

ODINOFAGIA COMPLICADA EN ADULTOS

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA

ISSN 2618-4311

Buenos Aires

Lascurain GF, Royo Moreno M, Coscollar Escartín I y col. Odinofagia complicada en adultos. *Rev Arg Med* 2021;9[2]:114-116

ARK CAICYT: <http://id.caicyt.gov.ar/ark:/s26184311/kh4r82cd3>

COMPLICATED ODYNOPHAGIA IN ADULTS

Gonzalo Fernando Lascurain,¹ Mireia Royo Moreno,² Irene Coscollar Escartín,² Carla Graciela Iannuzzelli Barroso,² Yulia Perova,¹ María Marco D'Ocón¹

Recibido: 13 de febrero de 2021.

Aceptado: 20 de marzo de 2021.

¹ Médico/a residente especialista en medicina familiar y comunitaria en el Centro de Salud Teruel Centro, Teruel, España.

² Médica especialista en medicina familiar y comunitaria en el Servicio de Urgencias Hospitalarias del Hospital Obispo Polanco, Teruel.

RESUMEN

La epiglottitis aguda, una entidad que se manifiesta principalmente en la edad pediátrica, en la actualidad aumentó su incidencia en adultos. Los síntomas clínicos de los adultos difieren por completo de los de los pacientes pediátricos, por lo que se habla de dos entidades distintas. Esto se debe, sobre todo, a las diferencias anatómicas entre los dos grupos: los adultos tienen una vía aérea de mayor calibre, por lo que el cuadro clínico es más insidioso y larvado, y los signos o síntomas de obstrucción de la vía aérea se manifiestan de manera tardía. El objetivo de este trabajo es exponer un caso de epiglottitis en un adulto y su evolución clínica.

PALABRAS CLAVE. Adulto, odinofagia, disfagia, epiglottitis, absceso epiglótico.

ABSTRACT

Acute epiglottitis, an entity that manifests itself primarily in the pediatric age, currently has an increased incidence in adults. Clinic symptoms in adults differ completely from those of pediatric patients, so two different entities are described. This is mainly due to the anatomical differences between the two groups, adults having a larger airway, so the clinical picture is more insidious, larval and the signs/symptoms of airway obstruction occur in a belated fashion. The objective of presenting this case is to expose an adult patient's epiglottitis, based on its clinical evolution.

KEY WORDS. Adult, odynophagia, dysphagia, epiglottitis, epiglottic abscess.

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

AUTOR PARA CORRESPONDENCIA

Gonzalo Fernando Lascurain. Calle Jerónimo Soriano 5, bajo disponible 10, 44002 Teruel, España. Correo electrónico: lascurain.gonzalo@gmail.com.

Introducción

La epiglotitis aguda, una inflamación de la epiglotis, es una enfermedad potencialmente mortal si no se llega al diagnóstico oportuno. Hasta en el 90% de los casos está causada por *Haemophilus influenzae* de tipo B (HIB), aunque puede ser provocada por otros gérmenes como *Streptococcus pneumoniae* o *Staphylococcus aureus* (1). Otras causas son las alergias, cuerpos extraños, tumores, la posradioterapia y el daño por inhalación o factores térmicos.

La forma de presentación en adultos, como ya hemos dicho, es insidiosa. Se inicia con odinofagia intensa, faringolalia y fiebre (2). Con la evolución de la enfermedad pueden aparecer disfagia, sialorrea, disfonía, tos seca, estridor inspiratorio y posición “en trípode” por la obstrucción de la vía aérea (3).

El diagnóstico es clínico y se debe confirmar mediante una laringoscopia indirecta o una fibrolaringoscopia, que demostrará inflamación y edema de la epiglotis. Analíticamente, se ven aumentados los marcadores de inflamación/infección. En una radiografía (RX) lateral de cuello se puede ver el signo “del dedo pulgar”. Una tomografía axial computarizada (TAC) se realiza para ver la extensión de la infección (4-6).

El tratamiento se basa en la observación y la vigilancia estricta de la vía aérea y la administración de antibioterapia empírica (cefalosporinas de segunda y de tercera generación). Si es preciso se realizará una intubación

otraqueal e incluso, si esta no puede efectuarse por un gran edema de la epiglotis, se realizará una traqueotomía (6-8).

Presentación del caso

Un hombre de 30 años con antecedentes de trastorno bipolar, en tratamiento con aripiprazol y oxcarbazepina e intervenido quirúrgicamente por estrabismo y apendicitis consultó, en el plazo de 48 horas, en tres ocasiones a los servicios de urgencias (la primera vez, en atención continuada en un centro de salud, y las dos siguientes, en urgencias hospitalarias) por un cuadro de fiebre y odinofagia. Se le indicó en la primera visita paracetamol e ibuprofeno y se le dejó pautada amoxicilina en caso de que persistiesen la fiebre y los síntomas. En la siguiente visita, se le añadieron corticoides por sumar a la clínica tos perruna. En la tercera consulta, se incorporaron a la sintomatología anterior cambios en la tonalidad de la voz y cierta disfagia que le impedía realizar el tratamiento antes indicado por vía oral.

