

INFECCIONES DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES

Josué de león López

RESFRIADO COMÚN

Definición

El resfriado común es una enfermedad de las vías respiratorias altas cuyos síntomas principales son obstrucción nasal y rinorrea.

Los primeros observadores se dieron cuenta de que la frecuencia de los resfriados disminuía durante los viajes por mar y que reaparecían cuando se restablecía el contacto social, lo que indicaba que esta enfermedad se transmitía de una persona a otra.

Esta observación se confirmó en los estudios sobre la transmisión en los seres humanos que se realizaron a principios del siglo xx.

ET IO LO G ÍA

TABLA 58-1 Virus asociados al resfriado común

| GRUPO DE VIRUS | TIPOS DE ANTÍGENOS | PORCENTAJE DE CASOS |
|-------------------------------------|---------------------------|----------------------------|
| Rinovirus | >100 tipos | 40-50 |
| Coronavirus | 5 tipos | 10-15 |
| Virus de la parainfluenza | 5 tipos | 5 |
| Virus respiratorio sincitial | 2 tipos | 5 |
| Virus de la gripe | 3 tipos* | 25-30 |
| Adenovirus | 57 tipos | 5-10 |
| Metaneumovirus | 2 tipos | 5 |
| Otros virus: enterovirus, bocavirus | | |

*Varios subtipos.

también que durante un resfriado común es frecuente la coinfección con varios virus^{13,14}.

—

EPIDEMIOLOGÍA

El resfriado común afecta 5-7 veces al año a los niños y 2-3 veces al año a los adultos.



Los resfriados se producen con más frecuencia entre el principio del otoño y el final de la primavera en climas templados.



La transmisión de los virus patógenos causantes del resfriado común puede producirse por contacto directo y por partículas de aerosol grandes o pequeñas.

PA TO G EN IA

La infección vírica del epitelio nasal puede asociarse a destrucción del recubrimiento epitelial, como ocurre con el virus de la gripe y los adenovirus, o a efectos menos extensos, como ocurre con el coronavirus

Independientemente de los hallazgos histopatológicos, la infección del epitelio nasal se ha asociado a una respuesta inflamatoria aguda que se caracteriza por liberación de distintas citocinas inflamatorias e infiltración de la mucosa por células inflamatorias

La obstrucción nasal y la rinorrea son los síntomas más destacados del resfriado

La trasudación de suero en las secreciones es un factor principal que contribuye a la rinorrea al principio del resfriado

La tos es un síntoma menos frecuente de los resfriados, pero cuando se produce suele considerarse el síntoma más molesto

C A R A C T E R Í S T I C A S C L Í N I C A S

Generalmente los síntomas del resfriado común aparecen de 1 a 3 días después de la infección vírica.



El primer síntoma que se observa suele ser dolor de garganta o «irritación», seguido muy de cerca por obstrucción nasal y rinorrea.



El dolor de garganta suele resolverse rápidamente y el segundo y tercer día de la enfermedad predominan los síntomas nasales.



La tos se asocia a aproximadamente el 30% de los resfriados y generalmente comienza después de que aparezcan los síntomas nasales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial del resfriado común incluye trastornos no infecciosos, así como otras infecciones de las vías respiratorias superiores.

La rinitis alérgica tiene un complejo de síntomas parecido al del resfriado común. La presencia de picor nasal o conjuntival indica una enfermedad alérgica, y algunos datos indican que los pacientes pueden diferenciar estas enfermedades de forma fiable

Otras causas menos frecuentes de síntomas respiratorios superiores son un cuerpo extraño, y la fase catarral de la tos ferina.

La sinusitis bacteriana es más probable si los síntomas persisten durante más de 10 días, en presencia de enfermedad grave o si los síntomas empeoran después de una mejoría inicial

TRATAMIENTO

TABLA 58-2 Tratamientos eficaces para los síntomas del resfriado común

| SINTOMA | TRATAMIENTO |
|-------------------|---|
| Obstrucción nasal | Fármacos adrenérgicos tópicos, fármacos adrenérgicos orales |
| Rinorrea | Antihistamínicos de primera generación, bromuro de ipratropio |
| Estornudos | Antihistamínicos de primera generación |
| Dolor de garganta | Paracetamol, ibuprofeno y otros AINE |
| Tos | Antihistamínicos de primera generación, broncodilatadores (?) |

AINE, fármacos antiinflamatorios no esteroideos.

