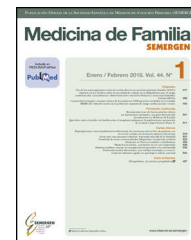




Medicina de Familia SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



CARTAS CLÍNICAS

Epiglotitis aguda en el adulto. Presentación de varios casos clínicos



Acute epiglottitis in adult. Presentation of several clinical cases

Introducción

La odinofagia es uno de los motivos más frecuentes de consulta en atención primaria. El dolor de garganta de presentación aguda es, a menudo, ocasionado por infecciones autolimitadas de la vía aérea superior, sin embargo, también puede ser la forma de presentación de otras enfermedades potencialmente graves como los abscesos periamigdalino o retrofaríngeo y la epiglotitis¹.

La epiglotitis aguda del adulto es una enfermedad poco frecuente, potencialmente grave e incluso letal, que es causada por una inflamación de la epiglotis y a menudo de otras estructuras anatómicas supraglóticas. Hasta en un 90% de los casos el microorganismo responsable es el *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib), aunque pueden causarla otros gérmenes como *Streptococcus pneumoniae* o *Staphylococcus pyogenes*¹⁻⁸.

Debido al uso de la vacuna contra el Hib en niños, la epiglotitis aguda descendió notablemente en este grupo. No obstante, los adultos que no han recibido dicha inmunización aún son vulnerables^{1-3,5-8}.

Presenta una incidencia de 2 a 3 casos por cada 100.000 habitantes, siendo mayor en varones y en el rango de edad comprendido entre los 35 y 39 años^{1,3,8}. Se consideran factores de riesgo el tabaquismo y comorbilidades asociadas como la *diabetes mellitus*^{2,3,8}.

La forma de presentación clínica de la epiglotitis en el adulto consiste en un cuadro brusco de malestar general, inicialmente acompañado de faringolalia (voz gangosa o engolada) y odinofagia intensa. A medida que evoluciona el proceso, el paciente presenta sialorrea, disfonía, voz apagada, tos seca, estridor y posición «en trípode» debido a la dificultad respiratoria^{1-3,4-7,9}.

Su diagnóstico es clínico, confirmándose mediante la visualización de la epiglotis y supraglotis con un laringoscopio (esta técnica suele estar contraindicada en niños). Este procedimiento solamente debe realizarse por personal altamente entrenado para ello, debido a la dificultad técnica en esta entidad y a que los intentos reiterados pueden incrementar la inflamación mucosa. La laringoscopia nos revelará una epiglotis edematizada y muy eritematosa (rojo cereza)¹⁻⁹. En ocasiones se puede apreciar un absceso de la cara lingual de la epiglotis.

En la radiografía lateral de cuello se puede observar el *signo de la valécula* o *del dedo pulgar*, que corresponde con la epiglotis inflamada^{1-3,7}. La realización de una TAC no es necesaria para el diagnóstico, pero será de utilidad si se encuentra un absceso de epiglotis y se requiere valorar su extensión^{1-3,8,9}. En la analítica puede objetivarse leucocitosis con desviación izquierda¹.

El paciente con epiglotitis aguda requiere hospitalización para llevar a cabo vigilancia estrecha de la vía aérea e instaurar tratamiento endovenoso con antibioterapia empírica (cefalosporinas de segunda y tercera generación)¹⁻⁹. El uso de corticoides es controvertido, no encontrándose relación con la mejoría de la evolución de la enfermedad^{1-3,8,9}.

La mayoría de los adultos con epiglotitis evolucionan satisfactoriamente en 24-48 h una vez se instaure el tratamiento y su pronóstico suele ser bueno, aunque en ocasiones se precisará intubación o incluso si esta no fuera posible, por encontrarse la zona muy edematosa, la realización de una traqueotomía^{1,3,5,7}. Se han descrito casos de parada cardiorrespiratoria. La mortalidad oscila entre un 1-2% según diferentes autores^{4,6}.

A raíz de un caso de epiglotitis aguda en un adulto en nuestro hospital se realiza un estudio retrospectivo durante el período 2011-2016, encontrándose los siguientes casos clínicos:

Caso 1

Mujer de 49 años que acude a consulta por odinofagia. Dentro de los antecedentes personales destacan: obesidad mórbida grado III, hipertensión arterial y diabetes mellitus II. Intervención quirúrgica: esplenectomía. La paciente refiere un cuadro de varias horas de evolución de odinofagia intensa, fiebre de 38 °C y disnea. En la exploración física se objetiva que la paciente se encuentra eupneica, manteniendo saturaciones de oxígeno en el rango de la normalidad, faringolalia e inflamación de la epiglotis.

Caso 2

Varón de 37 años que presenta como antecedentes personales de interés diabetes mellitus I y realización de profilaxis reciente con isoniácida por contacto familiar de tuberculosis. El paciente consulta por cuadro de 48 h de evolución de malestar general, odinofagia intensa y leve disnea. En la exploración física se encuentra faringolalia y gran inflamación de la epiglotis.

