la vida, se necesita asegurar la vía aérea a través de una laringoscopia directa.

- Es importante tener en consideración que los niños < de 2 años, no cuentan con la membrana cricotiroides, lo que hace que la cricotirotomía sea desaconsejada debido a la complejidad de la técnica. En su lugar, en caso de no poder realizar la intubación, se debe considerar la realización de una traqueostomía de emergencia.

Marquez considera que, en pacientes con infección aguda y obstrucción de la vía aérea superior, se debe ventilar en posición prona utilizando una bolsa mascarilla como preparación para abordar de manera definitiva la vía aérea. La posición prona aprovecha la influencia de la gravedad para mantener la epiglotis en una posición que previene el aumento de la obstrucción de la vía aérea. En contraste, en posición supina, la epiglotis tiende a caer sobre la vía aérea, lo que aumenta el grado de obstrucción (31).

4.3.2. Tratamiento farmacológico

En el caso de una epiglotitis aguda infecciosa en edad pediátrica el manejo adecuado de esta es la estabilización de la vía aérea del paciente y el inicio temprano de antibióticos por vía intravenosa de manera inmediata (4). Es recomendable comenzar el tratamiento con antibióticos de amplio espectro contra patógenos productores de betalactamasa tan pronto como se asegure la vía aérea

Para este tipo de condición, se sugiere el uso de cefalosporina de segunda o tercera generación durante un período de 7 a 10 días (32). (Ver tabla 3).

Primera elección (20)

Fármaco	Edad	Dosis	Vía	Frecuencia
Ceftriaxona	Lactantes hasta escolares	50-70 mg/kg/día (Sin exceder 2g/d)	Intramuscular/ Intravenoso	Cada 12-24 horas
	Adolescentes	75-100 mg/kg/día	Intramuscular / Intravenoso	Cada 12-24 horas
Cefotaxima	Menores de 12 años	100-200 mg/kg/día	Intramuscular / Intravenoso	Cada 78 horas
	Mayores de 12 años en infecciones moderadas a graves	1-2 g (Dosis máxima 12 g al día. Infecciones que ponen en riesgo la vida: 1-2 g intramuscular / intravenoso cada 4 horas; no exceder de 12 g al día)	Intramuscular / Intravenoso	Cada 6-8 horas
Cefuroxima		100-150 mg/kg (Máximo 6 g al día)	Intramuscular / Intravenoso	Cada 8 horas

Tabla 3. Tratamiento farmacológico de primera elección. Fuente: Propia de los autores.

Alternativas terapéuticas

- Trimetropin/ sulfametoxazol (TMP) 8-12mg con base al TMP por kg/día dividido cada 12 horas.
- Ampicilina sulbactam 100-200mg con base a la ampicilina cada 6 horas intramuscular/ intravenoso (esta combinación no está disponible en el cuadro básico del Ecuador).

La prontitud con la que se inicie el tratamiento en un centro médico está relacionada con la calidad de la recuperación del paciente afectado por la epiglotitis. Después de que se encuentra bajo control, con vías respiratorias seguras y se inicia el tratamiento con antibióticos, la enfermedad deja de progresar aproximadamente después de 24 horas. Sin embargo, la recuperación total requerirá más tiempo y dependerá de la condición individual (3).

4.4. Prevención

4.4.1. Prevención primaria

Debido a que la principal causa de epiglotitis es la infección por Hib, se recomienda vacunar a la población contra este patógeno. Los CDC recomienda que los niños reciban de tres a cuatro dosis de la vacuna contra Hib para ayudar a prevenir la epiglotitis. Las dosis principales se dan a los niños a las edades de 2, 4 y 6 meses, dependiendo de la marca utilizada por el médico. Luego, se da una dosis de refuerzo entre los 12 y 15 meses de edad para garantizar una protección continua, según menciona la Clínica Mayo, Stanford Medicine Children's Health y los CDC (1, 3, 33). Para el resto de los agentes patógenos que pueden provocar esta enfermedad, no se conoce una manera eficaz de prevenirla (3), además de acciones simples como: no compartir objetos personales, mantener una limpieza adecuada, etc. (1).

