

# 2.5

## CRUP / LARINGOTRAQUEÍTIS VIRAL

### SIGNOS Y SÍNTOMAS:

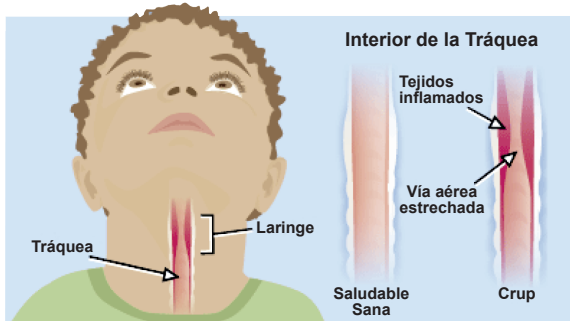
- Inicio súbito de tos tipo perruna. Se acompaña de estridor inspiratorio, voz ronca, alza térmica, distres respiratorio y hasta obstrucción de la vía aérea superior. Los síntomas suelen empeorar en la noche.
- Común en niños entre 6 meses y 3 años de edad. Muy raro en > 12 años.

Signos / Síntomas	Leve	Moderado	Severo
Tos	Ocasional	Frecuente	Muy frecuente
Estridor	No en reposo	En reposo sin agitación	En reposo con agitación o letargia
Retracciones	Ninguna o muy leves	Presentes, costales o supraesternales	Marcadas, retracciones supraesternales
Distres respiratorio	Ninguno	Leve	Moderado a severo con signos de hipoxemia
Estado	Puede comer, beber y jugar	Inquieto, se interesa por el medio	Agitado, muy inquieto o letárgico

Falla Respiratoria Inminente: Cualquiera de los siguientes síntomas; cambios en el estado mental, palidez, taquicardia, apariencia cianótica.

### ETIOLOGÍA

- Virus de influenza A y B y virus de parainfluenza tipo 1, 2 y 3.
- Menos común causado por virus sincitial respiratorio, mycoplasma pneumoniae, adenovirus, rinovirus, enterovirus y virus herpes simple.



Fisiopatología del Crup

### DIAGNÓSTICO

- El diagnóstico es clínico.
- Los estudios de imagen no son necesarios frente a una presentación típica de la enfermedad; en casos de duda una Rx lateral y AP de cuello pueden mostrar un estrechamiento en forma de lápiz del área subglótica.
- Los cultivos virales o tests rápidos antigénicos no se recomiendan para el diagnóstico ni evaluación del paciente.

### TRATAMIENTO

- Mantenga tranquilo al niño, acompañado de sus padres o cuidadores
- En casos severos canalizar una vía intravenosa.

LEVE
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dexametasona 0,6 mg/Kg VO.</li> <li>- Educar a cuidadores sobre signos de alarma.</li> <li>- Manejo ambulatorio</li> </ul>
MODERADO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimizar intervenciones.</li> <li>- Proveer una posición de confort.</li> <li>- Dexametasona 0,6 mg/Kg VO.</li> <li>- Mantener en observación 4 horas hasta observar mejoría (sin estridor en reposo, sin retracciones).</li> </ul>
SEVERO
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Minimizar intervenciones.</li> <li>- Proveer una posición de confort.</li> <li>- Oxígeno si hay cianosis.</li> <li>- Nebulizar con Epinefrina Racémica 2.25% 0.5 cc en 2.5 cc Sol. Sal. 0.9% o L-Epinefrina 1:1000 (5cc).</li> <li>- Dexametasona 0,6 mg/Kg VO.</li> <li>- En caso de intolerancia oral, budesonida 2mg nebulizada.</li> <li>- Si no hay buena respuesta inicial a epinefrina, repetir nebulización y hospitalizar (posible UCI)</li> </ul>

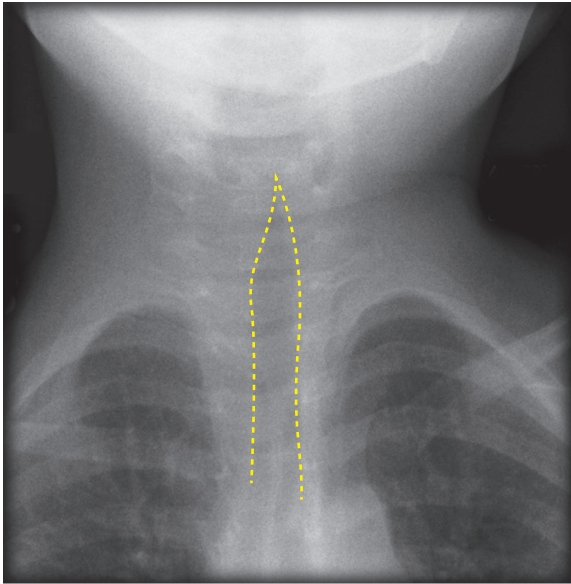


Imagen en punta de lápiz o signo del campanario

### Criterios de Hospitalización:

- Absolutos:
  - Compromiso respiratorio significativo  $\geq 4$  horas luego de administrar corticoides, demostrado por retracciones esternales o estridor audible en reposo.
- Relativos:
  - Padres o cuidadores viven muy lejos del hospital o dificultades de transporte.
  - Múltiples visitas a la emergencia en las últimas 24 horas.
  - Exagerada ansiedad de los padres o cuidadores.
  - Probable inadecuada observación en el hogar.
- Complicaciones:
  - Intubación  $<1\%$  de los casos adecuadamente manejados.
  - Paro cardiorespiratorio en casos de inadecuado manejo.
  - En muy raras ocasiones puede presentarse neumonía.

### PERLAS:

- Fiebre alta, apariencia tóxica y pobre respuesta a la epinefrina sugiere traqueítis bacteriana.
- Inicio súbito de síntomas, fiebre alta, ausencia de tos perruna, disfagia, babeo y ansiedad sugiere epiglottitis.
- La dexametasona puede ser administrada oral o intramuscular, dosis múltiples no ofrecen beneficio adicional.
- La dexametasona reduce la tasa y duración de intubaciones, hospitalizaciones, duración de los síntomas y reingresos.
- La budesonida no ofrece mayores ventajas a la dexametasona, es más costosa pero es útil en casos de intolerancia oral y puede ser administrada en forma simultánea en nebulización con la adrenalina.
- La epinefrina racémica y L-epinefrina son equivalentes en términos de eficacia y seguridad.
- Antibióticos y antitusígenos no son recomendados para tratamiento del crup.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Pitluk JD, Uman H, Safranek S. Clinical inquiries. What's best for croup? J Fam Pract. 2011 Nov;60(11):680-1
2. Rajapaksa S, Starr M. Croup - assessment and management. Aust Fam Physician. 2010 May;39(5):280-2.
3. Bjornson, C.L. and Johnson, D.W. (2008) Croup. Lancet 371(9609), 329-339
4. Walker DM. Update on epinephrine (adrenaline) for pediatric emergencies. Curr Opin Pediatr. 2009 Jun;21(3):313-9.