

ANGINA DE LUDWIG COMPLICADA COM MEDIASTINITE

Cabeça e Pescoço

DADOS DO CASO

Autores: Andressa Wiltgen - Hospital Geral de Caxias do Sul;

Ana Paula Bavaresco - Hospital Geral de Caxias do Sul;

Thiago Castro de Avilla - Hospital Geral de Caxias do Sul;

Tiago Ferreira Viegas - Hospital Geral de Caxias do Sul.

Autor correspondente: Andressa Wiltgen - Hospital Geral de Caxias do Sul;

Palavras-Chave: Angina de Ludwig e Mediastinite;

URL: <https://brad.org.br/article/4296/pt-BR/angina-de-ludwig-complicada-com-mediastinite>

DOI: 10.5935/2965-1980.2022v1n4a28;

RESUMO

A Angina de Ludwig (AL) é uma infecção do assoalho da boca que rapidamente se estende bilateralmente aos tecidos moles da cavidade oral. É considerada uma celulite agressiva que pode cursar com diversas complicações, como a mediastinite. Relatamos um caso de infecção odontogênica que evoluiu para AL e progressão para mediastinite.

HISTÓRICO CLÍNICO

Paciente, 24 anos, previamente hígido, é trazido ao hospital por insuficiência ventilatória aguda, história de infecção dentária com abscesso em tratamento há 5 dias. Na chegada necessitou suporte ventilatório invasivo e transferência para UTI. Foi solicitado TC de tórax que demonstrou pneumonia associada a empiema bilateral e pneumomediastino. Na investigação do foco primário foi solicitado TC de cabeça e pescoço que demonstrou infecção na arcada dentária inferior associada a coleções bilaterais na região anterior do pescoço com alguns focos gasosos de permeio, confirmando a hipótese de Angina de Ludwig complicada com mediastinite. Paciente evoluiu para óbito após 7 dias de internação mesmo diante de todas as medidas tomadas.

ACHADOS RADIOLÓGICOS

TC de Tórax da chegada: Derrame pleural bilateral, mais expressivo a esquerda; Pneumomediastino e bolhas gasosas no espaço cervical. (Imagens 1 e 2) TC de cabeça e pescoço: Dentes sépticos em arcada dentária inferior. Bolhas gasosas

e coleção laminar hipodensa no assoalho da boca/espço submandibular à direita, estendendo-se inferiormente junto a margem posterior da musculatura estriada anterior do pescoço bilateral e anteriormente aos lobos direito e esquerdo da tireoide no espaço visceral. (Imagens 3 e 4 e vídeo 1)

DISCUSSÃO

A angina de Ludwig (AL) é uma infecção dos espaços submandibulares que começa no assoalho da boca sendo muitas vezes, como no caso apresentado, secundário a infecção odontogênica. Uma complicação rara, porém, potencialmente fatal é a mediastinite necrotizante (MN) que apresenta taxas de mortalidade entre 25-40%, caso não seja prontamente identificada e tratada. [1,2]. A infecção geralmente é polimicrobiana com germes aeróbios e anaeróbios, refletindo muitas vezes a origem odontogênica. [3] Os sintomas clínicos são vagos, podendo o paciente referir febre, calafrios e mal-estar, bem como dor na boca, rigidez do pescoço, salivção, disfagia, entre outros. O envolvimento do espaço mandibular causa edema tenso do pescoço, porém no exame físico os sinais de flutuação são pouco percebidos. Se não houver tratamento adequado a infecção progride e podem ocorrer sintomas de insuficiência respiratória, como dispneia, cianose e estridor. [1,3,4] No caso apresentado, o paciente chegou ao serviço de saúde apresentando insuficiência respiratória aguda e quadro de mediastinite já instalados, o que contribui para o desfecho desfavorável do mesmo. O diagnóstico de angina de Ludwig é estabelecido com base na presença de achados

clínicos sugestivos e frequentemente necessita de exames de imagem, em especial a tomografia computadorizada (TC) para determinar a origem da infecção e afastar possíveis complicações da AL, outras infecções do espaço cervical profundo ou MN. A TC também é útil na avaliação da pervidade das vias aéreas e é de suma importância para a determinação da origem da infecção e para avaliação da presença ou não de abscessos passíveis de drenagem [1,5]. O tratamento envolve o rápido reconhecimento da AL e de seus potenciais complicações, sendo a proteção das vias aéreas fundamental, associado a antibioticoterapia adequada de amplo espectro [3]. A cirurgia geralmente não é necessária, pois é incomum ter uma coleção drenável nos estágios iniciais da infecção, entretanto pode ser útil em casos de abscessos, podendo inclusive ser realizados desbridamentos extensos nos casos de MN. [1,3]

