

# Epiglotitis aguda en adultos. Nuestra experiencia clínica en 30 casos

Vicente Pino Rivero<sup>a</sup>, Alicia González Palomino<sup>b</sup>, Carlos Gerar Pantoja Hernández<sup>b</sup>, María Elena Mora Santos<sup>b</sup>,  
Manuela Gil Calero<sup>a</sup>, Manuel Rodríguez Carmona<sup>a</sup> y Federico del Castillo Beneyto<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Hospital Campo Arañuelo. Navalmoral de la Mata (Cáceres). España.

<sup>b</sup>Hospital Infanta Cristina. Badajoz. España.

**Objetivo:** Dar a conocer la experiencia conjunta de 2 hospitales de nuestra región en los últimos 15 años sobre el manejo terapéutico de los casos de epiglotitis aguda en adultos.

**Pacientes y método:** Se incluye a 30 pacientes con una media de edad de 46 años, diagnosticados de epiglotitis aguda mediante laringoscopia indirecta o fibroscopia, de los que se recogió una serie de parámetros clínicos: edad, sexo, antecedentes personales, estudios complementarios, síntomas clínicos, tratamiento, evolución y estancia hospitalaria.

**Resultados:** Encontramos un claro predominio de esta enfermedad urgente en varones, que en su mayoría referían disfagia u odinofagia (90 %). Se constató disnea en un 40 % de los casos, de los que sólo 7 requirieron intubación, coniotomía o traqueotomía. Entre las complicaciones registramos un caso de mediastinitis y una muerte por parada cardiorrespiratoria súbita.

**Conclusiones:** Creemos que se debe establecer un protocolo de actuación que incluya, aparte del ingreso hospitalario, un contacto personal con una unidad de cuidados intensivos (UCI) aunque en la mayoría de los casos finalmente no sea necesario asegurar la vía respiratoria, como se comprueba en las diferentes casuísticas publicadas.

**Palabras clave:** Epiglotitis aguda en adultos. Fibroscopia. Odinofagia. Intubación. Coniotomía. Traqueotomía. UCI.

## Acute Epiglottitis In Adults. Diagnosis and Treatment in Our Experience of 30 Cases

**Objective:** We present the 15-year-long experience of 2 hospitals in our region regarding the therapeutic management of acute epiglottitis in adults.

**Patients and method:** Thirty patients with an average age of 46 years were diagnosed as having acute epiglottitis, either by indirect laryngoscopy or fibroscopy, and studied through a series of clinical parameters: age, sex, personal history, complementary tests, clinical symptoms, treatment, evolution, and average stay in hospital.

**Results:** We found an obvious predominance of this urgent pathology in males, with most patients reporting dysphagia or odynophagia (90 %). Dyspnoea was confirmed in 40 % of the cases but only 7 required intubation, coniotomy, or tracheotomy. The complications recorded include one case of mediastinitis and another of death due to sudden cardiorespiratory arrest.

**Conclusions:** We feel that a specific protocol must be established to take into account, apart from admission to hospital, personal contact with an intensive care unit (ICU) even though in most cases it is ultimately unnecessary to ensure airway patency as seen in the various case series published.

**Key words:** Acute epiglottitis in adults. Fibroscopy. Odynophagia. Intubation. Coniotomy. Tracheotomy. ICU.

## INTRODUCCIÓN

La epiglotitis aguda del adulto es una enfermedad relativamente poco frecuente pero potencialmente muy grave e incluso letal, causada en la mayor parte de las ocasiones por *Haemophilus influenzae* tipo B (más de 3/4 casos). Otros gérmenes implicados, como *Streptococcus pneumoniae*,

*Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Pasteurella multocida* y *H. paraphrophilus*, son menos frecuentes, al igual que la etiología viral por herpes simple.

Su incidencia en la población general de Extremadura en la era prevacunal se cifraba en 2-4 casos cada 100.000 habitantes y año<sup>1-3</sup>, la mayoría en la población pediátrica (niños menores de 10 años). Como consecuencia de las campañas de vacunación masiva contra *H. influenzae* tipo B, actualmente asistimos a un aumento de casos en adultos, en los que una identificación precoz resulta esencial.

Los síntomas clínicos característicos de una epiglotitis, como disfagia-odinofagia, sialorrea, fiebre, disnea o estridor, no siempre se encuentran como tales, inicialmente o en su evolución clínica, en todos los pacientes. No es raro constatar también una celulitis de todos los tejidos supra-

Los autores no manifiestan ningún conflicto de intereses.

