



Edema supraglótico de causa poco común

Supraglottic edema of uncommon etiology.

Irma Yolanda Castillo López,¹ María Melissa Figueroa Flores,² María Guadalupe Gutiérrez López²

¹ Especialista en otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.

² Médico residente de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello.

Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente, IMSS, Guadalajara, Jalisco, México.

Resumen

ANTECEDENTES: El edema supraglótico es una afección que se manifiesta con inflamación de las estructuras supraglóticas e implica riesgo de muerte debido a obstrucción crítica de las vías respiratorias. Aunque la mayoría de los casos de edema supraglótico tienen origen infeccioso, existen manifestaciones poco frecuentes de esta afección con causas no infecciosas, como enfermedades autoinmunitarias, vasculitis o iatrogénicas.

CASO CLÍNICO: Serie de casos de pacientes con edema supraglótico de causas poco comunes.

CONCLUSIONES: Estos casos demuestran que no todo edema supraglótico es necesariamente un absceso o infección; por lo tanto, la correlación clínica cuidadosa y el uso prudente de los estudios de imagen son decisivos para determinar la causa subyacente y evitar tratamientos invasivos innecesarios.

PALABRAS CLAVE: Edema supraglótico; obstrucción de la vía aérea; disnea.

Abstract

BACKGROUND: Supraglottic edema is a clinical condition that presents with inflammation of the supraglottic structures and implies a fatal risk due to critical airway obstruction. Although most cases of supraglottic edema are associated with an infectious etiology, there are rare presentations of this condition with non-infectious origins, such as autoimmune diseases, vasculitis, or iatrogenic causes.

CLINICAL CASE: A series of cases of patients with supraglottic edema of uncommon causes.

CONCLUSIONS: These cases demonstrate that not all supraglottic edema is necessarily an abscess or infection; therefore, careful clinical evaluation and judicious use of imaging studies are crucial to determine the underlying cause and avoid unnecessary invasive treatments.

KEYWORDS: Supraglottic edema; Airway obstruction; Dyspnea.

Correspondencia

María Guadalupe Gutiérrez López
ma.gpe.gut@gmail.com

Recibido: 17 de febrero 2025

Aceptado: 25 de marzo 2025

Este artículo debe citarse como: Castillo-López IY, Figueroa-Flores MM, Gutiérrez-López MG. Edema supraglótico de causa poco común. An Orl Mex 2025; 70 (2): 119-124.

PARA DESCARGA

<https://doi.org/10.24245/aorl.v70i2.10381>

<https://otorrino.org.mx>

ANTECEDENTES

El edema supraglótico se distingue por la inflamación de las estructuras de la laringe superior y es una emergencia en otorrinolaringología debido a su potencial para obstruir las vías respiratorias y poner en peligro la vida del paciente.¹ Aunque frecuentemente tiene un origen infeccioso, especialmente infecciones bacterianas, los casos de edema supraglótico de origen no infeccioso deben permanecer entre los diagnósticos posibles, sobre todo cuando su manifestación clínica es atípica y existen factores asociados: enfermedades autoinmunitarias, reacciones alérgicas y el uso de sustancias (como el tabaco y dispositivos de vapeo) que pueden inducir este cuadro clínico.²⁻⁶

Estudios recientes destacan la diversidad de manifestaciones y diagnósticos diferenciales del edema supraglótico no infeccioso, lo que complica su tratamiento. Sus síntomas (disnea, disfonía y disfagia) se superponen frecuentemente con enfermedades infecciosas, lo que puede llevar a diagnósticos erróneos y tratamientos inadecuados, como la administración innecesaria de antibióticos o procedimientos invasivos.¹

Este artículo describe cuatro casos de edema supraglótico no infeccioso y se discute su patogenia y tratamiento; destaca la importancia de la correlación clínica para evitar intervenciones invasivas innecesarias, lo que implicará menor riesgo para el paciente.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1

Paciente masculino de 22 años, con antecedente de lupus eritematoso sistémico y síndrome antifosfolipídico, que inició 24 horas antes con rinorrea, malestar general, disfagia, voz gutural y disnea que fue aumentando hasta aparecer en reposo, por lo que acudió a valoración. Hemoglobina: 10.5, leucocitos: 16,500 con neutrofilia, creatinina: 2, saturación: 94%, sin estridor laríngeo, trismo grado II, edema importante del paladar blando y úvula con edema. La laringoscopia mostró edema supraglótico generalizado con luz glótica no valorable (**Figura 1A**). La tomografía contrastada evidenció aumento de volumen supraglótico isodenso a tejidos blandos, sin datos de colección (**Figura 1B**). A las pocas horas manifestó aumento de la dificultad respiratoria, con taquicardia, taquipnea y desaturación, por lo que se hizo traqueotomía de urgencia. Fue tratado con esteroides y nebulizaciones con adrenalina, con lo que tuvo mejoría clínica. **Figura 1C**

