

DISNEA LARINGEA

Navarro Elizondo, M (1); Blazquez Castellanos, C (2), Martinez Forcada, M (3); Santos Ochoa, I (4), Frias Lasheras, C (4), Miramon Pllanillo, M (5)

(1) Medico de Familia Centro de salud Calahorra. (2) Medico de familia Centro de salud Cascante. (3) Medico de familia Centro de salud Tudela Este, (4) Enfermer@ de centro de salud Calahorra, (5) Enfermera Centro de salud Tudela Este.

INTRODUCCION:

La disnea es un padecimiento cuyo diagnóstico requiere la exclusión de otras afecciones con las que puede confundirse, como el asma y una amplia variedad de enfermedades respiratorias y cardiacas. La disnea que se origina en la laringe puede ocurrir por obstrucción debida a un tumor u otra afeccion.

DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Paciente varón de 62 años con antecedentes de Fibrilación auricular en tratamiento con acenocumarol, fumador que acude a consulta por presentar un cuadro de 24 horas de evolución de odinofagia y sensación de cuerpo extraño a nivel faríngeo con dificultad al paso del aire, acompañado de disfonía y sudoración fría. No mareo, no sincope, no perdida de consciencia. Ese mismo día ingesta de 1 comprimido de ibuprofeno. Ante el mal estado general del paciente es derivado a urgencias hospitalarias para estudio y tratamiento de la causa. Inicialmente a la llegada a urgencias se toman constantes con presión arterial 156/97, pulso 120 lpm, T^a axilar 36,5 , saturación de O₂ 95%. Eupneico pero destacar el estridor inspiratorio y el edema de uvula con ingurgitación yuguar. Resto de exploración por aparatos sin alteraciones.

ESTRATEGIA PRÁCTICA DE ACTUACIÓN:

Se inicia tratamiento como si se tratara de anafilaxia por el ibuprofeno, iniciando tratamiento con corticoide y antihistamínico endovenoso, nebulización con budesonida y salbutamol y adrenalina subcutánea sin mejoría del paciente. Analítica sanguínea discreta leucocitosis. Radiografía de torax sin alteraciones y radiografía de cavum con aumento de partes blandas. Se realiza TAC cervical para valorar posible lesión tumoral laríngea (dado su antecedente de tabaquismo), donde se aprecia una cuaisobstrucción del paso aéreo por aumento de tejidos de orofaríngeo e hipofaríngeo izquierda. Se pasa a realizar una cricotirotomía en quirófano con sedación tras revertir la anticoagulación .

PALABRAS CLAVE:

Epiglotitis, espasmo laríngeo, traqueomalacia, anafilaxia

BIBLIOGRAFIA:

Pubmed.

Lisa D. Mills, Karen May, Frank Mihlon. Peritonsillar Abscess with Uvular Hydrops

West J Emerg Med. 2010 February; 11(1): 83–85.