

Supraglotites: Vigilância e tratamento

Supragottitis: Clinical management

Marta Cardoso • Filipe Ramos • Jorge Araújo • Eduardo Cardoso • Margarida Santos

RESUMO

As supraglotites agudas, nas quais se inclui as epiglottites agudas, caracterizam-se por uma infecção aguda da epiglote e tecidos supraglóticos que pode evoluir rapidamente com obstrução da via aérea, sendo eventualmente fatal.

O objectivo deste trabalho foi estudar a apresentação clínica e tratamento efectuado em doentes com patologia infecciosa supraglótica.

Realizou-se um estudo retrospectivo dos processos de doentes internados com o diagnóstico de supraglotite e epiglote aguda entre 2004 e 2009.

Foram analisados os processos clínicos de 78 doentes internados, 56 homens (72%) e 22 mulheres (28%) com idade média de 47,3 anos. Os sintomas mais frequentes na apresentação foram a odinofagia (78%), disfagia (67%) e dispneia/estridor (42%). Ao exame físico verificou-se que 31 (40%) dos doentes se encontravam com febre, sendo os sinais inflamatórios mais exuberantes ao nível da epiglote (74%) e pregas aritenopiglóticas (29%). O tratamento realizado consistiu em vigilância, antibioterapia e corticoterapia (92%). O tempo médio de internamento foi de três dias.

Os sintomas na apresentação da infecção dos tecidos supraglóticos são variados e a sua evolução pode ser potencialmente fatal, pelo que o diagnóstico e tratamento atempado são fundamentais. Um doente necessitou de traqueotomia.

Palavras-chave: supraglotite, epiglote

Marta Cardoso

Interno do Internato Complementar de Otorrinolaringologia do Hospital S. João

Filipe Ramos

Interno do Internato Complementar de Otorrinolaringologia do Hospital S. João

Jorge Araújo

Assistente Hospitalar Graduado de Otorrinolaringologia do Hospital S. João

Eduardo Cardoso

Assistente Hospitalar Graduado de Otorrinolaringologia do Hospital S. João

Margarida Santos

Directora do Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital S. João

Correspondência:

Marta Andreia Rodrigues Cardoso
Hospital S. João E.P.E. – Alameda Prof. Hernâni Monteiro, 4202-451, Porto
Tf: 225512100
e-mail: mrodriguescardoso@hotmail.com

Trabalho apresentado como Comunicação Livre no 57º Congresso Nacional da Sociedade Portuguesa de Otorrinolaringologia e Cirurgia Cérvico-Facial

ABSTRACT

Acute supraglottitis, which include acute epiglottitis, is a bacterial infection of the supraglottic structures that may result in a life-threatening upper airway obstruction, eventually fatal.

This study aims to study the clinical presentation and treatment in patients with infectious supraglottitis.

The clinical charts of patients who were admitted with supraglottitis diagnosis between the years of 2004 and 2009 were analyzed in a retrospective way.

Seventy-eight patients admitted with supraglottitis were studied, 56 (72%) men and 22 (28%) women. Mean age was 47,3 years. The most frequent symptoms were odinophagia (78%), dysphagia (67%) and dyspnea/stridor (42%). Thirty-one (40%) patients had fever on presentation and inflammatory signs were more prominent at epiglottitis. Treatment included vigilance, antibiotics and corticosteroids (92%). The mean hospital stay was three days. One patient needed tracheostomy.

Symptoms at presentation in infectious disease of supraglottic structures can be various and their evolution can be potentially fatal. Diagnosis and treatment in time is important.

Key-words: supraglottitis, epiglottitis

INTRODUÇÃO

A supraglotite aguda, onde se inclui a epiglote aguda, é uma infecção aguda da epiglote e tecidos supraglóticos que pode evoluir rapidamente com obstrução da via aérea, sendo potencialmente fatal. Desde que a vacinação para *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) se tornou parte dos programas de vacinação para as crianças, houve um declínio no diagnóstico desta entidade neste grupo etário, sendo a sua ocorrência mais frequente nos adultos.¹⁻⁴

A incidência de epiglote nos adultos é de cerca de 1/100000 por ano, e a mortalidade varia entre os 6 e 20%⁴, estimando-se que este valor se deva a atrasos no diagnóstico. Está reportado que o primeiro médico a observar um doente com esta patologia apenas faça o diagnóstico correcto em 35 a 70% dos casos⁴. Uma vez que os adultos apresentam uma estrutura da via aérea superior mais rígida e com menor quantidade de

tecido linfóide reactivo, têm menor risco de obstrução que as crianças, porém não existe consenso quanto à necessidade e momento de intervenção na via aérea⁵. A ocorrência de abscesso periepiglótico é uma complicação rara³.

