

**MATERIA:**

ENFERMEDADES INFECCIOSAS

**NOMBRE DEL TRABAJO:**

EPIGLOTITIS AGUDA

**ALUMNA:**

Layla Carolina Morales Alfaro

**GRUPO: "A"**

**GRADO: "6"**

PASIÓN POR EDUCAR

**DOCENTE:**

Dr. Cristian Jonathan Aguilar Ocampo

Comitán de Domínguez Chiapas a 23 de junio de 2024

## INTRODUCCIÓN

La epiglotitis aguda es una infección bacteriana grave que afecta la epiglotis, una estructura cartilaginosa que cubre la entrada de la laringe durante la deglución para prevenir la aspiración de alimentos.

Resulta de la infección bacteriana que causa inflamación y edema de la epiglotis y los tejidos circundantes. Esta inflamación puede obstruir la vía aérea de manera rápida y severa. La patogénesis implica la colonización bacteriana del tracto respiratorio superior y la invasión de la mucosa epiglótica. La respuesta inflamatoria resultante aumenta la permeabilidad vascular, lo que lleva a edema y potencialmente a la obstrucción completa de la vía aérea. El riesgo de obstrucción aumenta debido a la anatomía.

Los síntomas suelen aparecer de manera súbita y progresan rápidamente. Los pacientes pueden presentar fiebre alta, dolor de garganta intenso, disfagia (dificultad para tragar), disfonía (voz apagada) y estridor inspiratorio (sonido agudo al inhalar). La tríada clásica de síntomas en niños incluye disnea, estridor y sialorrea (salivación excesiva). En adultos, la presentación puede ser más insidiosa, pero la obstrucción de la vía aérea sigue siendo una preocupación significativa. La posición de "olfateo" (sentado hacia adelante con el cuello extendido) es una señal de intento de abrir la vía aérea y facilitar la respiración.

# EPIGLOTITIS

## "SIGNO DEL PULGAR"

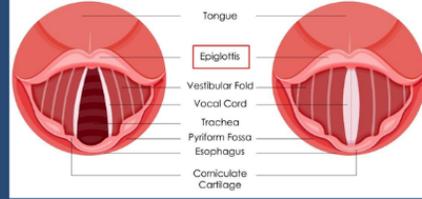
# AGUDA

### DEFINICIÓN

Es un proceso infeccioso de rápida progresión que causa inflamación aguda de la epiglotis, tejidos blandos contiguos y pliegues aritenoepiglóticos.

INFECCIÓN DE VÍA AÉREA SUPERIOR MÁS GRAVE

- Patógeno: Haemophilus influenzae tipo B



### FACTORES DE RIESGO

- Vacunación incompleta
- Niños de 5 meses a 11 años
- Inmunosupresión, enfermedad oncológica hipoparatiroidismo.

### CLÍNICA

- Inicio súbito y con dificultad respiratoria de rápida progresión
- Niño en posición trípode
- Fiebre
- Voz apagada

### 4 D'S

- Sialorrea
- Disnea
- Disfagia
- Disfonía



## NO CONFUNDIR CON

CUERPO EXTRAÑO EN VÍA AÉREA

- Súbito
- Tos
- Disfonía
- Cianosis
- Aleteo nasal
- Sibilancias
- No hay fiebre



### DIAGNÓSTICO

GOLD STANDAR:  
Clínico con laringoscopia  
Radiografía lateral de cuello "Signo Del Pulgar"



### TRATAMIENTO

Asegurar la vía aérea (intubación endotraqueal) más antibioterapia.

1. Ceftriaxona
2. Trimetropim

### COMPLICACIONES

- Edema pulmonar
- Bacteremia secundaria
- Cianosis rápida progresiva
- Coma

### OBSERVACIÓN

Epiglotis grande y color rojo cereza

## CONCLUSIÓN

El diagnóstico de la epiglotitis aguda se basa en la presentación clínica y se confirma mediante laringoscopia directa, que debe realizarse en un entorno controlado para evitar la precipitación de una obstrucción completa de la vía aérea. La radiografía lateral de cuello puede mostrar el signo del "pulgar", que indica una epiglotis edematosa y agrandada. Sin embargo, las imágenes radiográficas no son necesarias si el diagnóstico clínico es claro. Los cultivos de sangre y de la epiglotis pueden ayudar a identificar el patógeno causante, pero el tratamiento no debe retrasarse mientras se esperan los resultados.

La vacunación contra *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), ha reducido la incidencia de la enfermedad de manera drástica.

El manejo es una emergencia médica que requiere intervención rápida para asegurar la vía aérea y administrar antibióticos apropiados. La prioridad es asegurar la vía aérea, que puede incluir intubación endotraqueal en un entorno controlado o, en casos extremos, una traqueotomía de emergencia. La administración de antibióticos de amplio espectro debe iniciarse de inmediato, y puede ajustarse según los resultados de los cultivos y la sensibilidad. Los antibióticos utilizados incluyen ceftriaxona o cefotaxima, combinados con clindamicina o vancomicina.

## BIBLIOGRAFIA

INFECTOLOGIA CLINICA: KUMATE-GUTIERREZ (17.a ed.). (s. f.)