FARINGITIS

Josué de león López

DEFINICIÓN

La faringitis se define como la tríada de dolor de garganta, fiebre e inflamación faríngea.

Aun que suele ser una enfermedad primaria, la faringitis puede estar asociada a enfermedades sistémicas

EPIDEMIOLOGÍA

La faringitis es una de las enfermedades más frecuentes en adultos y en niños, con más de 10 millones de consultas médicas al año.

La enfermedad predomina en los niños y en los adultos jóvenes, con un 50% de casos entre los 5 y los 24 años.

En climas templados la mayoría de los casos aparecen en los meses de invierno, coincidiendo con las concentraciones máximas de virus respiratorios.

MICROBIOLOGÍA

Los virus son la causa más frecuente de faringitis, con predominio de los adenovirus

El Streptococcus del grupo A (SGA) es la causa bacteriana de la que existe una información amplia de tratamiento antibiótico para evitar secuelas postinfecciosas.

En los últimos años se ha descubierto que *Fusobacterium necrophorum* es una causa de faringitis con posibles complicaciones graves.

TABLA 59-1 Causas microbianas de la faringitis aguda

| PATÓGENO | TRASTORNO(S) ASOCIADO(S) |
|-------------------------------------|---|
| Bacterias | |
| <i>Streptococcus</i> , grupo A | Faringitis, amigdalitis, escarlatina |
| <i>Streptococcus</i> , grupos C y G | Faringitis, amigdalitis |
| Anaerobios mixtos | Angina de Vincent |
| <i>Fusobacterium necrophorum</i> | Faringitis, amigdalitis, síndrome de Lemierre |
| <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | Faringitis, amigdalitis |
| <i>Corynebacterium diphtheriae</i> | Difteria |
| <i>Arcanobacterium haemolyticum</i> | Faringitis, eritema escarlatiniforme |
| <i>Yersinia pestis</i> | Peste |
| <i>Francisella tularensis</i> | Tularemia, forma orofaríngea |
| <i>Treponema pallidum</i> | Sífilis secundaria |
| Virus | |
| Rinovirus | Resfriado común |
| Coronavirus | Resfriado común |
| Adenovirus | Fiebre faringoconjuntival |
| Herpes simple de tipos 1 y 2 | Faringitis, gingivostomatitis |
| Parainfluenza | Resfriado, crup |
| Enterovirus | Herpangina, enfermedad mano-pie-boca |
| Virus de Epstein-Barr | Mononucleosis infecciosa |
| Citomegalovirus | Mononucleosis por citomegalovirus |
| VIH | Infección primaria por VIH |
| Influenza A y B | Gripe |
| Virus respiratorio sincitial | Resfriado, bronquiolitis, neumonía |
| Metaneumovirus humanos | Resfriado, bronquiolitis, neumonía |

DIAGNÓSTICO

Los signos y los síntomas de faringitis por SGA son inicio brusco de dolor de garganta con exudados faríngeos, adenopatías cervicales anteriores dolorosas a la palpación y fiebre

Los signos y síntomas indicativos de una etiología viral son conjuntivitis, rinitis, úlceras orales, tos y diarrea.

No deben realizarse análisis de laboratorio para SGA en los pacientes con signos y síntomas indicativos de una etiología viral.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la faringitis se centra en la prevención de las secuelas postinfecciosas (p. ej., fiebre reumática aguda) del SGA.

La penicilina y sus derivados siguen siendo el tratamiento principal de la faringitis SGA

No debe emplearse tratamiento antibiótico para prevenir la faringitis SGA excepto en circunstancias especiales.

Debido a la gravedad potencial de las complicaciones de la faringitis causada por *F. necrophorum*, los signos de bacteriemia o la tumefacción cervical justifican la ampliación del tratamiento antibiótico y una evaluación adicional.

