

COMPLICAÇÃO SISTÊMICA DE ANGINA DE LUDWIG: RELATO DE CASO¹

SYSTEMIC COMPLICATION OF LUDWIG'S ANGINA: CASE REPORT

Paula Souza MOURA², Luciana Dias ALVARES², Fabrício Mesquita TUJI³, Jorge Sá Elias NOGUEIRA⁴

RESUMO

Objetivo: relatar um caso clínico de complicação sistêmica de Angina de Ludwig. **Relato do caso:** homem de 25 anos, atendido no Pronto Socorro Municipal de Belém apresentando aumento de volume na região cervical e sintomatologia na região submandibular. Após realização de exames clínicos e radiográficos constatou-se que a infecção tinha origem odontogênica. Durante a internação, a infecção disseminou-se para o mediastino e para os rins ocasionando nefropatia crônica bilateral. O paciente obteve alta melhorado, sendo encaminhado para hemodiálise. **Considerações finais:** a angina de Ludwig deve ser diagnosticada e tratada o mais breve possível já que pode evoluir para complicações sistêmicas.

Descritores: Angina de Ludwig, mediastinite, infecção focal dentária.

INTRODUÇÃO

Angina de Ludwig (AL) consiste em uma celulite de rápida disseminação do assoalho bucal e abrange os espaços submandibulares e, secundariamente, o espaço submentoniano, promovendo um aumento de volume firme, consistente e não flutuante acompanhado de elevação e deslocamento posterior da língua, frequentemente acometendo as vias aéreas¹. O nome angina deriva do latim que significa “estrangular”. Descrita inicialmente em 1836, por Wilhem Frederick Von Ludwig, em cinco pacientes como uma “*tumefação que se estende uniformemente pela periferia do pescoço, envolvendo os tecidos entre a laringe e o assoalho bucal, sendo que não tratada de maneira correta quase sempre é fatal*”². Na era pré-antibiótica, este tipo de infecção era frequentemente fatal. Entretanto, antibióticos e intervenções cirúrgicas reduziram significativamente a mortalidade, sendo menos comum hoje em dia devido a antibióticos efetivos e, também, a melhores hábitos de

higiene bucal³. A maior parte dos pacientes encontra-se na faixa etária entre 20 e 60 anos com predomínio para o sexo masculino variando entre ^{1,3 e 6:14,5}.

Para entender a fisiopatologia da AL é necessário o conhecimento da anatomia do espaço submandibular. Este espaço é delimitado superiormente pela mucosa do assoalho bucal e inferiormente por uma camada superficial da fáscia cervical profunda e se estende do osso hióide a mandíbula. O espaço é subdividido pelo músculo milohioide em dois: o espaço submaxilar abaixo do músculo e o sublingual acima. Esses dois espaços são contínuos com outro, quando a infecção se dissemina na borda posterior do milohioide. Além disso, ao longo da extensão posterior da musculatura intrínseca da língua pode levar ao envolvimento dos espaços parafaríngeo e retrofaríngeo, com potencial descendente para o mediastino superior⁶.

A etiologia mais comum da infecção é de origem

¹ Trabalho realizado na Faculdade de Odontologia da Universidade Federal do Pará

² Especialistas em Radiologia odontológica. Mestrandas em Clínica Odontológica da UFPA

³ Doutor em Radiologia Odontológica pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp). Professor da Disciplina de Propedêutica da Faculdade de Odontologia da UFPA.

⁴ Especialista em Odontopediatria pela EAP/PA. Professor do Centro Universitário do Pará

odontogênica, ocorrendo entre 53,8 a 99% dos casos, sendo outras causas relacionadas também as doenças exclusivamente locais como ferimentos penetrantes, osteomielite, fraturas da mandíbula, neoplasias orais infectadas, abscessos peri-amigdalianos e até mesmo otites médias, piercing de língua e uso de drogas injetáveis em grandes vasos cervicais⁷.

A sintomatologia inclui edema submandibular, trismo, febre, elevação da língua, disfagia, linfadenopatia sendo freqüente os pacientes relatarem história recente de extração dentária, sintomas respiratórios, calafrios entre outros^{1,5}.

São encontrados inúmeros microorganismos gram positivos, gram negativos, aeróbios e anaeróbios como: *Streptococcus alfaemolítico*, *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis* e *H. influenza*. O antibiograma é necessário para o tratamento correto da AL^{1,5,6,7}. A maior parte das bactérias é sensível à penicilina, podendo esta ser utilizada em associação com outros antibióticos considerando-se a flora mista da infecção, sendo indicada a combinação com outros agentes como o metronidazol, clindamicina ou outro que estiver indicado de acordo com a cultura.

