



Hospital General de Agudos
Dr. Teodoro Alvarez

591

EPIGLOTITIS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD AUTOINMUNE A PROPÓSITO DE UN CASO

Autor: Dr. Llanquipacha Sánchez Victor Hugo

Hospital General de Agudos “Dr. T. Álvarez”

Declaramos que no existe ningún conflicto de interés.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires-Argentina.

PRESENTACIÓN DE CASO:

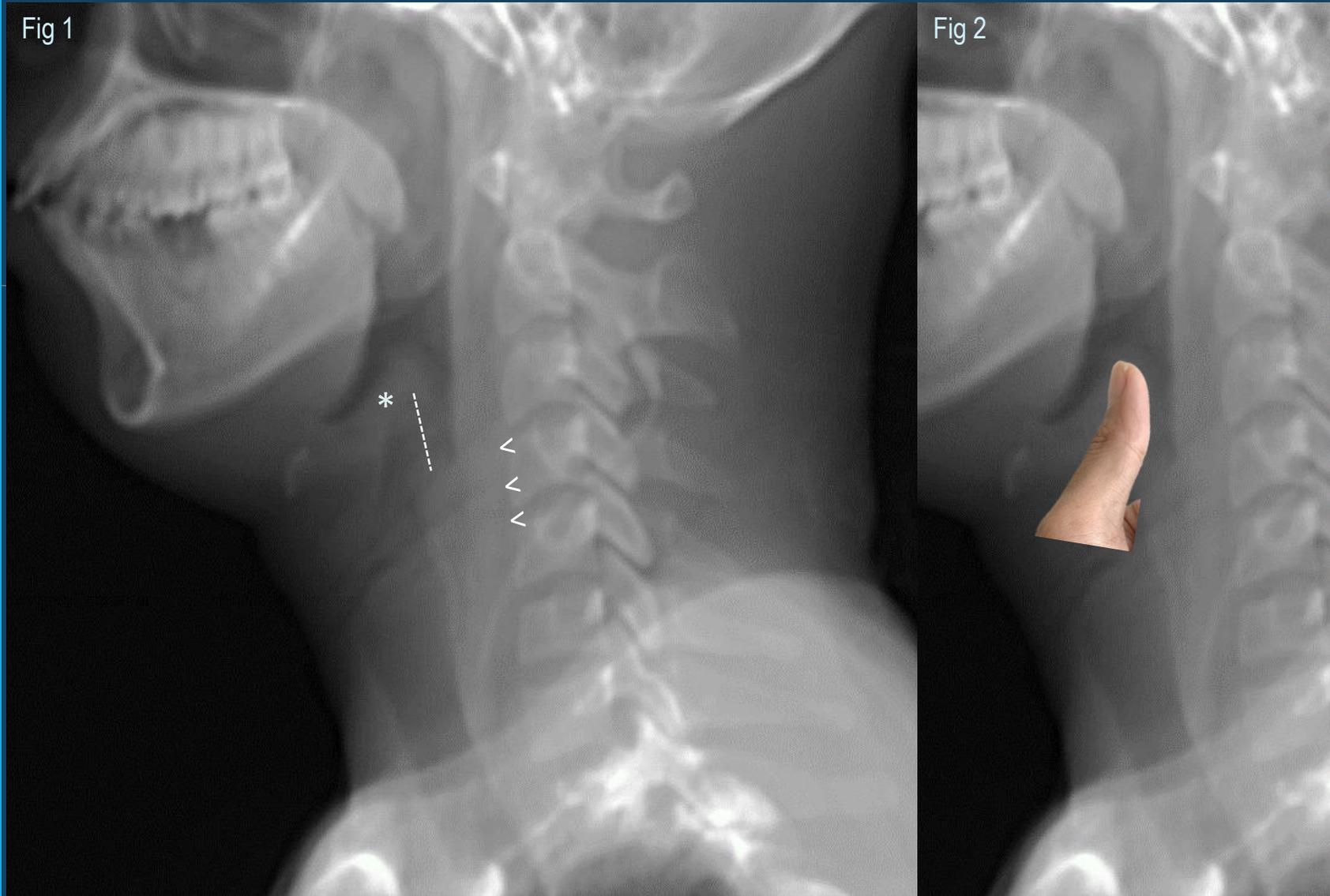
Paciente varón de 23 años, quien consulta en el servicio de urgencias por presentar:

- Dificultad respiratoria y para hablar.
- Disfagia a sólidos – líquidos.

