Caso clínico
An Orl Mex 2022; 67 (2): 156-162.

https://doi.org/10.24245/aorl.v67i2.7599

Manejo quirúrgico del absceso epiglótico

Surgical management of epiglottic abscess.

Luis Ramón Albavera-Giles, Eulalio Vivar-Acevedo

Resumen

ANTECEDENTES: El absceso epiglótico es una complicación rara de epiglotitis aguda que se caracteriza por una colección supraglótica de pus. Su detección temprana es fundamental para el pronóstico en la morbilidad y mortalidad del paciente

CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 46 años ingresado en una unidad hospitalaria de tercer nivel con diagnóstico de absceso epiglótico, que fue tratado con intubación orotraqueal despierto exitosa al segundo intento más drenaje endolaríngeo por microscopia del absceso, para asegurar la vía aérea posquirúrgica y evitar el ingreso a la unidad de cuidados intensivos se colocó una cánula de traqueostomía, con evolución favorable y egreso hospitalario 8 días después de su ingreso, realizándose laringoscopias indirectas rígidas de control.

CONCLUSIONES: El absceso epiglótico es una afección que amerita evaluación inmediata y manejo adecuado en conjunto con el servicio de anestesiología, es importante la consideración del estado de la vía aérea como el principal eje para la toma de decisiones durante la evolución del paciente.

PALABRAS CLAVE: Laringe; epiglotis; epiglotitis; absceso; intubación; traqueostomía.

Abstract

BACKGROUND: Epiglottic abscess is a rare complication of acute epiglottitis characterized by a supraglottic pus collection. Its detection is fundamental for the prognosis in the patient morbidity and mortality.

CLINICAL CASE: A 46-year-old male patient admitted to a tertiary hospital unit with a diagnosis of epiglottic abscess, which was managed with successful awake orotracheal intubation at the second attempt plus endolaryngeal drainage by microscopy of the abscess, to protect post-surgical airway and avoid admission to the intensive care unit, a tracheostomy cannula was placed, with favorable evolution and hospital discharge 8 days after admission, performing control laryngoscopies.

CONCLUSIONS: An epiglottic abscess is a condition that requires immediate evaluation and proper management in conjunction with the anesthesiology service, it is important to consider the state of the airway as the main axis for decision-making during patient's evolution.

KEYWORDS: Larynx; Epiglottis; Epiglottitis; Abscess; Intubation; Tracheostomy.

Servicio de Otorrinolaringología, Hospital de Especialidades Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México.

Recibido: 26 de marzo 2022

Aceptado: 5 de abril 2022

Correspondencia
Luis Ramón Albavera Giles
ramon.albavera93@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Albavera-Giles LR, Vivar-Acevedo E. Manejo quirúrgico del absceso epiglótico. An Orl Mex 2022; 67 (2): 156-162.

ANTECEDENTES

El absceso epiglótico es una complicación rara de epiglotitis aguda que se caracteriza por una colección supraglótica de pus. Su detección temprana es vital para el pronóstico en la morbilidad y mortalidad del paciente.[1] De acuerdo con Berger y su grupo,[2] la incidencia se ha incrementando en adultos de forma concomitante con el aumento de casos de epiglotitis aguda, la posible explicación es la administración indiscriminada de antibióticos que llevan a resistencia bacteriana.[2] Lee y colaboradores[3] reportan aumento en la aparición de epiglotitis con absceso con frecuencia del 14 al 22%. Esta enfermedad suele ser secundaria a un proceso infeccioso; antes de la época de la vacunación el agente aislado con más frecuencia era *Haemophilus influenzae* tipo B; sin embargo, actualmente predomina *Streptococcus pneumoniae*.[1]

El paciente con epiglotitis suele manifestar faringodinia (91.8%), seguida de odinofagia (82.2%), disfagia (79.55%), faringolalia (30%), disnea (33%) rinolalia (30.5%) y estridor (8%).[3] Si un absceso epiglótico se forma, predominan la faringolalia y disnea.[3] Todos los pacientes están en peligro de progresión rápida a afectación de la vía aérea, por lo que debe valorarse la aparición de alteraciones en la saturación de oxígeno, estridor, posición de trípode y sialorrea abundante.[1]

