

Laringites

1. Introdução:

- faixa etária : 06 meses a 06 anos
- predomínio: sexo masculino
- mais freqüente nos meses frios
- 5 a 10% necessitam hospitalização
- 1 a 2% intubação

2. Etiologia:

- laringotraqueobronquite viral: parainfluenza 1, 2 e 3, influenza A e B, adenovírus e VSR
- traqueítes bacterianas: S.aureus, S.pneumoniae e H. influenzae
- Laringite espasmódica : resposta alérgica ou viral

Fisiopatologia:

Vírus +citotoxicidade – tropismo ao epitélio ciliado – região Subglótica.

Resposta inflamatória – PMN + monócitos – congestão vascular e edema – associação com espasmo muscular laríngeo

Resultado: Obstrução das vias aéreas

Quanto ao “espasmo” muscular:

Hipersensibilidade ao vírus – liberação mediadores

Laringo-tráqueobronquite bacteriana – primária ou superinfecção

Laringite viral	Laringotraqueo- bronquite bacteriana	Laringite Estridulosa	Epiglotite
<p>História familiar,quadro de IVAS, início após 12-48 horas,com surgimento de tosse rouca(ou ladrante), estridor inspiratório, que pode progredir para expiratório. Pode haver agitação, sudorese e cianose.</p>	<p>Acúmulo de secreção purulenta.Segue um quadro de IVAS, após +/- 4 a 6 dias, com surgimento de tosse ladrante, febre alta, toxemia, desconforto respiratório grave.</p>	<p>1 a 3 anos História familiar, início súbito, tosse metálica,ausência de febre e de toxemia, com sintomas de curta duração (+/-6h) que tendem a repetirem-se à noite.</p>	<p><5 anos,febre, voz abafada, sialorréia, disfagia, postura sentada, protusão do mento, boca semi-aberta , estridor insp, retrações, ausência de tosse,toxemia prostração</p>

Diagnóstico:

Clínico

Exames complementares:

- Hemograma
- Hemogasometria
- Hemocultura
- Pesquisa de vírus
- Bacterioscopia e cultura para *C.diphthriae*

Radiologia:

- Sinal da torre de igreja

Diagnóstico Diferencial:

Epiglotite

Difteria

Abscesso retrofaríngeo e peritonsilar

Obstrução por corpo estranho

Tratamento:

Ambulatorial: umidificação do ar
maior oferta hídrica
alimentação fracionada
anti-térmicos

Tratamento Hospitalar

A B C

1. Avaliar vias aéreas – posição confortável
2. O₂ sob máscara com oximetria de pulso contínua
3. Hidratação venosa – 70% do basal nos casos graves

Terapia Inalatória

Adrenalina Racêmica 1:10.000

Dose: 0,5ml diluído em 3 a 4ml de SF a 0,9%

Pico de ação em 30min – duração de 2 horas

Adrenalina 1:1000 (disponível em nosso meio)

Dose: 1 a 3 ml , diluídos em 3 a 5 ml de S.F.0,9%

Pico de ação em 30min, duração de 1 hora

Repetir de 1 em 1 hora , quantas vezes forem necessárias

Mecanismo de ação: estimulação receptores alfa

CORTICOSTERÓIDES

Dexametasona: 0,3 a 0,6mg/Kg/dose, EV, IM ou VO

Manutenção(uso domiciliar): 0,15mg/Kg/dia, dividido de 06/06horas

Budesonida: 2mg (uso inalatório) de 12/12horas

Laringo-traqueobronquite Bacteriana

Intubação: indicada na presença de $PaO_2 < 60\text{mmHg.}$, com uma $FiO_2 > 60\%$, associados a cianose, agitação, palidez, prostração, taquicardia e taquipnéia.

Usar cânula de diâmetro 0,5 a 1mm menor do que o recomendado para a idade.

Internamento em UTI

Antibióticoterapia: Oxacilina + cefalosporina de terceira geração

Ou Oxacilina + cloranfenicol

Ou amoxicilina+ clavulanato

Epiglotite

Intubação segue as mesmas indicações da LTB

Deve ser realizada por profissional habilitado

O paciente pode ser mantido em CPAP, com FiO₂ de 21 a 40%

Esquema antibiótico

Cefuroxima – 150mg/kg/dia

Cefotaxima – 150mg/kg/dia

Ceftriaxone – 100mg/kg/dia

Sedação:

Hidrato de Cloral – 20 a 40 mg/kg, a cada 4 ou 6 horas

Infusão contínua de midazolam