Aunque los niños mayores de 5 meses y los adultos tienen una menor probabilidad de sufrir una infección por Hib, la vacuna aún puede ser recomendada por los CDC para aquellos que tienen un sistema inmunológico debilitado. Esto incluye a personas con enfermedad de células falciformes, VIH o SIDA, extirpación del bazo, que reciben quimioterapia o toman medicamentos para prevenir el rechazo de trasplantes de órganos o médula ósea (33). La vacuna puede ser una medida preventiva importante para reducir el riesgo de infección y complicaciones graves en estas poblaciones vulnerables (1).

En cuanto a las otras causas no infecciosas de epiglotitis se pueden tomar medidas básicas para que el riesgo disminuya, como: vigilar al niño que no introduzca ningún objeto en su boca, no darle bebidas calientes, no dejar al alcance productos químicos, etc.

En los documentos realizados por Stanford Medicine Children's Health y por Cuestas y Rodríguez, se recalca que es importante que exista un tratamiento profiláctico con rifampicina si es que la persona ha entrado en contacto con Hib, esto con el fin de reducir al mínimo el riesgo de contagio. Por lo general, este es suministrado a la familia y a las personas que hayan tenido contacto directo con el paciente o con sus objetos personales, así como al infectado, ya que no generará inmunidad definitiva (3, 21).

4.4.2. Prevención secundaria

La Asociación Médica Americana alude que la prevención secundaria se basa más en un proceso de diagnóstico que implica un examen físico y una radiografía de cuello para detectar la inflamación de la epiglotis. Aunque los análisis de laboratorio pueden ser útiles para cultivar la bacteria, es común que los resultados se demoren algunos días (5).

4.4.3. Prevención terciaria

Según el informe de la OMS, y el artículo publicado por Bridwell, Koyfman y Long; la prevención terciaria en la epiglotitis en edades pediátricas se enfoca en minimizar las consecuencias y complicaciones de la enfermedad después de que ya ha ocurrido. Esto implica la identificación temprana de los síntomas y la realización de un diagnóstico preciso, para que se pueda comenzar el tratamiento lo antes posible. También se puede realizar una vigilancia cuidadosa y seguimiento de los pacientes con el fin de detectar cualquier signo de complicaciones, como obstrucción de las vías respiratorias o abscesos. Además, es importante proporcionar apoyo y cuidados intensivos adecuados para ayudar a los pacientes a recuperarse completamente (9, 11).

5. Conclusiones

La epiglotitis aguda en niños es una afección seria que puede bloquear las vías respiratorias y necesitar atención médica de emergencia. El diagnóstico se basa principalmente en la evaluación clínica y puede manifestarse de diversas maneras según la causa, como fiebre

alta, malestar general, un tono leve y un ruido inspiratorio. Sin embargo, para un diagnóstico preciso, es necesario examinar directamente la epiglotis, que debe mostrar signos como aumento de tamaño, inflamación, rigidez y un color rojo brillante. En cuanto al tratamiento, se recomienda asegurar la vía aérea del paciente y comenzar rápidamente con el manejo adecuado según sea su causa. Además, es esencial proporcionar cuidados intensivos adecuados para facilitar la recuperación completa. Para prevenir la epiglotitis, la vacunación contra Hib es la medida principal, además de los cuidados en casa de los pacientes pediátricos. También se destaca la importancia de educar sobre los signos y síntomas de la enfermedad. Comprender los signos y síntomas, utilizar pruebas complementarias adecuadas y aplicar estrategias preventivas como la vacunación son cruciales para el diagnóstico temprano y el tratamiento efectivo de la epiglotitis en niños, lo que contribuirá a reducir su incidencia y las complicaciones asociadas.

»» 6. Agradecimientos

Agradecemos sinceramente al doctor Tomas Marcelo Nicolalde Cifuentes por su valioso apoyo a este trabajo. Su contribución ha sido fundamental para el éxito de este estudio y estamos profundamente agradecidos por su apoyo continuo.

»» 7. Conflicto de intereses

Los autores y la institución declaran que no tienen conflicto de interés que puedan afectar directa o indirectamente la revisión bibliográfica planteada.