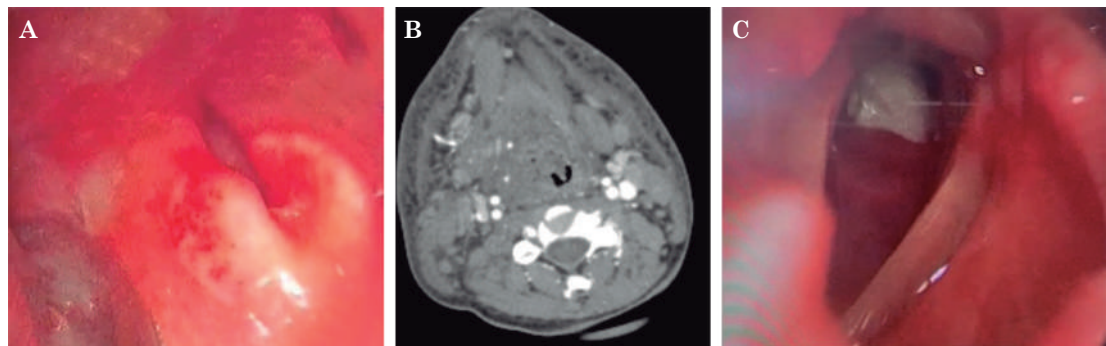


Figura 1

A. Laringoscopia inicial que muestra edema de las estructuras supraglóticas con zonas con eritema y una obstrucción del 90% de la luz. **B.** Corte axial de tomografía contrastada de la epiglotis que demuestra la disminución de la luz supraglótica. **C.** Laringoscopia 72 horas después del tratamiento médico que muestra estructuras supraglóticas, glóticas y subglóticas sin alteraciones.

Caso 2

Paciente masculino de 63 años con antecedente de infarto agudo de miocardio e insuficiencia mitral moderada 5 años antes. Inició con un cuadro de dengue, asociado con dificultad respiratoria y aumento de volumen en la región submentoniana y voz gutural, por lo que acudió a urgencias donde se observaron petequias generalizadas, cuello con aumento de volumen en la región submentoniana y submaxilar izquierda, indurado, doloroso a la palpación sin cambios tróficos en la piel. Trombocitopenia de 22,000. La laringoscopia mostró epiglotis abarquillada, estructuras supraglóticas con edema, aritenoides izquierdo con equimosis, cuerdas vocales móviles (**Figura 2A**). El estudio de imagen contrastado no evidenció colecciones (**Figura 2B**). El paciente se mantuvo en vigilancia intrahospitalaria, con hidratación intravenosa y esteroide con adecuada evolución.

Caso 3

Paciente femenina de 32 años, con antecedente de lupus eritematoso sistémico, hipotiroidismo y enfermedad renal crónica estadio III por nefritis lúpica. Tuvo aumento de volumen en el hemicuello derecho, que evolucionó rápidamente a la región facial ipsilateral, doloroso a la palpación. A su valoración se observó edema bipalpebral derecho, aumento de volumen submaxilar, submentoniano y triángulo posterior ipsilateral, indurado, doloroso, no hipertérmico, sin cambios tróficos de la piel. Leucocitos: 6.98, hipercalemia leve: 5.1 y creatinina: 1.8. A la laringoscopia se observó abombamiento de la pared faríngea posterior (**Figura 3A**). El estudio de imagen contrastado evidenció hipodensidad retrofaríngea sin realce periférico, así como edema de tejidos blandos del lado derecho (**Figura 3B y C**). La paciente se mantuvo en observación con adecuada evolución.

Caso 4

Paciente masculino de 20 años con antecedente de enfermedad renal crónica en hemodiálisis, dislipidemia e hipertensión arterial. Tuvo aumento de volumen espontáneo en el triángulo posterior del cuello y la hemicara derecha asociado con el decúbito lateral derecho, no doloroso, que disminuía durante el día y posterior a la hemodiálisis. Esta situación se mantuvo de manera intermitente durante una semana, por lo que solicitó atención médica. A la exploración se observó aumento de volumen en el cuello y la cara del lado derecho de consistencia blanda sin cambios tróficos de la piel. En la laringoscopia se observó solo abombamiento de la pared faríngea posterior (**Figura 4A**). El estudio de tomografía contrastada evidenció hipodensidad homogénea retrofaríngea de 3.5 UH que se adaptaba a la anatomía del espacio y trombosis de