O tratamento é feito baseado na tríade: manutenção das vias aéreas superiores, o que pode ser feito por entubação endotraqueal ou traqueostomia, antibioticoterapia intravenosa em altas doses, intervenção cirúrgica para descompressão dos espaços envolvidos e remoção do agente etiológico.^{8,9}. Caso o paciente não seja tratado de maneira adequada, pode sofrer inúmeras seqüelas como: danos estéticos, paralisia do nervo recorrente, osteomielite da mandíbula, obstrução aguda das vias aéreas superiores, mediastinite, septicemia, pericardite, pleurite, infecção e ruptura da artéria carótida, entre outros⁵.

OBJETIVO

Apresentar um relato de caso clínico de um paciente de 25 anos, portador de diabetes, que procurou o Pronto Socorro Municipal de Belém com quadro típico de Angina de Ludwig decorrente de infecção odontogênica que devido ao seu estado clínico geral evoluiu para mediastinite e posteriormente a uma nefropatia crônica bilateral.

RELATO DO CASO

Anamnese

Paciente R.P.S, 25 anos, pardo, sexo masculino, portador de Diabetes do tipo I, procurou atendimento no Pronto Socorro Municipal de Belém apresentando aumento de volume na região cervical e sintomatologia dolorosa em região submandibular. Apresentava-se febril, dispneico, disfágico e disfonico.

Exame físico

O exame extra-oral revelou grande aumento de volume submandibular e sublingual, endurecimento a palpação, trismo (abertura de 3mm) e vermelhidão em direção ao pescoço. O exame intra-oral não pode ser feito na ocasião já que o paciente não conseguia abrir a boca.

Exames subsidiários

Foi realizada radiografia lateral no qual se verificou que o segundo molar inferior direito apresentava extensa lesão (abscesso). Foram solicitados exames laboratoriais os quais demonstraram uma leucocitose de 18.600/mm³. Aliando o exame clínico ao radiográfico chegou-se ao diagnóstico de Angina de Ludwig.



Figura 1 - Aumento de volume na região cervical



Figura 2 - Radiografia lateral demonstrando abscesso no segundo molar inferior



Figura 3 - Orquiepididimite consequência da infecção

Conduta terapêutica

Foi realizada internação do paciente para administração intravenosa de antibioticoterapia com a utilização de Penicilina cristalina 5.000.00 diluída em 200 ml de solução fisiológica perfundida em 1 hora, de 4 em 4 horas, complementado com metronidazol 500 mg de 8/8 hs, perfundida em 1 hora. O paciente por ser diabético continuou fazendo uso de insulina em jejum.

Evolução

Durante a internação o paciente apresentou piora no seu estado clínico com a vermelhidão aumentando, inclusive a coleção purulenta alcançando a bolsa escrotal e causando também mediastinite descendente aguda. Após a melhora do quadro de trismo foi realizada a exodontia do dente afetado e a drenagem do abscesso através de incisão em região submandibular, com anestesia geral. O dreno permaneceu na região cervical para facilitar a aeração das vias aéreas superiores.

Paciente foi transferido para outro hospital e continuou internado pelo período de 3 meses até a melhora de seu quadro clínico geral sendo que depois da alta hospitalar foi encaminhado para hemodiálise já que devido a diabetes e a infecção generalizada apresentou nefropatia crônica bilateral.

DISCUSSÃO

Angina de Ludwig ocorre normalmente após uma complicação dental ou periodontal. Infecções do segundo ou terceiro molar inferior correspondem de 70 a 85% dos casos. A bactéria causadora desta infecção é observada rotineiramente em infecções odontogênicas. O presente caso clínico também teve como etiologia uma infecção odontogênica, já que o paciente apresentava grande comprometimento do elemento 47^{9,10}.

Tratamento inclui acesso e manutenção das vias aéreas superiores, uso de antibióticos intravenosos e descompressão dos espaços submandibular e sublingual em muitos casos. São utilizadas altas doses de Penicilina G, algumas vezes combinada com metronidazol, tratamento este que foi utilizado no caso relatado³. O tempo de internação para pacientes com bom estado de saúde variam de 10 a 15 dias e nos dias atuais podem chegar a menos do que 6 dias. De acordo com Bross-Soriano⁵, pacientes que apresentam outros fatores associados como diabetes mellitus, abscessos retrofaríngeos e parafaríngeos, a estadia no hospital pode ser mais longa chegando a 9 dias, fato este muito diferente do relato de nosso caso no qual o paciente por diversas complicações ficou internado por 3 meses.