»» 8. Limitación de Responsabilidad

Los autores declaran que todo lo expuesto en el presente trabajo es completamente su responsabilidad y no de la institución a la que pertenecen.

»» 9. Fuentes de apoyo

El financiamiento del presente trabajo proviene de los mismos autores.

»» 10. Referencias bibliográficas

1. Colaboradores de la Clínica Mayo. Clínica Mayo. [Online]; 2023. Acceso 26 de febrerode 2023. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/epiglottitis/symptoms>.

2. Chen C, Natarajan M, Bianchi D, Aue G, Powers J. Epiglotitis aguda en el huésped inmunodeprimido: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Foro abierto Infect Dis.* 2018; 5(3). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5846294/#>
3. Colaboradores de Stanford Medicine Children's Health. Epiglotitis. [Online]; 2023. Acceso 26 de febrerode 2023. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/topic/default?id=epiglottitis-90-P06037>.
4. Cheng A. Manual MSD versión para profesionales. [Online]; 2022. Acceso 26 de febrerode 2023. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/trastornos-otorrinolaringol%C3%B3gicos/trastornos-bucal-y-far%C3%ADngeos/epiglottitis>.
5. Baiu I, Meléndez E. Epiglotitis. *JAMA.* 2019; 321(19). Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/2733974>
6. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Bioseguridad para los establecimientos de salud. Quito: Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Disponible en: <https://hospitalgeneralchone.gob.ec/wp-content/uploads/2018/03/Manual-de-Bioseguridad-02-2016-1.pdf>
7. Shargorodsky J, Hopkins J, Dugdale D. MedlinePlus. [Online]; 2022. Acceso 22 de abrilde 2023. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000605.htm>.
8. Singh H, Sharma D, Mahajan M, Saini A, Guleria T. Epiglotitis fúngica aislada: una presentación rara. *J Otorrinolaringol Allied Sci.* 2022; 5(3). Disponible en: <https://www.joas.co.in/article-details/17560>
9. Bridwell R, Koyfman A, Long B. High risk and low prevalence diseases: Adult epiglottitis. *The American Journal of Emergency Medicine.* 2022; 57: p. 14-20. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0735675722002480?via%3Dihub>

