

## Caso clínico

**Epiglottitis por *Streptococcus pyogenes* del grupo A. Reporte de un caso**

Héctor N Morales Saucedo,\* Karen Ivette Rodríguez Treviño,\* Arturo Garza Alatorre\*

**RESUMEN**

La epiglottitis es una emergencia médica clasificada dentro de las enfermedades de las vías aéreas superiores, con evolución aguda fulminante y se caracteriza por presentar odinofagia, sialorrea, estridor, fiebre elevada, aspecto tóxico y síndrome de dificultad respiratoria secundaria a obstrucción de la vía aérea. Se describe un caso clínico de epiglottitis por *Streptococcus pyogenes* del grupo A, relevante por lo poco común de su etiología. El diagnóstico requiere la sospecha clínica por tanto es importante que los profesionales de la salud conozcan las características de la enfermedad, para llevar a cabo el tratamiento oportunamente.

**Palabras clave:** epiglottitis, *Streptococcus pyogenes* del grupo A.

**ABSTRACT**

Epiglottitis is classified as a medical emergency within the diseases of the upper respiratory airway, and it is characterized by its sudden and deadly evolution. It is characterized by odynophagia, sialorrhea, stridor, fever, toxic aspect and respiratory distress syndrome due to an acute respiratory obstruction. In this case report we describe a patient with an unusual etiology of epiglottitis: due to group A *Streptococcus pyogenes*. The diagnosis requires clinical suspicion, therefore it is important that health workers know the characteristics of the disease, to start treatment on time.

**Key words:** epiglottitis, group A *Streptococcus pyogenes*.

**L**a epiglottitis, también conocida como supraglotitis, es una inflamación de la epiglotis y las estructuras adyacentes. Puede progresar rápidamente hacia una obstrucción aguda de la vía aérea que pone en riesgo la vida del paciente (figura 1).<sup>1</sup> En la mayoría de los casos la causa es infecciosa. A partir de la década de 1990 comenzaron a disminuir los casos de epiglottitis en los niños, en parte debido a la protección de la vacuna contra *H. influenzae* tipo b, uno de sus principales agentes causales.<sup>2</sup> Sin embargo, ha habido un cambio en la epidemiología de la epiglottitis debido a

otros agentes causales, entre ellos *Streptococcus pyogenes* del grupo A.<sup>3,4,5</sup> En este trabajo se describe un caso clínico, relevante por lo poco común de su causa y se revisa la bibliografía actual.

**CASO CLÍNICO**

Niño de seis años de edad, sin antecedentes médicos de importancia. Inició su padecimiento 24 horas antes de su ingreso. Tenía tos metálica, sin otros síntomas; 12 horas después se intensificó la tos y apareció dificultad respi-

\* Servicio de Neonatología, Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la UANL.

Correspondencia: Dr. Arturo Garza Alatorre. Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales. Servicio de Neonatología 5° piso. Facultad de Medicina y Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González de la UANL. Avenida Madero y Gonzalitos s/n, colonia Mitras Centro, CP 64460, Monterrey, Nuevo León, México. Teléfono 01(81) 8347-0296.

Recibido: agosto, 2007. Aceptado: noviembre, 2007.

Este artículo debe citarse como: Morales SHN, Rodríguez TKI, Garza AA. Epiglottitis por *Streptococcus pyogenes* del grupo A. Reporte de un caso. Medicina Universitaria 2008;10(38):44-46.

La versión completa de este artículo también está disponible en: [www.revistasmedicasmexicanas.com.mx](http://www.revistasmedicasmexicanas.com.mx)



**Figura 1.** Radiografía lateral de la vía respiratoria superior, que muestra la epiglotis inflamada ("signo del pulgar").<sup>7</sup>

ratoria. Fue llevado a un centro médico donde recibió corticosteroides, aminofilina y micronebulizaciones con salbutamol. No tuvo mejoría, por lo que fue referido a este hospital. El niño tenía gran dificultad respiratoria, los campos pulmonares ventilaban mal. Se le trató inicialmente con oxígeno y micronebulizaciones de adrenalina. No mejoró; por el contrario, apareció estridor inspiratorio y tuvo sialorrea. Se decidió revisar la vía aérea; se observó la epiglotis enrojecida, oscura y edematosa. En esta situación se intubó y se ingresó a UTIP. Recibió ventilación mecánica convencional y ceftriaxona. La biometría hemática mostró leucocitosis de 30,000 con predominio de neutrófilos de 90%. Un hemocultivo y un urocultivo fueron negativos. Un cultivo de lavado bronquial mostró *Streptococcus pyogenes* del grupo A sensible a la penicilina. El paciente tuvo síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, y evolucionó hacia una neumonía causada por el ventilador que no se debió a un agente específico (figura 2). Al cuarto día se cambió el esquema de antibióticos a vancomicina y ceftazidima. Se mantuvo en intubación endotraqueal durante ocho días al cabo de los cuales se pudo extubar con buen resultado.