TABLA 59-4 Tratamiento con antibióticos para la faringitis por estreptococos del grupo A

| FÁRMACO | DOSIS | DURACIÓN |
|--|---|--------------------|
| Vía oral | | |
| Penicilina V | Niños: 250 mg 2 o 3 veces al día Adolescentes y adultos: 250 mg 3 o 4 veces al día o 500 mg 2 veces al día | 10 días |
| Amoxicilina | 50 mg/kg una vez al día (máximo 1.000 mg), alternativa 25 mg/kg dos veces al día (máximo 500 mg) | 10 días |
| Pacientes alérgicos a penicilina | | |
| Eritromicina | Varía según el preparado | 10 días |
| Cefalosporinas de primera generación | Varía según el antibiótico | 10 días |
| Vía intramuscular | | |
| Penicilina G benzatina | 600.000 U en pacientes <27 kg 1.200.000 U en pacientes ≥27 kg | 1 dosis 1 dosis |
| Mezclas de penicilina G benzatina y procaína | Varía según el preparado | 1 dosis |

LARINGITIS AGUDA

DEFINICIÓN

La laringitis aguda es un síndrome clínico caracterizado por una voz ronca con disminución de la fonación y de la proyección de la voz, por lo general después de una infección de las vías respiratorias superiores con tos.

EPIDEMIOLOGÍA

Alrededor del 1 % de las consultas médicas se deben a disfonía, con el 42% de éstas clasificadas como laringitis aguda.

Un 2% de las personas con síntomas respiratorios agudos se diagnostican de laringitis aguda.

La laringitis aguda se diagnostica con más frecuencia en la mujer (media de edad, 36 años) que en el hombre (media de edad, 41 años).

La mayoría de los casos se diagnostican durante los meses más fríos del año.

MICROBIOLOGÍA

TABLA 60-1 Frecuencia de la laringitis asociada a microorganismos patógenos respiratorios comunes

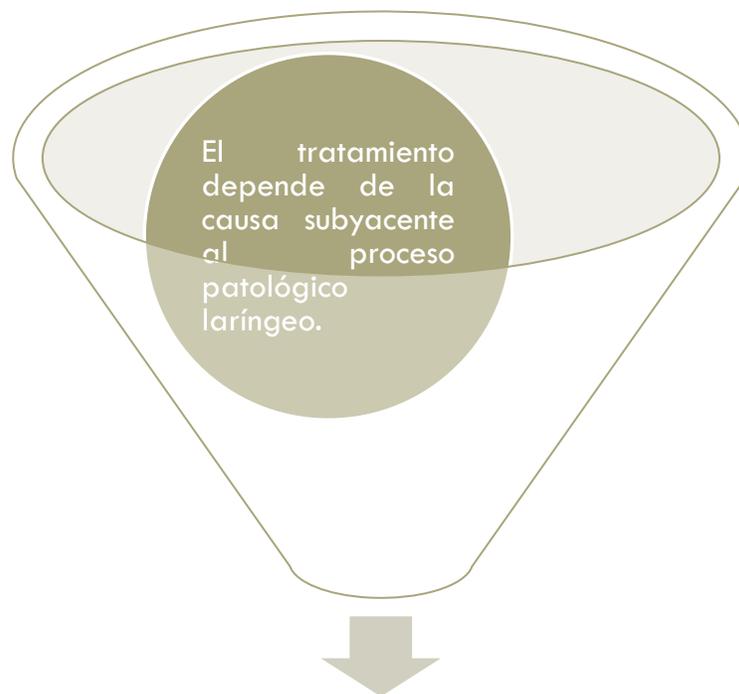
| MICROORGANISMO | FRECUENCIA (%) | REFERENCIA |
|--|-----------------------|-------------------|
| Rinovirus | 25-29 | 13, 34 |
| Influenza | 28-35 | 9, 13, 34 |
| Parainfluenza | 8,5 | 35 |
| Adenovirus | 22-35 | 36 |
| Coronavirus | 25 | 13 |
| <i>Mycoplasma pneumoniae</i> | 3-37 | 7, 13 |
| <i>Chlamydia pneumoniae</i> | 30 | 37 |
| Estreptococo β -hemolítico del grupo A | 2,3-19 | 9, 34 |
| Metaneumovirus humano | 3-91 | 6, 12, 38 |

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico clínico se basa en una anamnesis apropiada y en los cambios de la voz.

La inspección visual de la laringe revela edema y congestión vascular de las membranas mucosas con hiperemia y eritema de las cuerdas vocales verdaderas.

TRATAMIENTO



En muchos pacientes es suficiente un tratamiento sintomático con reposo de la voz, analgésico y humidificación.

