

Epiglotitis por *Haemophilus influenzae* tipo b en la era de la vacunación: caso clínico pediátrico

Epiglottitis due to Haemophilus influenzae type b in the vaccination era: pediatric clinical case

Dr. Sebastián García^a, Dra. Cristina Ciriaci^a, Dra. Gretel Montes^a y Dra. Sofía Corbaz^a

RESUMEN

La epiglotitis aguda infecciosa es infrecuente en la actualidad, debido a la vacunación contra su principal agente etiológico, el *Haemophilus influenzae* b. Se requiere alto índice de sospecha ante el cuadro clínico de dificultad respiratoria, estridor, disfonía y fiebre.

Se presenta a un niño de 2 años, previamente sano, con esquema de vacunas completas, con dificultad respiratoria aguda y estridor laríngeo, en el que, al momento de realizar la intubación, se realizó el diagnóstico de epiglotitis aguda. Con hemocultivos positivos para *Haemophilus influenzae* b, cumplió 13 días de tratamiento con ceftriaxona, con hemocultivos de control y cultivo de líquido cefalorraquídeo negativo.

Palabras clave: epiglotitis, *Haemophilus influenzae* tipo b, estridor, vacunación, niño.

ABSTRACT

Acute infectious epiglottitis is infrequent at present due to vaccination for its main etiologic agent, *Haemophilus influenzae* b (Hib). It must be taken into account when we make a differential diagnosis in a child whose clinical symptoms are respiratory distress, stridor, dysphonia and fever.

We report a 2-year-old child, previously healthy, whose vaccination calendar was complete, and whose clinical presentation included respiratory distress and stridor; at the moment of the intubation the laryngoscopy showed an acute epiglottitis. Blood cultures were taken, which were positive for Hib. He was treated with ceftriaxone during 13 days, and the control blood cultures and cerebrospinal fluid were negative.

Key words: epiglottitis, *Haemophilus influenzae* type b, stridor, vaccination, child.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2019.e403>

Cómo citar: 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):e403-e405.

a. Hospital Interzonal Especializado Materno Infantil "V. Tetamanti", Ciudad de Mar del Plata.

Correspondencia:

Dr. Sebastián García: seba_garcia2003@hotmail.com

Financiamiento: Ninguno.

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 25-7-2018

Aceptado: 23-1-2019

INTRODUCCIÓN

La epiglotitis aguda es una inflamación de cualquiera de las estructuras de la región supraglótica, que da lugar a una obstrucción de la vía aérea y puede causar la muerte.¹⁻³ El agente etiológico más frecuente es el *Haemophilus influenzae* b (Hib). Desde la implementación de las vacunas conjugadas contra el Hib, la incidencia de la enfermedad disminuyó un 99 %. Afecta, principalmente, a niños y a adultos jóvenes < 25 años; se presenta el pico en la edad de 2 a 4 años para la epiglotitis.⁴

El comienzo es brusco con fiebre, disfonía, estridor y dificultad respiratoria marcada. Debido a la baja prevalencia, la gravedad evolutiva y la importancia que tiene su diagnóstico precoz y el manejo oportuno de la emergencia, se presenta el caso.⁵

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente de sexo masculino de 2 años de edad previamente sano. Al momento del ingreso, no se pudieron constatar antecedentes perinatólogicos ni el esquema de vacunación, ya que vivió institucionalizado (cárcel) durante su primer año de vida junto con su madre.

Fue llevado por su abuela a un centro de atención primaria de la salud por un cuadro de horas de evolución de dificultad respiratoria y quejido –afebril–, donde se realizó un tratamiento con budesonida y se decidió su derivación a un centro de mayor complejidad. En la Guardia Externa del Hospital, se planteó como diagnóstico presuntivo un cuadro de laringitis y se indicó el tratamiento sintomático con nebulizaciones con budesonida y adrenalina. Debido a la falta de respuesta terapéutica, se decidió su internación en la Sala de Cuidados Moderados de Pediatría.

Ingresó en regular estado general, reactivo, vigil, lúcido, con estridor laríngeo y marcada dificultad respiratoria con tiraje universal y aleteo nasal, saturando al 98 % con oxígeno con máscara simple. Se planteó como principal diagnóstico laringitis aguda moderada –escala de

Taussig 7-, por lo que se indicó nebulización con adrenalina, ayuno e hidratación parenteral según las necesidades basales y se solicitó la evaluación especializada por el Servicio de Terapia Intensiva Pediátrica.

Dos horas después de su ingreso, el paciente presentó franca desmejoría clínica de su cuadro respiratorio, persistió con marcado estridor laríngeo y agregó cianosis peribucal, irritabilidad y excitación psicomotriz que no permitía la colocación de oxigenoterapia con máscara, por lo que se decidió su traslado a la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP).