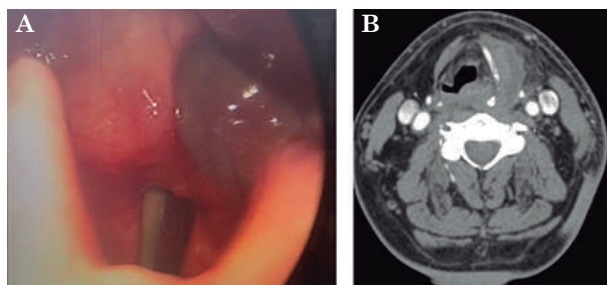


Figura 2

A. Laringoscopia inicial que muestra edema de aritenoides derecho y equimosis del izquierdo con hematoma de la cuerda vocal ipsilateral. **B.** Corte axial de tomografía contrastada que demuestra aumento de volumen del aritenoides izquierdo.

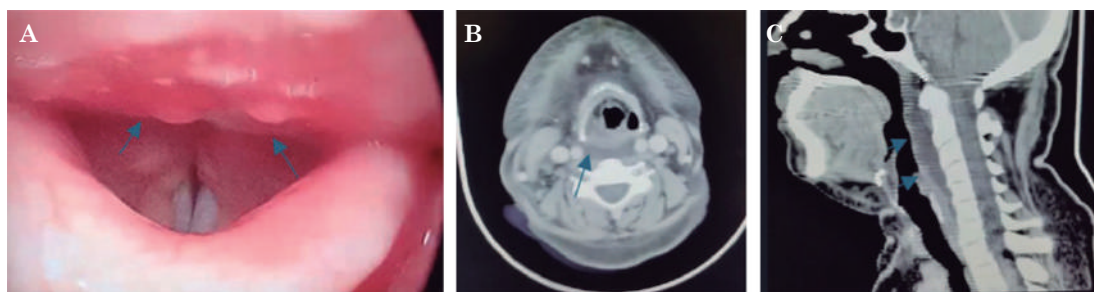


Figura 3

A. Laringoscopia inicial que muestra el edema no obstructivo de la mucosa aritenoides y el abombamiento de la pared faríngea posterior (flechas azules). **B.** Corte axial de tomografía contrastada que muestra imagen hipodensa en la retrofaringe (flecha azul). **C.** Corte sagital de tomografía contrastada con imagen hipodensa en la retrofaringe (flechas azules).

la vena yugular interna derecha (**Figura 4B y C**). Recibió ajuste de hemodiálisis y evolucionó con remisión total de los síntomas.

DISCUSIÓN

El tratamiento del edema supraglótico de causa no infecciosa puede ser un desafío porque estas manifestaciones no son comunes y pueden ser difíciles de diferenciar clínicamente de las infecciones bacterianas más frecuentes. Diferentes causas se han asociado como factores desencadenantes: radioterapia, quimioterapia, angioedema, lesión térmica o química, linfoma, síndrome de Ramsay Hunt e, incluso, consumo de drogas recreativas.^{4,7} Sin embargo, el tratamiento agudo de esta enfermedad es el mismo: proteger la vía aérea y encontrar y tratar la causa subyacente.

Kenyon y su grupo¹ describieron el caso de una paciente con antecedentes de artritis reumatoide y probable lupus eritematoso sistémico. Su conteo de células blancas era normal, pero con tendencia a la eosinofilia y aumento leve de la PCR. Recibió tratamiento con nebulizaciones de esteroides y epinefrina con atención a cualquier deterioro respiratorio que ameritara intubación. La paciente evolucionó de manera satisfactoria en 24 horas sin requerir manejo avanzado de la vía aérea. Este caso es muy similar al primero de esa serie, en quien