Refiere que su cuadro comenzó hace 5 días:

- Fiebre de 38 grados durante 3 días que remitió.
- Poli artralgias hace 24 hrs de evolución (dedos de las manos, codos, hombros y rodillas).
- No refiere tos.

Antecedentes de lesiones purpúricas en miembros inferiores en estudio, recibe tratamiento con corticoides VO, en seguimiento por servicio de dermatología.

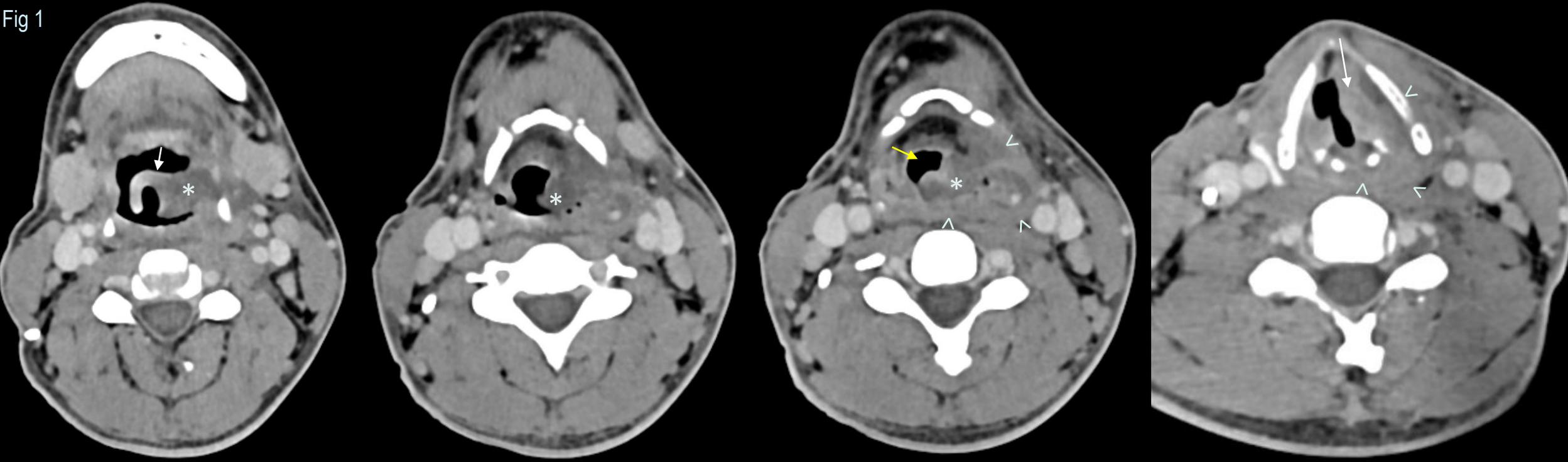


Radiografía lateral de cuello: Fig1 .- Aumento de la densidad en tejidos blandos con engrosamiento de la epiglotitis (asterisco) y pliegues ariepiglóticos (línea punteada), aumento de la densidad y espesor de tejidos blandos prevertebrales a nivel de la glotis (cabezas flechas). Fig2 .- Signo del pulgar.



Se interna en unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de epiglotitis, realizándose estudios de hemograma como datos positivos leucocitosis ($33,8 \cdot 10^9/L$), linfopenia. Hisopado de fauces y hemocultivos negativos. PPD no reactiva. FAN positivo moteado grueso, Anti dsDNA 1/80, ANCA c positivo. Biopsia de piel con IgA: ++/++++ y fibrinógeno: +/++++ Patrón granular en vasos dérmicos superficiales.

Fig 1



Tomografía computada axial de cuello: Fig1 .- Aumento de espesor por edema en tejidos blandos con engrosamiento de la epiglotitis (flecha blanca) y pliegue ariepiglótico izquierdo (asterisco), aumento de espesor de tejidos blandos en pared laringe en su pared posterior y lateral izquierda con integridad del cartílago laríngeo (cabezas flechas), reducción a ese nivel de la luz en la columna aérea (flecha amarilla), engrosamiento de cuerda vocal verdadera paralizada (flecha larga). Con el contraste no se observa refuerzos focales de partes blandas ni colecciones.