Allí, requirió asistencia respiratoria mecánica (ARM); al momento de realizar su intubación, se observó, por laringoscopia directa, un engrosamiento y tumefacción de la epiglotis (Figura 1), por lo que se planteó como diagnóstico diferencial el cuadro de epiglotitis aguda infecciosa. Se solicitó un hemograma, que evidenció glóbulos blancos (GB): 5400/ml (metamielocitos: 6 %; segmentados: 54 %; linfocitos: 30 %); hematocrito (Hto.): 27,9 %; hemoglobina (Hb): 9,8 g/dl; y plaquetas:

194 000/ml; virológico en aspirado nasofaríngeo (negativo) y hemocultivos por dos. Se inició la antibioticoterapia con ceftriaxona y clindamicina.

A las 48 horas después del ingreso, se recibió el informe de hemocultivos positivos para *Haemophilus influenzae*. Clínicamente, el paciente agregó hipoventilación en la base pulmonar izquierda y el tercio medio derecho, por lo que se consideró el cuadro de neumonía multifocal secundaria a bacteriemia. Se decidió solicitar el cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) (negativo), citoquímico de LCR (dentro de los límites normales: 2 elementos/ml) y hemocultivos de control a las 72 horas (negativos). Se suspendió la clindamicina.

Permaneció con ARM durante 3 días, con evolución clínica favorable. Cursando el cuarto día de internación, se decidió su pase a la Sala de Cuidados Moderados.

Durante la internación, el paciente recibió antibioticoterapia con ceftriaxona por 13 días. Se realizó la profilaxis familiar y de los contactos con rifampicina. Se logró certificar el esquema de vacunación del niño completo, motivo por el cual se solicitó el estudio de la inmunidad del paciente. Después de 12 días de internación, se otorgó el egreso hospitalario.

El Servicio de Bacteriología envió la muestra de hemocultivo al Instituto "Dr. Carlos G. Malbrán", donde se confirmó *Haemophilus influenzae* tipo b.

Se realizó el seguimiento ambulatorio por Consultorios Externos de Pediatría e Inmunología, con resultados de virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), proteinograma, dosaje de inmunoglobulina, C3, C4 y subpoblaciones linfocitarias dentro de los límites normales.

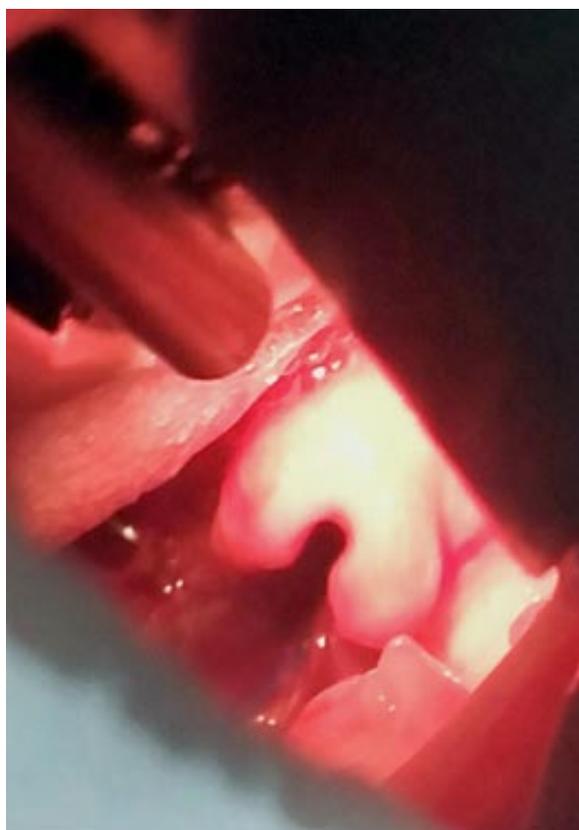
DISCUSIÓN

Se presenta a un paciente con infección invasiva por Hib: epiglotitis aguda.⁶ Si bien, en la era posvacunación, la incidencia de casos había disminuido drásticamente,⁷ en los últimos años, se han reportado reemergencias de las patologías asociadas a este agente etiológico: artritis sépticas, neumonías, epiglotitis y meningitis.⁶⁻⁸

Los factores de riesgo de padecer enfermedad invasiva por Hib son hacinamiento, asistencia a guarderías, anemia drepanocítica, asplenia, infección por VIH, ciertas inmunodeficiencias y neoplasias malignas.^{4,7}

Al analizar los casos presentes en los últimos años, se ha hecho hincapié en evaluar la inmunidad del huésped, las dosis de vacunas

FIGURA 1. Laringoscopia directa: se observa epiglotis con importante eritema y edema



recibidas, el momento de la vida en el que la recibió, el efecto rebaño de la vacunación y las comorbilidades.⁸ En el caso que se ha expuesto, el niño presentaba calendario completo según el Calendario Nacional (3 dosis y 1 refuerzo); su inmunidad fue estudiada y no se encontró ninguna patología asociada.⁹

En la actualidad, se sabe que, desde la introducción de la vacuna contra Hib (en forma de cuádruple conjugada), en 1998, al calendario de inmunizaciones de Argentina, el número de casos descendió significativamente de 400 casos anuales a 16 casos en 2006 (tasa nacional menor de 0,1 caso/100 000 habitantes sostenida desde 1999 a 2011). A partir del año 2011, la tasa de incidencia comenzó a aumentar de nuevo.⁸

Frente a esta situación, surgen los interrogantes de la reincidencia de esta enfermedad¹⁰ y su correspondiente inmunización activa:¹¹ cuál es la eficacia y eficiencia a lo largo de los años, cuál es el momento adecuado para aplicar las dosis y sus respectivos refuerzos, si ha habido modificaciones en el efecto rebaño.