**Figura 2.** Radiografía de tórax del paciente; muestra una imagen correspondiente a neumonía, causada por la ventilación mecánica.

## DISCUSIÓN

La epiglotitis, también conocida como supraglotitis, es una enfermedad aguda que se caracteriza por evolución fulminante, dolor de garganta, sialorrea, fiebre alta, dificultad respiratoria por obstrucción progresiva de la vía aérea en un niño previamente sano. Los pacientes muestran una apariencia tóxica.<sup>1,6</sup> La clásica “posición en trípode” se

refiere a la actitud elegida por los pacientes con los brazos apoyados e hiperextensión del cuello, lo que les permite la máxima entrada de aire. El diagnóstico requiere la observación directa por laringoscopia, para poder apreciar la epiglotis edematosa y de color rojo (figura 3).<sup>6</sup>



**Figura 3.** Epiglotis edematosa.<sup>8</sup>

La mayoría de los casos de epiglotitis son de origen bacteriano, viral o una combinación de ambos. En años anteriores era la enfermedad más frecuentemente producida por *H. influenzae*, sólo superada por la meningitis. Después de la vacunación la frecuencia de esta enfermedad descendió notablemente.<sup>1,2,3</sup> Otros organismos causales de epiglotitis son: *Streptococcus pneumoniae*, otras especies de *Streptococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Pseudomonas* spp, por mencionar algunos agentes. También se ha descrito la sobreinfección por virus, como el herpes simple, parainfluenza y VEB entre otros.<sup>4,5</sup>

El estreptococo del grupo A es una bacteria grampositiva, que frecuentemente causa faringoamigdalitis y escarlatina, pero es capaz de producir numerosas enfermedades. Además, es un agente patógeno de las vías respiratorias en brotes de enfermedad.

El tratamiento consiste en mantener la vía aérea con intubación endotraqueal por personal capacitado y antibióticos, generalmente ceftriaxona. También se ha sugerido como tratamiento efectivo la combinación de una penicilina resistente a penicilinas con una cefalosporina de tercera generación.<sup>4</sup> Se ha señalado que es necesario mantener la intubación dos o tres días cuando la epiglotitis es producida por *H. influenzae*. Sin embargo, se requieren más días, un promedio de seis días cuando la enfermedad se debe a otros agentes en nuestro paciente.<sup>5</sup> Las complicaciones potenciales de esta afección son una

infección de tejidos blandos del cuello, insuficiencia respiratoria y muerte.<sup>1</sup>

## CONCLUSIÓN

Se comunica un caso de epiglottitis poco común por el tipo de germen causal. Los pacientes con este problema pueden complicarse con infecciones intrahospitalarias de gérmenes grampositivos como *S. pyogenes*. La epiglottitis producida por este agente requiere intubación por un promedio de seis a ocho días, en contraste con la producida por *H. influenzae* en la que sólo son necesarios dos días en promedio y que en ocasiones necesitan antibióticos de segunda línea para erradicar el foco infeccioso. Esto debe tomarse en cuenta como tratamiento al ingreso del paciente, sobre todo en este tipo de infecciones localizadas que se acompañan de manifestaciones sistémicas.

## REFERENCIAS

1. Rafei K, Lichenstein R. Airway infections disease emergencies. *Pediatr Clin North Am* 2006;53:215-42.
2. Tanner K, Fitzsimmons G, Carrol ED, et al. *Haemophilus influenzae* type b epiglottitis as a cause of acute upper airways obstruction in children. *BMJ* 2002;325:1099-100.
3. Faden H. The dramatic change in the epidemiology of pediatric epiglottitis. *Pediatr Emerg Care* 2006;22:443-4.
4. Shah RK, Roberson DW, Jones DT. Epiglottitis in the *Haemophilus influenzae* type B vaccine era: changing trends. *Laryngoscope* 2004;114:557-60.
5. Isaacson G, Isaacson DM. Pediatric epiglottitis caused by group G beta-hemolytic *Streptococcus*. *Pediatr Infect Dis J* 2003;22:846-7.
6. Tolan RW. Epiglottitis. e- Medicine review. 2007.
7. Roosevelt GA. Acute inflammatory upper airway obstruction. En: Nelson, editor. *Tratado de Pediatría*. 17ª ed. USA: Saunders-Elsevier, 2004;Fig.:371-2.
8. Clements DA. Pharyngitis, laryngitis and epiglottitis. En: Cohen & Powderly, editors. *Infectious Diseases*. 2ª ed. USA: Mosby-Elsevier, 2004;Fig:31.10.