



Epiglotitis aguda con absceso epiglótico: un caso clínico y revisión del enfoque terapéutico

Acute epiglottitis with epiglottic abscess: Case report and review of therapeutic approach.

José de Jesús Ley Tomas,¹ Luis Stefano Ramírez Gil,³ Guillermo Missael Pérez Delgadillo²

¹ Residente de cuarto año de Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello.

² Médico especialista en Otorrinolaringología y Cirugía de Cabeza y Cuello. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México.

³ Médico general. Escuela Superior de Medicina, Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México.

Correspondencia

Guillermo Pérez Delgadillo
dr.perezdelgadillo@gmail.com

Recibido: 21 de noviembre 2024

Aceptado: 10 de febrero 2025

Este artículo debe citarse como: Ley-Tomas JJ, Ramírez-Gil LS, Pérez-Delgadillo GM. Epiglotitis aguda con absceso epiglótico: un caso clínico y revisión del enfoque terapéutico. An Orl Mex 2025; 70 (1): 25-29.

PARA DESCARGA

<https://doi.org/10.24245/aorl.v70i1.10215>

<https://otorrino.org.mx>

Resumen

ANTECEDENTES: El absceso epiglótico es una complicación poco frecuente de la epiglotitis aguda, con incidencia del 4%. Por lo general ocurre en la cara lingual de la epiglotis, puede diagnosticarse clínicamente mediante laringoscopia; los estudios de gabinete, como la tomografía simple y contrastada, son de ayuda.

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 63 años que inició con faringodinia y disfagia para todas las consistencias, disfonía y alzas térmicas, por lo que fue referido a nuestra institución. A la exploración, se encontró consciente, alerta, febril, con voz en papa caliente. Cuello sin alteraciones. Cavidad oral con libre apertura, moderadas secreciones hialinas, edentulismo parcial con resto de las piezas dentales en mal estado general, amígdalas palatinas grado I, pared faríngea posterior sin alteraciones. La nasofibrolaringoscopia reveló: valécula con abundantes secreciones purulentas, senos piriformes no valorables por acumulación de secreciones. Epiglotis edematizada con lesiones blanquecinas en el borde libre y la cara lingual, abundantes secreciones purulentas en el vestíbulo laríngeo con penetración. La subglotis no fue valorable.

CONCLUSIONES: El absceso epiglótico pone en riesgo de forma inminente la vida del paciente, por lo que asegurar la vía aérea es prioritario; la constante comunicación con el servicio de Anestesiología es elemental.

PALABRAS CLAVE: Absceso epiglótico; epiglotitis; laringoscopia directa.

Abstract

BACKGROUND: Epiglottic abscess is considered a rare complication of acute epiglottitis, with an incidence of 4%. It frequently occurs on the lingual surface of the epiglottis, and can be diagnosed clinically by laryngoscopy. Laboratory studies, such as simple and contrast tomography, are useful.

CLINICAL CASE: A 63-year-old male patient who began with pharyngodynia and dysphagia for all consistencies, dysphonia, as well as temperature increases, for which he was referred to our institution. On examination, he was conscious, alert, febrile, with a hot potato voice. Neck without alterations. Oral cavity with free opening, moderate hyaline secretions, partial edentulism with the rest of the teeth in poor general condition, grade I palatine tonsils, posterior pharyngeal wall without alterations. Nasofibrolaryngoscopy revealed: vallecula with abundant purulent secretions, pyriform sinuses not assessable due to accumulation of secretions. Swollen epiglottis with whitish lesions on the free edge and lingual surface, abundant purulent secretions in the laryngeal introitus with penetration. Subglottis could not be assessed.

CONCLUSIONS: Epiglottic abscess imminently threaten the patient's life, so ensuring the airway is a priority, constant communication with the anesthesiology service is essential.

KEYWORDS: Epiglottic abscess; Epiglottitis; Direct laryngoscopy.

