REVISION CLINICA DE 210 HISTORIAS DE
LARINGO-TRAQUEO-BRONQUITIS INFECCIOSA*

DR. ANTONIO PRADO VÉRTIZ
DR. PABLO MURILLO PULIDO

INTRODUCCION

La laringo-traqueo-bronquitis infecciosa constituye una de las emergencias pediátricas cuya atención oportuna implica mayor urgencia. Dicha situación por las condiciones sanitarias climatológicas propias de nuestro medio, se ha hecho cada vez más frecuente y dada la trascendencia que el problema puede alcanzar, hemos creído conveniente realizar una revisión del panorama actual del padecimiento y una evaluación de las medidas terapéuticas que se realizan en el Hospital Infantil.

MATERIAL Y MÉTODOS

El material procede de las archivos clínicos del Hospital Infantil de México, D. F.

Se hizo una revisión de la incidencia de la enfermedad en el Hospital de 1943 a 1956.

Analizándose las historias que ostentaban el diagnóstico laringo-traqueo-bronquitis en el período de tiempo de enero de 1956 a enero de 1957, se excluyeron expresamente las laringo-traqueo-bronquitis infecciosas de origen diftérico, por constituir otro problema especial. Después de efectuada esta separación contamos con 210 historias en las cuales se analizaron los siguientes factores: edad, sexo, procedencia, variación estacional, sintomatología, evolución, complicaciones y tratamiento.

* Leído en la Sesión del 31 de julio de 1957.

Edad: Se analizaron los distintos grupos de edades, para fijar cuál es en el Hospital Infantil, la edad más frecuente en la que se presente el padecimiento.

Sexo: Se analizó el sexo de los enfermos buscando la predominancia o no del padecimiento en uno de ellos.

Procedencia: Se fijaron en el mapa del Distrito Federal, los distintos lugares de procedencia de cada enfermo. Con objeto de formar grupos comparativos, se dividió la ciudad de México, en cuatro grandes cuadrante, para lo cual, se trazaron dos ejes, uno de norte a sur y otro de oriente a Poniente, que tuvieron su intersección, en el cruce de las avenidas Bucareli y Chapultepec, de éste punto se trazó un círculo arbitrario que titulamos como centro y que contenía: hacia el norte, los barrios o colonias de Peralvillo, Guerrero, Santa María y San Rafael; hacia el sur, las colonias Alamos, Narvarte, Vista Alegre, Obrera y Doctores; hacia el oriente, los barrios de la Merced y Balbuena y hacia el Poniente, las colonias Cuauhtémoc, Anzures, Juárez, Roma y Del Valle.

Variación estacional: Las admisiones fueron registradas según su fecha, en grupos de tres meses, para corresponder a las cuatro estaciones del año y obtener la mayor o menor frecuencia en cada una de ellas.

Sintomatología: Cada uno de los síntomas registrados en la historia, fue anotado como un punto, sumando después los resultados, para obtener una orden de frecuencia. Cabe hacer notar que los casos que ingresan al Hospital, son siempre graves, por lo que los resultados pueden ser comparativos.

Evolución: Como dato de juicio en este aspecto, se tomaron, primero, mortalidad y segundo duración de la hospitalización.

Complicaciones: Se anotaron cada una de las complicaciones señaladas en los distintos casos, estableciendo con ellas un orden de frecuencia.

Tratamiento: Se analizaron las dos conductas terapéuticas seguidas: médica y quirúrgica.

El tratamiento médico consistió, en colocación del paciente en cámara de ambiente húmedo-frío, con una saturación de humedad de 90% y temperatura ambiente no superior a 22 grados (cámara húmeda de la sección C de la sala de contagiosos I). A los pacientes allí internados se les dividió en dos grupos, para la administración de antibióticos, esta división se hizo al azar, sin tomar en cuenta la gravedad del cuadro o las complicaciones que presentaran, colocándose alternativamente en uno y otro grupo, según su orden de llegada. El primer grupo fue tratado con antibióticos (penicilina, estreptomina y sulfadiazina), administrando los primeros, por vía parenteral y el último por vía oral a las dosis clásicas recomendadas en pediatría (penicilina sódica 25,000 UI, por kilo y por día; estreptomina 40 mg por kilo y por día y sulfadiazina 20 mg por kilo y

por día), prolongando el tratamiento durante el tiempo en que se presentaron manifestaciones de infección activa.

