

## Caso Radiológico

### Epiglotitis aguda del adulto

#### Dr. Daniel Schneider

Residente de Radiología  
Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana,  
Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

#### Dr. Pablo Soffia

Médico radiólogo  
Departamento de Imágenes  
Clínica Alemana de Santiago, Facultad de Medicina Clínica Alemana,  
Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

Contacto: psoffia@alemana.cl

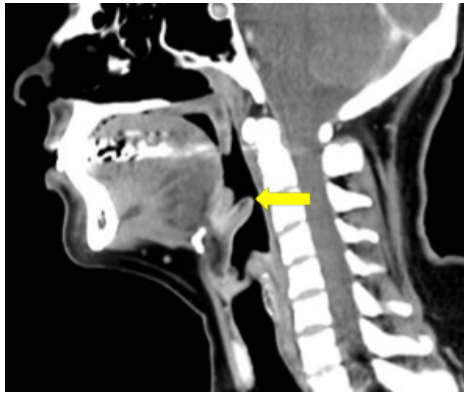
#### Resumen

La epiglotitis aguda del adulto corresponde a inflamación de la epiglotis con o sin compromiso de las estructuras supraglóticas vecinas. Su principal causa es infecciosa, siendo el *Haemophilus influenzae tipo B* el agente aislado más frecuentemente. La mayor parte de las veces tiene buena respuesta a tratamiento médico conservador. En algunas ocasiones puede tener evolución rápida con riesgo vital por compromiso de la vía aérea. El diagnóstico se basa fundamentalmente en el cuadro clínico sumado a la visualización de la epiglotis inflamada por medio de la nasolaringoscopia. Las imágenes también tienen un rol en el diagnóstico, descartando otras patologías, o en el manejo, confirmando o descartando la presencia de complicaciones locales. Se describe un caso de epiglotitis aguda del adulto con énfasis en los hallazgos de la tomografía computada, seguido de una breve revisión de la literatura sobre el tema.

#### Descripción del caso

Paciente de sexo femenino de 44 años, con antecedente de hipertensión arterial crónica en tratamiento farmacológico con isoprolol, compensada. Consulta en el servicio de urgencias por cuadro de 2 días de evolución con sintoma-

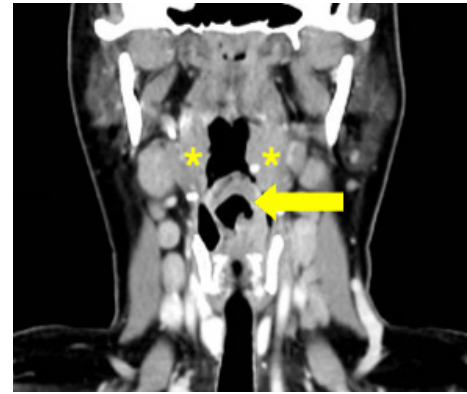
tología respiratoria alta, se diagnosticó faringoamigdalitis y comenzó tratamiento con paracetamol, diclofenaco y amoxicilina-ácido clavulánico. Tres días después consulta en forma ambulatoria al otorrinolaringólogo por empeoramiento de la sintomatología, donde refiere principalmente odinofagia, disfonía, hemoptisis y dolor cervical profundo. Se le realiza una nasolaringoscopia en la que se describe gran edema y aumento de volumen de la epiglotis con úlceras cubiertas por fibrina, lumen glótico amplio, movilidad cordal conservada con dificultad para la evaluación de la laringe. Posteriormente se le solicita una tomografía computada de cuello con contraste intravenoso para descartar absceso paraglotico, examen que demostró engrosamiento de la epiglotis de hasta 8.5 mm, de aspecto edematoso; cambios inflamatorios de los tejidos blandos supraglóticos con mayor realce de lo habitual frente al uso de medio de contraste (**Figura 1**). Los cambios se extienden hasta la base de la lengua y obliteran el seno piriforme del lado izquierdo por edema de partes blandas (**Figura 2**). No se observaron colecciones ni reducción significativa del calibre de la vía aérea (**Figura 3**). También se observaron múltiples adenopatías cervicales en el grupo II (yugulodigástricos), bilaterales.



**Figura 1.** TC de cuello con contraste I.V. Reconstrucción sagital. Se observa engrosamiento edematoso de la epiglotis y cambios inflamatorios de los tejidos blandos supraglóticos, con mayor realce de lo normal frente al uso de medio de contraste. No hay compromiso significativo del calibre de la vía aérea.



**Figura 2.** TC de cuello con contraste I.V. Corte axial. Aumento de volumen edematoso de partes blandas que oblitera el seno piriforme del lado izquierdo.



**Figura 3.** TC de cuello con contraste I.V. Reconstrucción coronal. Aumento de volumen de la epiglotis (flecha). Las amígdalas palatinas son de aspecto normal (asterisco). No se observan imágenes sugerentes de abscesos.

