

Epiglotitis aguda: Evolución diagnóstico y tratamiento

Dr. Claude Abdallah.

Division of Anesthesiology. Children's Medical National Center
111 Michigan Ave. N.W. Washington D.C. 20010-2970, USA
cabdalla@cnmc.org

Artículo original publicado en SaudiJournal of Anaesthesia 2012; Vol 6: 279-281. Autorizado para su reedición por Dr. Claude Abdallah y SJA.

Traducción: Dra. Ma. Eugenia Vázquez Ramos.

Abstract.

Acute epiglottitis is a life-threatening disorder with serious implications to the anesthesiologist because of the potential for laryngospasm and irrevocable loss of the airway. Acute epiglottitis can occur at any age. Early diagnosis with careful and rapid intervention of this serious condition is necessary in order to avoid life-threatening complications.

Key words:

Acute epiglottitis, anesthesia, differential diagnosis, management, trends.

Resumen

La epiglotitis aguda es una patología que pone en riesgo la vida y que tiene implicaciones serias para el anesestesiólogo debido a que puede desencadenar potencialmente un laringospasmo con pérdida irreversible de la vía aérea. Este padecimiento se puede presentar a cualquier edad. Es de suma importancia el diagnóstico temprano de esta condición así como una intervención rápida y cuidadosa para evitar complicaciones que pongan en peligro la vida del paciente.

Palabras clave:

Epiglotitis aguda, anestesia, diagnóstico diferencial, evolución y manejo.

Introducción

La epiglotitis aguda es una patología que pone en peligro la vida, con implicaciones serias para los anesthesiólogos, ya que puede desencadenar potencialmente un laringoespasma con pérdida irreversible de la vía aérea. Se caracteriza por edema inflamatorio del cartílago aritenoides, las capas ariepiglóticas y de la epiglotis, por lo que se debería usar el término **Supraglotitis** preferentemente o en lugar del término Epiglotitis Aguda.

Causas y evolución

La epiglotitis aguda puede presentarse a cualquier edad. El microorganismo responsable generalmente es *Hemophilus Influenzae* tipo B (Hib), sin embargo han aparecido infecciones con *Streptococo B Hemolítico* del grupo A después del inicio de vacunación a la población con la vacuna contra *Hemophilus Influenzae*. Hay diferencias en la evolución, prevalencia y manejo de la epiglotitis aguda entre adultos y niños.

De igual forma hay mayor diversidad en las causas de epiglotitis en adultos¹. La incidencia de epiglotitis aguda en adultos va de 0.97 a 3.1 por cada 100,000 habitantes, con una mortalidad aproximada del 7.1%. La incidencia media anual de epiglotitis aguda por cada 100,000 adultos se ha incrementado significativamente de 0.88% (de 1986 a 1990) a 2.1% (de 1991 a 1995) y finalmente a 3.1% (de 1996 al 2000). Este incremento parece no estar relacionado con la infección por *Hemophilus Influenzae* tipo B, sino a bacterias patógenas diversas.

El número de casos de abscesos epiglóticos se ha incrementado concomitante-mente con el aumento en la incidencia de epiglotitis aguda². En adultos se han encontrado mayor cantidad de diversos agentes etiológicos y frecuentemente asociados con cultivos de esputo y hemocultivos negativos a HIB. Algunos casos de epiglotitis han sido atribuidos a candidas. Entre las causas no infecciosas de epiglotitis se encuentran los traumas ocasionados por objetos externos, la inhalación y quemaduras originadas por químicos y asimismo por enfermedades sistémicas y reacciones secundarias a quimioterapia.