El segundo grupo fué tratado con antibióticos administrados en forma de aerosoles, siendo el tratamiento con penicilina, cloranfenicol y tetraciclina,* no escogiéndose para la elección del antibiótico, ningún caso en particular. La penicilina se administró a la dosis de 50,000 U.I., disueltas en 5 cm³ de solvente, aplicando una nebulización cada cuatro horas; el cloranfenicol se administró a la dosis de 50 mg por Kg y por día en dosis fraccionadas y en nebulizaciones cada cuatro horas y la tetraciclina se administró a dosis de 30 mg por Kg y por día en dosis fraccionadas y nebulizaciones cada cuatro horas. La nebulización se hizo mediante un nebulizador Pen-I-Sol de cámara cerrada, utilizando oxígeno a la presión de cinco litros por minuto como impulsor del nebulizador.

El tratamiento quirúrgico consistente en traqueotomía baja, por la técnica de Chevalier Jackson; se aplicaba sólo en aquellos pacientes en que la insuficiencia respiratoria alcanzaba tal gravedad que implicaba riesgo para la vida o en aquellos que sin presentar insuficiencia respiratoria grave, lo evolutivo del proceso hacía sospechar un riesgo severo.

Los dos grupos, según el tratamiento médico recibido, se analizaron en forma comparativa, tomando en cuenta, gravedad del cuadro inicial, evolución de los síntomas por separado y del paciente en conjunto, de las complicaciones, de la frecuencia con que fué necesario hacer traqueotomía y de la condición final.

Los casos así analizados fueron objeto de evaluación estadística, vertiéndose los resultados en las tablas que se exponen a continuación.

RESULTADOS

1. Distribución por edades (Tabla 1) en la que se encuentra que la máxima incidencia se presenta entre los 6 meses y 3 años.

TABLA 1. INCIDENCIA POR EDADES

<i>Edad</i>	<i>Núm. de casos</i>	<i>Porcentaje</i>
De 0 a menos de 6 meses	17	8 %
De 6 meses a menos de 1 año	43	20.5%
De 1 año a menos de 2 años	60	28.6%
De 2 años a menos de 3 años	43	20.5%
De 3 años a menos de 4 años	25	11.9%
De 4 años a menos de 5 años	8	3.8%
De 5 años a menos de 6 años	4	1.9%
De más de 6 años	1	4.8%

* El succinato de quemisetina y la acromicina soluble empleados fueron proporcionados expresamente para este estudio por cortesía de las casas Erba y Lederle, de México.

2. Distribución por sexo (Tabla 2), en la que se observa un amplio predominio en el sexo masculino.

TABLA B. INCIDENCIA POR SEXO

<i>Edad</i>	<i>Masculino</i>	<i>Femenino</i>
De 0 a menos de 1 año	43	17
De 1 año a menos de 2 años	38	22
De 2 años a menos de 6 años	55	25
De más de 6 años	7	3
Totales:	143 (68.1%)	67 (31.9%)

3. Procedencia (Tabla 3). En la que se hace patente un predominio de las zonas centro y oriente.

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN POR SECTORES

<i>Procedencia</i>	<i>Núm. de casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Centro	53	25 %
Nor-Oriente	49	23.5%
Sur-Oriente	46	22 %
Nor-Poniente	31	15 %
Sur-Poniente	27	12.6%
Foraneos	4	1.9%
Totales:	210	100 %

4. Incidencia estacional (Tabla 4), en la que se observa una mayor incidencia entre los meses de octubre a febrero.

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN POR MESES

<i>Meses</i>	<i>Núm. de casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Enero	22	11.6%
Febrero	17	8.9%
Marzo	15	7.9%
Abril	12	6.4%
Mayo	9	4.8%
Junio	11	5.8%
Julio	12	6.4%
Agosto	9	4.8%
Septiembre	7	3.7%
Octubre	18	9.5%
Noviembre	28	14.8%
Diciembre	29	15.4%