La paciente se maneja hospitalizada con indicación de tratamiento intravenoso con ceftriaxona, clindamicina, hidrocortisona, paracetamol, metamizol sódico, ketoprofeno y lansoprazol. Al segundo día de tratamiento, dada la buena evolución, ausencia de complicaciones y buena tolerancia oral se da de alta con indicación de amoxicilina - ácido clavulánico, esomeprazol e ibuprofeno vía oral.

## Discusión

La epiglotitis aguda del adulto se define como una inflamación de la epiglotis con o sin compromiso de las estructuras supraglóticas vecinas <sup>(1,2)</sup> y que puede progresar rápidamente a una condición con riesgo vital <sup>(3)</sup>.

Se ha descrito como principal agente infeccioso causal al *Haemophilus influenzae* tipo B, pero también se han aislado otros agentes como *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus milleri*, *Streptococcus agalactiae*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pasteurella multocida*, *Haemophilus paraphrophilus* y menos frecuentemente virus herpes simple, *Cándida albicans*, *Mycobacterium tuberculosis* y pseudomonas <sup>(4-8)</sup>.

Luego de las campañas de vacunación masiva, ha habido un cambio epidemiológico, disminuyendo la incidencia en niños y aumentando en los adultos <sup>(2-5,7-10)</sup>, en los cuales la presentación clínica es más insidiosa y con más complicaciones que en el paciente pediátrico <sup>(11)</sup>. En Chile se instauró la vacunación masiva contra *Haemophilus influenzae* en 1996 <sup>(12)</sup>, disminuyendo los casos de enfermedades inva-

sivas por este agente, concordante con la experiencia de otros países.

Se estima una incidencia anual de epiglotitis aguda del adulto entre 0.97 a 3.1 por 100.000 con una mortalidad descrita de hasta un 7.1% <sup>(7,11,13,14)</sup>. Algunos autores señalan que es una entidad común y frecuentemente mal diagnosticada como infección del tracto respiratorio superior, observando mayor incidencia en centros que tienen disponibilidad de nasolaringoscopia <sup>(6)</sup>. Otros proponen que el aumento se debe al uso indiscriminado de antibióticos <sup>(5)</sup>.

El cuadro clínico incluye síntomas y signos como disfagia, odinofagia, disfonía, estridor, disnea, sensibilidad cervical anterior, fiebre, hemoptisis y sialorrea <sup>(2,3,5-7,15,16)</sup>.

Los exámenes de laboratorio pueden demostrar leucocitosis o ser normales <sup>(3,5,10,17)</sup> y los cultivos sanguíneos muy pocas veces logran identificar el agente causal <sup>(2,5,6,10)</sup>, siendo más probable su aislamiento cuando existe intervención de la vía aérea <sup>(3)</sup>.

Se debe considerar en el diagnóstico diferencial otras causas no infecciosas como trauma físico, químico o térmico <sup>(16)</sup>.

Se considera la visualización por laringoscopia directa como estándar de referencia para el diagnóstico <sup>(4,15)</sup>. La radiografía lateral de cuello ha mostrado ser útil evidenciando el aumento de volumen de la epiglotis y tejidos blandos pre-

vertebrales <sup>(3,6,15,17,18)</sup>, sin embargo algunos autores desestiman su uso <sup>(1,2)</sup>.

En la radiografía se describen dos signos clásicos de epiglottitis: el "signo del pulgar" <sup>(19)</sup> que traduce una epiglottis voluminosa y edematosa, así como el "signo de la vallécula" <sup>(20)</sup> como resultado de la obliteración parcial o total en la radiografía, de la depresión entre la base de la lengua y la epiglottis.

En una serie de 106 pacientes, a 71 de ellos se les realizó radiografía lateral de cuello, evidenciando el "signo del pulgar" en el 77%, el "signo de la vallécula" se menciona en un paciente y otro presentó un cuerpo extraño <sup>(6)</sup>. En otra serie de 80 pacientes, 70 de ellos contaban con radiografía lateral de cuello, mostrando el "signo del pulgar" en el 81.4% <sup>(3)</sup>.

La tomografía computada se solicita sólo ocasionalmente, con el fin de descartar otras patologías que se pueden presentar en forma similar, como absceso peritonsilar, abscesos del espacio profundo del cuello, tonsilitis lingual, laringitis o aspiración de cuerpo extraño <sup>(21)</sup> También es útil para identificar complicaciones como abscesos <sup>(9,22)</sup> o mediastinitis necrotizante <sup>(13,23)</sup>. Siempre que se solicite una tomografía computada, se debe contar con la certeza que se tiene una vía aérea estable <sup>(24)</sup>.

Los hallazgos en tomografía computada descritos en la literatura incluyen: aumento de volumen de los tejidos supraglóticos, especialmente de la epiglottis, obliteración de los planos grasos vecinos, engrosamiento del músculo platismo y fascia prevertebral. En algunos casos también se puede ver engrosamiento de las cuerdas vocales falsas, marcado realce de la mucosa faríngea, edema del espacio retrofaríngeo y obliteración de la grasa pre epiglótica <sup>(21)</sup>, así como también los hallazgos propios de las complicaciones y su extensión <sup>(25)</sup>. El término supraglotitis se usa indistintamente como sinónimo de epiglottitis.