Complicações da Angina de Ludwig como as demonstradas nesse relato são raras, porém sérias devido a sua progressão e direção ao pescoço e mediastino. Infecções profundas do pescoço afetam principalmente

homens jovens (78 a 95% dos casos). Quando as infecções do pescoço descendem ao mediastino a maioria dos casos ocorre através do espaço retrofaríngeo. O prognóstico desse tipo de infecção é cauteloso, porém nos últimos anos a mortalidade diminuiu consideravelmente principalmente pelo auxílio dos exames de Tomografia Computadorizada¹⁰.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Angina de Ludwig ainda é uma infecção considerada letal mesmo nos dias atuais se não diagnosticada e tratada e corretamente. Complicações como septicemia e obstruções das vias aéreas são bastante comuns, podendo levar paciente a óbito. No entanto, se o paciente procurar atendimento precocemente essas complicações podem ser evitadas, sendo muito importante que o cirurgião-dentista esteja apto a diagnosticar e ter o conhecimento de como proceder para dar início ao tratamento desta enfermidade.

SUMMARY

LUDWIG'S ANGINA: A CLINICAL CASE STUDY OF SYSTEMIC COMPLICATION EVOLVING INTO CHRONIC BILATERAL NEPHROPATHY

Paula Souza MOURA, Luciana Dias ALVARES, Fabrício Mesquita TUJI e Jorge Sá Elias NOGUEIRA

Objective: report a case of systemic complication of Ludwig's Angina. **Case report:** a man of 25 years sought care in Pronto Socorro Municipal of Belém presenting a volume increase in symptoms in the neck and submandibular region. After clinical and radiographic examination contacted that the infection was odontogenic origin. During hospitalization, the infection spread to the mediastinum and the bilateral kidneys causing chronic nephropathy. The patient was discharged improved and was referred for hemodialysis. **Final considerations:** the Ludwig's Angina should be diagnosed and treated as soon as possible as it can progress to systemic complications

Key-words: Ludwig's Angina, mediastinitis and focal infection dental

REFERÊNCIAS

1. Segundo AVL, Pinheiro RTA, Inaoka SD, Neto AR, Lago CAP. Ludwig's Angina Cased by Exodontia of Inferior Molars: a case report. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-Fac. 2006 ; (4):23-8.
2. Britt JC, Josephson GD, Gross CW. Ludwig's Angina in the pediatric population: report of a case and review of the literature. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2000 (52): 79-87
3. Srirompotong S, Art-smart T. Ludwig's angina: a clinical review. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2003, 260: 401-3
4. Hueb MM, Borges LM, Oliveira LR. Ludwig's Angina: Minimally Invasive Surgical Treatment Guided by Cervical Ultrasonography. Arch Int Otorhinol. 2004 8 (3): 279-286.
5. Bross-Soriano D, Arrieta-Goméz JR, Padro-Calleros H, Schimelmitz-Idi J. Management of Ludwig's angina with small neck incisions: 18 years experience. Otolaryngology- Head and Neck Surg. 2004 Jun 130; (6):712-17
6. Kurien M, Mathew J, Job A, Zacharian N. Ludwig's angina. Clin Otolaryngol. 1997, 22: 263-65.
7. Busch RF, Shan D. Ludwig's angina: Improved treatment. Otolaryngol Head Neck Surg. 1997, 117 (6): 172-75.
8. Fogaça PFL, Queiroz EA, Kuramochi MM, Vanti LA, Correa JDH. Angina de Ludwig: Uma Infecção Grave. Rev Port Estomatol Cir Maxilofac 2006;47:157-161.
9. Furst IM, Ersil P, Caminiti M. A rare complication of tooth abscess- Ludwig's Angina and Mediastinitis. J Can Dent Assoc 2002; 67: 324-7.
10. Baqain ZH, Newman L. How serious are oral infections? J Laryngology & Otology. 2004 Jul 118: 561-565.

Endereço para correspondência

Paula Souza Moura

Av. Gentil Bittencourt, 1166/701- Nazaré

Belém- Pará-Brasil

Fone: 91- 32021813

Email: moura_paula@hotmail.com

Recebido em 10.06.2009 – Aprovado em 6.05.2011