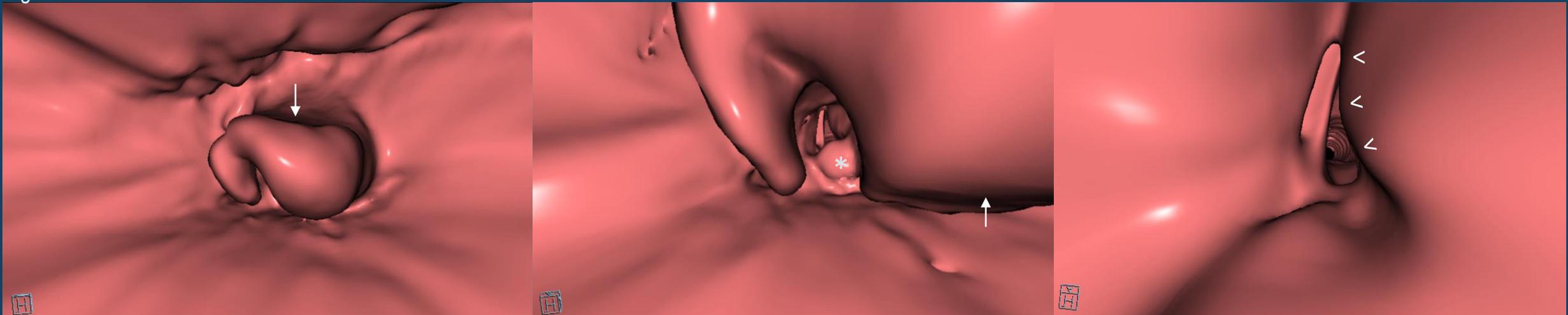
DISCUSIÓN

La epiglotitis es una emergencia médica potencialmente mortal, con el riesgo de obstrucción repentina de las vías respiratorias secundarias a la respuesta inflamatoria extensa en la laringe con compromiso de la epiglotis, los pliegues ariepiglóticos, las regiones aritenoides y puede extenderse a la glotis.

La infección bacteriana es la etiología más común; otras causas son infecciones virales, fúngicas o micobacterias, los pacientes alcohólicos y con diabetes mellitus son más propensos.

Dentro de otras causas inflamatorias pueden ser por ingestión de sustancias químicas, quemaduras por inhalación y sarcoidosis.

Fig 1



Endoscopia virtual por TCMS. Fig1 .- Aumento de espesor en tejidos blandos con engrosamiento de la epiglotitis (flecha blanca) y pliegue ariepiglótico del lado izquierdo (asterisco), engrosamiento con abombamiento de cuerdas vocales falsa - verdadera paralizadas izquierdas (cabeza flecha).