La laringoscopia indirecta, ya sea flexible o rígida, es una herramienta importante para valorar a los pacientes en los que se sospeche epiglotitis o absceso epiglótico, ya que se logra valorar con mayor detalle la vía aérea y permite determinar la probabilidad de una inminente obstrucción de la misma.[4]

Los estudios de gabinete deben realizarse solo si la vía aérea está segura o si el paciente está estable.[1] La radiografía de cuello lateral mostrará el signo del dedo de pulgar; sin embargo, tiene un valor diagnóstico precario si no hay personal profesional para valorarla. La tomografía computada con contraste es valiosa para evaluar la vía aérea y diferenciar en sí la epiglotitis aguda de un absceso epiglótico.[1]

Existen escasos estudios del manejo del absceso epiglótico y no existe, por tanto, un tratamiento estandarizado del manejo de la vía aérea (incluyendo el tipo de abordaje anestésico) y el tratamiento médico, quirúrgico o ambos. El objetivo de este trabajo es comunicar el caso de un absceso epiglótico con obstrucción de vía aérea inminente, el manejo realizado para el aseguramiento de ésta, así como la intervención quirúrgica y tratamiento hospitalario proporcionado en una unidad de tercer nivel en la Ciudad de México con éxito en la evolución clínica del paciente y comparándolo, además, con otros manejos hospitalarios reportados en la bibliografía.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 46 años que acudió al servicio de urgencias de nuestra unidad hospitalaria enviado con diagnóstico de probable absceso periamigdalino. Mencionó tabaquismo desde los 17 años a razón de un cigarrillo al día hasta la actualidad, así como etilismo desde la misma edad con consumo ocasional, hasta la actualidad. Negó antecedentes alérgicos, quirúrgicos, crónico-degenerativos, traumáticos y transfusionales.

Inició su padecimiento actual cinco días previos a su ingreso con odinofagia sin causa aparente desencadenante, así como fiebre no cuantificada, acudiendo con médico general quien indicó tratamiento antibiótico con amoxicilina a dosis no especificada, sin remisión de los síntomas y con aparición de disfagia a sólidos y faringolalia dos días después, evolucionando a disfagia a líquidos y sialorrea un día previo a

su ingreso. A la exploración física se encontró al paciente consciente y orientado, saturando al 94% sin aporte de oxígeno suplementario, frecuencia cardiaca de 91 latidos por minuto, tensión arterial de 124/85 mmHg, temperatura axilar de 36.8ºC, frecuencia respiratoria de 19 respiraciones por minuto, sin datos de dificultad respiratoria franca, por lo que se procedió a realizar estudios en consultorio y de gabinete. La faringoscopia mostró la orofaringe con amígdalas grado II, crípticas, sin reacción periamigdalina, orofaringe hiperémica y úvula central. La laringoscopia indirecta rígida con telelaringoscopio de 75º mostró la base de lengua, la vallécula, los pliegues aritenoepiglóticos y las aritenoides libres de enfermedad, la epiglotis se observó con importante edema en la cara lingual e hiperemia, obstruyendo aproximadamente el 70% de la luz, bandas ventriculares y pliegues glosoepiglóticos hiperémicos y edematizados, las cuerdas vocales aparentemente sin alteraciones, se observó, además, abundante secreción no purulenta en los senos piriformes. **Figura 1**

Se procedió a complementar el diagnóstico con tomografía contrastada de cuello que mostró

Figura 1. Telelaringoscopia con evidencia de edema epiglótico y de los pliegues glosoepiglóticos.

edema de ambas bandas ventriculares que obstruía de forma importante la luz supraglótica, así como imagen de densidad homogénea similar a tejidos blandos de aproximadamente 25 unidades Hounsfield, compatible con pus en el cartílago epiglótico y espacio submucoso ipsilateral, el resto de los espacios profundos del cuello sin alteraciones (**Figura 2**). Se estableció el diagnóstico de absceso epiglótico. Los laboratorios mostraron leucocitosis de 18.9 10^3/µL con 80% de neutrófilos como único parámetro alterado.