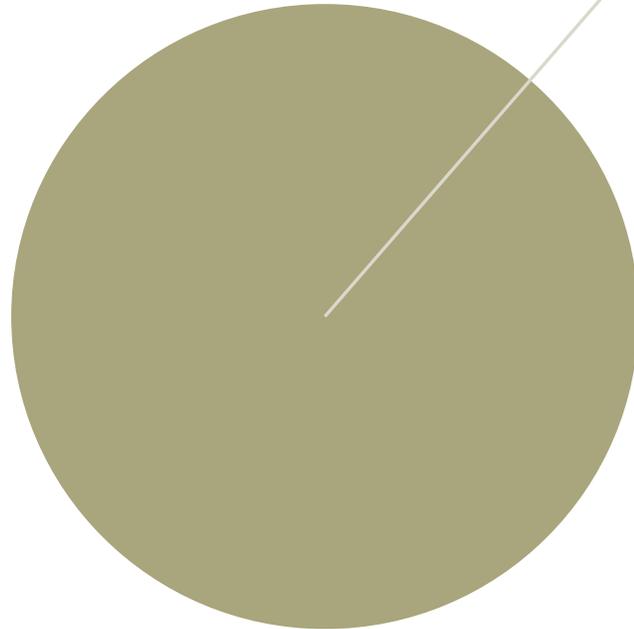
**CRUP EN LA INFANCIA
(LARINGOTRAQUEOBRONQUITIS AGUDA)**

DEFINICIÓN

La laringotraqueobronquitis es una infección vírica aguda de las vías respiratorias superiores que produce estridor y tos perruna.

La mayoría de los niños presenta esta enfermedad sólo una vez, pero algunos tienen episodios recurrentes denominados laringotraqueobronquitis aguda espasmódica.

EPIDEMIOLOGÍA



La laringotraqueobronquitis aguda puede ser esporádica pero suele producir brotes epidémicos en el otoño que en climas templados han empeorado recientemente en los años impares.

ETIOLOGÍA Y MICROBIOLOGÍA

La infección por el virus parainfluenza 1 es la causa más frecuente de laringotraqueobronquitis aguda vírica

Otros virus parainfluenza, el virus respiratorio sincitial (VRS), los adenovirus y el virus del sarampión pueden producir también laringotraqueobronquitis aguda vírica.

Las infecciones bacterianas de las vías respiratorias, como epiglotitis (*Haemophilus influenzae* tipo b) y traqueítis (*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*) son urgencias médicas y deben distinguirse lo antes posible de la laringotraqueobronquitis aguda vírica.

En los países en vías de desarrollo y en las personas no vacunadas hay que sospechar una difteria.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico, pero pueden ser útiles las radiografías de las vías respiratorias superiores.

Los niños con epiglotitis y traqueítis bacteriana suelen estar muy afectados, tienen dificultad

para tragar y por lo general no tienen tos metálica ni estridor áspero.

La laringotraqueobronquitis aguda recurrente (espasmódica) puede ser más frecuente en los niños con atopia o con reflujo gastroesofágico.

TRATAMIENTO

Los remedios caseros como la humidificación y el frío no son efectivos.

Una dosis única de corticoide sistèmico disminuye la gravedad y la duración de la laringotraqueobronquitis aguda.

OTITIS EXTERNA, OTITIS MEDIA Y MASTOIDITIS



DEFINICIÓN

Otitis externa

- La otitis externa es una infección e inflamación del conducto auditivo externo.

Otitis media

- La otitis media aguda (OMA) es una enfermedad aguda marcada por la presencia de líquido en el oído medio y de inflamación del revestimiento mucoso del espacio del oído medio. El líquido puede persistir en el oído medio durante semanas a meses después de una OMA con tratamiento apropiado y se denomina otitis media con derrame.

MASTOIDITIS

La mastoiditis es una infección e inflamación de las celdas aéreas mastoideas y suele ser consecuencia de episodios OMA grave.

EPIDEMIOLOGÍA

Otitis externa

```
graph TD; A[Otitis externa] --- B[La otitis externa difusa aguda u oído de nadador se produce en climas calientes húmedos.]; A --- C[La otitis externa maligna o invasiva afecta a pacientes diabéticos, inmunodeprimidos y debilitados.]; A --- D[Los niños son propensos a introducir objetos extraños en el conducto auditivo externo que pueden macerar e infectar la cubierta cutánea del conducto externo.];
```

La otitis externa difusa aguda u oído de nadador se produce en climas calientes húmedos.

La otitis externa maligna o invasiva afecta a pacientes diabéticos, inmunodeprimidos y debilitados.

Los niños son propensos a introducir objetos extraños en el conducto auditivo externo que pueden macerar e infectar la cubierta cutánea del conducto externo.