No diagnóstico diferencial de supraglotite aguda podemos considerar várias etiologias, incluindo patologia infecciosa, mas também traumática, química, térmica, auto-imune ou neoplásica^{4, 6-10}.

Os sintomas na apresentação variam, desde febre, odinofagia e disfagia até sialorreia e dificuldade respiratória marcada, com dor à palpação cervical anterior¹. Nos adultos, a visualização da epiglote pode ser realizada por laringoscopia indirecta e, sempre que possível, através de nasoendoscópio flexível. A utilização de radiografia cervical para o diagnóstico de supraglotite apresenta uma baixa sensibilidade (38%) e especificidade (76%)⁴.

O tratamento de supraglotite aguda é controverso, incluindo antibioterapia e tratamento de suporte, mas sem consenso no que respeita à monitorização em cuidados intensivos e à agressividade na manutenção da permeabilidade da via aérea¹.

O objectivo deste trabalho foi estudar a apresentação clínica e tratamento efectuado em doentes com patologia infecciosa supraglótica, nomeadamente a sazonalidade, curso clínico, manutenção da via aérea e complicações desta patologia.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi realizado um estudo retrospectivo dos processos de 78 doentes internados com o diagnóstico de supraglotite aguda e epiglote aguda entre 2004 e 2009 através de pesquisa informática na base de dados hospitalar com o diagnóstico principal "Supraglotite aguda" ou "Epiglote aguda".

RESULTADOS

A população estudada consistiu em 78 doentes, 56 (72%) homens e 22 (28%) mulheres, com uma média de idades de 47,3 anos (mín 17; máx 85 anos). Constatou-se que nos últimos seis anos o número de internamentos por supraglotite aguda permaneceu estável, variando entre 10 e 16 internamentos por ano (figura 1). Os meses em que se verificou maior número de internamentos foram Janeiro e Julho (figura 2). O tempo médio de evolução dos sintomas na apresentação foi de 2,7 dias (mín - 1; máx - 15 dias). Os sintomas mais frequentes foram a odinofagia (78%), disfagia (67%) e dispneia/estridor (42%), mas também se reportaram outros sintomas como disфонia (15%), sensação de corpo estranho faríngeo (13%) e traumatismo em 5% dos doentes

FIGURA 1
Nº de internamentos por Supraglotite Aguda nos últimos 6 anos

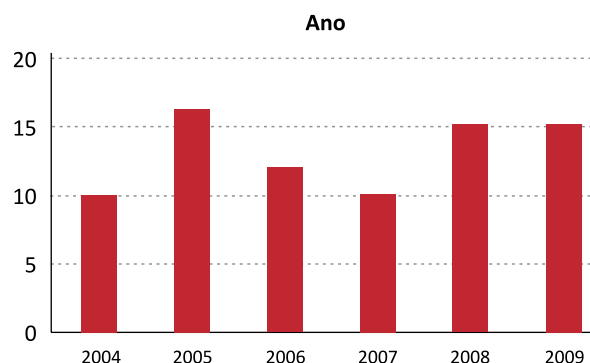


FIGURA 2
Nº de internamentos por Supraglotite Aguda por mês

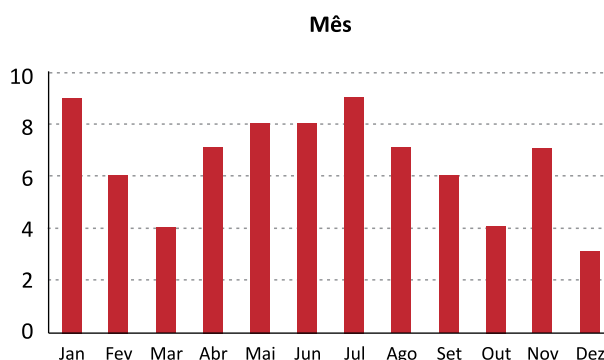
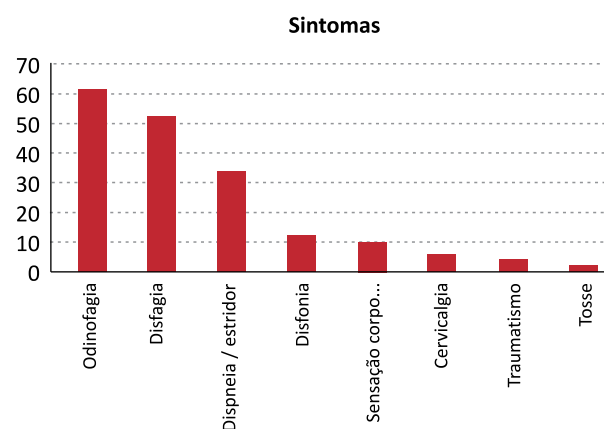
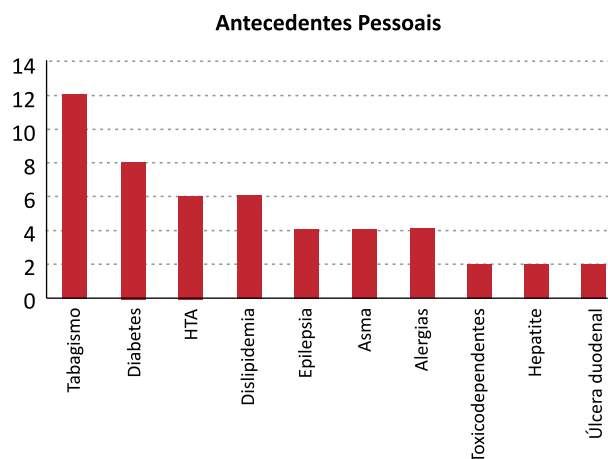


