

Caso Clínico

Angina de Ludwig, a propósito de um caso clínico



Pedro Duarte^{a,*}, Grimanesa Sousa^b, Joana Costa^b, César Lourenço^a,
Sofia Motta^c, Humberto Costa^b

^a Serviço de Medicina Interna do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER (HDES- EPER), S. Miguel. Açores. Portugal

^b Serviço de Medicina Intensiva do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER (HDES-EPER), S. Miguel. Açores. Portugal

^c Serviço de Otorrinolaringologia do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPER (HDES-EPER), S. Miguel. Açores. Portugal

INFORMAÇÃO SOBRE O ARTIGO

Historial do artigo:

Recebido a 14 de dezembro de 2019

Aceite a 11 de junho de 2020

On-line a 20 de julho de 2020

Palavras-chave:

Angina de Ludwig

Antibióticos

Caso clínico

Celulite

Infeções odontogénicas

R E S U M O

A angina de Ludwig apresenta-se como uma celulite grave que envolve o espaço submandibular, de início agudo e evolução rapidamente progressiva. Descreve-se o quadro clínico de um homem de 33 anos com uma tumefação submandibular de agravamento progressivo associada a obstrução da via aérea e necessidade de ventilação mecânica invasiva. Imagiologicamente, apresentava extenso processo fleimonoso dos tecidos moles do pescoço, com ponto de partida em cáries dentárias homolaterais. Foi instituída a drenagem do abscesso e antibioterapia, sem evidência de melhoria. Careceu de intervenção cirúrgica, com evolução paulatina, mas favorável. Este caso demonstra que o diagnóstico e tratamento precoces são fundamentais para o sucesso terapêutico. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2020;61(1):29-32)

© 2020 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Publicado por SPEMD. Este é um artigo Open Access sob uma licença CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor correspondente.

Correio eletrónico: pedropduarte@hotmail.com (Pedro Duarte).

<http://doi.org/10.24873/j.rpemd.2020.07.698>

1646-2890/© 2020 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária. Published by SPEMD.

This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Ludwig's Angina, a clinical case report

A B S T R A C T

Keywords:

Ludwig's angina
Antibiotics
Case report
Cellulitis
Odontogenic infections

Ludwig's angina is a severe cellulitis involving the submandibular space, with acute onset and rapidly progressive evolution. We describe the case of a 33-year-old man with a progressive submandibular swelling associated with an airway obstruction that required mechanical ventilation. Radiologically, the patient presented with an extensive phlegmonous process of the soft tissues of the neck, originating from homolateral dental caries. Abscess drainage and antibiotic therapy were performed, without evidence of improvement. Surgical intervention was required, resulting in slow but favorable evolution. This case shows that successful treatment depends on early diagnosis and treatment. (Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac. 2020;61(1):29-32)

© 2020 Sociedade Portuguesa de Estomatologia e Medicina Dentária.

Published by SPEMD. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introdução

A Angina de Ludwig foi descrita pela primeira vez em 1836, pelo médico alemão Wilhelm Friedrich Von Ludwig. Trata-se de uma infecção difusa, grave, de evolução rápida e potencialmente fatal, que se inicia no pavimento da boca e evolui para o espaço sublingual (superiormente) e submandibular (inferiormente).¹⁻³ A ausência de diagnóstico e tratamento precoces pode conduzir a um desfecho fatal, associado à sua complicação mais grave, a obstrução da via aérea.² Antes da era dos antibióticos, a mortalidade por Angina de Ludwig variava entre 50 a 60%, rondando atualmente os 8-10%.^{4,5} A sua principal etiologia é odontogénica, associada a infeções do segundo e terceiro molares. A diabetes mellitus, a desnutrição, o alcoolismo, a imunossupressão associada ao VIH e ao transplante de órgãos são fatores predisponentes.^{1,3} A abordagem cirúrgica e o tratamento antibiótico são as armas terapêuticas atuais.^{1-3,6}

Caso clínico

Doente do sexo masculino, 33 anos, sem antecedentes pessoais conhecidos, sem toma de medicação habitual. Recorreu ao Serviço de Urgência por aparecimento de tumefação submandibular dolorosa, com comprometimento da fala e da alimentação, associada a febre, com uma semana de evolução e de agravamento progressivo. Ao exame objetivo destacou-se a presença de abscesso cervical profundo de provável origem odontogénica, trismo e edema do tecido subcutâneo até à fúrcula esternal. Realizou nasofibroscopia, com evidência de via aérea permeável e ligeiro edema da prega ariepiglótica esquerda e, posteriormente, tomografia cervical (Figura 1), com evidência de extensa densificação dos tecidos moles do pescoço anterior, que se estendia superficialmente desde o pavimento da boca ao espaço pré-esternal, com presença de gás envolvendo o corpo e ramo esquerdo da mandíbula no espaço mastigador esquerdo e no espaço sublingual esquerdo com