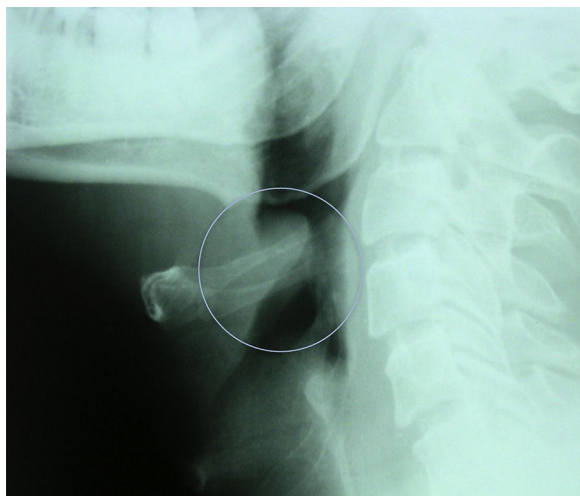


Figura 1 Radiografía cervical lateral. Inflamación epiglótis.

Caso 3

Mujer 69 años que consulta por odinofagia intensa. Dentro de los antecedentes personales reseñables presenta hipertensión arterial y anemia aplásica. La paciente refiere un cuadro de horas de evolución de odinofagia intensa, malestar general y fiebre de 38 °C. La exploración física revela epiglottis edematosa y enrojecida.

Caso 4

Varón de 74 años con antecedente de síndrome mielodisplásico de evolución tórpida, a tratamiento por el servicio de hematología que consulta por importante odinofagia, disfonía y fiebre de 38,5 °C. En la exploración física se observa inflamación de epiglottis con hematoma y supuración por absceso epiglótico.

En los 4 casos, ante la sospecha clínica de epiglottitis se decidió derivación al servicio de urgencias hospitalarias. Se realizaron analíticas sanguíneas objetivándose marcada leucocitosis y radiografías cervicales (figs. 1, 2). En todos los casos se procedió al ingreso hospitalario en el servicio de otorrinolaringología, donde se administró antibioterapia endovenosa con cefalosporinas de tercera generación y corticoterapia, con evolución favorable por lo que se decidió alta hospitalaria y control ambulatorio. En el caso número 3 se recogió hemocultivo, siendo positivo para *Streptococcus pyogenes*. En el caso número 4, su cuadro hematológico no permitió el drenaje quirúrgico del absceso epiglótico.

Discusión

La odinofagia es, como ya hemos comentado, un motivo muy frecuente de consulta tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias. Sus causas habitualmente son benignas, autolimitadas y con buen pronóstico. Sin embargo, dentro del diagnóstico diferencial de la odinofagia, no debemos olvidar aquellas causas infecciosas menos frecuentes, pero potencialmente mortales, como es el caso de la epiglottitis.



Figura 2 Radiografía cervical lateral con «signo del pulgar».

Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Bibliografía

- Rodrigo Poblete U, Ladislao Morell C, Patricio Giacaman F, Fernando Saldías P. Series clínicas de medicina de urgencia. Evaluación del paciente que consulta por odinofagia en la unidad de emergencia. *Rev Chil Med Inten.* 2008;23:37–42.
- Lindquist B, Zachariah S, Kulkarni A. Adult epiglottitis: A case series. *Perm J.* 2017;21.
- Sack JL, Brock CD. Identificación de la Epiglottitis Aguda en Adultos. Un Alto Nivel de Sospecha y el Monitoreo Cercano son Esenciales en la Evolución. *Postgraduate Medicine.* 2002;112:81–6.
- Pino Rivero V, Pando Pinto JM, Mogollón Cano-Cortés T, Rejas Ugena E, Trinidad Ramos G, Blasco Huelva A. Epiglottitis aguda en adultos. Nuestra casuística en 11 años. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2002;53:674–8.
- Baragaño Río L, Frágola Arnau C, Gil-Carcedo LM, Muñoz Pinto C, Ortega P, Sánchez Lainez J, et al. Manual del residente de ORL y patología cérvico facial. Madrid: IM&C S.A.; 2002. p. 1197–206.
- Pino Rivero V, González Palomino A, Pantoja Hernández CG, Mora Santos ME, Gil Calero M, Rodríguez Carmona M, et al. Epiglottitis aguda en adultos. Nuestra experiencia clínica en 30 casos. *Acta Otorrinolaringología Esp.* 2007;58:263–5.
- Lichter JL, Roche Rodriguez M, Aaronson NL, Spock T, Goodman TR, Baum ED. Epiglottitis. It hasn't gone away. *Anesthesiology.* 2016;124:1404–7.
- Chroboczek T, Cour M, Hernu R, Baudry T, Bohé J, Piriou V, et al. Long-term outcome of critically ill adult patients with acute epiglottitis. *PLoS One.* 2015;10:e0125736.
- Cordero Matía E, Alcántara Bellón JD, Caballero Granado J, de la Torre Lima J, Girón González JA, Lama Herrera C, et al. Aproximación clínica y terapéutica a las infecciones de las vías respiratorias. Documento de Consenso de la Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas y de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. *Aten Primaria.* 2007;39:209–16.

