



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/1173 - EL ESPASMO DE GLOTIS "FANTASMA"

A. Medina Guillén<sup>a</sup>, A. Moinelo de la Vega<sup>a</sup>, L. Cabrera Sánchez<sup>a</sup> y E. Sánchez Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Palmar. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Lorca Sur. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 78 años que acude a nuestra consulta de AP tras episodio disneico súbito y autolimitado de segundos de duración la noche anterior que la paciente describe como "si se me hubiera cerrado la garganta de repente" sin otra clínica asociada. Refiere algún episodio previo pero de menor intensidad. En un primer momento se pensó en un espasmo de glotis, por lo que se administra a la paciente metilprednisolona 40 mg IM y se le pauta de forma domiciliar deflazacort 30 mg y amoxi-clavulánico 875/125 mg. Dos semanas después la paciente regresa a la consulta por el mismo motivo, persistiendo la exploración física anodina, por lo que se considera derivar a la paciente a Otorrinolaringología para valoración. Antecedentes personales: HTA de larga evolución, DLP, AIT en el año 2000, varios episodios de síncope vasovagales ya estudiados por Cardiología, mareo crónico de tipo inestabilidad y lumbociatalgia crónica. No hábitos tóxicos. Tratamiento habitual: AAS 100 mg, atorvastatina 40 mg, betahistina 16 mg, furosemida 40 mg, bisoprolol 2,5 mg y analgesia a demanda.

**Exploración y pruebas complementarias:** En AP: faringe hiperémica sin secreciones con amígdalas de tamaño y morfología normales. Pequeño bultoma submandibular izquierdo blando y no doloroso a la palpación. Otoscopia normal. AC: rítmica sin soplos. AR: MVC sin ruidos sobreañadidos. En ORL: Endoscopia de vías altas normal. TAC cervical: arteria carótida derecha muy elongada que se sitúa en línea media y paravertebral, provocando compresión sobre el esófago y la pared posterior de la tráquea.

**Juicio clínico:** Elongación grave de carótida derecha que comprime esófago y pared posterior de la tráquea.

**Diagnóstico diferencial:** Presencia de cuerpo extraño. Espasmo de glotis. Epiglotitis. SAOS. Edema laríngeo angioneurótico. Ansiedad.

**Comentario final:** Es importante pensar y tener en cuenta siempre todas las causas que pueden producir una obstrucción aguda de la vía respiratoria, y aunque en este caso el diagnóstico final era difícil de prever, también es fundamental que contemos con el apoyo de los especialistas cuando un caso sobrepasa nuestros conocimientos.

### Bibliografía

1. Masegosa-Medina JA, Mira-Servent F, Capilla-Montes MT, et al. Bucles y elongaciones de la arteria carótida interna. 1994;8(6):677-81.

**Palabras clave:** Carótida. Elongación. Disnea.