

## ABSCESOS LARÍNGEOS PARAGLÓTICOS

A. FERNÁNDEZ PÉREZ, F. FERNÁNDEZ-NOGUERAS JIMÉNEZ, J. A. MORENO LEÓN

SERVICIO DE ORL. HOSPITAL DE MOTRIL. GRANADA.

### RESUMEN

**P**resentamos 2 casos de abscesos de localización laríngea en espacio paraglótico. Se revisa la literatura relativa a esta, actualmente, rara entidad que precisa un rápido diagnóstico y tratamiento pues pone en peligro la vida del paciente en poco tiempo.

**PALABRAS CLAVE:** Absceso laríngeo. Laringitis agudas.

### ABSTRACT

#### PARAGLOTTIC LARYNGEAL ABSCESSSES

**W**e present 2 cases of laryngeal abscesses in the paraglottic space. We revise the existing literature in relation with this nowadays rare entity that requires a quick diagnosis and treatment as it is a fast life threatening disease.

**KEY WORDS:** Laryngeal abscess. Acute laryngitis.

**Correspondencia:** A. Fernández Pérez. Urbanización Lomalinda 2ª Fase nº 20. Ogjares. 18151 Granada.

**Fecha de recepción:** 26-4-2001

**Fecha de aceptación:** 3-1-2002

## INTRODUCCIÓN

El absceso laríngeo se puede considerar una rareza clínica en la era antibiótica siendo en épocas anteriores un problema relativamente común con una tasa de mortalidad próxima al 100%<sup>1</sup>. La revisión bibliográfica efectuada por nosotros muestra la publicación de 13 casos desde 1979.

La existencia de casos de aparición espontánea sin otros antecedentes patológicos asociados se considera excepcional, ya que por lo general se han descrito en relación con traumatismos, cirugía o cuerpos extraños en la región, tratamientos inmunosupresores o bien asociados a alguna condición patológica laríngea previa como laringoceles o quistes, cánceres o radioterapia previa.

El germen aislado en pacientes con esta patología en la era preantibiótica fue con mayor frecuencia *Salmonella typhi*<sup>2</sup> en el marco de una fiebre tifoidea y con menor frecuencia la afectación laríngea se asociaba a gonorrea, sífilis, tuberculosis, erisipela, difteria o ántrax.

Actualmente el espectro bacteriano ha cambiado debido a las vacunaciones y los antibióticos disponibles. Hasta hace unos años los gérmenes más habitualmente aislados en procesos infecciosos laríngeos han sido neumococos, estreptococos y estafilococos<sup>3</sup> haciéndose últimamente más frecuentes los aislamientos de *Branhamella catarralis* y *Haemophilus influenzae*, aunque concretamente en abscesos es frecuente encontrar flora polimicrobiana y asociación con anaerobios<sup>4</sup>.

La localización más frecuente de los abscesos en la laringe es la región supraglótica periepiglotíca como consecuencia de la coalescencia de flemones en el curso de una epiglotitis<sup>5</sup>, siendo extremadamente infrecuentes en otras localizaciones.

La exploración clínica ORL urgente pone manifiesto un edema de hemiorofaringe izquierda y en región periepiglotíca izquierda con exudado purulento superficial sobre hemilaringe izquierda que se encuentra fija con escasa luz glótica. La palpación cervical es normal.

Se practica traqueotomía urgente bajo anestesia local y se instaura tratamiento con clindamicina y metilprednisolona parenterales mientras se espera el resultado microbiológico de la toma de exudado laríngeo superficial y de la toma de biopsia efectuada.

A las 12 horas de la intervención se realiza un TAC cervical que pone de manifiesto una imagen flemonosa no abscesificada que afecta a toda la hemilaringe izquierda hasta subglotis siendo el resto de las estructuras cervicales normales.

Cultivo de exudado laríngeo: Se aíslan *S. pyogenes* grupo A, *Citrobacter koseri*, *S. aureus*, *Neumococo* y *Neisseria subflava* sensibles a ciprofloxacino por lo que se cambia el tratamiento instaurado.

Biopsia laríngea: Infiltración inflamatoria aguda. Serología lúes: Negativa.

A los 7 días de su ingreso y ante la no resolución clínica del proceso, se repite el TAC cervical en donde se aprecia abscesificación de la anterior imagen flemonosa que ocupa todo el espacio paraglótico izquierdo alcanzando subglotis y convirtiendo la luz glótica en virtual.