Se procedió a solicitar tiempo quirúrgico con una cirugía proyectada como laringoscopia directa más drenaje de absceso epiglótico. Se comentó el caso clínico con el servicio de anestesiología, decidiendo realizar una intubación orotraqueal con el paciente despierto de primera instancia, para mantener viables los reflejos protectores de vía aérea superior, con equipo de traqueostomía listo para proceder con el abordaje quirúrgico si fuese necesario.

Fue administrado por el servicio de anestesiología inducción intravenosa con lidocaína 70 mg, fentanilo 300 µg y dexmedetomidina 30 mg y posterior a la intubación exitosa se administró propofol 140 mg y cisatracurio 10 mg. Se realizó un intento de intubación con fibrolaringoscopio; sin embargo, fue fallido, por lo que se realizó un segundo intento con éxito con videolaringoscopio de hoja #4, colocando un tubo orotraqueal de 6.5 mm y neumotaponamiento de 5 m. Durante la laringoscopia para la intubación se observó secreción purulenta en la hipofaringe, lo que pudo relacionare con drenaje parcial espontáneo del absceso. **Figura 3**

Posterior al aseguramiento de la vía aérea se procedió a realizar laringoscopia directa con equipo de laringoscopia de suspensión, y con visión microscópica se realizó incisión de borde superior de la cara lingual de la epiglotis con

https://doi.org/10.24245/aorl.v67i2.7599

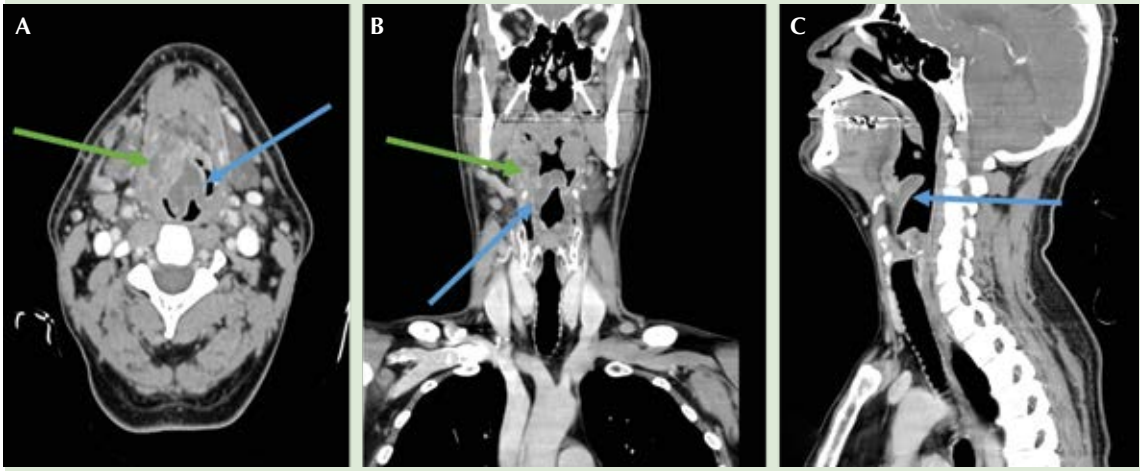

Figura 2. Tomografía computada de cuello en fase contrastada, cortes axial (**A**), coronal (**B**) y sagital (**C**) que muestra el absceso epiglótico (flecha azul) y afección del espacio faringomucoso ipsilateral (flecha verde).

Figura 3. Imágenes de la intubación orotraqueal con fibrolaringoscopio que muestran drenaje espontáneo parcial de la secreción purulenta y edema importante de la epiglotis con obstrucción de la vía aérea.

bisturí laríngeo curvo, obteniendo 4 mL de líquido purulento, aspirándose y enviándose para muestra de cultivo.

Los hallazgos de la cirugía fueron epiglotis prominente con edema e hiperemia con obstrucción del 80% de la luz, moderada secreción purulenta, y edema importante de bandas ventriculares, por los hallazgos mencionados, los dos intentos de intubación y por la manipulación quirúrgica de la epiglotis, se consideró un riesgo importante de edema y obstrucción aguda de la vía aérea en el posquirúrgico inmediato, por lo que se decidió realizar una traqueostomía colocando una cánula traqueal #8.