OTITIS MEDIA

La otitis media se produce a cualquier edad, pero es más frecuente en los 3 primeros años de vida.

Los niños con riesgo de otitis media grave y recurrente suelen ser del sexo masculino, con una predisposición genética a las infecciones del oído y pueden acudir a guarderías donde están expuestos a numerosos virus y bacterias patógenas.

MASTOIDITIS



La epidemiología de la mastoiditis va en paralelo con la de la otitis media.

MICROBIOLOGÍA

Otitis externa

La microbiota del conducto auditivo externo responsable de la otitis externa es parecida a la de la piel de otras regiones, con especies de estafilococos y bacterias anaerobias.

La *Pseudomonas aeruginosa* es una causa frecuente de oído de nadador y de otitis externa maligna.

OTITIS MEDIA

Las bacterias patógenas más frecuentes en todos los grupos de edad son *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*.



Otras causas menos frecuentes de OMA son *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus* del grupo A y *Staphylococcus aureus*.



Los virus respiratorios son causas frecuentes de OMA, solos o asociados a bacterias.

MASTOIDITIS

La microbiología de la mastoiditis es parecida a la de OMA.

Los pacientes con perforación persistente de la membrana timpánica pueden sufrir una invasión de la mastoides por microorganismos presentes en el conducto auditivo externo, como *S. aureus* y *P. aeruginosa*.

DIAGNÓSTICO

Otitis externa

- La otitis externa localizada aguda puede producir una pústula o un forúnculo que se visualiza en el conducto.
- El oído de nadador se identifica por edema, tumefacción y eritema de la pared del conducto.
- La otitis externa maligna se asocia a dolor intenso espontáneo y a la palpación de los tejidos alrededor del pabellón auditivo y en la mastoides; puede haber pus en el conducto.

Otitis media

- La OMA es una enfermedad aguda con líquido en el oído medio y abombamiento o disminución de la movilidad e inflamación de la membrana timpánica.

Mastoiditis

- Los signos de mastoiditis son tumefacción, enrojecimiento y dolor a la palpación sobre la mastoides.
- El pabellón auricular está desplazado abajo y afuera, y puede salir secreción purulenta a través de una perforación en la membrana timpánica.

TRATAMIENTO

Otitis externa

- El oído de nadador puede tratarse con lavado y limpieza suave del conducto auditivo externo.
- Las gotas de antibióticos, como fluoroginolona, son efectivas en infecciones localizadas.
- Para tratar la otitis externa invasiva es necesario un tratamiento antibiótico sistémico con actividad frente a *P. aeruginosa*.

Otitis media

- El antibiótico de elección en los pacientes con OMA es la amoxicilina en dosis altas.
- Si la amoxicilina no es efectiva debe administrarse amoxicilina-ácido clavulánico o ceftriaxona parenteral.
- Algunos niños con OMA mejoran sin antibióticos.
- La colocación de drenajes (tubos de ventilación) puede estar justificada en niños con episodios graves y recurrentes de OMA.

Mastoiditis

- El tratamiento antibiótico es parecido al de la OMA. • Puede ser necesaria la incisión y el drenaje si se forman abscesos en las celdas aéreas mastoideas.

SINUSITIS

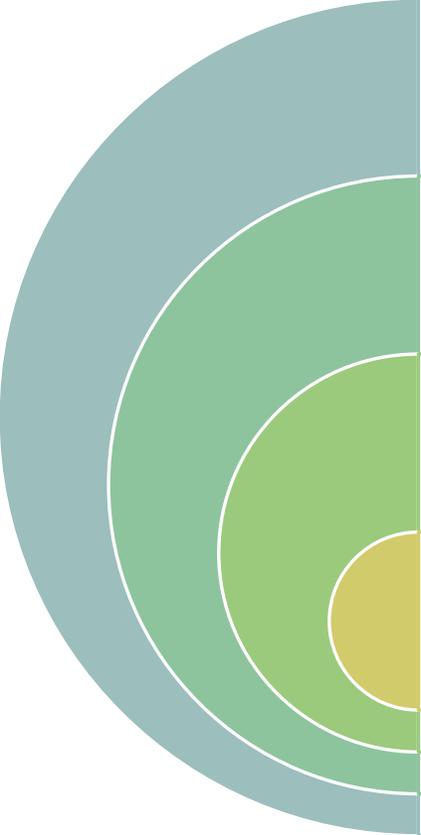
Definición

La sinusitis se define como una enfermedad inflamatoria de los senos paranasales

Epidemiología

La infección bacteriana de los senos se produce en el 0,5-2% de los adultos y en el 6-13% de los niños con infección de las vías respiratorias superiores (IVRS) vírica.