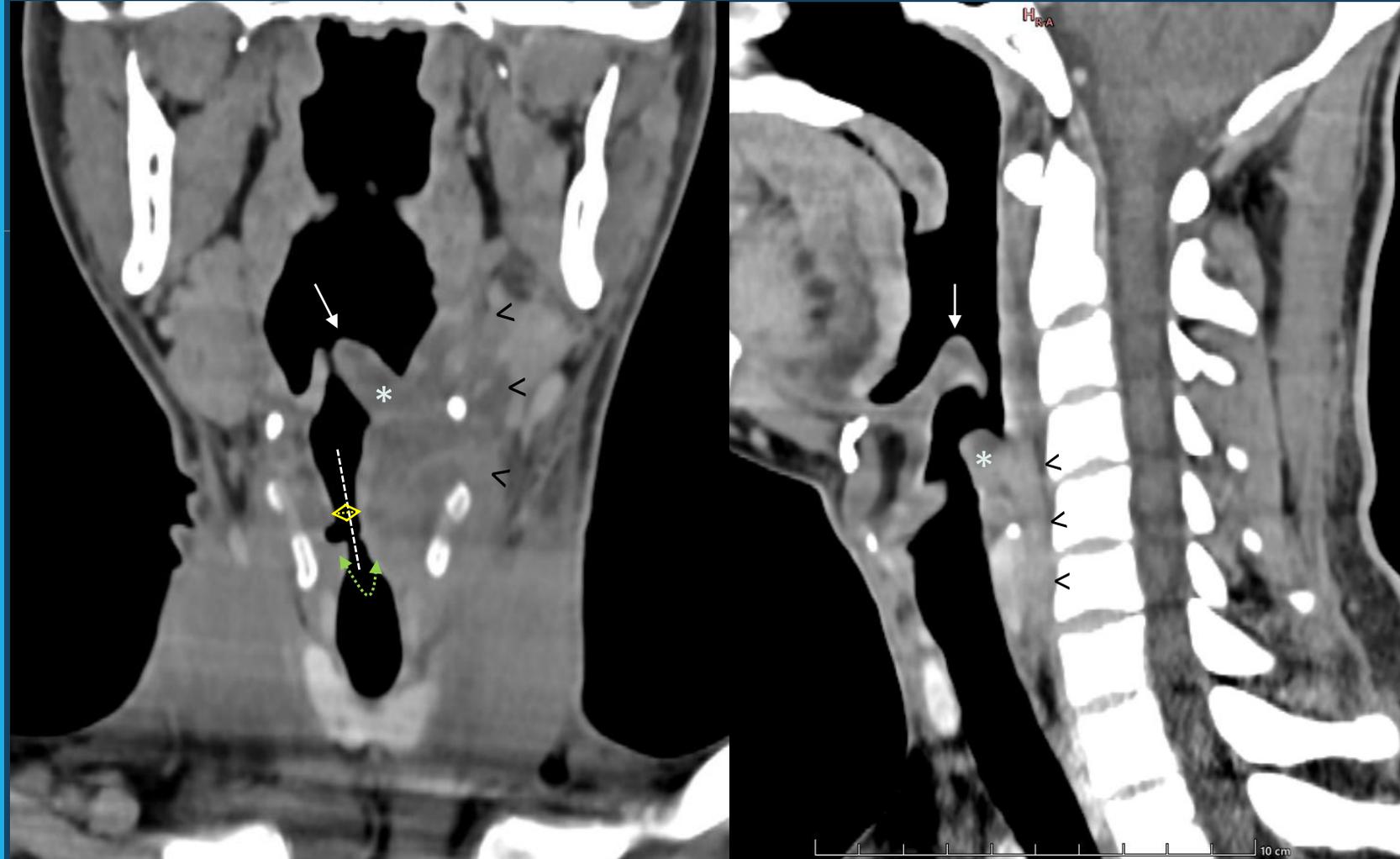
DISCUSIÓN

Dentro las causas de epiglotitis no infecciosa, se encuentran las enfermedades autoinmunes que son infrecuentes:

- Síndrome de Sjögren (SS)
- Enfermedad de Behcet
- Artritis reumatoide (AR)
- Lupus Eritematoso Sistémico (LES)

“Existen reportes de casos que puede presentarse como la manifestación inicial o exacerbada del LES”.

El mayor riesgo se da en pacientes con poli autoinmunidad.



Tomografía computada axial de cuello: Fig1 .- Hipodensidad extensa de edema con engrosamiento de la epiglotitis (flecha blanca), pliegue ariepiglótico izquierdo (asterisco), aumento de espesor de tejidos blandos en pared laringe en su pared posterior y lateral izquierda (cabezas flechas), engrosamiento de cuerdas vocales falsa (flecha amarilla) y cuerdas vocales verdaderas (flecha verde) reducción de la luz en la columna aérea (línea punteada blanca).



CONCLUSIÓN

Los métodos por imagen (RX y TC) son los más usados en urgencias para el estudio de patología aguda del cuello, por lo tanto el radiólogo debe estar familiarizado con los signos y la anatomía, para una evaluación precisa de la arquitectura laríngea, así definir la extensión de las lesiones y posibles etiologías, poder orientar en el manejo terapéutico y disminuir complicaciones innecesarias.

BIBLIOGRAFIA

1. Grover C. Images in clinical medicine. "Thumb sign" of epiglottitis. *N Engl J Med*. 2011 Aug 4;365(5):447. doi: 10.1056/NEJMicm1009990. PMID: 21812674.
2. Kamalian S, Avery L, Lev M, Schaefer P, Curtin H, Kamalian S. Nontraumatic Head and Neck Emergencies. *Radiographics*. 2019;39(6):1808-23. doi:10.1148/rg.2019190159 - Pubmed
3. Stuart MJ, Hodgetts TJ. Adult epiglottitis: prompt diagnosis saves lives. *BMJ*. 1994 Jan 29;308(6924):329-30. doi: 10.1136/bmj.308.6924.329. PMID: 8124122; PMCID: PMC2539273.
4. Hsu C-M, Tsai M-S, Yang Y-H, et al. Epiglottitis in Patients With Preexisting Autoimmune Diseases: A Nationwide Case–Control Study in Taiwan. *Ear, Nose & Throat Journal*. 2024;103(1):NP40-NP48. doi:10.1177/01455613211033689
5. Ozcan KM, Bahar S, Ozcan I, Pasaoglu L, Sennaroglu E, Karaaslan Y, Dere H. Laryngeal involvement in systemic lupus erythematosus: report of two cases. *J Clin Rheumatol*. 2007 Oct;13(5):278-9. doi: 10.1097/RHU.0b013e318157f25e. PMID: 17921798.