REFERÊNCIAS

- Erin Frankie Capps, James J. Kinsella, Manu Gupta, Amol Madhav Bhatki, Michael Jeffrey Opatowsky. Emergency Imaging Assessment of Acute, Nontraumatic Conditions of the Head and Neck. *RadioGraphics* 2010; 30:5, 1335-1352.
- Boscolo-Rizzo P, Da Mosto MC. Submandibular space infection: a potentially lethal infection. *Int J Infect Dis.* 2009 ;13(3):327-33.
- Ridder GJ, Maier W, Kinzer S, Teszler CB, Boedeker CC, Pfeiffer J. Descending necrotizing mediastinitis: contemporary trends in etiology, diagnosis, management, and outcome. *Ann Surg.* 2010 Mar;251(3):528-34.
- Nguyen VD, Potter JL, Hersh-Schick MR. Ludwig angina: an uncommon and potentially lethal neck infection. (1992) *AJNR.* American journal of neuroradiology. 13: 215-9.
- Scaglione M, Pinto A, Giovine S, Di Nuzzo L, Giuliano V, Romano L. CT features of descending necrotizing mediastinitis--a pictorial essay. *Emerg Radiol.* 2007; 14(2):77-81.

LISTA DE DIFERENCIAIS

- Abscesso dentário;
- Abscesso Parafaríngeo;
- Abscesso Periamigdaliano.

DIAGNÓSTICO

Angina de Ludwig.

APRENDIZADO

A angina de Ludwig é uma doença de suspeição clínica e deve ser prontamente reconhecida devido a sua alta agressividade, entretanto possui sinais e sintomas clínicos vagos, sendo a tomografia computadorizada de suma importância para o seu diagnóstico, demonstrando a origem da infecção e as possíveis complicações associadas.