La presencia de disfagia, sialorrea y estridor secundario a lesiones térmicas o por cáusticos deben alertar al médico tratante sobre la posibilidad de daño a las estructuras supra glóticas con epiglotitis resultante. En pacientes con

trastornos mentales o dificultad para comunicarse deben sospecharse lesiones epiglóticas de este tipo. En adultos jóvenes la epiglotitis aguda se ha descrito como desencadenada por inhalación de objetos calientes al estar fumando drogas ilícitas; los síntomas, signos, hallazgos radiológicos y por laringoscopia son similares a la epiglotitis infecciosa³. Estos adultos presentan muchas de las características vistas en las epiglotitis infecciosas agudas y deben ser manejadas con el mismo cuidado dado el potencial desarrollo de obstrucción de las vías aéreas superiores.

En un estudio retrospectivo de admisiones por epiglotitis en el lapso de 1998 a 2006, Shah y colaboradores encontraron que la epiglotitis continúa siendo una entidad frecuente y que presenta dos tipos de población vulnerable: los niños de menos de un año y los ancianos de más de 85 años. Cuando hicieron el estudio de cohorte de la población pediátrica (pacientes menores de 18 años) encontraron que el 34.4% correspondía a pacientes menores de un año de edad. Esta categoría etaria (< de 1 año de edad) mostró un comportamiento a la alza ya que de un 26.8% en 1998, se incrementó a 41.1% en 2006⁵. Cabe mencionar que se reportó un caso de epiglotitis con cultivo negativo, en un recién nacido dentro de las primeras horas de vida⁶.

Diagnóstico: Signos y síntomas

El cuadro típico de epiglotitis incluye presentación aguda de fiebre elevada, dolor severo de garganta, dificultad para la deglución y el paciente en posición de sentado e inclinado hacia adelante para mejorar la respiración. Usualmente hay sialorrea debido al dolor y a la dificultad para deglutir. La epiglotitis aguda con frecuencia deriva en una toxemia generalizada. El diagnóstico diferencial más común es con un cuadro de *Croup* o una obstrucción de vía aérea por cuerpo extraño.

El inicio oportuno del manejo del cuadro agudo para evitar las terribles consecuencias depende en mucho de establecer el diagnóstico diferencial entre epiglotitis aguda y causas menos graves de dolor de garganta, dificultad para respirar y disfagia. La antibioticoterapia generalmente se inicia antes de contar con un cultivo bacterial con la consecuente presencia de cultivos negativos en admisión hospitalaria. La etiología más frecuente del *Croup* es la laringotraqueobronquitis viral caracterizada por edema de la mucosa del área subglótica de la laringe. Un cuadro de epiglotitis se puede

presentar en cualquier época del año a diferencia del *Croup* cuya prevalencia aumenta en los meses invernales. El *Croup* tiene un inicio de aparición más paulatino que la epiglotitis y es asociado con fiebre poco elevada. Sin embargo ambas patologías comparten la misma sintomatología en cuanto a estridor laríngeo, retracción supra y subesternal así como intercostal y disfonía, en tanto que en etapas tempranas de la enfermedad la diferenciación es posible si se observa atentamente ya que en el *Croup* hay tos traqueal (tos perruna) con ausencia de sialorrea y disfagia mientras que en la epiglotitis hay sialorrea y disfagia pero no tos traqueal (perruna).

Otros signos confiables que nos hablan de epiglotitis son la necesidad del paciente de estar en posición de sentado, la disfagia y la dificultad para deglutir (se niegan a tragar la saliva)⁷. Otros diagnósticos diferenciales menos comunes podrían incluir traqueítis bacteriana, presencia de cuerpo extraño en laringe y absceso retro faríngeo.

Hallazgos radiológicos y de laboratorio

Una radiografía antero posterior de cuello es de utilidad para confirmar el diagnóstico descartando la posibilidad de presencia de un cuerpo extraño en la vía aérea.

En el *Croup*, las estructuras supra glóticas y la sombra de la epiglotis es normal mientras que hay borramiento de la sombra aérea de la tráquea y estrechamiento simétrico de la sombra aérea subglótica, creando una imagen característica de “campanario de iglesia” en la toma antero posterior.