Correspondencia: Dr. V. Pino Rivero.  
Avda. Antonio Masa, 3, 5.º G. 06005 Badajoz. España.  
Correo electrónico: vicentepinorivero@terra.com

Recibido el 5-3-2007.

Aceptado para su publicación el 24-4-2007.

glóticos. Existen documentos que atestiguan que la epiglotitis aguda fue la causa más probable del fallecimiento de personajes históricos como George Washington en 1799<sup>4</sup>.

Si bien normalmente el pronóstico en adultos es bueno, se ha descrito casos de parada cardiorrespiratoria súbita y muerte, por lo que creemos necesario contar con un protocolo de actuación hospitalario que incluya contactar con una unidad de cuidados intensivos (UCI) para ingresar al paciente y darle el tratamiento intravenoso apropiado, sin obviar la posibilidad de asegurar la vía respiratoria mediante intubación orotraqueal (IOT), coniotomía o traqueotomía si fuera necesario<sup>5</sup>.

## PACIENTES Y MÉTODO

Estudio retrospectivo que abarca desde 1991 hasta 2006 y comprende un total de 30 pacientes adultos diagnosticados de epiglotitis aguda pertenecientes a dos hospitales de Extremadura; 28 (93,3%) eran varones con edades comprendidas entre los 30 y los 70 (media, 46) años.

En todos los casos se procedió a ingreso hospitalario por vía de urgencias y se recogieron las siguientes variables clínicas aparte de la edad y el sexo: antecedentes personales, síntomas clínicos y su período de instauración, pruebas diagnósticas y/o complementarias, tratamiento intravenoso prescrito y evolución clínica.

De los síntomas presentes en esta afección, diferenciamos los siguientes: odinofagia-disfagia, síndrome febril, dolor faríngeo o cervical agudo, sialorrea, disfonía-voz engolada, estridor y dificultad respiratoria o disnea. Por lo que respecta a las exploraciones complementarias, destacamos la laringoscopia indirecta, la fibroscopia laríngea y los estudios radiológicos como las radiografías laterales cervi-

cales y, ocasionalmente, la tomografía computarizada (TC). La fibroscopia ha sido el instrumento diagnóstico más utilizado por nosotros en los últimos 7 años, mientras que en el período 1991-1995 se utilizó más la laringoscopia indirecta.

Tener una UCI permite una valoración añadida de la situación del paciente y determina, previa previsión de cama en dicha unidad, la conveniencia de ingresarlo por un período determinado con control de las constantes vitales mediante monitorización y tratamiento intravenoso. Basamos esta vigilancia estrecha que defendemos en la posibilidad real, descrita en las publicaciones, de una parada cardiorrespiratoria súbita con compromiso inmediato de la vida del enfermo, que puede requerir asegurar urgentemente la vía respiratoria mediante intubación o coniotomía-traqueotomía si la primera opción no es posible.

Para el procesamiento de los datos, se ha empleado los programas Microsoft Access, Filemaker y Microsoft Word 2000.

## RESULTADOS

El diagnóstico se basó en la historia clínica y los hallazgos de la exploración otorrinolaringea. La fibroscopia nasolaríngea fue la más utilizada y evidenció una epiglotis muy edematosa y de color rojo cereza en todos los pacientes, de los que 8 presentaban también un edema de la hipofaringe (26,6%). En otros 3 pacientes se constató edema de úvula. Como antecedentes personales, citaremos 2 casos que referían episodios similares previos (uno no confirmado), 3 adultos con alergia a betalactámicos y otros 3 diabéticos o con hiperglucemia mal controlada.

Los síntomas clínicos encontrados se reflejan en la tabla I. La odinofagia-disfagia estaba presente de forma intensa o evidente en el 90% de los casos, seguida por la fiebre (56,7%) y la disnea (40%). La intensidad de la fiebre es un dato clínico importante, si bien no hemos registrado las temperaturas máximas alcanzadas en cada caso. Algo menos comunes fueron el dolor faringocervical agudo (36,7%), la sialorrea (33,3%), la voz engolada (33,3%) y el estridor (23,3%). Tres cuartos de los pacientes referían una evolución de sus síntomas  $\leq 48$  h. El dato analítico más constante fue la leucocitosis con neutrofilia marcada, si bien sólo se detectó en 20 de los 30 pacientes, mientras que, al menos al ingreso hospitalario, era normal en el resto.