5. Estado nutricional (Tabla 5), en la que se hace ver la frecuencia de la desnutrición en la serie estudiada.

TABLA 5. INCIDENCIA NUTRICIONAL

<i>Estado de nutrición</i>	<i>Núm. de casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Eutróficos	118	56.2%
Desnutridos de primer grado	71	34 %
Desnutridos de segundo grado	18	8.4%
Desnutridos de tercer grado	3	1.4%
Totales:	210	100 %

6. Cuadro clínico (Tabla 6); las manifestaciones clínicas sobresalientes quedan expresadas en la siguiente gráfica.

TABLA 6. CUADRO CLÍNICO

<i>Síntomas</i>	<i>Núm. de casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Disfonía	210	100 %
Tos traqueal	205	97.6%
Díspea	200	95.2%
Fiebre	197	93.8%
Politiro	193	91.9%
Estrído laríngeo	193	91.9%
Aleteo nasal	154	73.3%
Cianosis	90	42.9%

7. Estudio de laboratorio (Tablas 7 y 8). Los análisis que rutinariamente se practicaron fueron: biometría hemática, cultivo de exudado faríngeo y Mantoux al 1×1000 .

TABLA 7. BIOMETRÍA HEMÁTICA

<i>Elementos</i>	<i>Núm. de casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Leucocitosis	106	50.4%
Linfocitosis	32	15.4%
Neutrofilia	52	24.7%
Eritropenia	36	17.1%
Hemoglobinopenia	36	17.1%

TABLA 8. EXUDADO FARÍNGEO

<i>Gérmenes</i>	<i>Núm. de casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Estafilococo. Aureuscoagulasa positiva	41	19.5%
Estreptococo viridans alfa hemolítico	28	13.3%
Escherichia coli	4	2 %
Diplococo. Neumonias	2	1 %

El mantoux al 1 por 1 000 resultó positivo en 16 casos (7.6%).

En sólo 120 enfermos de la serie estudiada se hizo estudio bacteriológico de la secreción laríngeo-tráqueo-brónquica extraída por aspiración, practicándose en todos estos casos frotis y cultivo, y arrojando los datos siguientes: (Tabla 9).

TABLA 9. SECRECIÓN LARINGO TRÁQUEO BRÓNQUICA

<i>Gérmenes</i>	<i>Núm. de casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Estreptococo. Alfa hemolítico	84	70 %
Estafilococo	52	43.3%
Estreptococo beta hemolítico	16	13 %
Neumococo	8	6.6%
B.A.A.R.	6	5 %
No hubo gérmenes	12	10 %

8. Tratamiento. El tratamiento médico tuvo un promedio de duración hospitalaria de 7.9 días, reportándose de los 184 casos tratados, sólo tres muertos.

El tratamiento quirúrgico tuvo una duración hospitalaria de 25.6 días y se reportaron de los 26 casos tratados por este medio, tres muertos.

9. Complicaciones (Tablas 10, 11 y 12).

TABLA 10. TRATADOS POR VÍA PARENTERAL Y ORAL

<i>Complicaciones</i>	<i>Núm. de casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Bronconeumonía	15	8.1%
Estenosis subglótica	5	2.7%
Paresia de cuerdas vocales	4	2.1%

TABLA 11. AEROSOLTERAPIA

<i>Complicaciones</i>	<i>Núm. de casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Bronconeumonía	2	1.8%
Estenosis subglótica	2	1.8%
Paresia de cuerdas vocales	2	1.8%

TABLA 12. TRAQUEOTOMÍA

<i>Complicaciones</i>	<i>Núm. de casos</i>	<i>Porcentaje</i>
Neumomediastino	13	50 %
Bronconeumonía	14	53.8%
Enfisemasubcutáneo	11	42.3%
Neumotórax	4	15.3%
Estenosis subglótica	4	15.3%
Paresia de cuerdas vocales	2	7.7%

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Sexo. La predominancia del sexo masculino ya había sido señalada por otros autores;¹ no es posible tener una explicación sobre este hecho, por los siguientes factores:

- a) El ingreso de enfermos masculinos y femeninos en el Hospital Infantil es sensiblemente igual.²
- b) En otras revisiones de otros padecimientos la distribución por sexos ha sido más o menos igual.
- c) El modo de vida, habitación, nutrición, etc., es igual para el niño y la niña de las edades señaladas en la ciudad de México.
- d) No ha sido reportada diferencia anatómica en el conducto laríngeo tráqueo brónquico de la niña o del niño.