ANTECEDENTES

La epiglotitis es una inflamación aguda de la epiglotis que puede causar una rápida obstrucción de las vías respiratorias. Esta afección es potencialmente mortal y se considera una emergencia otorrinolaringológica. Entre sus complicaciones están el absceso epiglótico, que representa una amenaza inminente para la vida del paciente y sobreviene en aproximadamente el 4% de los casos de epiglotitis, según diversas series de casos.^{1,2}

Debido a la vacunación contra *Haemophilus influenzae* tipo B, la incidencia anual de la epiglotitis en niños ha disminuido a menos de un caso por 100,000 habitantes; sin embargo, en pacientes adultos ha aumentado con una mortalidad del 7.1%,³ cifra tres veces mayor en hombres que en mujeres.⁴

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 63 años con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica, quien refirió iniciar con faringodinia acompañada de disfagia para todas las consistencias, así como alzas térmicas; un día después manifestó disnea y disfonía, por lo que acudió a un hospital general, donde fue referido a nuestra institución.

La valoración inicial mostró fiebre y el resto de los signos vitales dentro de parámetros normales, disfonía a expensas de voz en papa caliente, cuello sin aumento de volumen, cavidad oral con libre apertura, piezas dentales en mal estado de conservación, paladar duro y blando integros, amígdalas grado I bilateral sin abombamientos en la pared faríngea posterior, pero con abundantes secreciones hialinas. La fibro-nasolaringoscopia mostró la valécula con abundantes secreciones de características purulentas, senos piriformes parcialmente valorables por acumulación de secreciones, epiglotis edematizada con lesiones blanquecinas en la cara lingual y faríngea; pliegues ariepiglóticos y cartílagos aritenoides sin alteraciones, bandas ventriculares normofuncionantes, pliegues vocales sin lesiones aparentes en bordes libres, con adecuada movilidad, abundantes secreciones en el vestíbulo laríngeo con aspiración de éstas sin evocar reflejo tusígeno, subglotis no valorable.

Debido a los hallazgos en la tomografía (**Figura 1**) se decidió dar tratamiento avanzado de la vía aérea por medio de intubación oroatraqueal en el área de urgencias, con apoyo del servicio de Anestesiología y Neumología para pase a quirófano, donde se practicó laringoscopia directa y drenaje de absceso epiglótico con los siguientes hallazgos: epiglotis con incisión en

el borde libre izquierdo con abundante secreción purulenta, piezas dentales en mal estado de conservación e higiene, abundantes secreciones purulentas en la vía aérea. **Figura 2**

Por afectación de la vía aérea se decidió su ingreso a la unidad de cuidados posquirúrgicos con intubación orotraqueal y tratamiento antibiótico. Al mostrar mejoría clínica, se decidió la extubación al tercer día y la continuación del tratamiento antibiótico intravenoso.

DISCUSIÓN

Por mucho tiempo la epiglotitis aguda fue una enfermedad de la edad pediátrica; sin embargo, desde la introducción de la vacuna contra *Haemophilus influenzae* tipo B la enfermedad prácticamente ha desaparecido en niños pequeños, cuyo grupo de edad representaba el 90% de los casos.⁵ La epiglotitis en adultos ha ido aumentando de forma constante, con una incidencia de 4 por 100,000 en Estados Unidos⁶ y de los abscesos epiglóticos no hay datos precisos.



Figura 1

Tomografía computada en corte sagital con técnica para tejidos blandos que muestra en la epiglotis densidad aérea en su interior.



Figura 2

Drenaje transoral de absceso epiglótico.

Berger y su grupo, en un estudio retrospectivo, encontraron que el absceso epiglótico fue evidente en el 24% de los sujetos con epiglotitis.³ Se piensa que el absceso epiglótico puede ser resultado de una infección epiglótica coalescente o de una infección secundaria a un mucocele epiglótico.⁷ Berger y colaboradores reportaron que 19 de 22 pacientes adultos con quistes infectados en la valécula tuvieron formación de abscesos.⁸

Las enfermedades infecciosas graves se han asociado con estados de inmunodepresión y se ha reportado que los pacientes con diabetes tienen mayor riesgo de padecer abscesos epiglóticos debido a un sistema inmunológico más frágil, además de que la enfermedad microvascular perjudica el proceso de cicatrización.⁹ Hoy en día las especies de *Streptococcus* y *Staphylococcus* son las causas más comúnmente identificadas de abscesos epiglóticos en adultos; sin embargo, se han observado patógenos más raros, como *Neisseria meningitidis* y *Aeromonas hydrophila* en pacientes con diabetes.¹⁰