10. Iribar I, Urrutikoetxea A, Hernández J. Epiglotitis: una urgencia. signo del pulgar. *Atón Primaria*. 2022; 54(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9108443/>
11. Organización Mundial de la Salud. Parte Epidemiológico Semanal. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/242127/WER8839-spa.pdf?isAllowed=y&sequence=16>
12. Mazurek H, Breborowicz A, Doniec Z, Emeryk A, Krenke K, Kulus M, et al. Acute subglottic laryngitis. Etiology, epidemiology, pathogenesis and clinical picture. *Adv Respir Med*. 2019; 87(5): p. 308-316. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31680234/>
13. Abo S, Shoher S, Elovits M, Nasser W, Zamir G, Abo W, et al. Haemophilus Influenza-B Epiglottitis in a Vaccinated Child: A Note of Caution. *IMAJ*. 2018; 20: p. 786-787. Disponible en: <https://www.ima.org.il/FilesUploadPublic/IMAJ/0/318/159109.pdf>
14. Morton E, Prahlow J. Death related to epiglottitis. *Forensic Sci Med Pathol*. 2020; 16(1): p. 177-179. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31359308/>
15. Dowdy R, Cornelius B. Medical Management of Epiglottitis. *Anesth Prog*. 2020; 67(2): p. 90-97. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7342809/>
16. García S, Ciriaci C, Montes G, Corbaz S. Epiglotitis por Haemophilus influenzae tipo b en la era de la vacunación: caso clínico pediátrico. *Arch Argent Pediatr*. 2019; 117(4): p. 403-405. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2019/v117n4a25.pdf>
17. Rao S, Kirse D, Shetty A. Cannabis induced thermal epiglottitis in a pediatric patient. *Am J Emerg Med*. 2021; 49: p. 114-116. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34098330/>
18. Silva N, Borrego E, García A. Obstrucción Aguda de la Vía Respiratoria Superior. *Pediatría Integral*. 2019; 23(1): p. 25-36. Disponible en: <https://www.pediatriaintegral.es/publicacion-2019-01/obstruccion-aguda-de-la-via-respiratoria-superior/>
19. Wilmott R, Bosh A, Deterding F, Sly P, Zar H, Li A. Kendig. *Enfermedades respiratorias en niños*. Novena ed. Barcelona: Elsevier; 2019. Disponible en: <https://books.google.com.py/books?id=p-2KDwAAQBAJ&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
20. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico, Tratamiento y Prevención de la Epiglotitis Aguda en Edad Preescolar y Escolar. Instituto Mexicano del Seguro Social, Dirección de Prestaciones Médicas. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/334GRR.pdf>
21. Cuestas G, Rodríguez H. Algoritmo para el manejo de la obstrucción laríngea en pediatría. *Arch Argent Pediatr*. 2022; 120(3): p. 209-216. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2022/v120n3a18.pdf>
22. Colaboradores de "The Royal Children's Hospital Melbourne". Guías de práctica clínica. [Online]; 2020. Acceso 22 de abril de 2023. Disponible en: https://www.rch.org.au/clinicalguide/guideline_index/croup_laryngotracheobronchitis/.
23. Moreno A, Mellado E, Delgado I. Manual Clínico de Urgencias Pediátricas. Sevilla: Hospital Universitario Virgen del Rocío. Disponible en: <https://manualclinico.hospitaluvrocio.es/wp-content/uploads/2022/04/MC-UrgPed-NEUMOLOGIA.pdf#page=12>
24. Urquiza G, Arteaga R, Chacón P. Utilidad de los Reactantes de Fase Aguda en el Diagnóstico Clínico. *La Paz*. 2019; 25(2). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582019000200013&lng=es&nrm=iso&tln g=es
25. Woods C. Croup: Clinical features, evaluation, and diagnosis. [Online]; 2023. Acceso 22 de abril de 2023. Disponible en: https://www.uptodate.com/contents/croup-clinical-features-evaluation-and-diagnosis?topicRef=6004&source=see_link.
26. Colaboradores de Children's Health Queensland. Croup. [Online]; 2022. Acceso

- 22 de abril de 2023. Disponible en: <https://www.childrens.health.qld.gov.au/fact-sheet-croup/>.
27. Bhatia R. Traqueítis bacteriana. [Online]; 2022. Acceso 22 de abril de 2023. Disponible en: <https://www.msmanuals.com/es-ec/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-respiratorios-en-ni%C3%B1os-peque%C3%B1os/traque%C3%ADtis-bacteriana>.
 28. Ferrer M. Shock anafiláctico o Anafilaxia. [Online]; 2022. Acceso 22 de abril de 2023. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/anafilaxia>.
 29. Shargorodsky J, Hopkins J, Dugdale D. Absceso retrofaringeo. [Online]; 2022. Acceso 22 de abril de 2023. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000984.htm>.
 30. Colaboradores de Stanford Medicine Children's Health. Cuerpo extraño en la garganta. [Online]; 2021. Acceso 22 de abril de 2023. Disponible en: <https://www.stanfordchildrens.org/es/service/ear-nose-throat/conditions/foreign-body-throat>.
 31. Rodríguez A, Marquez J, Guerra E, Rodríguez E, Mora S, Hernández A. Actualización en Cuidados Intensivos Pediátricos Quito: Cuevas Editoriales SAS; 2023. Disponible en: <http://www.cuevaseditores.com/libros/adointensivospediatricosvol.2.pdf#page=7>
 32. Papadakis M, McPhee S, Rabow M. Diagnóstico Clínico y Tratamiento San Francisco: McGraw-Hill Education Inc.; 2021. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/book.aspx?bookid=3002>
 33. Colaboradores del Centro Nacional de Vacunación y Enfermedades Respiratorias. La vacuna (inyectable) contra el Hib. [Online]; 2022. Acceso 22 de abril de 2023. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines/parents/diseases/hib-sp.html>.