

Epiglotite aguda em adulto - Relato de Caso

Relato de Caso

Recebido em 30/01/2011

Aprovado em 01/04/2011

Acute epiglottitis in adults - A case report

Luiz Antonio de Barros¹, Antonio Celso Nunes Nassif Filho², Diego Augusto de Brito Malucelli³, Denise Braga Ribas⁴, Eliza Mendes de Araújo⁵, Emerson Franceschi⁶, Marcelo Charles Pereira⁷

1) Médico otorrinolaringologista

2) Doutor em medicina (Professor PUC/PR, Coordenador da residência de ORL do Hospital da Cruz Vermelha - Filial do Paraná)

3) Mestre (Preceptor do serviço de otorrinolaringologia do Hospital da Cruz Vermelha - Filial do Paraná)

4) Médica residente

5) Médica (Residente em otorrinolaringologia do Hospital da Cruz Vermelha - Filial do Paraná)

6) Médico (residente em otorrinolaringologia do Hospital da Cruz Vermelha - Filial do Paraná)

7) Mestre (Preceptor do serviço de otorrinolaringologia do Hospital da Cruz Vermelha - Filial do Paraná)

Correspondência: Hospital da Cruz Vermelha - Filial do Paraná - Denise Braga Ribas Rua Antenor Guimarães, 175, Pilarzinho, CEP - 82.110-010, Curitiba / Paraná / Brasil

RESUMO

A epiglotite aguda é uma doença relativamente rara em crianças e adultos. É uma inflamação aguda da epiglote, valécula, aritenóides e prega ariepiglótica. O *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) era responsável pela grande maioria dos casos de epiglotite bacteriana. Apresentamos o caso de C.M.R sexo feminino, 35 anos natural de Curitiba, comerciante, deu entrada no PS do Hospital Cruz Vermelha Brasileira Filial Paraná referindo disfonia e disfagia para alimentos sólidos, febre de 39 graus, mialgia generalizada e fleimão em região cervical anterior. A epiglotite apesar de ser considerada como uma doença rara sempre deve entrar como diagnóstico diferencial nos pacientes que apresentam odinofagia e febre acompanhada de toxemia.

Descritores: Epiglotite, Disfonia, Disfagia

SUMMARY

Acute epiglottitis is a relatively rare disease in children and adults. It is an acute inflammation of the epiglottis, vallecula, arytenoids and aryepiglottic fold. *Haemophilus influenzae* type b (Hib) was responsible for most cases of bacterial epiglottitis. Present the case of CMR female, 35 years from Curitiba, merchant, was admitted to the Hospital PS Brazilian Red Cross Branch Parana referring dysphonia and dysphagia for solid food, fever of 39 degrees, generalized myalgia and phlegmon of the anterior cervical region. Epiglottitis despite being considered a rare disease must always enter the differential diagnosis for patients presenting with sore throat and fever accompanied by toxemia.

Keywords: Epiglottitis, Dysphonia, Dysphagia

INTRODUÇÃO

A epiglotite aguda é uma doença relativamente rara em crianças e adultos. É uma inflamação aguda da epiglote, valécula, aritenóides e prega ariepiglótica.

O *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) era responsável pela grande maioria dos casos de epiglotite bacteriana. Com o advento da vacina conjugada contra Hib, a incidência de doença invasiva causada por esta bactéria tem diminuído consideravelmente. Outros agentes propostos são *Streptococcus* dos grupos A,B,C; *Streptococcus pneumoniae*; *Klebsiella pneumoniae*; *Haemophilus influenzae* não tipado; *Candida albicans*; *Staphylococcus aureus*; *Neisseria meningitidis*; varicella

zoster; herpes simplex tipo I; vírus parainfluenza e influenza.

A mucosa da região da epiglote é solta e vascular, a inflamação, irritação e reação alérgica pode rapidamente causar edema e ingurgitamento vascular com localização preferencial na epiglote. Essas manifestações podem levar a uma obstrução gradativamente rápida da via aérea superior.

