

Causas inusuales de epiglotitis

La mayoría de los casos de epiglotitis son de origen infeccioso, pero se han documentado otras causas más raras. Requiere reconocimiento rápido, derivación al profesional apropiado y comienzo temprano del tratamiento.

Las causas no bacterianas de edema supraglótico menos frecuentes, pero que se han descrito incluyen causas relacionadas con quimioterapia o radioterapia, trauma, angioedema, daño térmico o químico, infección fúngica, drogas recreativas, dermatomiositis, linfangioma, síntoma de presentación de un cáncer de laringe o leucemia, entre otras.

En una publicación se describen dos casos clínicos con pacientes que presentaron estridor con edema supraglótico en la nasolaringoscopia de causas inusuales.

Caso clínico 1: Paciente de sexo femenino de 57 años de edad con historia desde hace 4 días de disfagia y odinofagia seguido de disnea progresiva y disfonía de 6 horas de evolución. Sus antecedentes incluían artritis reumatoide con posibles rasgos de lupus eritematoso sistémico, síndrome de Sjögren e hipertensión. Afebril y sin dificultad respiratoria. Presentaba úvula, base de lengua, aritenoides y pliegues ariepiglóticos edematosos y glándulas submandibulares inflamadas sin celulitis suprayacente.

El laboratorio detectó eosinofilia y proteína C reactiva (PCR) levemente elevada. El primer tratamiento incluyó esteroides intravenosos y nebulizados, epinefrina nebulizada, ceftriaxona y metronidazol IV. Al día siguiente se sintió mejor y manejó la ingesta oral. La ecografía mostró regiones hipoecoicas bilaterales simétricamente sugestivas de un proceso inflamatorio como el Síndrome de Sjögren. Fue dada de alta con corticoides por 3 días y revisión ambulatoria con su reumatólogo, quien de acuerdo al laboratorio de control respalda el diagnóstico de un brote leve de su enfermedad autoinmune, y se le inició un ciclo de corticoide.

Caso clínico 2: Paciente de sexo masculino de 45 años de edad con 1 semana de odinofagia y reducción de la ingesta oral, que se intensificó durante 2 días hasta asfixia y disnea. Esto también se acompañó de 3 semanas de empeoramiento del edema bilateral con fovea en piernas y brazos. Sin antecedentes particulares, a excepción de un curso de penicilina por su médico de cabecera 2 semanas antes por una faringitis. Estaba afebril con taquipnea pero sin estridor y saturación normal. Al examen úvula muy edematosa y la nasolaringoscopia con fibra óptica demostró aritenoides eritematosos y edematosos. Edema en miembro inferior. El examen de orina mostró proteinuria y hematuria microscópica. Laboratorio sérico con albúmina baja e hipocalcemia. Se confirmó el diagnóstico de síndrome nefrótico y se pensó en un origen posestreptocócico. Fue tratado con ceftriaxona y metronidazol IV, corticoides IV, nebulizaciones con epinefrina, restricción de líquidos y una dieta baja en sodio. Se inició tratamiento con omeprazol y dalteparina. El manejo inicial mejoró sus síntomas faríngeos y laríngeos. La ecografía renal fue normal. Fue dado de alta con seguimiento renal planificado.

En conclusión, en una primera instancia en una epiglotitis la evaluación y el manejo de las vías respiratorias es la principal preocupación terapéutica, independientemente de la etiología subyacente. Una vez que el paciente se ha estabilizado, se deben realizar las investigaciones adecuadas para identificar etiologías, que luego pueden requerir manejo por diferentes especialistas.

Bibliografía

Kenyon O et al. Non-infective supraglottitis: two cases of unusual aetiology. BMJ Case Rep 2020;13:e238664.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7733123/>