MICROBIOLOGÍA



Los estudios clásicos de la bacteriología de la sinusitis obtenían una muestra de las secreciones sinusales mediante punción del antro maxilar para disminuir el riesgo de contaminación nasal.

Streptococcus pneumoniae es el microorganismo aislado con más frecuencia, seguido por *Haemophilus influenzae* no tipificable y *Moraxella catarrhalis*.

Staphylococcus aureus no es una causa frecuente de sinusitis aguda pero puede estar implicado en las complicaciones de la sinusitis.

La frecuencia de aislamiento de *S. pneumoniae* ha disminuido en los últimos años con un aumento de *H. influenzae* productor de (3-lactamasa).

DIAGNÓSTICO

Las pruebas de imagen no están indicadas para el diagnóstico ordinario de sinusitis aguda, pero pueden ser útiles cuando se sospechan complicaciones.



Los pacientes con sinusitis bacteriana aguda pueden presentar uno de estos tres cuadros clínicos: o Inicio con síntomas o signos persistentes, de 10 días de duración como mínimo sin mejoría clínica. o Inicio con signos o síntomas graves como fiebre alta ($>39^{\circ}\text{C}$) y secreción nasal purulenta durante 3-4 días consecutivos, o Inicio con signos o síntomas que empeoran y aparición de fiebre, cefalea o aumento de la secreción nasal después de una IVRS vírica característica de 5-6 días de duración con mejoría inicial.

TRATAMIENTO

En la mayoría de los adultos y de los niños la amoxicilina con o sin ácido clavulánico sigue siendo un antibiótico de primera línea para el tratamiento de la sinusitis.

Los antibióticos de segunda línea son fluoroguanolonas, cefdinir, cefuroxima o la combinación de cefixima con dindamicina o con linezolid.

El tratamiento debe prolongarse 7 días después de que el paciente no tenga signos y síntomas.

Los tratamientos complementarios como antihistamínicos, descongestionantes, corticoides nasales y lavados nasales mejoran poco la sinusitis aguda.

En las complicaciones de la sinusitis bacteriana aguda está indicado el drenaje quirúrgico.

SINUSITIS



Definición

- La sinusitis se define como una enfermedad inflamatoria de los senos paranasales.

Epidemiología

- La infección bacteriana de los senos se produce en el 0,5-2% de los adultos y en el 6-13% de los niños con infección de las vías respiratorias superiores (IVRS) vírica.

Microbiología

- Los estudios clásicos de la bacteriología de la sinusitis obtenían una muestra de las secreciones sinusales mediante punción del antro maxilar para disminuir el riesgo de contaminación nasal.
- *Streptococcus pneumoniae* es el microorganismo aislado con más frecuencia, seguido por *Haemophilus influenzae* no tipificable y *Moraxella catarrhalis*.
- *Staphylococcus aureus* no es una causa frecuente de sinusitis aguda pero puede estar implicado en las complicaciones de la sinusitis.
- La frecuencia de aislamiento de *S. pneumoniae* ha disminuido en los últimos años con un aumento de *H. influenzae* productor de β -lactamasa.

Diagnóstico

- Las pruebas de imagen no están indicadas para el diagnóstico ordinario de sinusitis aguda, pero pueden ser útiles cuando se sospechan complicaciones

Tratamiento

- En la mayoría de los adultos y de los niños la amoxicilina con o sin ácido clavulánico sigue siendo un antibiótico de primera línea para el tratamiento de la sinusitis.
- Los antibióticos de segunda línea son fluoroguanolonas, cefdinir, cefuroxima o la combinación de cefixima con dindamicina o con linezolid.
- El tratamiento debe prolongarse 7 días después de que el paciente no tenga signos y síntomas.
- Los tratamientos complementarios como antihistamínicos, descongestionantes, corticoides nasales y lavados nasales mejoran poco la sinusitis aguda.
- En las complicaciones de la sinusitis bacteriana aguda está indicado el drenaje quirúrgico.

