



## Caso clínico

# Angina de Ludwig. Reporte de 2 casos

**Antonio Fabbio Gagliardi Lugo\***, **María Gabriela Contreras Ravago**,  
**Ronar Alejandro Gudiño Martínez y Rafael José Zeballos Peltrini**

Servicio de Cirugía Bucal y Maxilofacial, Hospital General del Oeste «Dr. José Gregorio Hernández», Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, Caracas, Venezuela

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 18 de julio de 2012

Aceptado el 8 de octubre de 2012

#### Palabras clave:

Angina de Ludwig

Infección

Procedimientos maxilofaciales

Cirugía bucal

#### Keywords:

Ludwig's Angina

Infection

Maxillofacial procedures

Oral surgery

### R E S U M E N

La angina de Ludwig (AL) es una entidad patológica, odontogénica e infecciosa que representa una situación de emergencia en la Cirugía Bucal y Maxilofacial por comprometer la vida del paciente debido a una progresiva oclusión de la vía aérea, producto del avance de la infección hacia los espacios submandibulares, sublinguales y submental, lo que trae como consecuencia el colapso de la misma. En el presente trabajo se hace una revisión de la literatura actualizada acerca de dicha entidad, origen, vías de diseminación, manejo terapéutico y posibles complicaciones. Se reportan 2 casos que acuden a Emergencias del Hospital General del Oeste «Dr. José Gregorio Hernández» (HGO) en Los Magallanes de Catia (Caracas, Venezuela) con diagnóstico de AL. Se presenta el manejo clínico y la relevancia del rol que adquiere el cirujano maxilofacial en el diagnóstico en aras de la preservación de la vida del paciente.

© 2012 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Ludwig's angina: A report of two cases

#### A B S T R A C T

Ludwig's angina (LA) is an odontogenic infection, a pathological condition that represents an emergency in Oral and Maxillofacial Surgery as it threatens the life of the patient, as it progressively obstructs the airway, due to the advance of the infection in the submandibular, sublingual and submental spaces. An updated review of the literature is presented here, including the management, treatment, origin, its transmission routes, the possible complications, as well as a report of two cases seen in the West General Hospital "Dr. José Gregorio Hernández" (HGO) in Los Magallanes de Catia (Caracas, Venezuela). The diagnosis of LA, clinical handling, and the relevance of the role played by the oral and maxillofacial surgeon in the diagnosis, in order to save the life of the patient, is also discussed.

© 2012 SECOM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Silverbolt86@gmail.com](mailto:Silverbolt86@gmail.com) (A.F. Gagliardi Lugo).

1130-0558/\$ – see front matter © 2012 SECOM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2012.10.003>

## Introducción

Wilhelm Friedrich von Ludwig fue un médico cirujano y obstetra que nació el 16 de septiembre de 1790 en Uhlbach (Alemania), estudió Medicina en su país y por su excelencia llegó a ser el médico personal del Rey Frederick I de Württemberg y de la familia real, lo que lo llevó a alcanzar mucho prestigio tanto en lo científico como en lo social; en 1836 describe por primera vez una rara enfermedad que asfixiaba al paciente hasta la muerte. Su descripción fue tan precisa que incluso en el presente se dice que nadie la ha descrito tan perfectamente<sup>1-3</sup>.

Se desconocía la causa bacteriana de la enfermedad, por lo tanto, Ludwig nunca la relacionó con una infección y menos odontogénica. Dos años después de describir la enfermedad Ludwig muere, aparentemente por una enfermedad inflamatoria en el cuello<sup>1,2,4,5</sup>. En el año 2000 Thomas Flynn define la angina de Ludwig (AL) como una celulitis que involucra los espacios sublingual y submandibular bilateralmente, así como también el espacio submental. Esta infección tiene el potencial de obstruir las vías aéreas a nivel cervical poniendo en peligro la vida del paciente. Debido a esto, tratarla lo más pronto posible es asegurar su supervivencia<sup>4,6,7</sup>.