Ante la alarma de la disfagia, se le solicitaron análisis que evidenciaron una elevación de los marcadores de inflamación aguda, reacción en cadena de la polimerasa (RCP) >90 mg/dl, junto con leucocitosis (27.240/mm³) con neutrofilia del 82,5%. En la RX de partes blandas y cavum (Fig. 1) se observó un aumento de la densidad de la región epiglótica, por lo que se decidió hacer una



Figura 1. RX de cavum y partes blandas. Inflamación de la epiglotis: signo “del dedo pulgar”.



Figura 2. TAC de cuello. Aumento del tamaño de la epiglotis compatible con un absceso epiglótico.

interconsulta con el Servicio de Otorrinolaringología, que –a través de la realización de una fibrolaringoscopia– le diagnosticó epiglotitis aguda.

El paciente ingresó en dicho servicio con el siguiente tratamiento: ceftriaxona, clindamicina, metilprednisolona y omeprazol. Al día siguiente, se le realizó una TAC (Fig. 2) que mostró un marcado aumento del tamaño de la epiglotis, compatible con un absceso epiglótico con extensión hacia el pilar amigdalino derecho, por lo que se le realizó una traqueotomía y un drenaje.

A una semana del ingreso, se probó la tolerancia oral, pero el paciente presentó odinodisfagia, por lo que se realizó una nueva TAC que informó de contenido hipodenso de localización inmediata craneal a la cánula de traqueotomía compatible con secreciones retenidas en la vía aérea, sin evidencia de absceso. Se procedió a retirar la cánula de traqueotomía con sutura parcial del orificio y resolución de su disfagia. El paciente fue dado de alta sin más incidentes y, una semana más tarde, se le cerró por completo el orificio de la traqueotomía.

Discusión clínica

La odinofagia es uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria y urgencias hospitalarias en todas las edades (7). Puede tener un curso autolimitado y sin complicaciones o ser el inicio de patologías potencialmente graves, como los abscesos periamigdalinos o retrofaríngeos y la epiglotitis.

La epiglotitis aguda del adulto es un proceso inflamatorio supraglótico, que presenta una incidencia de 2-3/100.000 habitantes y alta mortalidad debido a la posibilidad de obstrucción total de la vía aérea superior y su diagnóstico tardío (1,2). Se debe sospechar ante un cuadro de fiebre elevada, malestar general, odinofagia y disfagia, sobre todo en pacientes con factores de riesgo (diabetes *mellitus*, tabaquismo u obesidad) (7,8). **RAM**

Referencias bibliográficas

1. López Herrero R, Pérez Herrero MA. Epiglotis aguda del adulto, entidad todavía no erradicada y potencialmente mortal. *Rev Elect Anestesiología* 2019;11(3):1
2. Arjona Montilla C, García Giralda M, Sánchez Rozas JA. Epiglotitis aguda en adulto. *GAES Médica* 2017. Disponible en: <https://www.gaesmedica.com/es-es/articulos-cientificos/epiglotitis-aguda-adulto>
3. Sánchez Arias A, Vicente Martín M. Obstrucción aguda de la vía aérea superior. Cuerpos extraños. En: Bibiano Guillén C, editor. *Manual de urgencias*. 3ª ed. Madrid: Grupo Saned; 2018, p. 1172-9
4. Povedano Fernández C, Arenaz Amas E, Calvo Pérez C y col. Patología otorrinolaringológica. En: Carlavilla Martínez AB, Castelbón Fernández FJ, García Sánchez JI y col., editores. *Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Universitario 12 de Octubre*. 6ª ed. Madrid: MSD-Univadis; 2007, p. 170-1
5. Sarkar S, Roychoudhury A, Roychoudhuri BK. Acute epiglottitis in adults—a recent review in an Indian hospital. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg* 2009;61(3):197-9
6. Cantillo Baños E, de la Torre Castillo OM, Montero Pérez FJ y col. Disnea laríngea. En: Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ, editores. *Medicina de urgencias y emergencias*. 6ª ed. Madrid: Elsevier España; 2018, p. 817-8
7. Rodríguez-Rodríguez M, Murcia-Olagüenaga A, Rodríguez-Asensio J y col. Epiglotitis aguda en el adulto. Presentación de varios casos clínicos. *Semergen* 2018;44(4):283-5
8. Terre Falcón R, Anguita Sánchez I, Sánchez González A. Laringitis agudas del adulto. En: Sociedad Española de Otorrinolaringología y Patología Cérvico-facial. *Libro virtual de formación en otorrinolaringología*. Madrid: SEORL PCF; 2014, p. 1443-59