FIGURA 3
Sintomas na apresentação



(figura 3). No que concerne aos antecedentes pessoais, 15% dos doentes eram fumadores, 10% eram diabéticos e 8% apresentavam hipertensão e dislipidemia. Cinco por cento dos doentes eram asmáticos ou apresentavam alergias associadas (figura 4). No exame físico (observação da boca e orofaringe, laringoscopia indirecta e/ou nasofibrosopia), a região laríngea mais atingida era a epiglote (74%), muitas vezes com atingimento de outras estruturas, como as pregas aritenopiglóticas

FIGURA 4
Antecedentes pessoais relevantes



(29%), faringe (19%) e úvula (6%). Quarenta por cento dos doentes apresentava-se febril (figura 5). Todos os doentes estudados foram internados para vigilância de dificuldade respiratória, realizando antibioterapia (cefalosporina na maioria dos casos), corticoterapia, e terapêutica inalatória. O tempo de internamento foi em média de 3,5 dias (mín – 1; máx – 9 dias). Como complicações, a registar um abscesso periepiglotico (figura 6) com necessidade de traqueotomia e um doente com necessidade de intubação orotraqueal para segurança da via aérea. Não houve casos fatais.

FIGURA 5
Alterações observadas no exame ORL de doentes internado por supraglotite aguda

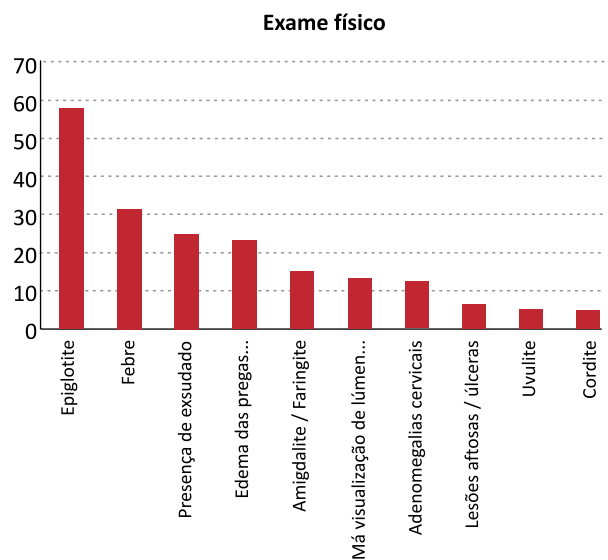


FIGURA 6
Abscesso periepiglotico



DISCUSSÃO

A supraglotite aguda tem-se tornado cada vez mais uma doença dos adultos, provavelmente como resultado da imunização global das crianças para *Haemophilus influenzae* tipo b. Na revisão bibliográfica efectuada, verificou-se um aumento da incidência desta patologia nos adultos, o que se poderá dever a um diagnóstico precoce e mais eficaz desta patologia, bem como ao uso indiscriminado de antibióticos e emergência de resistências polimicrobianas^{3,4}. Nos dados recolhidos do grupo de doentes estudados, verificou-se não haver um aumento significativo da incidência, o que poderá ser explicado pelo curto período de tempo estudado. Também não houve uma sazonalidade evidente, com casos presentes ao longo de todo o ano, embora mais frequentes nos meses de Janeiro e Julho. Na população estudada, houve um predomínio de atingimento do sexo masculino (1:2,5) e a idade média foi de 47,3 anos. Estes dados estão de acordo com a literatura^{1,3}.