Procedencia. El mayor contingente de enfermos proviene de la parte Oriente de la población, estos sectores de la ciudad, son los más bajos y reciben los vientos dominantes sin protección florestal o geológica alguna; son la puerta de entrada de las tormentas de polvo (tolvaneras) que frecuentemente azotan la ciudad de México. Por otra parte, es un sector desprovisto de jardines, parques y fuentes, con calles mal pavimentadas y cuya riqueza en polvo y sequedad atmosférica es considerable.

Incidencia estacional. Según la tabla observada el mayor aumento en la admisión de estos casos correspondió a los meses de Octubre, Noviembre, Diciembre, Enero y Febrero; debiéndose hacer notar que estos meses en la ciudad de México, corresponden al período invernal, con gran sequedad de atmósfera y aumento considerable de afecciones respiratorias que seguramente juegan un papel muy importante en la etiología del padecimiento.

Estado nutricional. La cifra obtenida de desnutridos es la habitual en las revisiones practicadas en el Hospital Infantil, ya que su población hospitalaria, por motivos económicos y sociales, son en su gran mayoría desnutridos de primero y segundo grado.

Sintomatología. La sintomatología señalada correspondió exclusivamente a enfermos que presentaron insuficiencia respiratoria. El mecanismo etiopatogénico de la misma, podíamos considerarlo en diversas etapas.

La obstrucción inflamatoria laríngea, es revelada por los datos de fiebre, disfonía y tos. Esta obstrucción respiratoria produce una anoxia anóxica con aumento del anhídrido carbónico y disminución del oxígeno circulante: Si la cantidad de hemoglobina es suficiente, ésta será transformada en metahemoglobina y se producirá cianosis. Por otra parte, el aumento de anhídrido carbónico al excitar el centro respiratorio, producirá una mayor amplitud y frecuencia de los movimientos respiratorios, ésto a su vez, aumenta la presión negativa intrapleural, que al no ser compensada por entrada suficiente de aire, producirá la retracción de los espacios intercostales, hueco epigástrico, territorio periclavicular, etc., produciéndose el fenómeno de tiro. La fiebre, la inquietud y el ejercicio muscular respiratorio, produce una mayor cantidad de anhídrido carbónico que a su vez continuará excitando el

centro respiratorio, el cual después de un tiempo variable presenta, primero fatiga, después, paro.

Esta sintomatología así descrita se presenta por etapas progresivas, que para fines didácticos agrupamos en cinco incisos.

a) Disfonía, estridor, tos traqueal y fiebre (inflamación laríngea).

b) Se une a lo anterior tiro supraesternal sin ansiedad.

c) El tiro supraesternal es más marcado, se presenta tiro intercostal y tiro epigástrico, la facies es ansiosa, el niño presenta estado de inquietud y vigilia.

d) Los tiros se hacen más marcados, el enfermo tiene dificultad para respirar, adoptando aptitudes que le faciliten los movimientos respiratorios, siendo la inquietud extrema.

e) Aumenta la intensidad de todos los síntomas descritos, la facies es ansiosa tomando un color gris ceniza, la cianosis en caso de no haber anemia hipocrómica, se presenta en labios y extremidades, el niño rechaza líquidos, hay insomnio y abandono, presentando paro respiratorio y frecuentemente la muerte en estos períodos.

Los ingresos al Hospital Infantil de laringo tráqueo bronquitis infecciosa, corresponden exclusivamente a estas tres últimas etapas, lo que dá el rubro de grave a esta infección.

Evolución y tratamiento. De las dos formas de tratamiento médico, en la que se empleó aereosolterapia los resultados fueron mejores en lo que respecta a regresión de los síntomas observados, menor número de complicaciones y duración de hospitalización, etc. La evaluación de los distintos antibióticos empleados será motivo de otro trabajo. El ambiente húmedo usado en ambos grupos, con las características señaladas de temperatura y humedad, tuvo un resultado definitivo.

Llama la atención la ausencia de desequilibrio hidroelectrolítico observado en los niños estudiados a pesar de encontrarse presentes diversos factores deshidratantes. Nosotros pensamos y será motivo de nuevo estudio que la absorción alveolar de agua, es un factor rehidratante de primera categoría.