Para poder hallar una respuesta respecto a la reemergencia, es imprescindible realizar un relevamiento de casos a nivel nacional que permita analizar epidemiológicamente la situación que conlleva la infección invasiva de Hib en los niños vacunados de manera adecuada.

El objetivo es la revisión de las características clínicas de la epiglotitis aguda infecciosa para advertir sobre la eventual reemergencia de enfermedades invasivas por Hib, a través de la presentación de un caso clínico pediátrico.

Los médicos pediatras, tanto de atención primaria como de centros de mediana y alta complejidad, deben recordar que el Hib no es una infección eliminada y pensar la epiglotitis como diagnóstico diferencial¹²⁻¹⁵ cuando el cuadro sea compatible, frente a esta nueva reemergencia de una enfermedad que parecía controlada. El caso clínico expuesto pone en evidencia la importancia de sospechar esta entidad, inclusive en los niños con Calendario Nacional de Vacunación completo con las 4 dosis obligatorias de vacuna anti-Hib. ■

Agradecimiento

A la Dra. Paula Médici por las imágenes, fotografías y su desinteresada colaboración.

REFERENCIAS

1. Comité Nacional de Infectología. *Haemophilus influenzae* de tipo b. En *Libro Azul de Infectología Pediátrica*. 4.ta ed. Buenos Aires: FUNDASAP; 2012. Págs.541-9.
2. Azuara Pliego E, Beltrán Rodríguez Cabo O, Gutiérrez Butanda J, Palacio Zurita L. Epiglotitis una urgencia otorrinolaringológica. Presentación de 4 casos. *Acta Pediatr Mex*. 1996; 17(1):42-4.
3. Salamanca Santamaría J, López-Ríos F, Verdaguer Muñoz JM. Epiglotitis aguda mortal por *Haemophilus influenzae*. *An Pediatr (Barc)*. 2011; 74(3):195-6.
4. American Academy of Pediatrics. *Haemophilus influenzae*, infecciones. En Carol B. *Red Book Atlas de Enfermedades Infecciosas en Pediatría*. Buenos Aires: Panamericana; 2009. Págs.146-8.
5. Lalinde Fernández M, Casado Flores J, Riaza Gómez M, Martínez de Azagra M. Epiglotitis aguda. Estudio de 23 casos. *An Esp Pediatr*. 1999; 51(5):543-44.
6. Academy of Pediatrics. *Haemophilus influenzae* infections. In: Pickering LK ed. *Red Book*. 2015. *Report of the Committee on Infectious Diseases*. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015:368-76.
7. Programa Nacional de Control de Enfermedades Inmunoprevenibles; Dirección de Epidemiología; Departamento de Bacteriología Clínica INEL-Anlis-Malbrán. Alerta por aumento de casos de enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* tipo b. Ministerio de Salud; 2012. [Consulta: 10 de febrero de 2018]. Disponible en: www.msal.gov.ar/images/stories/epidemiologia/inmunizaciones/alerta-n5-2012-hib.pdf.
8. Gentile Á, Martínez AC, Juárez M del V, Lución MF, et al. Meningitis por *Haemophilus influenzae*: ¿estamos ante una reemergencia? 24 años de experiencia en un hospital pediátrico. *Arch Argent Pediatr*. 2017; 115(3):227-33.
9. Cruces P, Donoso A, Camacho J, Llorente M. Infecciones invasoras por *Haemophilus influenzae* tipo b después de la incorporación de la vacuna conjugada al Programa Ampliado de Inmunizaciones en Chile. *Rev Chil Infectol*. 2006; 23(1):50-4.
10. Alho OP, Jokinen K, Pirilä T, Ilo A, et al. Acute Epiglottitis and Infant Conjugate *Haemophilus influenzae* Type b Vaccination in Northern Finland. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1995; 121(8):898-902.
11. Wagle A, Jones RM. Acute epiglottitis despite vaccination with *Haemophilus influenzae* type B vaccine. *Paediatr Anaesth*. 1999; 9(6):549-50.
12. Low YM, Leong JL, Tan HK. Paediatric Acute Epiglottitis Re-Visited. *Singapore Med J*. 2003; 44(10):539-41.
13. Narkeviciūtė I, Mudėnienė V, Petraitiniė S. Acute epiglottitis in children: experience in diagnosis and treatment in Lithuania. *Acta Med Litu*. 2007; 14(1):54-8.
14. Guldred LA, Lyhne D, Becker BC. Acute epiglottitis: epidemiology, clinical presentation, management and outcome. *J Laryngol Otol*. 2008; 122(8):818-23.
15. Romero P, Ronco M, Madrid R. Epiglotitis aguda. *Rev Chil Pediatr*. 1991; 62(2):128-31.