M. Rodríguez-Rodríguez^{a,*}, A. Murcia-Olagüenaga^b,
J. Rodríguez-Asensio^c, C. García Martínez^d
y M.V. Rodríguez-Rosell^c

^a Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud El Coto, Gijón, Asturias, España

^b Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud La Calzada II, Gijón, Asturias, España

^c Servicio Otorrinolaringología, Hospital de Jarrio, Coaña, Asturias, España

^d Servicio de Atención Continuada, Centro de Salud El Llano, Gijón, Asturias, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: marta.rodriguez2@gmail.com

(M. Rodríguez-Rodríguez).

<https://doi.org/10.1016/j.semerg.2017.09.004>
1138-3593/

© 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Riesgo de hipocalcemia aguda en paciente hipoparatiroidea posttiroidectomía que practica ejercicio de resistencia: a propósito de un caso



Risk of acute hypocalcaemia in a patient after total thyroidectomy and during endurance exercise: A case report

Introducción

Los problemas tiroideos tienen una alta incidencia en la población mundial, y muchas de las enfermedades que afectan al tiroides requieren cirugía, la cual puede causar daño en las glándulas paratiroides por su proximidad y dar lugar a alteraciones del metabolismo calcio-fósforo¹.

Una de las complicaciones más frecuentes de la cirugía tiroidea es la hipocalcemia postoperatoria a causa de un hipoparatiroidismo posquirúrgico transitorio o permanente, debido generalmente a compromiso vascular de dichas glándulas^{2,3}.

Los casos de hipocalcemia permanente necesitan recibir aporte de calcio y vitamina D de por vida^{4,5}. La clínica es bastante variada, cursando con parestesias en los casos leves hasta convulsiones tónico-clónicas y tetania en los más graves¹.

La hipocalcemia aguda es una urgencia médica vital que se presenta con síntomas de irritabilidad neuromuscular como calambres, espasmo carpo-pedal, laringoespasmo, convulsiones tónico-clónicas generalizadas y tetania¹. Presentamos el caso de una paciente con hipocalcemia aguda probablemente ocasionada por el ejercicio en ambiente húmedo y calor.

Exposición del caso

Mujer de 51 años, caucásica, IMC de 24, operada de tiroidectomía total por enfermedad de Hashimoto con un nódulo sospechoso que correspondía con un microcarcinoma papilar en noviembre de 2013, diagnosticada de hipoparatiroidismo posttiroidectomía en octubre de 2014. Se pautó tratamiento con 0,25 mcg de calcitriol y 1.500 mg de calcio

al día, controlando los niveles de calcio sérico, calcio iónico tal y como queda reflejado en la [tabla 1](#).

La paciente continúa con su estilo de vida, tanto en su alimentación como en sus niveles de actividad física. Durante el año acude 3 días en semana a clases de acondicionamiento físico y un día del fin de semana realiza excursiones a la montaña de unos 15 km con desniveles medios de 700 m. Participa habitualmente en carreras populares de 5 o 10 km.

En el mes de agosto realiza una excursión al monte (altura 1.346 m, realizando un ascenso de unos 950 m de desnivel en poco más de 5 km) en menos de 3 horas, a una media de unos 2,5 km/h. La paciente ingirió unos 150-200 ml de agua cada 20 minutos y no tomó alimentos ni bebidas isotónicas durante el ascenso^{6,7}. En el ascenso no sintió ningún síntoma que la alertara de algún problema médico. Cuando llevaba una hora de descenso inicia de forma brusca y aguda una crisis de tetania con espasmo carpopedal, signo de Trousseau positivo, hiperventilación, debilidad muscular generalizada y mareo.

Se identificó como síntomas de hipocalcemia aguda y comenzó a recibir calcio oral hasta 2.500 mg y 0,25 mcg de calcitriol, además de comunicar al 112 la situación.

Dadas las condiciones ambientales y la intensidad del ejercicio podemos hacer una aproximación sobre la tasa de sudor en la paciente a razón de 0,7 l/hora⁸, así que las pérdidas de sudor ocasionaron unas pérdidas de calcio de entre 10 y 52 mg/l, lo que supuso en las 3 horas de recorrido entre 29 y 155 mg de calcio⁹. Seguramente no fueron menos importantes las pérdidas ocasionadas de otros electrolitos, como el magnesio, que a veces resulta ser el causante de la hipocalcemia, pero podemos justificar que esta paciente en otras ocasiones, y antes de ser operada de tiroides, estuvo sometida a excursiones de estas características y en semejantes condiciones de calor y humedad e incluso más extremas, sin que ello ocasionara nunca trastornos electrolíticos ni sintomatología alguna.

Para un paciente hipoparatiroideo que no tiene la posibilidad de obtener de forma rápida las necesidades extras de calcio del reservorio óseo sería necesario hacer una reposición adicional de calcio durante la realización de ejercicio físico de resistencia de larga duración, y sobre todo en la estación de verano. Así, considerando que se absorbe aproximadamente un 40% del calcio ingerido¹, se debería añadir a la prescripción del paciente el calcio perdido por sudor, lo que supondrá de entre 25 y 130 mg/l de calcio a la hora, y ello sin considerar el gasto adicional de la contracción