



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/2485 - EPIGLOTITIS AGUDA EN ADULTOS

S. Gil García^a, D. Ávila Londoño^a, R. Provencio Hernando^b y M. Galán Berasaluce^a

^aMédico Residente Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

^bMédico de Familia. Centro de Salud Azuqueca de Henares. Guadalajara.

Resumen

Descripción del caso: Varón 78 años sin RAMc y dislipemia en tratamiento con simvastatina, que comienza con odinofagia después de comer, sin fiebre ni sensación distérmica, sin disnea ni otra sintomatología. Acude a Urgencias sobre las 20:00h, afebril, estable clínica y hemodinámicamente, objetivándose en la exploración faringe hiperémica, sin exudados ni edema de úvula, y adenopatías submandibulares de 1,5 cm móviles. Se administra antiinflamatorios y es dado de alta con diagnóstico de faringoamigdalitis aguda. En domicilio aumenta la odinofagia y comienza con disnea, tos, y un vómito alimenticio. Es llevado a Urgencias de nuevo sobre las 00:24h, presentando distrés respiratorio y estridor inspiratorio, desaturación a 89% basal, hipotenso en situación de shock distributivo.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 80/50 mmHg. FC: 90 lpm. SatO₂ basal: 89%. AC: soplo sistólico I/IV polifocal. AP: crepitantes en 1/3 inferior bilateral. No sibilancias ni roncus. Laringoscopia: epiglotis inflamada e hiperémica (2,5 cm de diámetro). GA: pH 7,24, pO₂ 86 mmHg, pCO₂ 47 mmHg, bicarbonato 19,1 mEq/L, láctico 5,2 mEq/L. SE: leucos 16.600/mm³. Bioquímica: glucosa 132 mg/dl, Cr 0,88 mg/dL, PCR 7,8 mg/L, BNP 84,6 pg/mL. Rx tórax: redistribución vascular con derrame pleural bilateral. Microbiología: H. parainfluenzae.

Juicio clínico: Epiglotitis aguda infecciosa (H. parainfluenzae).

Diagnóstico diferencial: Epiglotitis aguda. Traqueítis. Laringitis. Cuerpo extraño. Uvulitis.

Comentario final: La epiglotitis aguda en adultos es una infección grave, potencialmente mortal y requiere un diagnóstico precoz. La incidencia es 1-4:100.000, mayor en varones y la tasa de mortalidad del 7-20%. El diagnóstico se confirma mediante laringoscopia. El germen más frecuente es H. influenzae tipo B. Se ha considerado poco frecuente, esto contribuye al infradiagnóstico. En adultos, a diferencia de los niños, los síntomas más frecuentes y precoces son la odinofagia y la disfagia, sin presentar en principio estridor ni disnea, por lo que pueden ser erróneamente diagnosticados, siendo necesaria una sospecha precoz, asegurando la vía aérea de forma rápida y adecuada.

Bibliografía

1. Ng HL, Sin LM, Li MF, et al. Acute epiglottitis in adults: a retrospective review of 106 patients

- in Hong Kong Emergency. Medicine Journal. 2008;25:253-5.
2. Ames WA, Ward VM, Tranter RM, et al. Adult epiglottitis: an under-recognized, life-threatening condition. Br J Anaesth. 2000;85:795-7.
 3. Pino V, Pando JM, Mogollón T, et al. Epiglottitis aguda en adultos. Nuestra casuística en 11 años. Acta Otorrinolaringol Esp. 2002;53:674-8.

Palabras clave: Epiglottitis aguda. Adultos.