Se decide y practica la incisión y drenaje mediante microlaringoscopia con la obtención del mismo resultado microbiológico del cultivo del pus obtenido.

El paciente fue decanulado a los 20 días de su ingreso pero debido a la persistencia de la parálisis vocal izquierda y a una más que importante dependencia psíquica de la cánula la traqueotomía se debió reabrir permaneciendo con ella 9 meses después.

## CASOS CLÍNICOS

### Caso 1

Varón de 57 años con antecedentes de tiroidectomía total hace 5 años por carcinoma papilar de tiroides y vaciamiento cervical funcional izquierdo por metástasis cervicales de dicho tumor hace 3 años. Alérgico a betalactámicos.

Acude a urgencias por cuadro de tres días de evolución con fiebre, odinofagia, disfagia a sólidos y disfonía con rápida evolución en las últimas horas a disnea con estridor y tiraje.

Hemograma con leucocitosis y desviación a izquierda y gasometría con  $p\text{CO}_2 = 40,7$  mmHg,  $p\text{O}_2 = 60,0$  mmHg y  $\text{StO}_2 = 89,5\%$ .

### Caso 2

Varón de 53 años fumador de 40 cigarrillos al día y sin antecedentes de interés que acude a urgencias por cuadro febril con odinofagia, disfagia a sólidos y disfonía de 2 días y con evolución rápida a disnea con estridor y tiraje que no respondió a amoxicilina-clavulánico vía oral.

Hemograma: Leucocitosis con desviación a izquierda. Gasometría arterial:  $p\text{CO}_2 = 38,6$  mmHg,  $p\text{O}_2 = 84,2$  mmHg y  $\text{StO}_2 = 96,5\%$ .

En la exploración clínica destacan una palpación cervical normal y un abombamiento con superficie granulomatosa en repliegue ariepiglótico y

banda ventricular derechas con hemilaringe derecha fija sin poder apreciar el estado glotosubglótico por el edema existente y la escasa luz laríngea.

Se procede a realizar una traqueotomía urgente bajo anestesia local y a tratamiento parenteral empírico con amoxicilina-clavulánico, tobramicina y metilprednisolona.

El TAC efectuado a las 24 horas (Figura 1) muestra una masa cavitada intralaringea derecha que ocupa región aritenoidea y espacio paraglótico derecho con captación periférica de contraste compatible con absceso. Resto de cuello normal.

Al segundo de día de ingreso se produce una fistulización y drenaje espontáneo del absceso apareciendo una rápida mejoría clínica de paciente y con recuperación de la movilidad vocal derecha el quinto día, decanulándose sin incidencias y con una imagen laringoscópica prácticamente normal al sexto día.

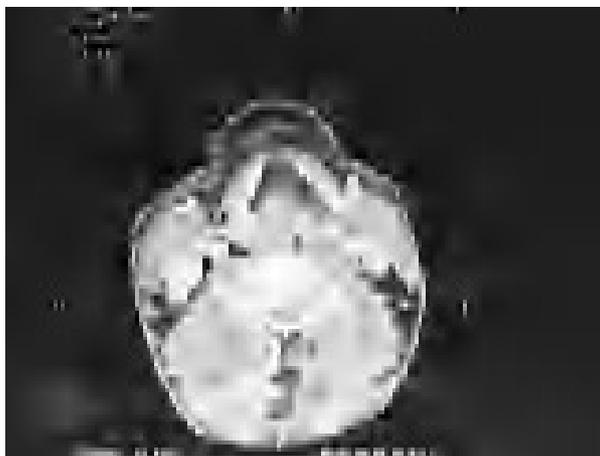


Figura 1. Caso número 2: TAC cervical axial con contraste a nivel glótico. Imagen típica de absceso multicompartimentado que afecta a región prearitenoidea y zona posterior del espacio paraglótico (flechas) afectando gravemente a la luz laríngea.