uma fina lâmina de líquido, em relação com processo fleimonoso, associado a cáries dentárias homolaterais, que intui provável ponto de partida odontogénico. Foi submetido a drenagem de abscesso submandibular via cervicotomia, sem possibilidade de extubação no pós-operatório, tendo sido admitido na Unidade de Cuidados Intensivos. Iniciou antibioterapia com Clindamicina e Piperacilina/Tazobactam, com identificação no pus do abscesso de *Staphylococcus epidermidis* e *Streptococcus anginosus*, sem isolamento bacteriológico em hemoculturas. Desenvolveu após início da antibioterapia, exantema maculopapular da região anterior do tórax, de agravamento progressivo, atingindo posteriormente o dorso, coxas e região inferior do abdómen, sem visível atingimento das mucosas. Admitida provável toxidermia medicamentosa pelo que suspendeu a antibioterapia em curso e iniciou Vancomicina e Metronidazol. Associou-se corticoterapia com Metilprednisolona e anti-histamínico com Clemastina. Efetuou tomografia cervical de controlo (Figura 2), evidência face ao exame anterior de agravamento, com pequena coleção de líquido e raras bolhas gasosas ocupando o espaço adiposo para-faríngeo, que se encontrava assimétrico face ao contralateral, com edema e protusão da língua. Foi submetido a nova exploração das locas do abscesso, com saída de conteúdo purulento de loca peri-glândula submaxilar direita, locas sublinguais esquerda e direita. Melhoria clínica progressiva, com tomografia cervical a documentar evolução favorável do edema. Foi extubado ao fim de 408 horas de ventilação mecânica invasiva. Antibioterapia suspensa ao 19.º dia, por melhoria clínica, apirexia sustentada e parâmetros analíticos de infeção negativos. O doente assinou alta clínica, contra parecer médico e abandonou seguimento, não comparecendo às consultas agendadas.

Discussão e conclusões

A Angina de Ludwig é uma infeção potencialmente fatal, pelas complicações locais que uma infeção cervical pode acarretar.



Figura 1. TC-Cervical inicial: Extensa densificação dos tecidos moles do pescoço anterior, com presença de gás envolvendo o corpo e ramo esquerdo da mandíbula no espaço mastigador esquerdo e no espaço sublingual esquerdo com uma fina lâmina de líquido, em relação com processo fleimonoso.