El tratamiento de la epiglottitis aguda incluye el manejo del compromiso de la vía aérea, antibióticos, corticoides, antiinflamatorios no esteroideos y la detección precoz de complicaciones.

Es importante para el radiólogo tener presente esta condición, ya que el compromiso de la vía aérea puede instalarse rápidamente y comprometer la vida del paciente.

## Referencias

1. Stuart MJ, Hodgetts TJ. Adult Epiglottitis - Prompt Diagnosis Saves Lives. *Bmj*. 1994; 308: 329-30.
2. Riffat F, Jefferson N, Bari N, et al. Acute Supraglottitis in Adults. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2011; 120: 296-9.
3. Cheung CSK, Man S-Y, Graham CA, et al. Adult epiglottitis: 6 years experience in a university teaching hospital in Hong Kong. *Eur J Emerg Med*. 2009; 16: 221-6.
4. Pino Rivero V, González Palomino A, Pantoja Hernández CG, et al. Epiglottitis aguda en adultos. Nuestra experiencia clínica en 30 casos. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2007; 58: 263-5.
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: 197-9.
6. Ng HL, Sin LM, Li MF, et al. Acute epiglottitis in adults: a retrospective review of 106 patients in Hong Kong. *Emerg Med J*. 2008; 25: 253-5.
7. Mathoera RB, Wever PC, van Dorsten FRC, et al. Epiglottitis in the adult patient. *Neth J Med*. 2008; 66: 373-7.
8. Briem B, Thorvardsson O, Petersen H. Acute epiglottitis in Iceland 1983-2005. *Auris Nasus Larynx*. 2009; 36: 46-52.
9. Nagaraja V, Stewart TE, Mackay SG, et al. Supraglottitis due to group B streptococcus in an adult with IgG4 and C2 deficiency: A case report and review of the literature. *Laryngoscope*. 2015; 125: 852-5.
10. Guldred L-A, Lyhne D, Becker BC. Acute epiglottitis: epidemiology, clinical presentation, management and outcome. *J Laryngol Otol*. 2008; 122: 818-23.
11. Berger G, Landau T, Berger S, et al. The rising incidence of adult acute epiglottitis and epiglottic abscess. *Am J Otolaryngol*. 2003; 24: 374-83.
12. Instituto de Salud Pública. Boletín ISP: Vigilancia de laboratorio de *Haemophilus influenzae* tipo b. Chile 2007 – 2012. *Boletín ISP*. 2012; 2: 1-12.
13. Álvarez VV, Aurelio E, Bautista L, et al. Epiglottitis aguda necrosante. Presentación atípica de epiglottitis aguda del adulto. *An Otorrinolaringol Mx*. 2011; 56: 194-8.
14. Pino Rivero V, Pando Pinto JM, Mogollón Cano-Cortés T, et al. Epiglottitis aguda en adultos. Nuestra casuística en 11 años. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2002; 53: 674-8.
15. Shepherd M, Kidney E. Adult epiglottitis. *Accid Emerg Nurs*. 2004; 12: 28-30.
16. Howell PR. Acute epiglottitis. *Anaesthesia*. 1988; 43: 425.
17. Qazi IM, Jafar AM, Hadi KAA, et al. Acute epiglottitis: a retrospective review of 47 patients in Kuwait. *Indian J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2009; 61: 301-5.
18. Virk JS, Pang J, Okhovat S, et al. Analysing lateral soft tissue neck radiographs. *Emerg Radiol*. 2012; 19: 255-60.
19. Grover C. Images in clinical medicine. "Thumb sign" of epiglottitis. *N Engl J Med*. 2011; 365: 447.
20. Ducic Y, Hébert PC, MacLachlan L, et al. Description and Evaluation of the Vallecula Sign: A New Radiologic Sign in the Diagnosis of Adult Epiglottitis. *Ann Emerg Med*. 1997; 30: 1-6.
21. Smith MM, Mukherji SK, Thompson JE, et al. CT in adult supraglottitis. *Am J Neuroradiol*. 1996; 17: 1355-8.
22. Hsieh JK, Phelan MP, Wu G, et al. Epiglottic abscess. *Am J Emerg Med*. 2015; 33: 734.
23. Tateya I, Fujiki N, Kurata K. Descending necrotizing mediastinitis following acute epiglottitis : a case report. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2003; 260: 128-30.
24. Ito K, Chitose H, Koganemaru M. Four cases of acute epiglottitis with a peritonsillar abscess. *Auris Nasus Larynx*. 2011; 38: 284-8.
25. Hindy J, Novoa R, Slovik Y, et al. Epiglottic abscess as a complication of acute epiglottitis. *Am J Otolaryngol - Head Neck Med Surg*. 2013; 34: 362-5.