

ID: 236

## **TRAQUEÍTIS BACTERIANA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE**

Pérez Cortizas Á (Speaker) (1), Rivero Ali L (1), Graña Silva F (1), Trabazo Rodríguez S (1), Rodríguez Núñez A (1), López Rivas M (1), Dosil Gallardo S (1), Rivero Calle I (1).

(1) Pediatría, Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela.

### **Presentación**

La traqueítis bacteriana es una enfermedad infrecuente y grave. Supone el 17 % de los ingresos en Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos. Los agentes etiológicos más implicados son el *Staphylococcus aureus* y *Haemophilus influenzae*, siendo éste último más infrecuente. La visualización de secreciones purulentas, espesas y oclusivas fluyendo del área subglótica, establece el diagnóstico. La gravedad del compromiso respiratorio obliga a la intubación en la mayoría de los casos.

### **Caso Clínico**

Se presenta un caso de traqueítis bacteriana en una niña de 5 años. Durante los tres días previos a su ingreso, desarrolla un cuadro de crup, fiebre y pródromos catarrales. Es valorada en varias ocasiones, llegando a recibir corticoterapia oral y adrenalina nebulizada con escasa respuesta. Además se indicó antibioterapia oral por neumonía en lóbulo inferior derecho. A las pocas horas de su ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, y a pesar de medidas terapéuticas iniciales (ventilación mecánica no invasiva, Heliox, adrenalina nebulizada, corticoterapia y antibioterapia sistémica) presenta importante empeoramiento del trabajo respiratorio y enfisema subcutáneo cérvico-torácico. Se realiza nasofibroscopia y TAC cérvico-torácico de urgencia, evidenciándose disminución del calibre de vía aérea a nivel glótico-subglótico además de consolidación en base pulmonar derecha, por lo que se decide intubación orotraqueal y realización de fibrobroncoscopia. La visualización de secreciones purulentas fluyendo de la tráquea, orientó el diagnóstico de traqueítis bacteriana, que fue confirmado por el crecimiento de *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pyogenes* en el cultivo. Se mantuvo con ventilación mecánica invasiva durante siete días, llegando a precisar ventilación de alta frecuencia durante tres días. Recibió tratamiento antibiótico intravenoso con cefotaxima y clindamicina durante quince días. Las secreciones purulentas persistieron durante los cinco primeros días de tratamiento. Se repitió la laringotraqueobroncoscopia visualizándose menos secreciones, y se extubó con éxito a las 48 horas. Tras dos semanas de ingreso fue dada de alta, encontrándose asintomática y con aisladas sibilancias espiratorias residuales. No ha presentado complicaciones posteriores.

### **Conclusiones**

Con este caso de traqueítis bacteriana se pretende recordar la existencia de una enfermedad infrecuente, pero potencialmente grave, que puede llevar a la confusión diagnóstica con otras causas de crup menos graves, y cuyo pronóstico depende del adecuado manejo de la vía respiratoria. Debido a la erradicación de la epiglotitis tras la introducción de la vacuna conjugada contra *Haemophilus influenzae*, la traqueítis bacteriana ha pasado a ocupar un puesto relevante como causante de obstrucción respiratoria aguda grave.