IMAGENS

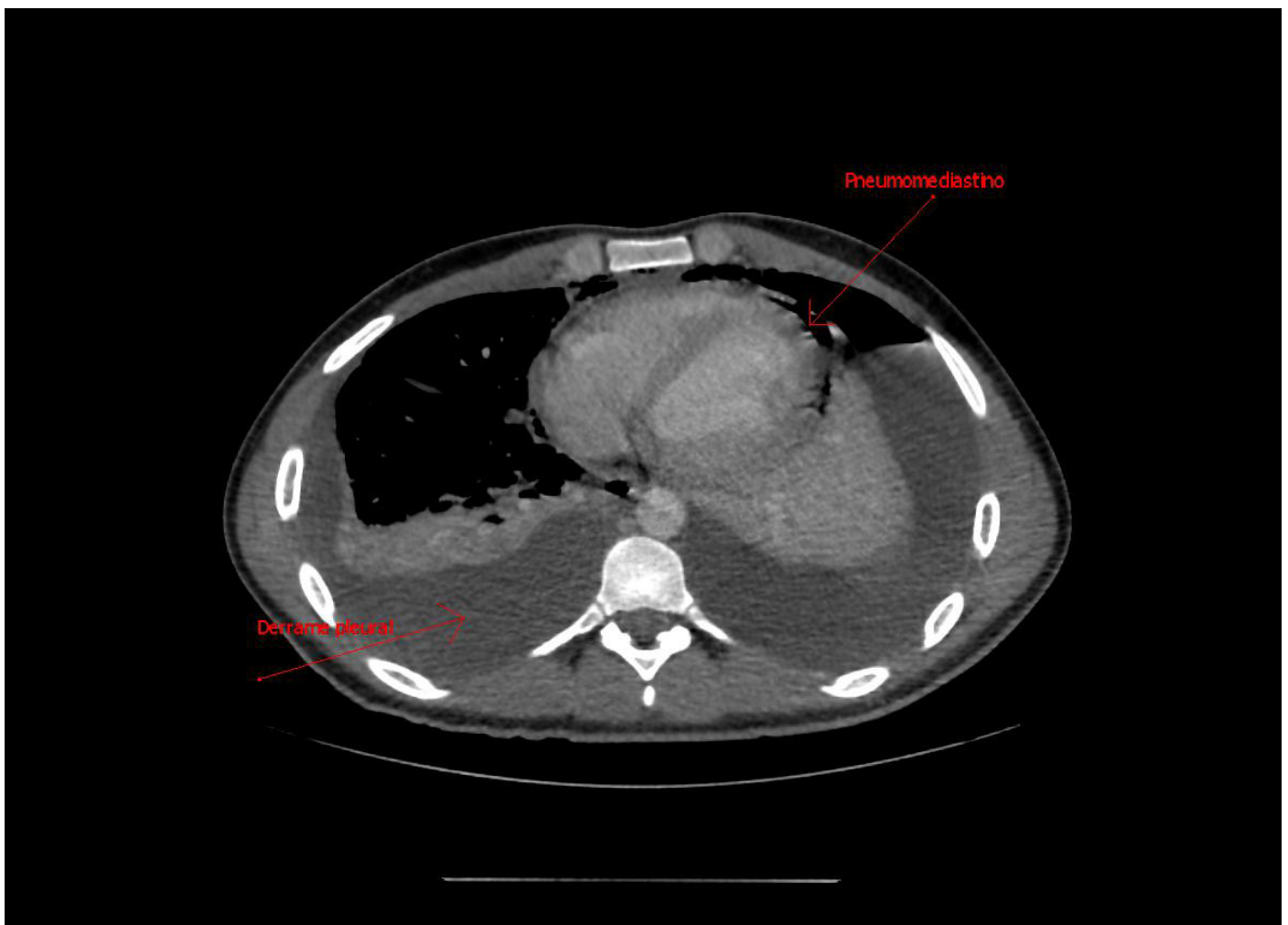


Figura 1: Corte axial de tomografia computadorizada mostrando derrame pleural bilateral e pneumomediastino