La etiología relaciona el 70-90% de los casos de AL con infecciones odontogénicas o periodontales<sup>8</sup>, aunque también se han reportado casos posteriores de fracturas mandibulares, laceraciones en el piso de la boca, cuerpos extraños (piercings), linfadenitis y sialodentitis submandibular<sup>4,9</sup>.

A principios del siglo xx la incidencia de la AL disminuyó desde un 50 hasta un 5% gracias al advenimiento de la penicilina y a las nuevas terapéuticas preventivas. En el presente la AL es poco frecuente y suele verse en pacientes comprometidos sistémicamente por enfermedades como diabetes mellitus (DM), nefropatías, tratamientos inmunosupresores y también en grupos de riesgo como las poblaciones indígenas<sup>4,9,10</sup>.

## Caso clínico 1

Se trata de un paciente masculino de 52 años de edad con antecedente médico de hipertensión arterial controlada y enfermedad renal crónica de estadio v de 6 años de evolución en hemodiálisis 3 veces por semana que inicia enfermedad cuando presenta odontalgia de incisivos inferiores, disfagia, odinofagia, aumento del volumen en la región submandibular dolorosa e hipertermia local, motivo por el cual el paciente acude a la Unidad de Cirugía Bucal y Maxilofacial del Hospital General del Oeste «Dr. José Gregorio Hernández» (CBMF-HGO); 24 h después, dadas las condiciones clínicas sistémicas del paciente y presentando leucocitosis de 27.800 U/mm<sup>3</sup>, con neutrofilia de 82,4% y creatinina en 7,5 mg/dl, se decide su ingreso.

En el examen físico se observan escleras ictericas, un aumento del volumen severo con predominio de la región submentoniana y submandibular bilateral (fig. 1) y apertura bucal limitada a 15 mm aproximadamente. En el examen intra-bucal se evidencia edentulismo parcial maxilomandibular, enfermedad periodontal crónica generalizada con movilidad de grado IV de 3,1 y 4,1, presencia de irritantes locales,



**Figura 1 – Vista frontal donde se observa un aumento del volumen severo con predominio de la región submentoniana y submandibular bilateral.**

halitosis, aumento del volumen severo del piso de la boca y espacio sublingual bilateral con glosoptosis.

En conjunto con los servicios de Infectología y Medicina Interna se inicia un tratamiento empírico con penicilina sódica cristalina de 4.000.000 UI cada 6 h por vía intravenosa y aztreonam de 1 g por vía intravenosa con orden diaria.

Se indica tomografía computarizada en la que se evidencia una imagen isodensa en el espacio parafaríngeo compatible con un aumento del volumen, mostrando una disminución de la luz de las vías aéreas de la región cervical (fig. 2) y corroborando el diagnóstico de angina de Ludwig.

En 10 d de tratamiento la evolución fue tórpida. Se realiza una reevaluación por infectología que indica vancomicina de 1 g por vía intravenosa, fármaco que causa mejoría clínica importante al paciente. Tras una estabilización sistémica del paciente se realiza una exodoncia de 3,1 y 4,1 y un drenaje quirúrgico de los espacios sublinguales, submandibulares y submentoniano que se logra a través de una incisión submentoniana y submandibular bilateral inferior al basal mandibular que permite el acceso, la comunicación y el establecimiento de 3 drenajes pasivos con sonda Nellaton para realizar 3 lavados diarios de solución salina durante 3 semanas.

El paciente en las evoluciones posteriores al drenaje quirúrgico y al recambio de la terapia antibiótica presentó una disminución en el aumento del volumen (fig. 3) y una estabilización de la frecuencia respiratoria. La última hematología registrada revela una serie blanca de 8.600 U/mm<sup>3</sup>, a expensas de neutrófilos (78%), hemoglobina de 9,5 g/dl, hematocrito en 32,7% y creatinina en 6,8 mg/dl. Todas estas condiciones llevaron al alta médica.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3172835>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3172835>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)