EPIGLOTITIS



EPIDEMIOLOGÍA Y ETIOLOGÍA

Epiglotitis infantil: infección localizada e invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b de la región supraglótica incluyendo la epiglotis que puede asociarse a bacteriemia (60-98%). La vacuna conjugada ha disminuido mucho esta forma de epiglotitis.

Epiglotitis del adulto: afecta a menudo a otras estructuras supraglóticas (pliegues arriepiglóticos, valécula, base de la lengua) y no se asocia a bacteriemia (< 1 5%). Si se identifica una bacteria patógena suele ser *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes* o *Neisseria meningitidis*.

Antes de la vacunación sistemática de los lactantes con vacunas conjugadas *H. influenzae* tipo b, el 65-75% de todos los pacientes con epiglotitis eran niños de 1 a 4 años; en la actualidad el 90-95% son adultos.

La incidencia de epiglotitis del adulto en Estados Unidos y en Europa es 2/100.000 aproximadamente.

Manifestaciones clínicas

- Epiglotitis infantil: enfermedad de inicio brusco en un niño pegueño febril con aspecto de gravedad, disfagia o dolor de garganta, una voz apagada o ronca, estridor, babeo y con frecuencia una postura distintiva, la «posición de trípode», que comprende temor, estar sentado muy quieto y con preferencia por inclinarse hacia adelante con hiperextensión del cuello y protrusión de la mandíbula. Otra característica es que la tos es infrecuente.
- Epiglotitis del adulto: el 80-90% tienen odinofagia y dolor de garganta; sólo el 20-40% tienen fiebre, babeo o estridor

DIAGNÓSTICO

En cuanto se sospecha este diagnóstico debe evaluarse el manejo de la vía respiratoria. En un niño con sospecha de epiglotitis las pruebas de laboratorio y de imagen deben realizarse sólo en un entorno seguro (p. ej., quirófano, servicio de urgencias o unidad de cuidados intensivos, con personal capacitado para intubación de las vías respiratorias infantiles), debido a la propensión a que se produzca una obstrucción aguda de las vías respiratorias (aunque la obstrucción de las vías respiratorias es mucho menos frecuente en los adultos).

Es frecuente la leucocitosis periférica, pero no en todos los pacientes. Las radiografías del cuello anteroposterior y lateral muestran aumento de tamaño de la epiglotis (el «signo del pulgar»), a diferencia del «estrechamiento de punta de lápiz» de las vías respiratorias en el crup vírico).

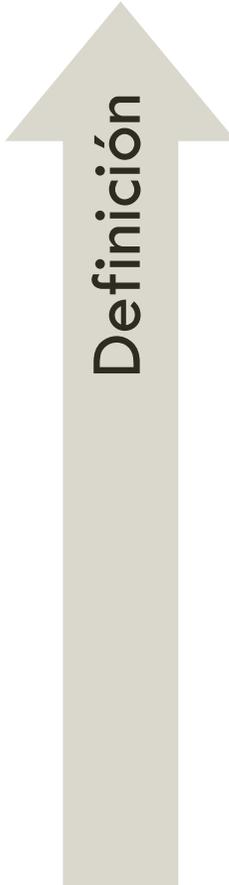
Las pruebas diagnósticas definitivas son la laringoscopia directa o indirecta y la fibroendoscopia nasofaríngea.

Tratamiento

- Epiglotitis infantil: lo ideal es confirmar el diagnóstico mediante visualización cuando se asegura la vía respiratoria realizando una intubación, momento en el que deben obtenerse muestras para cultivo laríngeo y hemocultivo y para un hemograma completo. Pocas veces es necesaria una tragueotomía o una cricotiroidotomía urgente.
- Epiglotitis del adulto: a diferencia del niño, el adulto con epiglotitis tolera bien por lo general la visualización directa de la epiglotis para el diagnóstico. Se recomienda el ingreso en una unidad de cuidados intensivos durante la fase aguda de la enfermedad; sin embargo, en la mayoría de los adultos (75-80%) la infección se soluciona sin intubación endotraqueal ni tragueotomía.
- El tratamiento antibiótico empírico de la epiglotitis comprende cefotazima, ceftriaxona o ampicilina-sulbactam por vía intravenosa para cubrir estreptococos, neumococos, H. influenzae y meningococos. En regiones con una proporción alta de neumococos resistentes a antibióticos debe ampliarse el tratamiento empírico.
- Si no es posible descartar una tragueítis bacteriana puede estar indicado el tratamiento contra *Staphylococcus aureus*.