Quando ocorre envolvimento preferencial de áreas ariepiglóticas podem manifestar-se de maneira indistinguível da epiglotite clássica pelo Hib e estão relacionados a infecção causada pelo *Streptococcus* do grupo A.

A epidemiologia da epiglotite aguda tem mudado significativamente apresentava como pico de incidência dos 2 aos 6 anos,

também com predominância no sexo masculino, atualmente alguns artigos sugerem

Seu aparecimento mais freqüente em adultos devido a incidência ter sofrido profundas modificações com a recomendação rotineira da vacina conjugada.

Estima-se que a incidência da doença invasiva tenha declinado em mais de 95% nos países em que instituíram a vacinação.

Suspeita clínica inclui febre, dor de garganta, odinofagia, falta de ar e estridor. Em poucas horas, o paciente fica com aspecto toxêmico, com disfagia, salivação abundante, ausência de tosse e disfunção respiratória progressiva associada a estridor laríngeo importante, predominantemente inspiratório. Dependendo da faixa etária do paciente acometido, este costuma assumir uma posição sentada com hiperextensão cervical e protusão do mento, para tentar manter a via aérea permeável. À medida que aumenta o grau de hipoxemia, poderemos observar alterações à avaliação do nível de consciência.

Epiglotite aguda deve ser suspeitada em todos os pacientes com história de dor de garganta e odinofagia.

A epiglote do adulto é diferente da criança, a identificação do organismo é menos comum, o curso clínico mais gradual, há menos variação sazonal, o compromisso das vias aéreas é mais raro, o tratamento conservador pode ser contemplado em paciente selecionado.

Existe consenso de que os pacientes em que a obstrução completa da via aérea é iminente venham a necessitar de laringoscopia e suporte de via aérea em um ambiente adequado. Nestas situações, a tentativa de visualização por laringoscopia, para simples confirmação diagnóstica, é formalmente contraindicada. Nos pacientes com apresentação menos dramática, um exame simples da cavidade oral excluiria certas patologias, que poderiam mimetizar a apresentação da epiglotite, como abscessos (periamigdaliano, retrofaríngeo) ou uvulite, sendo portanto medida a ser considerada.

Os estudos de diagnóstico mais úteis são a laringoscopia indireta/flexível nasolaringoscopia e radiografia do pescoço.

Na projeção radiológica frontal, podemos visualizar um afilamento abaixo das cordas vocais causado pelo edema da mucosa, conhecido como o sinal da ponta de lápis. O Rx de tórax é útil para determinar a presença de edema pulmonar, que pode ocorrer pela exagerada pressão negativa intratorácica.

A endoscopia tem sido reservada para quando há suspeita de outro diagnóstico, pois a instrumentação de uma área subglótica edematosa pode precipitar a necessidade de intubação.

A investigação laboratorial complementar é inespecífica e de muito pouco auxílio. O leucograma pode mostrar discreta leucocitose e linfocitose na infecção viral, enquanto que na epiglotite bacteriana há leucocitose com desvio para a esquerda.

No tratamento da epiglotite, se impõe a determinação da gravidade da insuficiência respiratória. A epiglotite, deve ser considerada uma emergência médica e pode requer intubação no momento em que o diagnóstico é estabelecido.

O tratamento antibiótico faz com que haja diminuição do edema da epiglote em 12 a 72 horas. Se o paciente não é imunizado e tem menos de 5 anos, o Hib é o agente etiológico mais provável.

Considerando que até 20% dos Hib são organismos produtores de beta-lactamase, tem-se substituído o esquema tradicional de ampicilina com cloranfenicol por cefalosporinas de segunda ou terceira geração, como cefuroxime (150mg/kg/dia) ou ceftriaxone (100mg/kg/dia). O tratamento deve ser administrado por pelo menos 10 dias. Com a melhora dos sinais obstrutivos e da toxicidade clínica, pode-se optar por uma manutenção do esquema antibiótico, por via oral ou intramuscular, a fim de concluir a terapêutica programada

OBJETIVOS

Descrever relato de caso sobre epiglotite aguda.