En la epiglotitis aguda, el signo radiológico de “dedo pulgar” (figura 1) es indicativo de inflamación severa de la epiglotis con potencial pérdida irreversible de la vía aérea. El estridor laríngeo con dificultad para respirar es más frecuente en la epiglotitis en niños que en adultos. El signo más común presente en adultos es la odinofagia (100%) seguido de la disfagia (85%) y cambios en la voz (75%)⁸. El estridor laríngeo en adultos es un signo de alarma para la oclusión de vía aérea superior.

La rápida aparición de signos como estridor, taquicardia, taquipnea y la imagen radiológica de “dedo pulgar” que se presenta en el 79% de los casos en la radiografía lateral de cuello, son predictores significativos del desarrollo inminente de compromiso de la vía aérea con un rápido deterioro en las condiciones clínicas del paciente. (9).



Figura 1. Signo radiológico del “dedo pulgar” en la Epiglotitis aguda.

Los estudios de laboratorio generalmente no son de gran utilidad para establecer el diagnóstico de Epiglotitis. Si los estudios radiológicos no fueran concluyentes, está indicado realizar una laringoscopia con fibra óptica flexible en un entorno clínico seguro para establecer un diagnóstico confiable oportuno.

Debido al riesgo de provocar un espasmo laríngeo y/o una obstrucción total de la vía aérea, el examen de la laringe y faringe debe hacerse estrictamente en una aérea con equipamiento y personal especializado y preparado para manejo de la vía aérea superior en el caso de que se presentara una obstrucción, siendo el quirófano el lugar ideal. La ultrasonografía ha sido descrita como una forma alternativa de examinar la epiglotis por visualización del “signo alfabético “P”, en un plano longitudinal a través de la membrana tiroidea. (Figura 2)¹⁰.

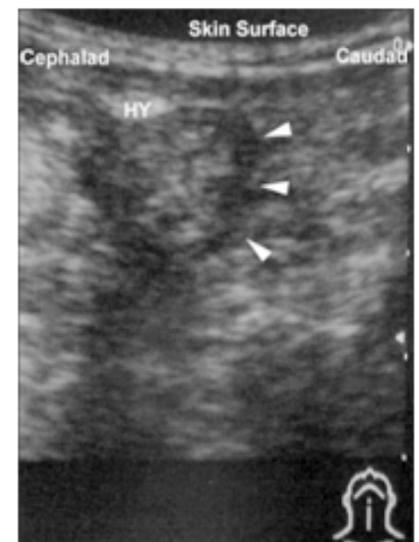


Figura 2. Signo alfabético de la “letra P” formado por la sombra acústica (HY), epiglotis inflamada (indicado por las flechas blancas)

Manejo anestésico y complicaciones

Los pacientes con signos de una obstrucción avanzada de la vía aérea, consistente con una epiglotitis, deben ser tratados como una urgencia médica y urgencia de vía aérea. En presencia de dificultad respiratoria, no está indicado ningún estudio diagnóstico ni radiográfico ya que se debe priorizar el aseguramiento de la vía aérea. La intubación traqueal de un paciente con epiglotitis debe ser manejado como procedimiento de alto riesgo (vía aérea difícil) (figura 3). Este procedimiento debe ser llevado a cabo bajo estrictas condiciones de monitoreo, por ejemplo, en el quirófano y con el paciente manteniendo su ventilación espontánea. Se debe verificar la disponibilidad de un equipo quirúrgico que sea capaz de realizar una traqueotomía de urgencia. El paciente debe ser trasladado a quirófano bajo la estricta vigilancia de un anesestesiólogo y un cirujano experimentados.

La inducción debe llevarse a cabo con el paciente sentado en posición vertical. El forzar al paciente niño o adulto a una posición supina puede desencadenar una obstrucción aguda de la vía aérea. La inducción anestésica lenta hasta lograr un plano anestésico profundo pero sin perder la ventilación espontánea ha sido descrita como el método de elección. La cantidad de tiempo necesaria para producir una anestesia profunda por inhalación puede verse incrementada secundaria al grado de obstrucción aérea por lo que pudiera ser necesario incrementar la concentración de gas anestésico para lograr la profundidad requerida. Para verificar la profundidad anestésica, la capnografía con análisis de gas espirado puede ser de utilidad. Se debe evitar el uso de relajantes musculares ya que la ventilación espontánea debe ser mantenida.