INFECCIONES PLEUROPULMONARES Y BRONQUIALES

BRONQUITIS AGUDA



Definición

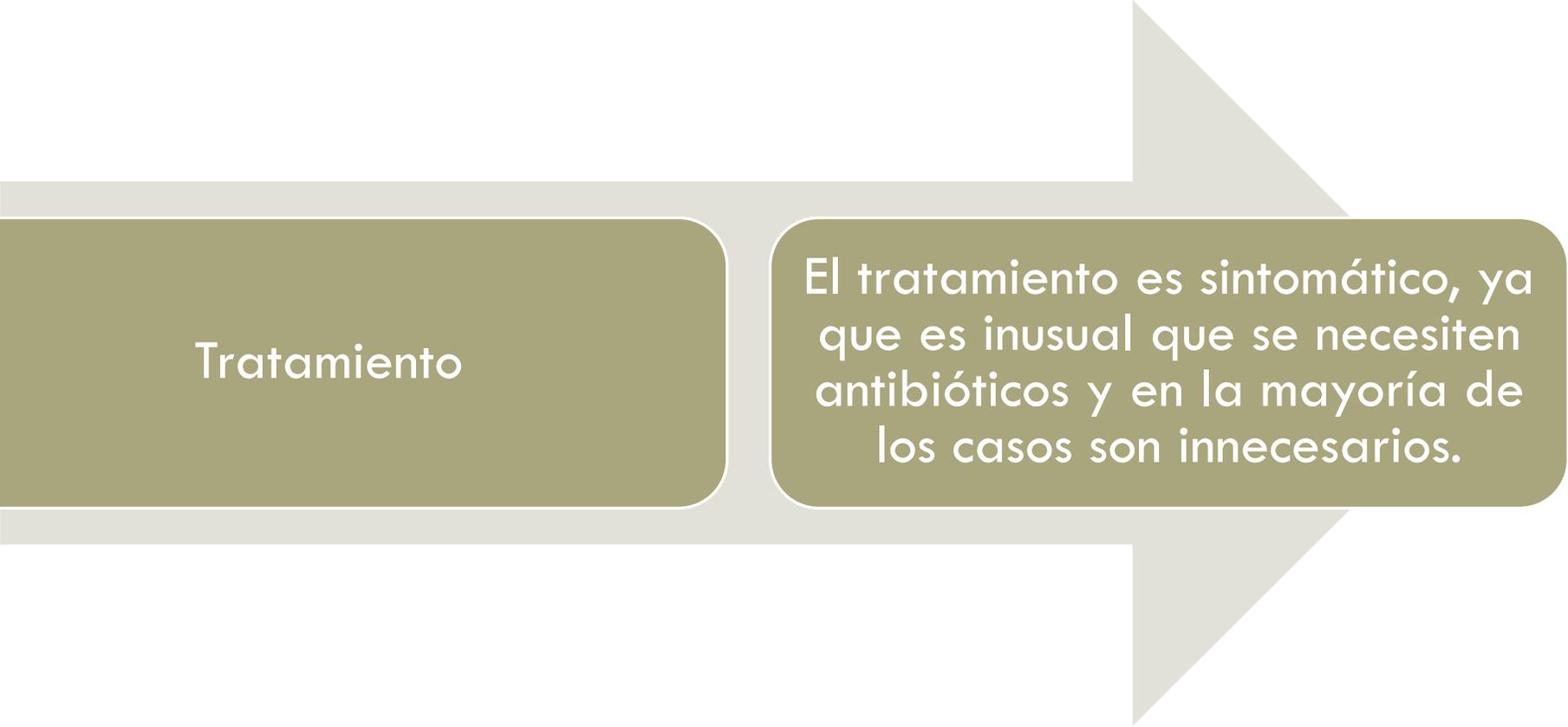
La bronquitis aguda es un síndrome autolimitado caracterizado por tos aguda, con o sin esputo, pero sin signos de neumonía.

Epidemiología

La bronquitis aguda ocurre todo el año y se debe a un gran número de patógenos respiratorios en función de la epidemiología de cada patógeno.

Diagnóstico

El diagnóstico se establece principalmente por la presentación clínica en ausencia de signos y síntomas de neumonía



Tratamiento

El tratamiento es sintomático, ya que es inusual que se necesiten antibióticos y en la mayoría de los casos son innecesarios.