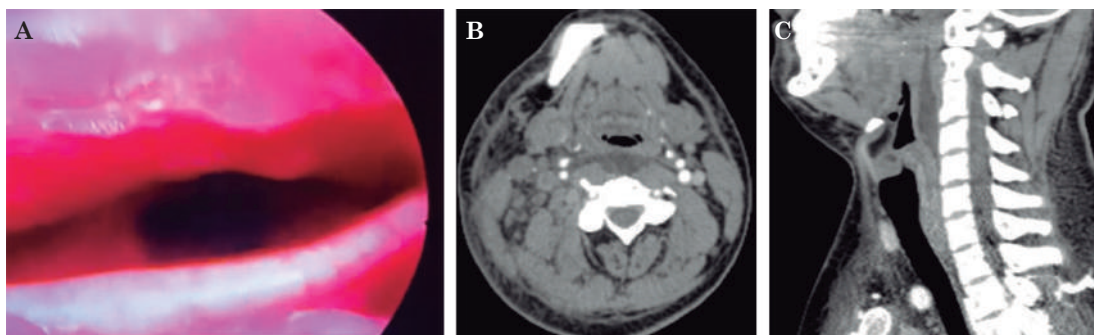


Figura 4

A. Laringoscopia inicial que muestra edema de la pared faríngea posterior y edema en bandas. **B.** Tomografía contrastada en corte axial de la epiglotis con disminución de la luz supraglótica por hipodensidad retrofaríngea (3.5 UH). **C.** Tomografía axial contrastada en corte sagital que muestra con mayor detalle el edema de la epiglotis y de la pared faríngea posterior.

el aumento súbito del edema causó dificultad respiratoria severa en un par de horas y con la inminencia del rescate de la vía aérea. En el paciente del caso se practicó una traqueotomía ante la posibilidad de una evolución desfavorable en el corto plazo porque se puso en duda el papel del lupus eritematoso sistémico como causa por la leucocitosis. Sin embargo, Krauss y su grupo,⁸ en 1990 describieron manifestaciones laríngeas como el primer síntoma de lupus eritematoso sistémico y lo asociaron con vasculitis, misma que podría jugar un papel importante en la aparición del edema supraglótico de evolución súbita ante algún detonante, como un cuadro viral de vías respiratorias altas.

El dengue es una enfermedad febril producida por uno de los cuatro serotipos del virus del dengue, transmitido por la hembra del mosquito *Aedes aegypti*. Su espectro clínico varía desde infecciones inaparentes, cuadro febril inespecífico, dengue clásico, dengue hemorrágico hasta el síndrome de choque por dengue.⁹ En dengue hemorrágico y en el síndrome de choque por dengue, las sustancias reactivas de la fase aguda (IL-8 y TNF- α) juegan un papel decisivo al aumentar la permeabilidad vascular, lo que causa escape de plasma al espacio intersticial y ocasiona derrames y edema.¹⁰ El edema palpebral y el derrame pleural son signos frecuentes en los cuadros graves de dengue.⁹

En el paciente del caso 2, el edema supraglótico y la equimosis en aritenoides, con el antecedente reciente de dengue, hicieron sospechar fuertemente una rara manifestación del dengue en el cuello con aumento de su volumen y disnea que simulaba un absceso profundo. Por lo anterior, se consideró la vigilancia estrecha de la vía aérea con nebulizaciones e hidratación para su tratamiento.

Existen solo dos casos reportados de complicaciones laríngeas de dengue. Saran y su grupo¹¹ describieron un caso de edema supraglótico en una paciente de 20 años con dengue hemorrágico. Sin embargo, lo consideraron una complicación secundaria a la intubación orotraqueal y el manejo de líquidos para tratar el choque.

Tamilarasan y colaboradores¹² describen un caso de hematoma en la cuerda vocal como una complicación inusual del dengue. En el paciente del caso, el edema y el hematoma pueden considerarse completamente una complicación del dengue hemorrágico debido a que no tenía antecedente de intubación ni de reposición de líquidos. Esto refuerza lo dicho por Wiwanitkit¹³ de que los problemas laríngeos en dengue son un tema interesante en la otorrinolaringología tropical y que posiblemente las manifestaciones laríngeas son poco mencionadas en la bibliografía.

El aumento de volumen progresivo del cuello suele disparar las alarmas sobre la existencia de celulitis o infección profunda de cuello, sobre todo cuando afecta el espacio retrofaríngeo y se manifiesta asociado con dolor y dificultad respiratoria. Sin embargo, en pacientes con enfermedad renal crónica el edema puede estar asociado con la hipoalbuminemia que ocurre en esta enfermedad.

Hsu y su grupo¹⁴ reportaron el caso de un paciente joven con edema de cuello y garganta de cuatro días de evolución sin fiebre ni disnea o cambios en la voz. La nasofibroscopia flexible evidenció edema retrofaríngeo sin alteración en la laringe, mismo que fue confirmado por tomografía. Con la aspiración transoral se obtuvo un material de consistencia líquida como agua.

Johari y colaboradores¹⁵ describieron un caso similar con aumento de volumen retrofaríngeo que hizo sospechar un absceso del espacio retrofaríngeo pero, al momento del drenaje, solo

obtuvieron material líquido aséptico. Tres semanas después, el paciente manifestó trombosis del seno transverso.