Por lo general, el tratamiento intravenoso consistió en la administración de cefalosporinas de segunda o tercera generación (cefotaxima o ceftazidima) junto con corticoides, omeprazol y/u oxigenoterapia. Hemos seguido las recomendaciones y los protocolos de nuestro hospital y los de la UCI a la hora de instaurar la terapia, tendiendo a utilizar cefalosporinas de tercera generación intravenosas en los últimos años, siempre y cuando el paciente no fuera alérgico a betalactámicos. Otros antibióticos utilizados, aunque en menor frecuencia, fueron amoxicilina-ácido clavulánico, aminoglucósidos y eritromicina intravenosos.

En 28 de los 30 pacientes de nuestra casuística, la evolución fue favorable, con mejoría sintomática progresiva, es-

**Tabla I.** Síntomas clínicos referidos por los 30 pacientes del estudio a su ingreso hospitalario

Síntoma clínico	Casos (n)
Disfagia-odinofagia	27
Síndrome febril	17
Disnea	12
Dolor faríngeo-cervical	11
Sialorrea	10
Voz engolada	10
Estridor	7

**Tabla II.** Porcentaje de adultos con epiglotitis aguda según su evolución clínica

Evolución favorable sólo con tratamiento médico	70%
Favorable, pero requirieron asegurar la vía aérea	23,3%
Epiglotitis complicada con mediastinitis	3,33%
Muerte por parada cardiorrespiratoria brusca no recuperable	3,33%

pecialmente tras 48 h de tratamiento hospitalario. No obstante, registramos un caso de epiglotitis complicada con mediastinitis aguda y otro varón con parada cardiorrespiratoria súbita e inesperada que fue imposible reanimar, que murió posteriormente. En aproximadamente una cuarta parte de los pacientes (7 de 30) fue necesario asegurar la vía aérea mediante intubación orotraqueal (IOT), coniotomía urgente o traqueotomía (tabla II).

La estancia media hospitalaria fue de 3-4 días y siempre antes del alta hospitalaria procedimos a realizar una laringoscopia indirecta o una fibroscopia laríngea de comprobación, así como instauramos un tratamiento médico domiciliario al menos 7-10 días, con posterior revisión en las Consultas Externas de Otorrinolaringología.

## DISCUSIÓN

La epiglotitis aguda del adulto es un cuadro clínico que requiere un diagnóstico y un tratamiento precoces para evitar posibles complicaciones que, aunque no sean tan frecuentes en la actualidad como en la era preantibiótica o como en la población infantil, sí pueden comprometer seriamente la vida del paciente<sup>1-3</sup>. Su incidencia se estima entre 1 y 2 casos por 100.000 habitantes y año<sup>4</sup>. Aparte de la etiología infecciosa ya descrita, puede deberse a otras causas: alérgica, tumoral o por radioterapia.

En la mayoría de las series consultadas<sup>5,6</sup>, los autores encuentran un predominio significativo de epiglotitis aguda en determinadas estaciones del año, aunque en nuestra serie no ha sido significativa la mayor frecuencia de esta enfermedad en los meses estivales. En cambio y coincidiendo con la opinión de otros autores, sí hemos constatado un mayor número de diagnósticos en varones que en mujeres y a partir de los 40-50 años<sup>7,8</sup>.

No hay contraindicación en adultos con epiglotitis para realizar de manera cuidadosa una laringoscopia indirecta o una fibroscopia laríngea para confirmar el diagnóstico, a diferencia de la población pediátrica, en la que estas maniobras pueden desencadenar una obstrucción aguda de la vía respiratoria<sup>9</sup>. La epiglotitis puede combinarse con edemas de otras localizaciones como la úvula, la lengua, la cavidad oral o la hipofaringe (el 40 % de nuestra serie)<sup>10</sup>.

Defendemos que el tratamiento adecuado de la epiglotitis del adulto consiste en ingresar al paciente en un centro hospitalario que cuente con una UCI, un protocolo de actuación, vigilancia estrecha de cada caso y tratamiento intravenoso antibiótico de amplio espectro. Hay que tener en cuenta las posibles resistencias de *H. influenzae* tipo B a la amoxicilina-ácido clavulánico y contar con cefalosporinas de segunda o tercera generación como la cefotaxima o la ceftazidima<sup>11,12</sup>.