Tratamiento quirúrgico. Es alarmante observar el número considerable de complicaciones señaladas y la alta mortalidad, sin embargo, debe reportarse que la mayoría de estos enfermos fueron sujetos a la intervención quirúrgica en estado de gravedad extrema.

De todas maneras la cifra de mortalidad expresada no rebasa en mucho a las señaladas por diversos autores.

RESUMEN

Se revisaron 210 historias de pacientes con laringo tráqueo bronquitis infecciosa internados en el Hospital Infantil de la ciudad de México; el material fué dividido en dos grupos de acuerdo con la forma de administración del tratamiento antibiótico empleado, separando de estos grupos aquellos que habían sido objeto de intervención quirúrgica (traqueotomía).

Se analizaron los datos clínicos y etiopatogénicos sobresalientes, vertiéndose en tablas y gráficas los resultados obtenidos. Se concluyó que la aerosol-terapia resulta significativamente más útil que la administración de antibióticos por otras vías y se encontró que los casos tráqueotomizados, no obstante no presentar un gran índice de mortalidad sí reportaron una alta cifra de complicaciones.

REFERENCIAS

1. Pérez, R. A., De la Torre, J. Laringo-Tráqueo-Bronquitis Aguda Infecciosa. Rev. Mex. de Ped. Vol. 20, Enero-Dic. 1951.
2. Archivos Clínicos del Hospital Infantil.

*REVISION CLINICA DE 210 HISTORIAS DE LARINGO
TRAQUEO BRONQUITIS INFECCIOSA*

COMENTARIO AL TRABAJO DEL DR. ANTONIO PRADO VÉRTIZ*

DR. RIGOBERTO AGUILAR P.

EN su interesante trabajo, el Dr. Antonio Prado Vértiz nos da a conocer las características con que se presenta en la Ciudad de México este padecimiento singular de la infancia, que ha planteado y sigue planteando, tanto al médico general como al pediatra y al laringólogo, diversos problemas de orden etiológico, clínico y terapéutico.

Confundido hasta principios de este siglo en el grupo de las obstrucciones laringeas-difétricas, aunque ya Bland en 1826 trató de independizarlo, han sido los trabajos realizados durante los últimos 30 años por diversos clínicos e investigadores, entre los que citaremos a Baum, quien sugirió el nombre de laringo-traqueo-bronquitis; Arden, Brennemann, Davison; Chevalier Jackson y colaboradores, Neffson y otros más, los que han determinado sus características separándolo del crup-difétrico, de la laringitis estridulosa y de los otros padecimientos en que existe obstrucción laringea.

Las estadísticas de los diversos autores, y la presentada en este trabajo por el Dr. Prado Vértiz, muestran su mayor frecuencia en los tres primeros años de la infancia, o mejor dicho, de los seis meses a los tres años.

Razones de orden inmunológico y características anatomofisiológicas, como la especial situación de la laringe en el niño, la laxitud de la mucosa subglótica, su proximidad a la bucofaringe, su vinculación con la formación linfática de la mucosa faríngea; su fácil agresión por las mucosidades faríngeas y por el aire exterior no filtrado, ni humedecido, ni calentado

* Leído en la Sesión del 31 de julio de 1957.

en el trayecto nasal frecuentemente obstruido en los niños; unido a la frecuencia en ellos de los procesos infecciosos nasofaríngeos, podrían explicar esta situación.

Desde el punto de vista de la etiología, mucho se ha discutido si los gérmenes encontrados con mayor frecuencia, como el estreptococo, hemolítico y viridans, el estafilococo, el hemófilus influenzae, el neumococo, etc. pueden por sí mismos determinar el padecimiento, o si es necesaria la preparación del terreno por un ataque previo de los virus gripales.

Si la extensión del proceso inflamatorio a la mucosa y a la submucosa de la laringe y del árbol traqueobronquial caracterizan a este padecimiento desde el punto de vista anatomopatológico; son dignas de mencionarse las peculiaridades de las secreciones traqueobronquiales, las cuales en lo general son abundantes, de gran viscosidad y forman frecuentemente costras y tapones que obstruyen el árbol bronquial, aumentando la insuficiencia respiratoria y produciendo procesos atelectásicos que modifican y agravan el cuadro clínico y exigen medidas terapéuticas especiales.