## DISCUSIÓN

Ninguno de los casos que presentamos mostró factores predisponentes o antecedentes claramente asociados al episodio que en ambos pacientes se presentó de forma aguda y rápida. En la literatura consultada la mayor parte de los casos descritos se presentan asociados a traumatismos laríngeos por intubación endotraqueal<sup>6-8</sup>, alimentación mediante sonda nasogástrica<sup>8,9</sup> o por cuerpos extraños<sup>10</sup>, tratamiento inmunosupresor y/o enfermedades autoinmunes como el lupus eritematoso sistémico o diabetes<sup>11</sup>, radioterapia cervical previa<sup>8</sup>, laringoceles o epiglotitis agudas con evolución hacia absceso<sup>8,9,12</sup>.

Los antecedentes más frecuentes descritos fueron los traumatismos laríngeos por intubación endotraqueal o nasogástrica, de forma que hay autores<sup>8</sup> que recomiendan que la intubación nasogástrica en pacientes inmunocomprometidos debe ser realizada bajo visión endoscópica directa y que cualquier paciente que haya sufrido intubación endotraqueal traumática debe ser explorado mediante laringoscopia directa a la vez que se produce su extubación.

Se ha descrito la evolución de epiglotitis agudas en adultos hacia la formación de abscesos laríngeos hasta en el 26 o 29% de los casos<sup>15,16</sup>.

En todo caso, y sobre todo en pacientes con factores de riesgo, el principal diagnóstico diferencial se ha de plantear con el carcinoma laríngeo que, además, puede coexistir con un absceso, siendo aquel el factor favorecedor para la formación del absceso<sup>13,14</sup>.

En los dos casos presentados ésta fue la sospecha diagnóstica inicial debido al aspecto anormal mostrado por la mucosa laríngea, sin embargo la evolución clínica rápida en el contexto de un claro cuadro infeccioso agudo, la resolución de los procesos una vez drenado el absceso y, en último término, los resultados anatomopatológicos en nuestro primer caso descartaron esta posibilidad.

Clínicamente la presentación del cuadro es bastante uniforme con odinofagia, disfagia, faringolalia cuando se afectan estructuras supraglóticas o franca disfonía en localizaciones más bajas como las que presentamos, en las que existía además una inmovilización vocal unilateral.

La gravedad y rapidez de la evolución de la insuficiencia ventilatoria depende fundamentalmente de la localización laríngea del absceso. Las localizaciones supraglóticas evolucionan en cuanto a la disnea se refiere de forma más lenta al existir más espacio en esta zona y al no aparecer inicialmente parálisis vocal alguna; por el contrario las localizaciones paraglotosubglóticas como en los 2 casos comentados presentan una disnea en fases precoces y más intensa al existir menos espacio y afectar precozmente a la movilidad vocal.

Una clara consecuencia de esto es la inexistencia de abscesos laríngeos en la población infantil, en donde la sola aparición de un proceso inflamatorio ya supone de entrada un compromiso ventilatorio que precisa terapia inmediata, no dando tiempo a la formación de un absceso.

Los datos diagnósticos fundamentales serán: el contexto infeccioso agudo con fiebre, signos y síntomas inflamatorios faringolaríngeos evidentes, la

imagen laringoscópica que según la gravedad del caso se deberá obtener en el mismo quirófano y la realización de TAC cervical que confirmará la existencia de la característica imagen cavitada irregular con márgenes captantes de contraste, además de orientarnos sobre su extensión y posibles lesiones asociadas o coexistentes.

La actitud terapéutica ante la sospecha clínica de un absceso laríngeo, generalmente en el contexto de una urgencia, debe ser la evaluación laríngea en medio quirúrgico para poder controlar la vía aérea bien mediante intubación o traqueotomía así como explorar la región, tomar muestras microbiológicas o realizar punciones o biopsias de zonas sospechosas.

En principio, en casos de localizaciones supraglóticas la intubación, de ser posible, sería la mejor opción; siendo más aconsejable la realización de una traqueotomía en lesiones más extensas, bajas y con parálisis vocales asociadas ante la previsible más larga evolución del proceso en el tiempo y la posibilidad de que persistan secuelas de inmovilidad vocal o estenosis glotosubglóticas.

De los 13 casos descritos en la literatura desde 1979 en 2 de ellos<sup>6,8</sup> el absceso afectó la región subglótica, en los dos apareció desde el momento del diagnóstico una parálisis vocal y ambos precisaron de una traqueotomía urgente. Así mismo ambos presentaron como antecedente directo una maniobra de intubación orotraqueal sobre pacientes más o menos inmunocomprometidos o debilitados lo que sugiere que el trauma de dicha maniobra pueda afectar directamente a la mucosa subglótica

o al cono elástico permitiendo la extensión de infecciones paraglóticas a la región subglótica.