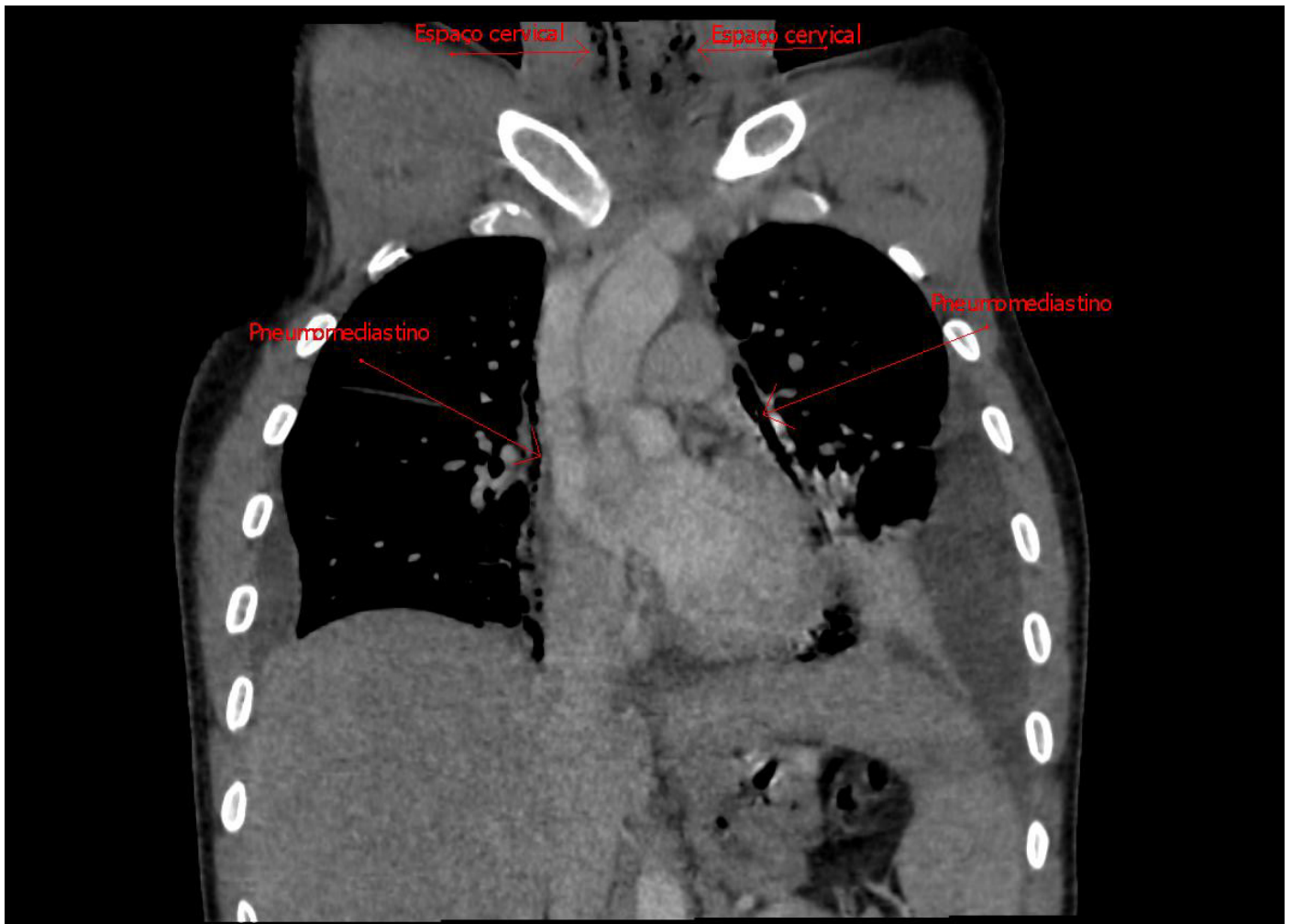


Figura 2: Corte coronal de tomografia computadorizada demonstrando pneumomediastino e bolhas gasosas no espaço cervical.

