

## A EVOLUÇÃO CLÍNICA DA EPIGLOTITE NA EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

Kauanny Fernandes Lima<sup>1</sup>; Hyalla Kayoma Fernandez Roussenq<sup>1</sup>; Bruna Garcia Vilar de Magalhães<sup>1</sup>; Camila Froes Correa<sup>1</sup>; Caroline Warpechowski Lazaroto<sup>1</sup>; Karoline Lopes Lellis de Medeiros<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Acadêmicas de medicina da Universidade de Cuiabá UNIC.

**Introdução:** A epiglotite é uma inflamação da epiglote, em seu agente infeccioso *Haemophilus influenzae* do tipo B, frequente no sexo masculino, dos 2-6 anos apresentando rápida evolução para obstrução das vias aéreas com letalidade variando de 5-10% dos casos. Objetiva-se atualizar o leitor sobre dados na diminuição da frequência de epiglotite pediátrica, englobando definição, tratamento e diagnóstico diferencial dessa emergência. **Métodos:** Revisão de literatura nas bases SCIELO e PubMed, utilizando os descritores: epiglotite e emergências pediátricas. **Resultados:** No quadro clínico a criança previamente hígida, apresenta subitamente dor de garganta e febre alta, evoluindo de 2-6 horas para disfagia e dispneia frequentemente associados a sialorréia, hiperextensão cervical, estridor inspiratório e disfonia. Os sintomas são mais acentuados do que na laringotraqueobronquite viral, seu principal diagnóstico diferencial, tendo sintomas como tosse ladrante, estridor e voz rouca, confundido também com corpo estranho, asma ou faringite. Abordando ainda a epiglotite, pode-se complicar e tornar uma obstrução aguda grave, seja por edema da epiglote, pela excessiva salivação espessa criando uma rolha de secreção, pela tentativa de examinar a via aérea ou até mesmo o estresse da própria criança. Na suspeita de epiglotite o exame de visualização da orofaringe não está indicado, devendo ser encaminhado a sala de emergência seguindo o tratamento. O diagnóstico é clínico, podendo realizar uma radiografia cervical em perfil, que mostra o sinal do polegar e as culturas geralmente se apresentam positivas. A terapêutica baseia-se na antibióticoterapia e manutenção das vias aéreas pervias que pode ser realizada através da utilização de oxigênio, hélio e adrenalina nebulizada, comumente se faz necessário a intubação naso ou orotraqueal por um período de 48-72 horas, raramente utiliza-se a traqueostomia. A vacina é a profilaxia mais eficiente, notória a mudança na prevalência da patologia após a introdução da Hib em 1992, que levou a redução de 80-90% dos casos, tornando atualmente mais frequentes os agentes *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus*. **Conclusão:** Conclui-se que o fator letal da epiglotite é a dificuldade diagnóstica e a evolução rápida para obstrução das vias aéreas por fatores muitas vezes iatrogenicos. A implementação da vacina no calendário gerou uma drástica redução dos casos, além da alteração dos agentes infecciosos.