Los síntomas suelen ser: fiebre, sialorrea, odinofagia, faringodinia, tos y dificultad respiratoria. Sideris y su grupo, en un estudio retrospectivo de pacientes con epiglotitis, encontraron que la faringodinia y la odinofagia fueron los síntomas más frecuentes y que la dificultad respiratoria y la voz en papa caliente demostraron una correlación estadísticamente significativa con la formación de absceso epiglótico.¹¹

La laringoscopia flexible es el patrón de referencia para establecer el diagnóstico de epiglotitis aguda; sin embargo, los hallazgos en la laringoscopia y los estudios radiológicos convencionales no pueden excluir la formación de abscesos debido a que no hay ningún síntoma con adecuado valor predictivo positivo o negativo para diferenciar entre epiglotitis y absceso epiglótico.

Lee y colaboradores encontraron que hasta el 22% de los pacientes con epiglotitis mostraron absceso epiglótico diagnosticado por tomografía; se sugiere agregar a los algoritmos de diagnóstico ese estudio radiológico porque la mortalidad por absceso epiglótico es del 30% y es un predictor de obstrucción de la vía aérea.^{12,13}

En adultos con casos leves a moderados sin afectación respiratoria inminente, el tratamiento de la vía aérea puede ser con esteroides y monitoreo continuo hasta la intubación electiva en quirófano y los casos graves requerirán una intervención urgente de las vías respiratorias en el 10.9% de los casos.¹⁴ Estos pacientes usualmente requieren, con anestesia general, drenaje transoral del absceso; sin embargo, existen trabajos que se refieren al tratamiento con anestesia local, sobre todo en pacientes estables. Wu y su grupo, en un estudio prospectivo, aleatorizado, analizaron la eficacia del drenaje con laringoscopia indirecta con pinzas de biopsia laríngea más tratamiento antibiótico *vs* tratamiento antibiótico, y encontraron que los pacientes del primer grupo tuvieron una estancia hospitalaria y un tiempo de alivio sintomático más corto que los tratados solo con medicamentos.¹⁵

Kim y su grupo, en un estudio prospectivo, controlado, con distribución al azar, en el que analizaron dos grupos: aspiración con aguja y tratamiento antibiótico *vs* tratamiento antibiótico solo, no encontraron diferencias entre ambos grupos en cuanto al alivio de los síntomas, pero la duración de la hospitalización fue significativamente menor en el primer grupo.¹⁶

Roh, en una serie de casos de 12 sujetos, llevó a cabo una marsupialización transoral asistida por láser CO₂ del absceso epiglótico con buenos resultados en términos de complicaciones, ingreso a la terapia intensiva y una estancia hospitalaria reducida en etapas tempranas de la enfermedad.¹⁷

El absceso epiglótico y la epiglotitis son infecciones graves y ameritan tratamiento antibiótico intravenoso; el más recomendado es la cefotaxima. No existen datos de la duración recomendada del tratamiento, pero una duración total de 10 a 14 días, según la gravedad inicial y la rapidez de la respuesta terapéutica, parece razonable. La transición a la vía oral puede iniciarse cuando ocurra lo siguiente: claro alivio clínico de la fiebre, el dolor y los signos locales, y notable reducción de marcadores de respuesta inflamatoria, lo que suele suceder, generalmente, después de 2 a 5 días de tratamiento intravenoso inicial.¹⁸

CONCLUSIONES

El absceso epiglótico pone en riesgo la vida del paciente de forma inminente, por lo que asegurar la vía aérea es prioritario; la constante comunicación con el servicio de Anestesiología es decisiva. Creemos que, en casos leves de epiglotitis, debe agregarse al algoritmo de diagnóstico una tomografía computada con contraste para descartar absceso porque es un predictor de obstrucción de la vía aérea. Se necesitan más estudios para implementar el drenaje con anestesia local, por lo que aún sugerimos el manejo transoral con anestesia general.