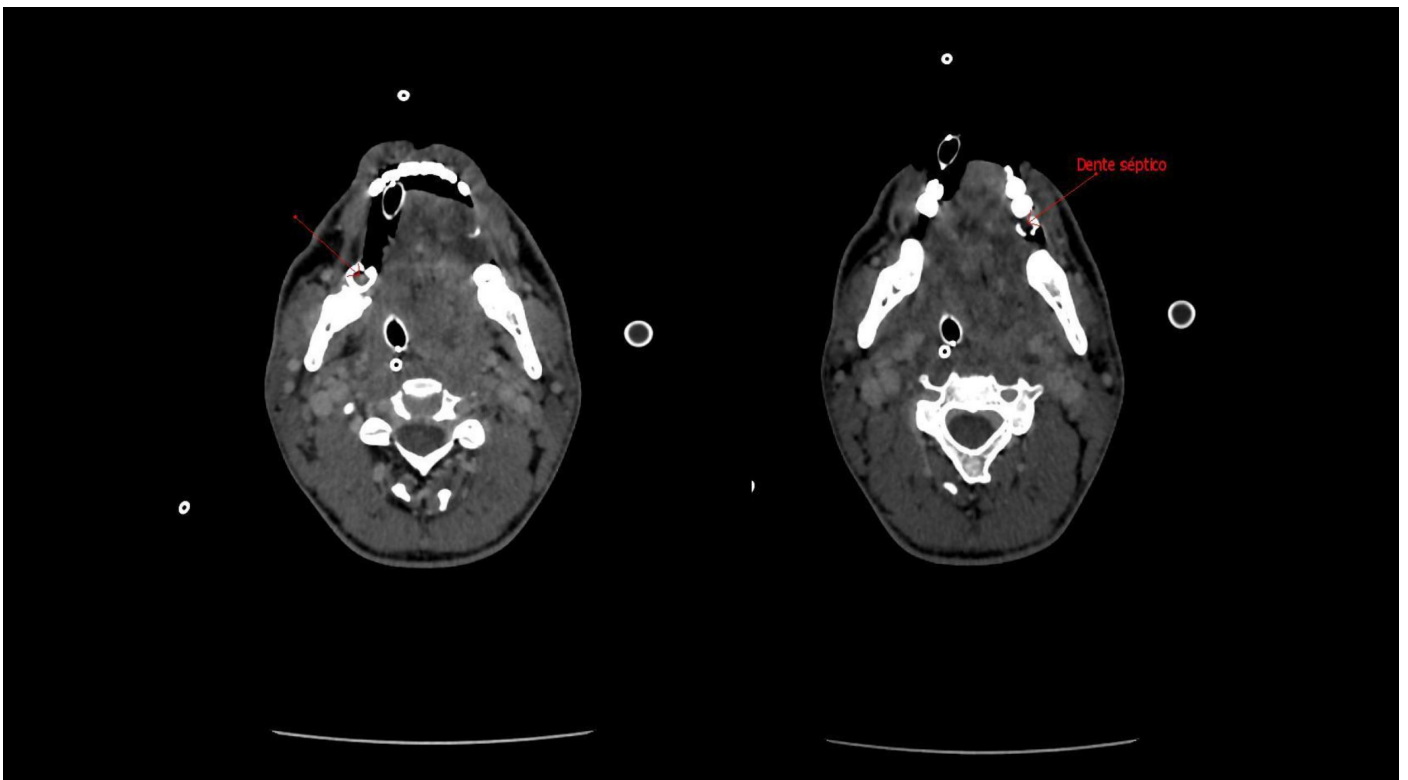


Figura 3: Corte axial de tomografia computadorizada demonstrando dentes sépticos bilaterais.

