

ANGINA DE LUDWIG COM MEDIASTINITE: RELATO DE CASO

ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA: CASE REPORT

REGIS PEREIRA **PACHECO**. Médico Residente em Clínica Médica do HONPAR.

DANIEL GOULART **KHOURI**. Médico de Clínica médica e preceptor da HONPAR.

Endereço: HONPAR, Hospital Norte Paranaense, Rod PR 218, Km 01, Jardim Universitário, Arapongas-PR. E-mail: biblioteca@honpar.com.br

RESUMO

Objetivo: descrever o caso clínico de um paciente com Angina de Ludwig, o qual evoluiu com mediastinite; além de revisar artigos na literatura médica. Relato de caso: homem de 48 anos, deu entrada no pronto socorro do Honpar referindo quadro de dor e edema cervical anterior, acompanhado de sinais flogísticos, de início há 7 dias, de caráter progressivo. Referia também ter realizado tratamento de canal dentário 15 dias antes do início do quadro. Após realizar exame de tomografia computadorizada de região cervical foi evidenciado infiltração do processo infeccioso para mediastino superior. Conclusão: a angina de Ludwig é uma doença potencialmente letal, atualmente com baixa mortalidade se diagnosticada precocemente e iniciado tratamento adequado, em muitas vezes sem necessidade de intervenção cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVE: Angina de Ludwig. Mediastinite. Antibioticoterapia.

ABSTRACT

Objective: to describe the clinical case of a patient with Ludwig's Angina, who evolved with mediastinitis; Besides reviewing articles in the medical literature. Case report: a 48-year-old male admitted to the emergency room of the Honpar referring to pain and anterior cervical edema, accompanied by phlogistic signs, beginning 7 days ago, of a progressive character. She also reported having undergone dental canal treatment 15 days before the onset of the condition. After computed tomography scan of the cervical region, it was evidenced infiltration of the infectious process to the upper mediastinum. Conclusion: Ludwig's angina is a potentially fatal disease, currently with low mortality if diagnosed early and initiated appropriate treatment, often without the need for surgical intervention.

KEYWORDS: Ludwig's angina. Mediastinitis. Antibiotic therapy.

INTRODUÇÃO

Angina de Ludwig foi descrita inicialmente por Wilhelm Frederick Von Ludwig em 1836 como uma celulite de evolução rápida, edema de tecidos moles do pescoço e assoalho da boca, na maioria das vezes consequente à infecções odontogênicas, podendo progredir para gangrena (MCPHEE et al., 2013).

As principais etiologias são: infecções odontogênicas, que correspondem entre 40 e 60% dos casos e geralmente a partir de um segundo ou terceiro dente molar inferior infectado; disseminação direta de infecção na faringe, linfadenite supurativa, osteomielite cervical, trauma penetrante, injeção intravenosa na veia jugular interna (BOSCOLO-RIZZO; DA MOSTO, 2009).

Os achados clínicos mais evidenciados são edema e eritema de início na região superior do pescoço, frequentemente no soalho da boca, além de dor, febre, disfagia, odinofagia. Dispneia, estridor e cianose levam-nos a alertar sobre obstrução de vias aéreas (WOLFE et al., 2011).

Tipicamente é uma infecção polimicrobiana. Os microorganismos isolados mais comuns são *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Bacterioides pigmentados*, *Fusobacterium nucleatum*, *Actinomyces* espécies. O diagnóstico é feito através dos achados clínicos associados a um exame de imagem: tomografia computadorizada cervical contrastada ou ressonância magnética de região cervical. Obstrução das vias aéreas corresponde à principal complicação que leva à morte. As demais complicações descritas são septicemia, tromboflebite de veia jugular interna e mediastinite (McPHEE et al., 2013; VIEIRA, 2008).

O tratamento consiste na manutenção de vias aéreas, drenagem externa quando indicado e antibioticoterapia intravenosa. Os esquemas utilizados são Penicilina G associado à metronidazol, ou ceftriaxona mais clindamicina, ou ampicilina-sulbactam, todos com duração de duas a três semanas.

O objetivo desse trabalho é descrever o caso clínico de um paciente de 48 anos, diabético, com angina de Ludwig conseqüentemente a um quadro de infecção odontogênica, o qual evoluiu com mediastinite tendo boa evolução durante internação.

RELATO DE CASO

Paciente M.P, 48 anos, sexo masculino, casado, conferente de móveis, pardo, deu entrada no Pronto Socorro do Hospital Norte Paranaense, relatando que há sete dias iniciou quadro de dor e edema em região cervical anterior, de caráter progressivo, irradiado para ombro esquerdo. Referia ainda febre não aferida e odinofagia. Não apresentava dispneia, disfagia, e negava trauma local.

Após ser internado, o mesmo relatou ter realizado tratamento de canal dentário sete dias antes do início dos sintomas.