Otro factor que influye decisivamente en la actitud terapéutica, una vez asegurada la vía aérea, es evaluar si el proceso se encuentra aún en fase flemonosa o si se ha abscesificado. Esto puede ser aclarado mediante TAC cervical o con una punción aspiradora sobre la zona sospechosa.

En nuestro primer caso, inicialmente, el proceso se diagnosticó mediante TAC como flemonoso por lo que no se procedió a actuación quirúrgica alguna sino a terapia antibiótica parenteral empírica, para proceder a su drenaje cuando se detectó la abscesificación en la evolución posterior. En el segundo caso el absceso se diagnosticó al ingreso del paciente pero su drenaje espontáneo obvió la actuación quirúrgica.

En ambos casos se decidió la traqueotomía como la opción más segura al existir afectación laríngea baja y parálisis vocal.

En los casos publicados con anterioridad la curación sin secuelas fue lo habitual, a excepción de los dos casos con afectación subglótica, que al igual que nuestro primer paciente continuaron con parálisis vocal y dependientes de su traqueotomía.

En conclusión, la existencia de abscesos intralaringeos, al tratarse de procesos de muy escasa frecuencia hoy día, exigen un alto nivel de sospecha diagnóstica y un tratamiento inmediato, siendo la TAC cervical el medio diagnóstico de certeza y el control de la vía aérea la clave terapéutica. Consideramos datos de mal pronóstico que el absceso afecte al espacio subglótico y a la movilidad vocal.

## REFERENCIAS

- 1.- Kearnan JD, Schugt HP. Abscess of the larynx and its treatment. *Tans Am Laryngol Assoc* 1934; 56: 180-213.
- 2.- Jackson C. The larynx in typhoid fever. *Am J Med Sci* 1905; 130: 845-52.
- 3.- Freche CH, Tran Ba Huy P. Laryngites aiguës de l'adulte. *Encycl. Med. Chir. (Paris. France) Oto-rhinolaryngologie*. 20-645 A – 10. 4p, 6-1997.
- 4.- Schalen L, Chritensen P, Kammen C. High isolation rate of *Branhamella Catarralis* from the nasopharynx in adults with acute laryngitis. *Stand J Infect Dis* 1980; 12: 277-80.
- 5.- Heeneman H, Ward KM. Epiglottic abscess: its occurrence and management. *J Otolaryngol* 1977; 6: 31-6.
- 6.- Canalis RF, Jenkins HA, Osguthorpe JD. Acute laryngeal abscesses. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1979; 88: 275-9.
- 7.- Clemons JE, Prilla E. Laryngeal abscess. *Otolaryngol. Head Neck Surg* 1979; 87: 339-41.
- 8.- Souliere CR, Kirchner JA. Laryngeal perichondritis an abscess. *Arch Otolaryngol* 1985; 111: 481-4.
- 9.- Clemons JE, Portilla W. Laryngeal abscess. *Otolaryngol. Head Neck Surg* 1979; 87: 339-341.
- 10.- Ridgeway NA, Perlman PE, Verghese A. y al. Epiglottic abscess due to group B streptococcus. *Ann Oto Rhinol Laryngol* 1984; 93: 277-8.
- 11.- McNellis EL, Hoang K-GG. Immunosuppression and systemic lupus erythematosus predisposing to laryngeal abscess. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1997; 116 1: 107-9.
- 12.- Stack BC, Ridley MB. Epiglottic abscess. Case report. *Head and Neck* 1995; 263-5.
- 13.- Remacle M, Eloy JP, Van der Eeckhaut H. Absces du larynx a presentation tumorale. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1989; 185 (2): 714-8.
- 14.- Lee WC, Walsh RM, Tse BM. Squamous cell carcinoma of the pharynx and larynx presenting as a neck abscess o cellulitis. *J Laryngol Otol* 1996; 110: 893-5.
- 15.- Hawkins DB, Miller AH, Sachs CB. and al. Acute epiglottitis on adult. *Laryngoscope* 1993; 83: 1121.
- 16.- Wolf M, Strauss B, Kronenberg J. and al. Acute. Conservative management of adult epiglottitis. *Laryngoscope* 1990; 100: 183-5.