MATERIAL E MÉTODO

Revisão bibliográfica sobre epiglotite aguda.

Revisão retrospectiva de prontuário médico.

DESCRIÇÃO DO CASO

C.M.R sexo feminino, 35 anos natural de Curitiba, comerciante, deu entrada no PS do Hospital Cruz Vermelha Brasileira Filial Paraná no dia 05/07/2010 referindo disфонia e disfagia para alimentos sólidos há 3 dias, acompanhada de febre de 39 graus aferida, mialgia generalizada e fleimão em região cervical anterior de aparecimento há 2 dias. No momento da consulta nega tosse, nega dispnéia, nega sialorréia, rinorréia, obstrução nasal, e sintomas otológicos. Ritmo urinário e intestinal normal, sem outras queixas. HMP: cirurgia bariátrica há 3 anos, hipotireoidismo, em uso de eutirox 50mg. Nega tabagismo e etilismo, vacinação completa - sic. Exame físico: Ectoscopia: presença de fleimão em região cervical anterior, normotensa, eupneica, FR: 18 lrpm, hipocorada, afebril, oroscopia: ausência de hiperemia de pilares amigdalinos, ausência de placas, rinoscopia: ausência de secreção visível, discreta tortuosidade septal e hipertrofia de cornetos, otoscopia: membranas timpânicas íntegras com brilho. Diante do exame clínico exposto optamos realizar videolaringoscopia.

Após exame paciente foi internada, por apresentar quadro compatível com epiglotite aguda. (Figuras 1,2,3).

Leucograma na admissão 05/07/2010: leucócitos: 13.270, bastões 6%, segmentados 73% (9687), linfócitos 17% (2256), leucocitose com neutrofilia. Glicemia, plaquetas, rx tórax: normais;

Optamos por tratamento clínico com kefazol 1 ampola E.V de 8/8 horas, profenid 1 ampola I.M de 12/12 horas, novalgina se dor ou febre, paciente teve melhora significativa dos sintomas de disфонia e fleimão em 48 horas, permaneceu afebril durante toda internação. Após 2 dias de antibioticoterapia paciente realizou novo leucograma o qual demonstrou: leucócitos: 7.830,



Figura 1. Visão do corpo estranho fixo ao palato ósseo.



Figura 2 - Fleimão em região cervical anterior.

bastões 4%, segmentados 56% (4385), linfócitos 35% (2741), glicemia e plaquetas: normais. Foi realizada nova videolaringoscopia dia 08/07/2010 o qual demonstrou: diminuição acentuada de processo inflamatório em epiglote.



Figura 3 - Videolaringoscopia após 3 dias de tratamento clínico - Diminuição acentuada do edema e do aspecto inflamatório da epiglote.

Após quatro dias de internamento paciente teve alta hospitalar com axetil-cefuroxima 250mg 12/12 horas prescrito por 7 dias e analgésicos. No momento da alta a paciente apresentava-se assintomática e com exames laboratoriais normais.

CONCLUSÃO

A epiglote apesar de ser considerada como uma doença rara sempre deve entrar como diagnóstico diferencial nos pacientes que apresentam odinofagia e febre acompanhada de toxemia. Devemos estar atentos às mudanças no perfil epidemiológico da doença, pois após a preconização da vacina a epiglote está sendo cada vez mais encontrada em adultos.

REFERÊNCIAS

1. Pradhananga RB, Adhikari P, Sinha BK, Thapa N. Prevalência de Epiglote Aguda e sua Associação com Tuberculose Pulmonar em Adultos em um Hospital Terciário do Nepal. Arq. Int. Otorrinolaringol. 2008;12(4):494-497.
2. Amánteia SL, Silva APP. Manejo Clínico da obstrução da via aérea superior: epiglote e laringotraqueíte. Jornal de Pediatria.1999; 75 (Supl.2): S177-S184.
3. Assunção, Aída R. M. de; Faria, Cecília P. de; Siqueira, Felipe C; Faria, José de C. P. de; Albertino, Sérgio. Epiglote aguda em adulto. Acta: 19(4):204-7, out-dez 2000.