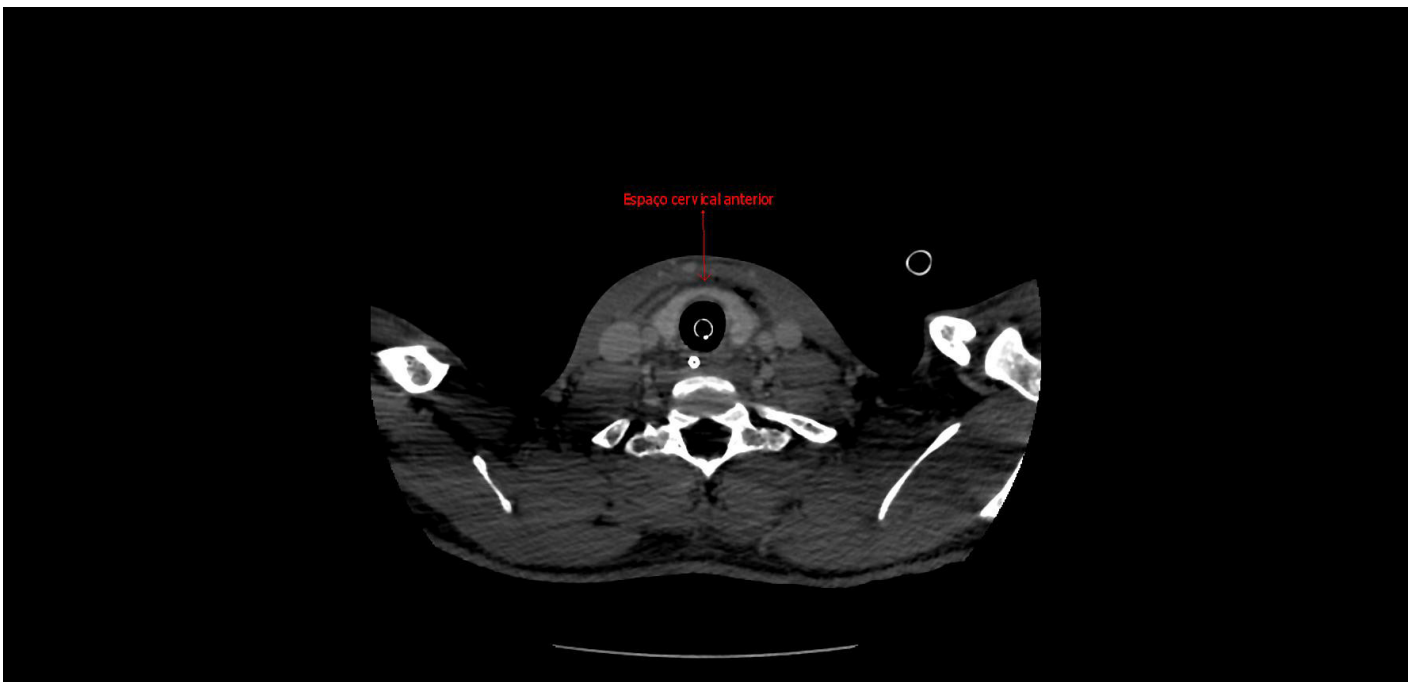
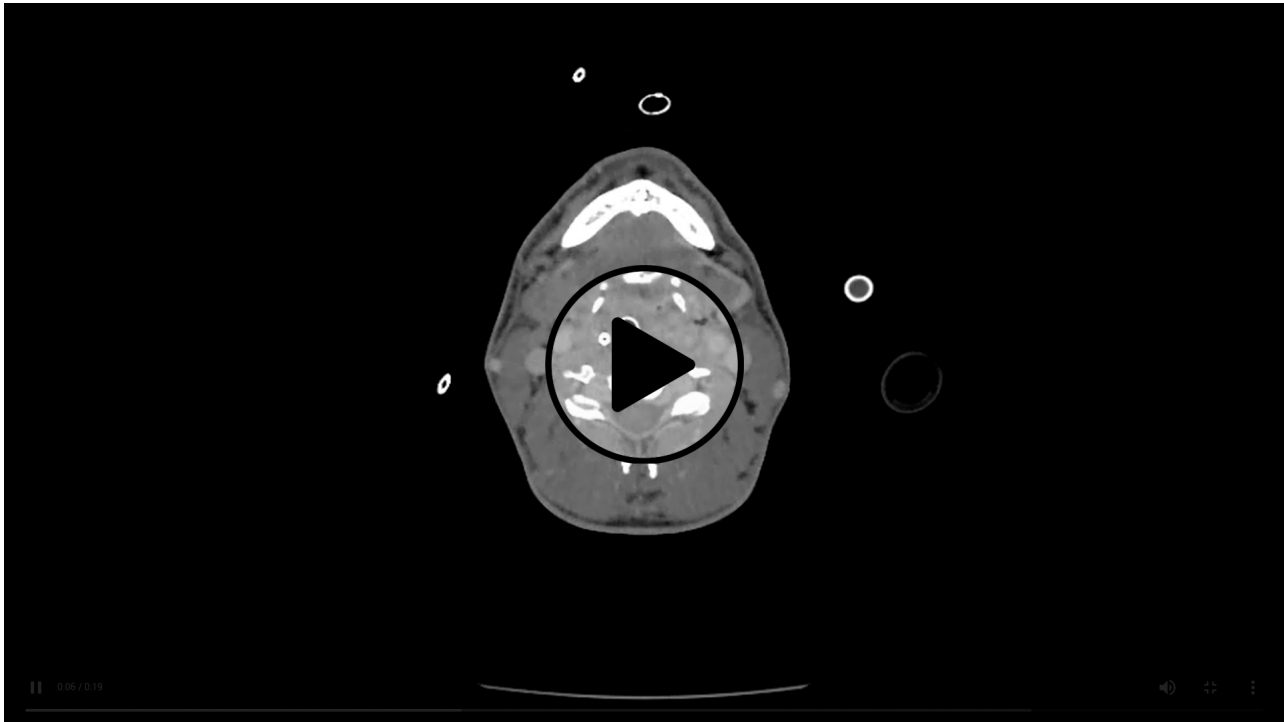


Figura 4: Corte axial de tomografia computadorizada demonstrando pneumomediastino e bolhas gasosas no espaço cervical.

VÍDEO



Vídeo 1: Tomografia computadorizada de pescoço com o uso do meio de contraste endovenoso, mostrando abscessos nos espaços submandibulares, dissecando o espaço cervical anterior. Achados adicionais: Tubo endotraqueal Cistos de retenção em seios maxilares.
<https://brad.org.br/bradcases/videos/2701211141-b890a0967111.mp4>