Posterior al tratamiento quirúrgico el paciente fue trasladado al área de hospitalización para iniciar tratamiento con antibióticos a base de ceftriaxona 1 g vía intravenosa cada 12 horas y clindamicina 600 mg vía intravenosa cada 8 horas, así como tratamiento antiinflamatorio con dexametasona 8 mg vía intravenosa cada 8 horas (3 dosis), se inició dieta líquida.

El paciente estuvo hospitalizado 8 días, y se le hicieron laringoscopias indirectas con telelaringoscopio los días 3 y 7, se decidió la decanulación en el día 7 al observar disminución importante del edema de la epiglotis y bandas ventriculares y considerar una vía aérea segura. Los leucocitos de egreso fueron de 11.2 10^3µL.

Al momento de su egreso, el paciente toleraba la dieta vía oral y no mostraba datos de dificultad respiratoria o de infección aguda. Fue egresado definitivamente del servicio por la consulta externa dos semanas después con control laringoscópico con mejoría significativa.

DISCUSIÓN

El absceso epiglótico es una afección médica grave que puede poner en peligro la vida, ya que el edema epiglótico puede llevar a obstrucción de la vía aérea e incluso a la muerte.[2]

Es de suma importancia tener presente el diagnóstico probable; en el caso comunicado, por los datos clínicos de sialorrea y faringolalia, así como la importante reacción inflamatoria representada por la leucocitosis con tendencia a la neutrofilia y la exploración física en la orofaringe sin alteraciones relevantes, debía procederse con el protocolo diagnóstico, en primera instancia con la visualización indirecta de la laringe, realizando laringoscopia rígida (telelaringoscopio) que evidenció epiglotitis y edema de otras estructuras laríngeas, como bandas ventriculares y pliegues glosoepiglóticos (datos de importancia, ya que pueden condicionar obstrucción de la vía aérea) y en segunda instancia con una tomografía computada de cuello con contraste, para descartar la afección de espacios profundos del cuello, la existencia de absceso epiglótico y poder establecer el manejo definitivo del paciente. El resultado del estudio indicó hipodensidad en la epiglotis, lo que confirmó el diagnóstico de absceso epiglótico y daño, además, del espacio faringomucoso ipsilateral.

El diagnóstico de absceso epiglótico ha aumentado probablemente secundario a la resistencia antimicrobiana y al uso más frecuente de tomografía computada como estudio diagnóstico.[3] Existen dos casos comunicados en la bibliografía, en los que la tomografía computada no se solicitó desde un inicio, en 2013 Hindy y su grupo[5] comunicaron un caso de epiglotitis tratada de forma intrahospitalaria con amoxicilina y ácido clavulánico, así como metilprednisolona, con seguimiento por laringoscopias indirectas diarias; sin embargo, al no haber mejoría, se decidió solicitar el estudio de imagen, que identificó un absceso epiglótico, lo que condujo a la punción del absceso en quirófano con mejoría únicamente después del drenaje. Por otro lado, en 2019, Rabeea y colaboradores[1] comunicaron un caso que se trató con antibiotico, dexametasona, epinefrina racémica y antihistamínico; sin embargo, en el quinto día de hospitalización, la laringoscopia mostró un drenaje espontáneo de pus, por lo que se realizó la tomografía contrastada que confirmó el diagnóstico de absceso; con la evidencia mencionada consideramos que la tomografía computada con contraste de inicio debe hacerse si hay datos de edema epiglótico, ya que puede haber abscesos ocultos no evidentes en las laringoscopias.

En un metanálisis realizado en 2021[6] Rapoport y su grupo mencionan que en la epiglotitis, el estridor (RR 6.99, $p < 0.001$), el cambio de la voz (R 2.39, $p = 001$) y la disnea (RR 2.58, $p= 0.02$) son síntomas que predicen la necesidad de una intervención de la vía aérea, a la laringoscopia la existencia de edema epiglótico (RR 0.37, $p = 0.04$) es el dato más frecuente que lleva a mayor probabilidad de abordar la vía aérea, ya sea por intubación orotraqueal o traqueostomía, por lo que en el caso comunicado, hubo la necesidad de asegurar la vía aérea por la inminente obstrucción de la misma.