Possui antecedentes de diabetes mellito tipo 2 há 20 anos, colecistectomia há 20 anos. Nega hipertensão arterial, nega demais patologias. Estava em uso de metformina e glibenclamida. Ex-tabagista, sem histórico de etilismo.

Na admissão hospitalar, apresentava-se com pressão arterial de 160/100 mmHg, frequência cardíaca 103 bpm, frequência respiratória de 17 ipm e temperatura axilar 37,6C.

Em seu exame físico; bom estado geral, eupneico, hidratado, corado, acianótico, com febrícula.

Oroscopia: dentição incompleta, dentes cariados, sem hiperemia e hipertrofia de amígdalas, sem drenagem purulenta.

No pescoço foi evidenciado edema cervical anterior de aproximadamente 10cm de extensão, endurecido, sem ponto de flutuação, delimitado entre a região infra-mandibular bilateral até fúrcula esternal. Intensa

hiperemia, calor, rubor e dor à palpação, o que dificultou o exame. Não foram palpados linfonodos em cadeias cervicais, sub-mentonianas e supra-claviculares. Demais exame físico sem alterações.

Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose de 13.600, sem desvio à esquerda. Paciente foi internado, solicitado tomografia computadorizada de região cervical e iniciado cefalotina.

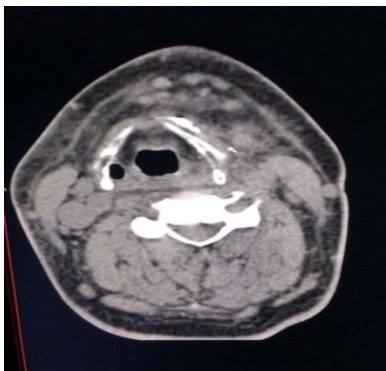


Figura 1 - Corte tomográfico de região cervical, evidenciando linfonodomegalias em cadeias cervicais II e III; densificação de planos do subcutâneo do pescoço. **Fonte:** os autores.



Figura 2 - Processo inflamatório infeccioso anteriormente à tireoide, estendendo-se até região de mediastino superior. **Fonte:** os autores.

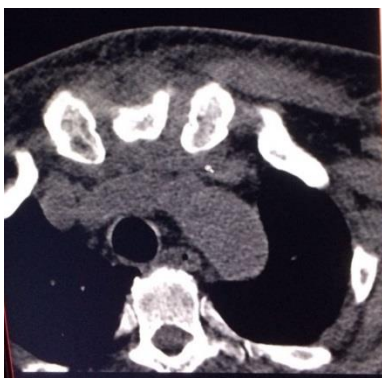


Figura 3 - Abaixo da articulação esterno clavicular, infiltração para mediastino (inferior ao músculo esternocleidomastoideo). **Fonte:** os autores.

No terceiro dia de internação, com resultado da tomografia associado à piora clínica do paciente, foi levantada hipótese de Angina de Ludwig, trocado cefalotina por ceftriaxona e clindamicina.

No sétimo dia de internação foi realizado tomografia de tórax para avaliar o grau de extensão do processo infeccioso, sendo evidenciada infiltração do mesmo para mediastino superior, pendurando o tratamento para 21 dias.

Recebeu alta hospitalar 21 dias após uso de ceftriaxona mais clindamicina, encaminhado para acompanhamento odontológico e com retorno no ambulatório de clínica médica.

DISCUSSÃO

O paciente descrito no caso clínico, apresentou boa evolução durante a internação após troca da terapia antimicrobiana. Mesmo permanecendo internado durante 25 dias devido evolução da angina de Ludwig com mediastinite, não houve necessidade de abordagem cirúrgica.

O sucesso no tratamento decorre de um diagnóstico precoce, abordagem médica agressiva imediata, antibioticoterapia adequada e manutenção das vias aéreas.

CONCLUSÃO

Após a realização de uma boa anamnese e um bom exame físico, ficou constatado que o foco inicial da Angina de Ludwig foi o segundo dente molar inferior esquerdo infeccionado, o qual foi tentado tratamento de canal sete dias antes do início dos sintomas.

Mesmo com a complicação de mediastinite, a terapia antimicrobiana foi eficaz, não havendo necessidade de abordagem cirúrgica.

REFERÊNCIAS

BOSCOLO-RIZZO, P.; DA MOSTO, M.C. Submandibular space infection: a potentially lethal infection. **Int J Infect Dis**. v.(13):327, 2009.

MCPHEE, S. J. et al. **Medical Diagnosis & Treatment** 51th edition. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/submandibular-space-infections-ludwigs-angina>.

QUINN, F.B. Angina de Ludwig. **Arch Otolaryngol Head Neck Surg**. V.(125):599. Medline, 1999.

VIEIRA, F. et al. Deep neck infection. **Otolaryngol Clin North Am**. v.41(3): 459-83, 2008.

WOLFE, M.M.; DAVIS, J.W. PARKS, S.N. Is surgical airway necessary for airway management in deep neck infections and Ludwig angina? **Journal of critical Care**. v.(26):11:14, 2011.