



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/369 - UN CASO DE EPIGLOTITIS

J.M. González Jouhaud^a, I. Amat Sánchez^b y M.I. Arias de Saavedra Criado^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Guadix. Granada. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Baza. Granada. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Virgen de la Capilla. Jaén.

Resumen

Descripción del caso: Paciente que consulta por urgencias: cuadro de odinofagia y fiebre de varios días de evolución, en las últimas horas aparece disnea asociada. Ingresa con diagnóstico de epiglotitis aguda que se extiende a aritenoides sobre todo el izquierdo. Reducción importante de la vía aérea. Tras tratamiento con ceftriaxona y corticoides mejora, desapareciendo al día siguiente la disnea y fiebre, y paulatinamente la odinofagia. Tras dos días con dieta blanda, tras desaparecer el edema de epiglotis y aritenoides es alta hospitalaria.

Exploración y pruebas complementarias: Varón de 60 años, aquejado de dolor de garganta, odinofagia y disnea moderada. Ansioso e inclinado hacia delante. Objetivamos dificultad para hablar, voz apagada y estridor inspiratorio. AR: murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Rx lateral de cuello: hipertrofia de la epiglotis. Analítica: leucocitosis elevada (más de 25.000) con neutrofilia (mayor del 90%). PCR: 212,1 mg/L. La bioquímica general no reveló alteraciones. Fibroscopia: inflamación y edema de las estructuras supraglóticas.

Juicio clínico: Epiglotitis aguda del adulto.

Diagnóstico diferencial: Angioedema. Infección respiratoria. Uvulitis. Traqueítis. Neumonía. Cuerpo extraño. Neoformación vía aérea superior.

Comentario final: Es una celulitis bacteriana de las estructuras de la supraglótis, poco frecuente en adultos, puede obstruir completamente la vía aérea superior. Puede darse en ambos grupos de edad. En ocasiones es necesaria una intubación o una traqueotomía urgente al paciente para conservar la vía aérea permeable. *Haemophilus influenzae* B es el responsable en un 90% de los casos. La clínica fundamental en el adulto: disfagia y odinofagia, más raro el debut con disnea y estridor. En adultos debería realizarse una laringoscopia indirecta y/o una fibrobroncoscopia. Objetivo primario: diagnóstico precoz e iniciar el tratamiento antes de la posible obstrucción de la vía aérea. Se debe iniciar antibiótico intravenoso, ceftriaxona 10-14 días y corticoides. El control de la vía aérea: fundamental para el manejo y pronóstico.

Bibliografía

1. Bell CM, Redelmeier DA. Mortality among patients admitted to hospitals on weekends as

- compared with weekdays. N Engl J Med. 2001;345:663-8.
2. Chan KO, Pang YT, Tan KK. Acute epiglottitis in the tropics: is it an adult disease?. J Laryngol Otol. 2001;115:715-8.
 3. Cumming C. Otolaryngology, Head and Neck Surgery. En C Cumming, C Krause, L Harke, 3rd ed. Mosby. St Louis, 1998.

Palabras clave: Urgencias. Epiglottitis. Otorrinolaringología.