Desde el punto de vista terapéutico, mucho se ha logrado en beneficio de estos enfermitos con la colocación del paciente en la cámara de ambiente húmedo-frío, con el uso de los antibióticos y con la oportuna práctica de la traqueotomía, de la broncoaspiración y de la extracción con el broncoscopio de las costras y tapones que obstruyen el árbol bronquial. La mortalidad que antes era muy elevada, ha descendido en forma notable como se muestra en el trabajo del Dr. Prado Vértiz.

Antes, todos los casos graves exigían la práctica de la traqueotomía; si bien es cierto que con el uso de la cámara de ambiente húmedo-frío y de los antibióticos, son mucho menos los casos que requieren de este procedimiento, también es cierto que aun son numerosos aquellos en que deba practicarse. Escoger el momento oportuno es condición indispensable para lograr el mayor éxito posible, pero hay que tomar en cuenta que la práctica de la traqueotomía no siempre hace desaparecer la insuficiencia respiratoria, aun cuando resuelva el problema de la obstrucción laríngea, pues muchas veces es necesario desalojar de la traquea y los bronquios, las secreciones viscosas o espesas y las costras y tapones que obstruyen las vías aéreas; y cuando no se logra este propósito con la aspiración, es necesaria la introducción del broncoscopio para desalojar o para extraer sobre todo costras y tapones. Las características especiales de este padecimiento y la gravedad del mismo exigen la más completa cooperación entre el pediatra, el laringólogo, y la enfermera debidamente preparada en el cuidado de esta clase de enfermos.

Valiosas informaciones nos proporciona el Dr. Prado Vértiz en su importante estudio de 210 historias clínicas de niños sufriendo laringo-traqueobronquitis infecciosa. Vemos comprobado en nuestro medio, lo afirmado por diversos autores de que la frecuencia de este padecimiento está rela-

cionada con las malas condiciones higiénicas y con el incremento de las afecciones de las vías respiratorias.

Por lo que respecta al estado nutricional, considero que este aspecto debe ser motivo de un estudio especial, pues es bien sabido que en nuestras familias pobres que viven en las peores condiciones higiénicas, el porcentaje de niños desnutridos es muy elevado así como la incidencia de los padecimientos de las vías respiratorias, y deberían por lo tanto estar más expuestos a contraer la laringo-traqueo-bronquitis. Habría que averiguar porque fueron los niños eutróficos y los desnutridos (solo de primer grado), los que dieron mayor porcentaje de enfermos.

No creemos necesario insistir demasiado sobre las características clínicas de este padecimiento, pues ellas han sido didácticamente resumidas en el cuadro de la sintomatología que el autor nos presenta en su trabajo.

Considero que debe darse mucha importancia a los resultados obtenidos en el estudio bacteriológico, pues ellos deben servir de orientación para instituir el tratamiento por los antibióticos; y puesto que han sido el estreptococo y el estafilococo los gérmenes más comunmente encontrados, deberían ser la penicilina, las sulfas y la eritromicina los antibióticos más eficaces. Veremos si los resultados que el Dr. Prado Vértiz nos promete darnos a conocer posteriormente, demuestran concordancia entre el estudio bacteriológico y la eficacia de los antibióticos empleados.

Muy digna de ser tomada en consideración es la información que nos da a conocer el autor sobre la disminución sensible de las complicaciones en el grupo tratado con antibióticos en forma de aerosales en relación con los tratados por vía oral o parental.

La baja mortalidad, tres defunciones en los 184 casos tratados médicamente, es seguramente el resultado de la magnífica organización que existe en el Hospital Infantil para lograr el mejor tratamiento de este grave padecimiento.

Confiamos en que el alto porcentaje de complicaciones que nos dice el autor se presentaron en los casos tratados quirúrgicamente, disminuirán con el perfeccionamiento de las técnicas y la oportunidad en la intervención.

Para terminar, deseo felicitar al Dr. Antonio Prado Vértiz por habernos presentado tan importante estudio sobre un padecimiento que ha sido siempre motivo de especial interés para el pediatra, el laringólogo y para el médico general que atiende niños.