Os sintomas reportados na apresentação, odinofagia (78%), disfagia (67%) e dispneia/estridor (42%), são similares a outros estudos, assim como a duração dos sintomas, que foi de 2,7 dias^{3,4}. Contudo, de realçar que existem também apresentações atípicas, como a sensação de corpo estranho faríngeo ou história de traumatismo químico ou térmico, e que apenas um alto índice de suspeição poderá levar ao diagnóstico^{9,10}. Co-morbilidades sistémicas subjacentes e factores de risco subjacentes podem ter algum papel no curso de uma supraglotite aguda, nomeadamente a associação de diabetes com a necessidade de intervenção na via aérea 1 e o aumento desta patologia nos doentes com imunodeficiência⁵. No estudo realizado, verificou-

-se que 10% dos doentes eram diabéticos, 15% eram fumadores, 5% asmáticos e com alergias conhecidas, não se tendo verificado necessidade de intervenção na via aérea nestes doentes. Não houve casos reportados de imunodeficiência apesar de três por cento dos doentes apresentarem problemas de toxicod dependência e hepatite.

O exame físico revelou atingimento infeccioso/inflamatório de várias estruturas laríngeas, sendo a mais frequentemente envolvida a epiglote (74%), razão pela qual na maioria das vezes as supraglotites podem ser referenciadas como epiglótites. De salientar a ocorrência concomitante de faringoamigdalites e uvulites^{11,12}.

O tempo médio de internamento no estudo efectuado foi de 3,5 dias, o que é semelhante a outros estudos¹. O tratamento realizado consistiu em vigilância de sinais e sintomas de dificuldade respiratória, antibioterapia e corticoterapia (em 92%). Os corticóides são administrados muitas vezes num esforço para diminuir o edema supraglótico e assim a possibilidade de obstrução, porém não há dados controlados evidenciando inequivocamente o seu benefício³. Apenas dois doentes tiveram necessidade de intervenção na via aérea, não se encontrando comorbilidades associadas ou sintomas na apresentação preditivos de intervenção na via aérea nestes doentes. Este número foi reduzido em comparação com outros estudos^{1,3-5}. Há a registar a ocorrência de um abscesso periepiglótico com necessidade de drenagem e realização de traqueotomia. Esta complicação é rara. Não houve fatalidades no estudo realizado.

CONCLUSÕES

A supraglotite aguda é uma doença potencialmente catastrófica que anteriormente à introdução da vacina para *Haemophilus influenza* era mais comum em crianças do que em adultos. Pelo perigo de obstrução da via aérea, é necessário um alto índice de suspeição desta patologia e intervenção imediata quando necessário. Na nossa experiência, verificámos que doentes com sintomas moderados e com um diagnóstico atempado de supraglotite podem permanecer em vigilância sem intervenção na via aérea com uma boa recuperação. A intervenção na via aérea foi rara e não houve casos fatais.

Referências bibliográficas

- 1 – Briem Birgir, Thorvardsson Ornolfur, Petersen Hannes, Acute Epiglottitis in Iceland 1983-2005 *Auris Nasus Larynx*, 2009 36: 46-52.
- 2 – Deeb Ziad, Acute Supraglottitis in Adults: Early Indicators of Airway Obstruction, *Am J Otolaryngol* 1997 18 (2): 112-115.
- 3 – Berger Gilead, Landau Tali, Berger Sivan, Finkelstein Y, Bernheim J, Ophir D; The Rising Incidence of Adult Acute Epiglottitis and Epiglottic Abscess, *Am J Otolaryngol* 2003 24: 374-383.
- 4 – Carey Martin, Epiglottitis in Adults, *Am J Emerg Med* 1996; 14: 421-424.
- 5 – Chang Yen-Liang, Lo Shih-Hung, Wang Pa-Chun, Shu Yu-Hsiang, Adult Acute Epiglottitis: Experiences in a Taiwanese Setting, *Otolaryngol Head Neck Surg* 2005 132: 689-693.
- 6 – Youg Lisa, Price Connie, Complicated Adult Epiglottitis due to Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*, *Am J Otolaryngol Head Neck Med Surg*, 2007; 28: 441-443.
- 7 – Myer Charles, Candida Epiglottitis: Clinical Implications, *Am J Otolaryngol* 1997; 18 (6): 428-430.
- 8 – Bower Charles, Suen James, Adult Acute Epiglottitis Caused by *Serratia marcescens*, *Otolaryngol Head Neck Surg*, 1996; 115 (1)156-159.
- 9 – Deutsch Helen, Traumatic Supraglottitis, *Int J Pediat Otolaryngol* 2004; 68: 851-854.
- 10 – Spinale Joseph, Mayo-Smith Michael, Thermal Epiglottitis in Adults: A New Complication of Illicit Drug Use, *J Emerg Med*, 1997; 15 (4): 483-485.
- 11 – Mcnamara Robert, Koobatian Thomas, Simultaneous Uvulitis and Epiglottitis, *Am J Emerg Med* 1997; 15:161-163.
- 12 – Jerrard David, Olshaker Jonathan, Simultaneous Uvulitis and Epiglottitis Without Fever or Leucocytosis, *Am J Emerg Med*, 1996; 14: 551-552.