En el caso de diagnóstico de epiglotitis es preferible realizar una intubación con fibra óptica nasal o bien con un broncoscopio rígido pero utilizando un tubo endotraqueal del diámetro más reducido posible. El paciente debe ser trasladado sedado a la Unidad de Cuidados Intensivos después de asegurar la vía aérea. La sedación debe idealmente permitir la ventilación espontánea. La extubación traqueal debe ser precedida de la extracción de aire del manguito del tubo traqueal comprobando que esta desinflado el globo y, generalmente, por una segunda revisión por medio de laringoscopia directa bajo sedación profunda o anestesia general. Entre las complicaciones de las epiglotitis agudas se encuentran las infecciones profundas del área del cuello, recaídas y granuloma de cuerdas vocales¹¹. El tratamiento con dexametasona o budesonida en aerosol puede ser utilizado para tratar de limitar el edema faríngeo y con ello disminuir la obstrucción. El uso de corticoides ha sido asociado con disminución de la estancia en la UCI siendo la estancia promedio de 3.8 días para pacientes adultos⁸.

Conclusiones

La epiglotitis aguda es una condición de alto riesgo en la que es necesario un diagnóstico oportuno y un inicio rápido de tratamiento a fin de evitar complicaciones que ponen en peligro la vida.

Figura 3. Inflamación y edema del cartilago aritenoides y ariepiglotico y de la epiglotis.

La intubación del paciente con epiglotitis debe ser considerada como un procedimiento de vía aérea difícil.



Referencias

1. Mathoera RB, Wever PC, van Dorsten FR, Balter SG, de Jager CP. Epiglottitis in the adult patient. *Neth J Med* 2008;66:373-377.
2. Berger G, Landau T, Berger S, Finkelstein Y, Bernheim J, Ophir D. The rising incidence of adult acute epiglottitis and epiglottic abscess. *Am J Otolaryngology* 2003;24:374-83.
3. Mayo-Smith MF, Spinale J. Thermal epiglottitis in adults: A new complication of illicit drug use. *J Emerg Med* 1997;15:483-485.
4. Kornak JM, Freije JE, Campbell BH. Caustic and thermal epiglottitis in the adult. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1996;114:310-312.
5. Shah RK, Stocks C. Epiglottitis in the United States: National Trends, Variances, Prognosis and Management. *Laryngoscope* 2010;120:1256-1262.
6. Ducic Y, O' Flaherty P, Walker CR, Bernard P. Epiglottitis diagnosed within hours of birth. *Am J Otolaryngol* 1997;18:224-225.
7. Tibballs J, Watson T. Symptoms and signs differentiating croup and epiglottitis. *J Paediatr Child Health* 2011;47:77-82.
8. Guardiani E, Bliss M, Harley E. Supraglottitis in the era following wide spread immunization against *Haemophilus influenzae* type B: Evolving principles in diagnosis and management. *Laryngoscope* 2010;120:2183-2188.
9. Chan KO, Pang YT, Tan KK. Acute epiglottitis in the tropics: Is it an adult disease? *J Laryngol Otol* 2001;115:715-718.
10. Hung TY, Li S, Chen PS, Wu LT, Yang YJ, Tseng LM, et al. Bed side ultrasonography as a safe and effective tool to diagnose acute epiglottitis. *Am J Emerg Med* 2011;29:359.e1-3. Epub 2010 Aug 1.
11. Shah RK, Roberson DW, Jones DT. Epiglottitis in the *Haemophilus influenzae* type B vaccine era: Changing trends. *Laryngoscope* 2004;114:557-560.