REFERENCIAS

1. Frantz TD, Rasgon BM, Quesenberry CP Jr. Acute epiglottitis in adults. Analysis of 129 cases. JAMA 1994; 272 (17): 1358-60.
2. Hsieh JK, Phelan MP, Wu G, Bricker A, Anne S. Epiglottic abscess. Am J Emerg Med 2015; 33 (5): 734.e5-7. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2014.10.036>
3. Berger G, Landau T, Berger S, Finkelstein Y, et al. The rising incidence of adult acute epiglottitis and epiglottic abscess. Am J Otolaryngol 2003; 24 (6): 374-83. [https://doi.org/10.1016/s0196-0709\(03\)00083-8](https://doi.org/10.1016/s0196-0709(03)00083-8)
4. Hawkins DB, Miller AH, Sachs GB, Benz RT. Acute epiglottitis in adults. Laryngoscope 1973; 83 (8): 1211-20. <https://doi.org/10.1288/00005537-197308000-00004>
5. Shah RK, Stocks C. Epiglottitis in the United States: national trends, variances, prognosis, and management. Laryngoscope 2010; 120 (6): 1256-62. <https://doi.org/10.1002/lary.20921>
6. Bridwell RE, Koyfman A, Long B. High risk and low prevalence diseases: Adult epiglottitis. Am J Emerg Med 2022; 57: 14-20. <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2022.04.018>
7. Stack BC Jr, Ridley MB. Epiglottic abscess. Head Neck 1995; 17 (3): 263-5. <https://doi.org/10.1002/hed.2880170316>
8. Berger G, Averbuch E, Zilka K, Berger R, Ophir D. Adult vallecular cyst: thirteen-year experience. Otolaryngol Head Neck Surg 2008; 138 (3): 321-7. <https://doi.org/10.1016/j.otohns.2007.12.008>
9. Alotaibi FZ. Spontaneous epiglottic abscess: pathophysiology and airway management options. J Surg Case Rep 2023; 2023 (8): rjad481. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjad481>
10. Rabeea M, Al Ansari H, Al Abdulla A. An atypical cause of an epiglottic abscess. Case Rep Infect Dis 2019; 2019: 9674852. <https://doi.org/10.1155/2019/9674852>
11. Sideris G, Papadimitriou N, Korres GF, Karaganis A, et al. Clinical and microbiological factors associated with abscess formation in adult acute epiglottitis. Ann Otol Rhinol Laryngol 2022; 131 (11): 1194-1201. <https://doi.org/10.1177/00034894211051817>
12. Lee YC, Kim TH, Eun YG. Routine computerised tomography in patients with acute supraglottitis for the diagnosis of epiglottic abscess: is it necessary?--a prospective, multicentre study. Clin Otolaryngol 2013; 38 (2): 142-7. <https://doi.org/10.1111/coa.12103>
13. Huang GJ. Regarding a systematic review and meta-analysis of predictors of airway intervention in adult epiglottitis. Laryngoscope 2020; 130 (5): E298. <https://doi.org/10.1002/lary.28251>
14. Manatpon P, Weyh AM, Gray C, Shah S, Dasika J. Airway management for an adult epiglottic abscess. Cureus 2020; 12 (1): e6771. <https://doi.org/10.7759/cureus.6771>
15. Wu X, Zhang J, Fang R, Wei C. Use of indirect laryngeal biopsy forceps to treat epiglottic abscess. Ear Nose Throat J 2021; 100 (10_suppl): 971S-975S. <https://doi.org/10.1177/0145561320930644>
16. Kim SG, Lee JH, Park DJ, Hong JW, et al. Efficacy of spinal needle aspiration for epiglottic abscess in 90 patients with acute epiglottitis. Acta Otolaryngol 2009; 129 (7): 760-7. <https://doi.org/10.1080/00016480802369302>
17. Roh JL. Early intervention of transoral laser-assisted marsupialization for adult epiglottic abscess. Am J Otolaryngol 2023; 44 (4): 103900. <https://doi.org/10.1016/j.amjoto.2023.103900>
18. Cohen R, Madhi F, Thollot F, Hau I, et al. Antimicrobial treatment of ENT infections. Infect Dis Now 2023; 53 (8S): 104785. <https://doi.org/10.1016/j.idnow.2023.104785>