Es importante la comunicación con el equipo de anestesiología, ya que en estos casos, de primera instancia se sugiere el manejo de la vía aérea con intubación orotraqueal;[1] sin embargo, es importante manejar el caso como una vía aérea difícil por el edema supraglótico y la abundante secreción (**Figura 4**), que pueden conducir a

https://doi.org/10.24245/aorl.v67i2.7599

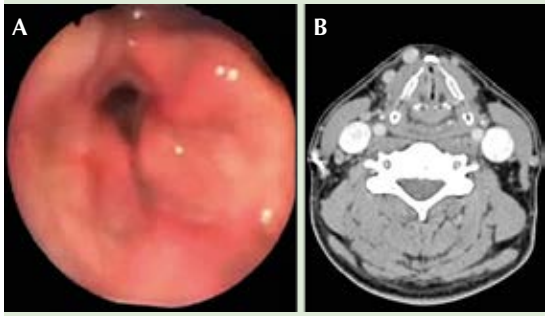

Figura 4. Evidencia de edema de bandas ventriculares por telelaringoscopia (**A**) y tomografía computada de cuello (**B**) que condiciona una vía aérea díficil.

fracaso durante el procedimiento que lleve a hipoxemia, paro cardiaco e incluso a la muerte, por lo que se decidió iniciar la intubación con el paciente despierto, como se ha sugerido en la bibliografía para preservar los mecanismos protectores de la vía aérea y evitar el cese de la ventilación espontánea;[4] además, el cirujano debe prepararse para llevar a cabo un vía aérea quirúrgica (traqueostomía) si la intubación no es exitosa.[4] La inducción puede ser con anestesia local o sistémica, o bloqueos de los nervios transtraqueales y del laríngeo superior, incluso se ha descrito la inducción inhalatoria, aunque suele ser más común en niños.[4] En nuestro caso la inducción fue con medicamentos intravenosos.

Los datos son escasos con respecto al beneficio del drenaje quirúrgico del absceso epiglótico *versus* el aseguramiento de la vía aérea y el tratamiento conservador no quirúrgico. Lee y su grupo[3] obtuvieron una diferencia promedio en la duración de la estancia hospitalaria de 1.7 días en los que se hizo punción y aspiración de abscesos epiglóticos en comparación con no realizar ningún drenaje y solo indicar antibióticos en un pequeño ensayo de control con distribución al azar, pero no se encontró ningún otro beneficio clínico. Por otro lado, Kim y colaboradores[7] describieron una cohorte de 90 adultos con epiglotitis en la que los 11 pacientes con abscesos evitaron la intervención de las vías respiratorias mediante el drenaje laringoscópico preventivo del absceso. En el paciente tratado por nuestro servicio, se decidió asegurar la vía aérea y realizar el drenaje endolaríngeo por microscopia con el fin de acelerar la evolución clínica a la mejoría disminuyendo el edema de la vía aérea y la respuesta inflamatoria sistémica al evacuar la secreción purulenta, de primera instancia se tuvo como objetivo extubar al paciente después de la cirugía; sin embargo, por los intentos de intubación y el procedimiento quirúrgico que llevaron a mayor edema de la vía aérea, con riesgo de obstrucción posquirúrgica, se eligió la traqueostomía para evitar el manejo avanzado de la vía aérea del paciente con ventilador mecánico y su ingreso a la unidad de cuidados intensivos con mayor riesgo de complicaciones e infecciones hospitalarias. En 2017 Smith y su grupo[8] comunicaron un caso con drenaje por laringoscopia directa; sin embargo, el paciente no pudo ser extubado en el posquirúrgico inmediato por el edema de la vía aérea, fue ingresado a la unidad de cuidados intensivos, se extubó al día 7 y fue egresado del hospital el día 13.

