disminuye si la laringe se eleva o se abre y varía, como es natural, con la edad y con el individuo.

Estructura.- Está compuesta por una parte externa, fibrosa y cartilaginosa y otra interna y mucosa.

La función de la tráquea es servir de conducto para el paso del aire hacia los pulmones, la mucosa que la tapiza recoge las partículas inhaladas y las dirige a la faringe mediante cilios vibrátiles.

L A R I N G O T R A Q U E I T I S

a) Definición y Frecuencia.

La laringotraqueítis es una enfermedad aguda, inflamatoria que, como su nombre lo indica, afecta fundamentalmente la laringe y la tráquea.

Presenta predilección por el sexo masculino, en una proporción de dos a uno, desconociéndose la causa, y afecta primordialmente a niños pequeños, hasta la edad de tres años, generalmente eutróficos.

b) Etiología.

La Etiología es viral en el 85 a 95% de los casos. Los virus que frecuentemente se identifican en esta entidad son los parainfluenzae, encontrándose a continuación - los influenzae, rinovirus, adenovirus y recientemente - se ha descrito que incluso los virus ECHO pueden ser los causantes de este tipo de problemas.

Cuando la etiología no es viral con frecuencia se identifican dos tipos de gérmenes: el Haemophilus influenzae y el Corinebacterium diphteriae. Otros autores también mencionan como agentes causales a los estreptococos

y a otros gérmenes; sin embargo, el concenso es que más bien se trata de infecciones agregadas.

La época en que más frecuentemente se presentan estos cuadros es en el invierno. Un tiempo frío y seco parece favorecer la enfermedad porque el frío produce irritación y hay más susceptibilidad a los virus.

c) Cuadro Clínico.

Las manifestaciones clínicas están constituídas por una triada característica clásica: disfonía con un grado variable de intensidad, tos traqueal, perruna y estridor laringeo. Se puede acompañar de otros datos, como manifestaciones gripales, fiebre e incluso puede complicarse con otro tipo de padecimiento respiratorio.

La evolución típica suele ser la siguiente: hay un período de dos a tres días con cuadro gripal, después se presenta fiebre que de acuerdo al agente etiológico será moderada o alta. Por ejemplo, cuando el agente etiológico es el H. influenzae hay hipertermia con severo ataque al estado general. Después el paciente presenta disfonía, tos traqueal y estridor, los cuales estarán unidos a un grado variable de insuficiencia respiratoria.

Es de llamar la atención que en este tipo de insuficiencia se presenta una retracción xifoidea muy importante, los niños recurren pronto a la musculatura auxiliar, lo que se reconoce por las contracciones de los músculos del cuello y de la nuca, el aleteo nasal así como la ti-

rantez en las fosas supraclaviculares, espacios intercostales laterales y el epigastrio.

La frecuencia respiratoria puede disminuir llegando a ser de 15 a 10 respiraciones por minuto y más tarde puede transformarse en frecuente y superficial. En estos casos el niño suele presentar facie angustiosa, inquietud, disnea, cianosis y más tarde, manifestaciones tóxicas, por lo que pronto cae en un estado de agotamiento que rápidamente puede pasar a la peligrosa fase terminal en la que fracasan la regulación respiratoria y circulatoria.

d) Diagnóstico Diferencial.

Atendiendo a la etiología, ésta puede establecerse recordando que en los casos producidos por el H. influenzae existe una gran afectación al estado general, a su vez, en la exploración física se va a encontrar que el punto de asentamiento del H. influenzae, más que la laringe es la epiglotis, se presenta un área de inflamación vecina, por lo cual proporcionará un dato típico que es la epiglotitis de color rojo cereza edematosa e hiperémica.

Es necesario que en estos niños, cuando se haga la exploración física hay que tratar de visualizar la garganta y la epiglotis.

Esto generalmente hace el diagnóstico etiológico del H. influenzae, lo cual repercutirá en el tipo de trata-

miento. El médico, no obstante, deberá tener cuidado al efectuar esta exploración ya que existe el riesgo de que se presente un espasmo laringeo por maniobras - inadecuadas.

Por su parte, el Corynebacterium diphteriae está muy - relegado como agente etiológico, a causa de las campañas de vacunaciones.

Su cuadro clínico es un poco más insidioso y destaca - la presencia de las membranas características que produce este germen.

EXAMENES DE LABORATORIO Y GABINETE.

En la biometría hemática no se encuentran alteraciones en la fórmula roja causadas por el padecimiento en sí, a la par que habitualmente se encuentra leucocitosis con linfocitosis si la etiología es viral. Por su parte, en caso de que el agente causal sea el H. influenzae hay leucocitosis y neutrofilia más importante.

El estudio radiológico del cuello se toma con técnica- para partes blandas. En este estudio se visualiza edema de la laringe con una disminución de su calibre. -- Algunas veces basta la placa lateral del cuello para establecer el diagnóstico. Este procedimiento también es útil para hacer el diagnóstico diferencial con una epiglotitis, ya que en ésta hay importante aumento del volumen de esta estructura.

El cultivo del exudado faringeo puede ser positivo en casos de difteria o de Haemophilus influenzae. El hemocultivo, cuando el cuadro clínico es causado por es-

te último, suele ser positivo para el mismo en el 70% de los casos.

e) Tratamiento.

Partiendo de la base que la mayoría de las veces la etiología es viral, la primera medida terapéutica será mantener al paciente en ambiente húmedo. Muchas veces esta sola medida junto con el reposo consiguiente, sirve para mejorar la insuficiencia respiratoria. Es importante mantener al paciente en estas condiciones y con un manejo mínimo, pues mientras menos se le moleste mejor evolucionará, cuando la insuficiencia respiratoria es muy severa estará indicado instituir ayuno, dado que la misma insuficiencia puede condicionar fenómenos de broncoaspiración, se alimentará al niño con soluciones parenterales a requerimientos. No suele ser necesaria la oxigenación ya que el problema fundamental es de tipo mecánico.

La administración de antibióticos estará basada en órdenes médicas y justificada solamente cuando se tenga la evidencia que el agente causal es el H. influenzae. En caso de que el bacilo diftérico sea el responsable habrá que administrar la antitoxina diftérica. La ampicilina es el medicamento de elección para combatir el H. influenzae porque tiene una acción de amplio espectro. Se administrará a razón de 200 mgs. por kilo de peso y por día.

Otros antibióticos sólo estarán justificados en caso de complicaciones agregadas. Aún está a discusión el empleo de corticoesteroides por su acción antiinflamatoria. Definitivamente no hay un concenso común respecto a su uso; en ocasiones, cuando se les administra, seguramente su indicación responde más bien a la experiencia del médico tratante que a una necesidad propia del cuadro en sí.

Se ha adoptado en general la costumbre de efectuar la traqueostomía (exceptuando la de urgencia) después de intubación endotraqueal previa.

En muchos casos, la respiración se efectuará en seguida libremente tras la intubación, de modo que se podrá renunciar a la traqueostomía consecutiva en una gran parte de los casos.

f) Complicaciones.

Las complicaciones importantes de la laringotraqueítis se presentan generalmente en las primeras 24 horas; este lapso es la etapa crítica, sin embargo, aunque esta etapa es la fase aguda, algunas manifestaciones de la triada persisten por más tiempo. Por ejemplo, es común que el niño esté afebril a los dos o tres días de tratamiento, pero la tos persiste a veces hasta dos semanas.

En ocasiones el cuadro clínico reviste tal gravedad que no hay tiempo para instaurar las medidas terapéuticas adecuadas. Finalmente la complicación de mayor importancia es la insuficiencia cardiaca, causada fundamen-