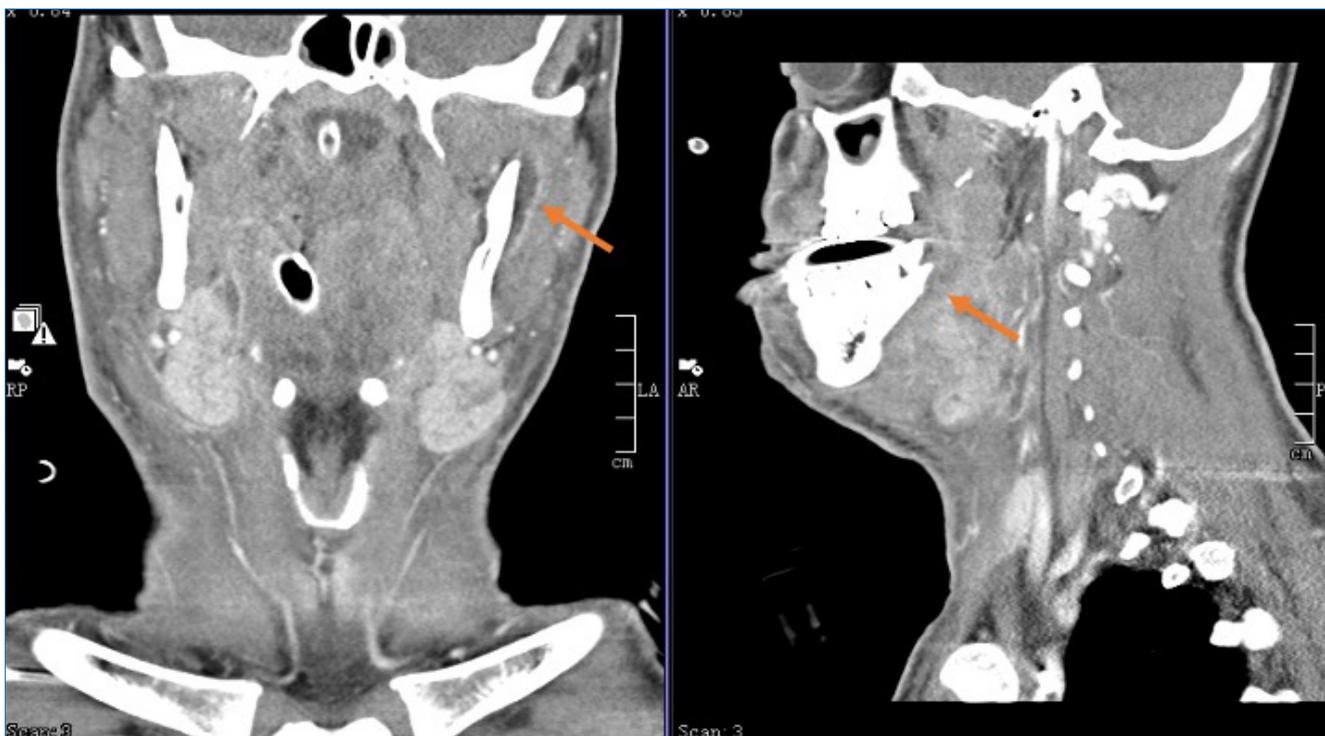


Figura 2. TC-Cervical de controle aos 13 dias: Locas abcedadas têm menores dimensões, os planos de clivagem entre as diferentes estruturas envolvidas estão mais bem definidos, com menos edema adjacente.

tar, como é caso da asfixia por edema dos tecidos com obstrução da via aérea.^{1,7,8} Neste sentido, o foco inicial da abordagem a estes doentes deverá ser sempre no sentido de

manter a permeabilidade da via aérea, por vezes com necessidade de entubação orotraqueal, como no presente caso. Em contexto de doença localmente avançada, com edema marca-

do dos tecidos, torna-se mandatória a realização de traqueostomia, pela impossibilidade de entubação orotraqueal.^{1,2,8} Apesar do ponto de partida ser habitualmente odontogênico, à semelhança do caso aqui descrito, existem também casos, embora menos frequentes, associados a disseminação de processos infecciosos com ponto de partida em abscessos peritonsilares ou em parotidite supurativa.⁶ A flora isolada no pus local é geralmente polimicrobiana, tendo ponto de partida principal, agentes da cavidade oral, incluindo espécies como *Streptococcus* do grupo A, *Staphylococcus*, *Fusobacterium* e *Bacteroides*. Em doentes imunocomprometidos, podem ser isoladas *Pseudomonas*, *Escherichia coli*, *Candida* ou *Clostridium*.⁸ O início precoce da terapêutica antibiótica é de fundamental importância, devendo a antibioterapia empírica ser realizada com Penicilina G e Metronidazol ou Clindamicina.^{1,2,4,8} A cirurgia está indicada perante a existência de abscessos locais ou falência da terapêutica antibiótica, consistindo na descompressão dos espaços submandibulares por incisão externa e drenagem.^{5,7,9}

Este caso clínico apresenta-se como um verdadeiro desafio diagnóstico e terapêutico. É fundamental um elevado nível de suspeição diagnóstica, com vista à redução da morbimortalidade associada à doença. Os avanços e a acessibilidade aos meios complementares de diagnóstico e terapêutica têm contribuído, de forma igualmente importante, para um decréscimo da mortalidade da Angina de Ludwig.

Responsabilidades éticas

Proteção de pessoas e animais. Os autores declaram que para esta investigação não se realizaram experiências em seres humanos e/ou animais.

Confidencialidade dos dados. Os autores declaram ter seguido os protocolos do seu centro de trabalho acerca da publicação dos dados de pacientes.

Direito à privacidade e consentimento escrito. Os autores declaram que nenhum dado que permita a identificação do doente aparece neste artigo.

Conflito de interesses

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Saifelddeen K, Evans R. Ludwig's Angina. *Emerg Med J*. 2004;21:242-3.
2. Melo TAF, Rücker T, Carmo MPD, Irala LED, Salles AA. Ludwig's Angina: diagnosis and treatment. *RSBO*. 2013;10:172-5.
3. Okoje VN, Ambeke OO, Gbolahan OO. Ludwig's Angina: an analysis of cases seen at the university college hospital, Ibadan. *Ann Ib Postgrad Med*. 2018;16:61-8.
4. Fogaça PFL, Queiroz EA, Kuramochi MM, Vanti LA, Correa JDH. Angina de Ludwig: Uma Infecção Grave. *Rev Port Estomatol Med Dent Cir Maxilofac*. 2006;47:157-61.
5. Kassam K, Messiha A, Heliotis M. Ludwig's Angina: The Original Angina. *Case Rep Surg*. 2013;2013:974269.
6. Pak S, Cha D, Meyer C, Dee C, Fershko A. Ludwig's Angina. *Cureus*. 2017;9:e1588.
7. Balakrishnan A, Thenmozhi MS. Ludwig's Angina: Causes Symptoms and Treatment. *Pharm Sci Res*. 2014;6:328-30.
8. Costain N, Marrie TJ. Ludwig's Angina. *Am J Med*. 2011;124:115-7.
9. Furst IM, Ersil P, Caminiti M. A rare complication of tooth abscess – Ludwig's Angina and mediastinitis. *J Can Dent Assoc*. 2001;67:324-7.