

EPIGLOTITIS AGUDA EN ADULTO

DRES. ARJONA MONTILLA C, GARCÍA GIRALDA M, SÁNCHEZ ROZAS JA. | HOSPITAL COMARCAL DE BAZA (GRANADA).

La epiglotitis aguda del adulto es una entidad clínica poco frecuente que cursa con una infección aguda que afecta a la supraglotis, es decir, a la epiglotis y aritenoides, por encima de las cuerdas vocales, disminuyendo la luz de la entrada de aire a la laringe, sin embargo, la voz no está muy alterada.

En niños entre 2 y 7 años es más frecuente, con una tasa de complicaciones mayor y requiere una actuación urgente, porque puede producir la muerte. El compromiso respiratorio puede darse en ambos grupos de edad y en ocasiones se precisa intubación, coniotomía o traqueotomía. Hasta en un 90% de los casos, el microorganismo responsable es el *Haemophilus influenzae* tipo B. La vacuna contra el *Haemophilus influenzae* no es efectiva al 100 %, pero han disminuido mucho estas complicaciones. También puede ser debida a otras bacterias o etiologías (alérgica, tumoral, postradioterapia).

La clínica fundamental en el adulto, a diferencia del niño, es la disfagia-odinofagia, siendo más raro el debut con disnea y estridor. Si en los niños las maniobras de exploración de oro e hipofaringe suelen estar contraindicadas, debe hacerse una radiografía lateral de cuello (figura 2) en los adultos debe realizarse (si el estado del paciente lo permite) laringoscopia indirecta y/o fibroscopia.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO 1

- Paciente varón de 57 años, médico de profesión, que acude al servicio de Urgencias por inflamación brusca de garganta que le produce disnea y alteración de la voz, como si tuviera ocupada la faringe. La exploración de orofaringe es normal.
- Es diabético, hipertenso y fumador. La radiografía de tórax es normal. La analítica tiene los leucocitos elevados. Por fibroscopia nasolaringea se aprecia tumefacción de la epiglotis e inflamación de los aritenoides, que disminuyen la luz de la entrada laríngea (figura 1).
- Para completar estudio se realizó analítica completa con serología, que resultó normal.
- Se ingresa en planta y se instaura tratamiento antibiótico intravenoso (amoxicilina-clavulánico) y corticoide a altas dosis. Con dieta absoluta. Progresivamente, va mejorando y se da el alta hospitalaria al cuarto día, continuando con antibiótico oral.

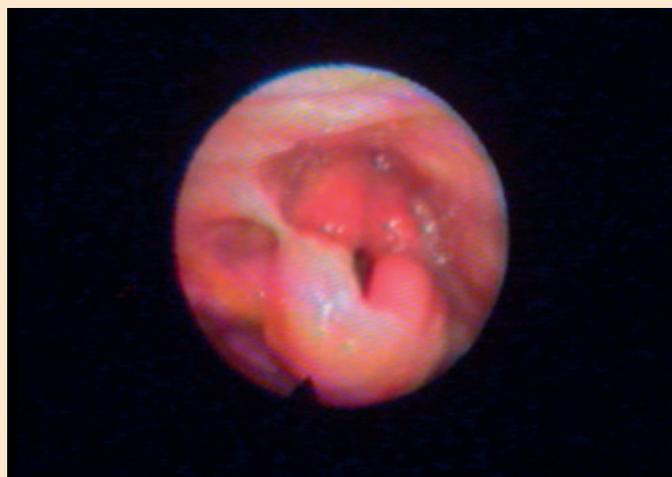


FIGURA 1: Epiglotis y aritenoides inflamados, con estrechamiento de la entrada de aire a la glotis.



FIGURA 2: Radiografía lateral de cuello donde se aprecia la tumefacción de la epiglotis, por encima del hueso hioides.

LA EPIGLOTITIS AGUDA DEL ADULTO ES UNA ENTIDAD CLÍNICA POCO FRECUENTE QUE CURSA CON UNA INFECCIÓN AGUDA QUE AFECTA A LA SUPRAGLOTIS.

Epiglotitis aguda en adulto



FIGURA 3



FIGURA 4

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO 2

- Paciente varón de 58 años, no fumador, que ingresa por urgencias por cuadro de odinofagia y fiebre de varios días de evolución. En las últimas horas aparece disnea asociada.
- La radiografía lateral de cuello sugiere diagnóstico de epiglotitis aguda, que es confirmada con la fibroscopia naso-laríngea, la inflamación también se extiende a aritenoides con reducción importante de la vía aérea.
- Tras el tratamiento médico con ceftriaxona y corticoides IV mejora, desapareciendo desde el día siguiente la disnea, la odinofagia y fiebre.
- Tras dos días con dieta blanda y tras desaparecer el edema de epiglotis y aritenoides es dado de alta hospitalaria, continuando con antibioterapia oral.

LA CLÍNICA FUNDAMENTAL EN EL ADULTO, A DIFERENCIA DEL NIÑO, ES LA DISFAGIA-ODINOFAGIA, SIENDO MÁS RARO EL DEBUT CON DISNEA Y ESTRIDOR.



Bibliografía

Pino Rivero V, Pando Pinto J M, Mogollon Cano-Cortes T, *et al.* Epiglotitis Aguda en Adultos, nuestra experiencia en 11 años. Acta Otorrinolarin.Esp. 2002; 53:674-678.

Damborenea Tajada J, De Miguel García F, *et al.* Acute epiglottitis in the adult. Retrospective study of cases. An Otorrinolaringol Ibero Am 2000; 27:1777-84.

Acuña García M, Herrero Laso JL, Durán Díez C, Vallejo Valdezate LA, Díaz Suárez I, Pomar Blanco P. Review of epiglottitis. Acta Otorrinolaringol Esp 1996; 47:144-8.

Alho OP, Jokinen K, Pirila T, Ilo A, Oja H. Acute epiglottitis and infant conjugate Haemophilus influenzae type b vaccination in Northern Finland. Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1995; 121:898-902.

Del Carmen Otero M, Sanchis N, Modesto V, Pérez-Tamarit D, Asensi F, Santos M. Acute epiglottitis caused by Haemophilus influenzae type b in children: presentation of 21 cases. Enferm Infecc Microbiol Clin 1997; 15:462-7.

Geelhoed GC. Sixteen years of croup in a Western Australian teaching hospital: Effects of routine steroid treatment. An Emerg Med 1996; 28:621-6.

Benito J. Avances recientes en el tratamiento de la laringitis. An Esp Pediatr 1998; 49:444-7

Malhotra A, Krilov LR. Crup viral. Pediatr Rev 2001; 22: 83-90. 4.

Molina JC. Obstrucción aguda de las vías respiratorias altas. En: Casado J, De la Torre M, Molina JC, Salcedo A, editores. Cuadernos de urgencias pediátricas en atención primaria. Urgencias respiratorias. Madrid: Ergon, 2002; p. 49-66.

García FJ, Moreno D. Laringitis. En: Protocolos diagnósticos y terapéuticos de la AEP. España: AEP, 2001; p. 139-47.

Rey Galan C, Concha Torre A, Bueno Campaña M, Medina Villanueva A. Laringitis y epiglottitis. Bol Pediatr 1999; 39:76-9.

Breese C, Hall WJ. Crup (laringotraqueobronquitis aguda). En: Hoekelman RA, Friedman SB, Nelson NM, Seidel HM, Weitzman ML, Wilson MEH, et al, editores. Atención primaria en pediatría. Madrid: Harcourt-Brace, 1998; p. 1669-73.