La mayoría de los adultos, incluidos los de nuestra casuística, evolucionan satisfactoriamente en un plazo medio de 24-48 h con tratamiento intravenoso más vigilancia-monitorización hospitalaria, y por lo general, en menos de la cuarta parte de las ocasiones es necesario, además de lo anterior, asegurar la vía aérea durante el ingreso. No obstante, esta posibilidad debe recogerse en un protocolo de actuación y se debe tener en cuenta que no siempre es posible la intubación y hay que recurrir de forma urgente a coniotomía o traqueotomía<sup>13,14</sup>. Otro hecho que constatamos es que hay casos que no se inician con disnea o estridor pero que pueden tener complicaciones muy graves, como el caso de la parada cardiorrespiratoria súbita y muerte a pesar del tratamiento. Defendemos, aparte del contacto con UCI, monitorizar y vigilar estrechamente a todo paciente con epiglotitis aguda confirmada, presente disnea a su ingreso o no. La mortalidad oscila entre un 1 y un 1,5 % según diferentes series<sup>15-20</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Hafidh MA, Sheenan P, Keogh I, Walsh RM. Acute epiglottitis in adults: A recent experience with 10 cases. *J Laryngol Otol*. 2006;120:310-3.
2. Wong EY, Berkowitz RG. Acute epiglottitis in adults: The Royal Melbourne Hospital experience. *A N Z J Surg*. 2001;71:740-3.
3. MayoSmith MF, Hirsch PJ, Wodzinski SF, Schiffman FJ. Acute epiglottitis in adults. An eight-year experience in the state of Rhode Island. *N Engl J Med*. 1986;314:1133-9.
4. Blinderman A. George Washington's health in peace and war. *N Y State J Med*. 1975;75:122-32.
5. Acuña García M, Herrero Laso JL, Durán Díez C, Vallejo Valdezate LA, Díaz Suárez I, Pomar Blanco P. Review of epiglottitis. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 1996;47:144-8.
6. Hugosson S, Olcen P, Ekeland C. Acute epiglottitis: Aetiology, epidemiology and outcome in a population before large-scale Haemophilus influenzae type b vaccination. *Clin Otolaryngol*. 1994;19:441-5.
7. Kass EG, McFadden EA, Jacobson S, Toohill RJ. Acute epiglottitis in the adult: Experience with a seasonal presentation. *Laryngoscope*. 1993;103:841-4.
8. Wick F, Ballmer PE, Haller A. Acute epiglottitis in adults. *Swiss Med Wkly*. 2002;132:541-7.
9. Frantz TD, Rasgon BM, Quesenberry CP Jr. Acute epiglottitis in adults. Analysis of 129 cases. *JAMA*. 1994;272:1358-60.
10. Cohen EL. Epiglottitis in adults. *Ann Emerg Med*. 1984;13:620-3.
11. Dort JC, Frohlich AM, Tate RB. Acute epiglottitis in adults: Diagnosis and treatment in 43 patients. *J Otolaryngol*. 1994;23:281-5.
12. McNamara A, Koobatian T. Simultaneous uvulitis and epiglottitis in adults. *Am J Emerg Med*. 1997;15:161-3.
13. Wolf M, Strauss B, Kronenberg J, Leventon G. Conservative management of adult epiglottitis. *Laryngoscope*. 1990;100:183-5.
14. Deeb ZE, Yenson AC, DeFries HO. Acute epiglottitis in the adult. *Laryngoscope*. 1985;95:289-91.
15. Crosby E, Reid D. Acute epiglottitis in the adult: is intubation mandatory? *Can J Anaesth*. 1991;38:914-8.
16. Kunitz O, Di Martino E, Schulz-Stubner S. [Epiglottic abscess as a rare reason for airway obstruction in adults]. *Anaesthesiol Intensivmed Notfallmed Schmerzther*. 2002;37:697-700.
17. Solomon P, Weisbrod M, Irish JC, Gullane PJ. Adult epiglottitis: The Toronto Hospital experience. *J Otolaryngol*. 1998;27:332-6.
18. Nakamura H, Tanaka H, Matsuda A. Adult epiglottitis: A review of 80 patients. *J Laryngol Otol*. 2001;115:31-4.
19. Hebert PC, Ducic Y, Boisvert D, Lamothe A. Adult epiglottitis in a Canadian setting. *Laryngoscope*. 1998;108:64-9.
20. Lahoz Zamarró MT, Galve Royo A, Cámara F, Valero J. Acute epiglottitis in the adult. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 1996;47:491-4.