En los casos de esta serie, el antecedente de enfermedad renal crónica con otras comorbilidades orientó a sospechar edema por extravasación secundario al síndrome nefrótico. Asimismo, la trombosis de la vena yugular debida a la hipercoagulabilidad en el síndrome nefrótico podría explicar el edema ipsilateral a la trombosis. Con base en lo anterior, se dio un tratamiento no quirúrgico, con lo que se logró la remisión completa del edema.

Este análisis insiste en la importancia de una evaluación exhaustiva, de la correlación de los datos clínicos y del tratamiento individualizado en pacientes con edema supraglótico, que considere causas infecciosas y no infecciosas.

CONCLUSIONES

El edema supraglótico de origen no infeccioso es un padecimiento clínico complejo con diversas causas subyacentes: desde enfermedades autoinmunitarias hasta factores iatrogénicos y el uso de sustancias recreativas. Estos casos demuestran que no todo edema supraglótico es necesariamente un absceso o infección; por lo tanto, la correlación clínica cuidadosa y el uso prudente de los estudios de imagen son decisivos para determinar la causa subyacente y evitar tratamientos invasivos innecesarios. La identificación y tratamiento adecuado de la causa específica permiten intervenciones terapéuticas más oportunas y eficaces, mejoran los resultados y minimizan las complicaciones.

REFERENCIAS

1. Kenyon O, Blackabey V, Talwar R. Non-infective supraglottitis: two cases of unusual aetiology. *BMJ Case Rep* 2020; 13 (12): e238664. <https://doi.org/10.1136/bcr-2020-238664>
2. Salgado Nunez Del Prado SR, Steinman RA, Munir KM, Lamos EM. Supraglottic myxedema: Two cases and a review of the literature. *AACE Clin Case Reports* 2017; 3 (2): e101-5. <https://doi.org/10.4158/EP161378.CR>
3. Bruserud Ø, Wendelbo Ø, Vetti N, Goplen FK, et al. Critical upper airway obstruction as the first symptom of acute myeloid leukemia - an anesthesiologic reminder. *Clin Pract* 2020; 10 (2): 1214. <https://doi.org/10.4081/cp.2020.1214>
4. Haddad F, Riachi M, Yazigi A, Madi-Jebara S, et al. Supraglottic oedema and cocaine crack abuse. *Br J Anaesth* 2006; 97 (6): 900-1. <https://doi.org/10.1093/bja/ael304>
5. Lee YA, Jeong SG, Kim SH, Nam SY PJ. A case of laryngeal involvement as the sole presenting manifestation of systemic lupus erythematosus. *J Rheum Dis* 2006; 13 (3): 1-23.
6. Colevas SM, Gietman BT, Cook SM, Kille TL. Granulomatous inflammation causing severe supraglottic edema and airway obstruction in a pediatric patient. *Ear Nose Throat J* 2022; 101 (9): NP375-NP378. <https://doi.org/10.1177/0145561320973772>
7. Reichwein A, Hauge M. Possible effects vaping nicotine has on laryngeal and vocal health. 2022; 2022.
8. Kraus A, Guerra-Bautista G. Laryngeal involvement as a presenting symptom of systemic lupus erythematosus. *Ann Rheum Dis* 1990; 49 (6): 421. <https://doi.org/10.1136/ard.49.6.421-a>
9. Pizarro DE. Dengue, dengue hemorrágico. *Acta Pediátrica Costarric* 2009; 21 (1): 8-17.
10. Talavera D, Castillo AM, Dominguez MC, Gutierrez AE, Meza I. IL8 release, tight junction and cytoskeleton dynamic reorganization conducive to permeability increase are induced by dengue virus infection of microvascular endothelial monolayers. *J Gen Virol* 2004; 85 (Pt 7): 1801-1813. <https://doi.org/10.1099/vir.0.19652-0>
11. Ali S, Athar M, Ahmed SM. Basics of CPB. *Indian J Anaesth* 2019; 49 (4): 257-62.
12. Tamilarasan V, Chandra MRKR, Mohan BVM, Kadambi M Vocal cord hematoma: an unusual complication of dengue fever. *Egypt J Intern Med* 2018; 30 (3): 168-169. https://doi.org/10.4103/ejim.ejim_7_18
13. Wiwanitkit V. Laryngeal problem in dengue. *Acta Sci Otolaryngol* 2019; Sep; 1 (1).
14. Hsu CH, Wu MY, Liu YC, Wong CS. An unusual case of focal segmental glomerulosclerosis presenting with retropharyngeal edema. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis* 2016; 133 (5): 355-356. <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2015.11.01>
15. Johari S, Handa P, Siow JK. Isolated retropharyngeal space EDEMA from nephrotic syndrome. *Laryngoscope* 2009; 119 (Suppl 3): 5.