Orhan y su grupo[9] recomiendan un régimen antibiótico con ceftriaxona o cefotaxima (cefalosporinas de tercera generación) más vancomicina/clindamicina/ofloxacino/cefazolina, en el caso comunicado se indicó un régimen de ceftriaxona 1 g cada 12 horas y clindamicina 600 mg cada 8 horas, con adecuada respuesta. La evidencia de la administración de esteroides sistémicos es controvertida;[6] se menciona que pueden ser más útiles si la vía aérea se aborda con intubación o traqueostomía; sin embargo, como profilaxis para evitar intervenir la vía aérea y disminuir los días de hospitalización sigue siendo controvertida;[6] en nuestro caso se decidió el manejo con esteroides únicamente en 3 dosis

posteriores a la cirugía, con la justificación de que el paciente estaba traqueostomizado.

Consideramos el caso manejado en nuestro servicio de éxito, ya que fueron únicamente 8 días de hospitalización, a pesar de las intervenciones realizadas, incluida la traqueostomía, con evolución adecuada y egreso definitivo del servicio a través de la consulta externa con laringoscopia indirecta que mostró mejoría significativa y evolución clínica favorable, por lo que se considera innecesario solicitar un nuevo estudio de imagen de control.

CONCLUSIONES

El absceso epiglótico es una afección que amerita la evaluación inmediata del paciente, el estado de la vía aérea al ingreso es vital para la toma de decisión del abordaje en el momento. Si el paciente está en condiciones, se sugiere el diagnóstico por laringoscopia indirecta, ya sea rígida o flexible y complementar la evaluación con una tomografía computada para descartar entre epiglotitis y absceso epiglótico.

La intubación con el paciente despierto es ideal para el abordaje de la vía aérea, el drenaje endolaríngeo, ya sea por endoscopia o microscopia, es adecuado, siempre y cuando no existan otros espacios profundos del cuello afectados. La comunicación adecuada con el servicio de anestesiología es ideal para el manejo del paciente.

La colocación de traqueostomía puede considerarse para evitar conectar al paciente al ventilador mecánico, aún faltan estudios que demuestren que la traqueostomía es más útil para disminuir la estancia hospitalaria en el absceso epiglótico.

REFERENCIAS

1. Muneera Rabeea, Hasan Al Ansari, Amal Al Abdulla. An atypical cause of an epiglottic abscess. Case Reports Infectious Diseases 2019. https://doi.org/10.1155/2019/9674852.
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 Otolaryngol 2003; 24 (6): 374-83. doi: 10.1016/s0196-0709(03)00083-8.
3. Lee YC, Lee J-W, Park GC, Eun YG. Efficacy of spinal needle aspiration in patients with epiglottic abscess: a prospective, randomized, controlled study. Otolaryngol Neck Surg 2015; 153 (1): 48-53. https://doi.org/10.1177/0194599815583475.
4. Manatpon P, Weyh AM, Gray C, Shah S, Dasika J. Airway management for an adult epiglottic abscess. Cureus 2020; 12 (1): 67-71. https://doi.org/10.7759/cureus.6771.
5. Hindy J, Novoa R, Slovik Y, Puterman M, Joshua BZ. Epiglottic abscess as a complication of acute epiglottitis. Am J Otolaryngol 2013; 34 (4): 362-365. doi: 10.1016/j.amjoto.2013.01.003.
6. Rapoport SK, Grant NN, Deeb ZE. In response to: "A systematic review and meta-analysis of predictors of airway intervention in adult epiglottitis". Laryngoscope 2021; 131 (1): E132-E132. https://doi.org/10.1002/lary.28867.
7. Kim SG, Lee JH, Park DJ, Hong J, et al. Efficacy of spinal needle aspiration for epiglottic abscess in 90 patients with acute epiglottitis. Acta Otolaryngol 2009; 129: 760-767. doi: 10.1080/00016480802369302.
8. Smith R, Loizou P, Smith M. Epiglottic abscess and the management of a 'precious airway': A case study. Otorhinolaryngol Head Neck Surg 2017. DOI: 10.15761/OHNS.1000150.
9. Orhan İ, Aydın S, Karlıdağ T. Infectious and noninfectious causes of epiglottitis in adults, review of 24 patients. Turk Arch Otorhinolaryngol 2015; 53 (1): 10-4. doi: 10.5152/tao.2015.718.

https://doi.org/10.24245/aorl.v67i2.7599