



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/3921 - ¡DOCTOR, NO PUEDO RESPIRAR!

I. Campuzano Juárez<sup>a</sup>, M. Hernández Carrasco<sup>b</sup>, N. Rodríguez Panedas<sup>c</sup>, V. Ruíz Cuevas<sup>d</sup>, E. Shimabukuro Higa<sup>e</sup> y M. Rubio González<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Plaza del Ejército. Valladolid.

<sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Arturo Eyries. Valladolid.

<sup>c</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Parquesol. Valladolid. <sup>d</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Covaresa. Valladolid. <sup>e</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Huerta del Rey. Valladolid.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 76 años sin antecedentes personales de interés, acude a Urgencias de Atención Primaria por inicio brusco de odinofagia, disfagia y disnea de 10 minutos de evolución y sin desencadenante previo. Acompañado de voz de "patata".

**Exploración y pruebas complementarias:** SatO<sub>2</sub>: 96%, FC: 88 lpm, Peso: 82 kg. Nervioso, eupneico, afebril, hemodinámicamente estable. No sialorrea. Faringe: úvula central, edematosa, leve eritema, redonda y elongada que toca la base de la lengua, no exudados, no adenopatías ni edemas de partes blandas. ACP: rítmico, no soplos, MVC no sobreañadidos. Resto de la exploración anodina. Tras tratamiento con metilprednisolona 80 mg IV, Polaramine IM, oxigenoterapia y observación, el paciente presenta mejoría clínica así como estabilidad hemodinámica.

**Juicio clínico:** Uvulitis.

**Diagnóstico diferencial:** Epiglotitis, abscesos periamigdalinos o retrofaríngeos, angioedema, faringitis grave.

**Comentario final:** El edema de úvula tiene tanto causas infecciosas (por *Streptococo* grupo A o *Haemophilus influenzae* tipo B) como no infecciosas (trauma, inhalación de químicos, vasculitis, alérgico, angioedema de úvula [edema de Quincke]). La clínica dependerá de la etiología puede incluir fiebre, odinofagia, disfagia, babeo y/o disnea. La uvulitis aislada puede generar una sensación de dolor localizado o en la parte posterior de la garganta que empeora al tragar. El diagnóstico es clínico, con una adecuada anamnesis y exploración física se puede descartar otros diagnósticos diferenciales. Se puede necesitar pruebas de imagen como una radiografía de columna cervical en proyección lateral para descartar patología tipo epiglotitis subclínica. Asimismo, el edema de úvula puede ser una manifestación de un angioedema hereditario o en asociación a IECAs. El angioedema de úvula generalmente es más blanquecino y con apariencia redonda. En casos recurrentes y sospecha de déficit de C1 INH se puede determinar los niveles de C3-4. Las uvulitis no infecciosas generalmente se resuelven de forma espontánea sin secuelas. El tratamiento es sintomático y dependerá de la gravedad de los síntomas desde analgésicos, anestésicos locales, frío, y en casos si

el edema se asocia a obstrucción de la vía aérea se puede usar epinefrina local, glucocorticoides sistémicos y antihistamínicos.

### **Bibliografía**

1. Woods C. Uvulitis: Clinical features and treatment Uptodate.
2. Rivas M. Manual de Urgencias, 3ª ed. Panamericana, 2013.

**Palabras clave:** Edema de úvula. Angioedema.