

Caso de estudio: procesos inflamatorios en cuello, un riesgo inminente

Case study: inflammatory processes in the neck, an imminent risk

Wilkinson Ardila[1]
Fernando Vallejo[2]
Fernando Santacruz[3]

https://doi.org/10.53903/01212095.271

Palabras clave (DeCS)

Infecciones de los tejidos blandos
Celulitis
Angina de Ludwig

Key words (MeSH)

Soft tissue infections
Cellulitis
Ludwig's Angina

Resumen

La angina de Ludwig es una enfermedad grave y potencialmente mortal que afecta el cuello y el piso de la boca. Se caracteriza por una rápida evolución y está asociada a factores de riesgo que van desde la mala higiene oral hasta estados que generen inmunosupresión. La enfermedad es causada por una infección polimicrobiana y su tratamiento se basa en el manejo adecuado de la vía aérea, la terapia antibiótica y el drenaje quirúrgico. En este informe se describe un caso en el que un paciente desarrolla la angina de Ludwig a partir de una infección dental primaria. Desafortunadamente, el cuadro clínico fue subestimado y la enfermedad progresó de manera significativa. Es fundamental que los profesionales de la salud estén alerta a los signos y síntomas de la angina de Ludwig, especialmente en pacientes con factores de riesgo. El tratamiento oportuno y adecuado puede marcar la diferencia en el pronóstico de esta enfermedad potencialmente mortal.

Summary

Ludwig's angina is a serious and potentially fatal disease affecting the neck and floor of the mouth. It is characterized by a rapid progression and is associated with risk factors such as poor oral hygiene and immunosuppression. The disease is caused by a polymicrobial infection, and its treatment is based on adequate airway management, antibiotic therapy and surgical drainage. This report describes a case in which a patient developed Ludwig's angina from a primary dental infection. Unfortunately, the clinical picture was underestimated, and the disease progressed significantly. It is critical for healthcare professionals to be alert to the signs and symptoms of Ludwig's angina, especially in patients with risk factors. Timely and appropriate treatment can make a difference in the prognosis of this potentially fatal disease.

Introducción

La angina de Ludwig es una celulitis difusa de origen bacteriano que afecta el piso de la boca y el cuello, y es potencialmente mortal sin manejo oportuno (1). Los espacios comúnmente afectados son el sublingual, el submentoniano y el submandibular; sin embargo, es difícil dar una localización exacta del origen de la infección solo con el examen clínico, debido a la profundidad de los tejidos del cuello (2). Un diagnóstico y ubicación adecuados mediante imágenes diagnósticas pueden determinar el manejo oportuno y evitar complicaciones, como mediastinitis, fascitis necrotizante de cuello y tórax, ruptura de arteria carótida y trombosis de la vena yugular (2,3). Las infecciones odontogénicas en adultos y las infecciones del tracto respiratorio en pacientes pediátricos son factores desencadenantes comunes. La angina de Ludwig se caracteriza por la rápida progresión inflamatoria al piso de la boca, con un riesgo de extensión a la vía aérea, y se asocia con edema de la epiglotis, las cuerdas vocales y estructuras de la vía aérea superior; alcanza una tasa de mortalidad superior al 50 %. La mortalidad puede reducirse significativamente mediante el manejo antibiótico y quirúrgico oportuno (4).

Caso

Varón de 16 años de edad, con antecedentes de abuso de sustancias y alergia al camarón. Ingresado en la sala de urgencias por un cuadro clínico de 15 días de evolución, consistente en dolor persistente en la región maxilar inferior asociado a tumefacción, rubor y calor local. Recibió manejo antibiótico ambulatorio con clindamicina y ciprofloxacina por sospecha de infección odontogénica.

Signos vitales estables, sin dificultad respiratoria, adecuada saturación, limitación de la apertura bucal por dolor, edema en la región submaxilar izquierda, eritema y calor que se extienden desde la zona II del cuello hacia la zona I, sin áreas de turgencias o secreción activa, sin dolor con la movilización del cuello, tráquea centrada, sin alteraciones en la capacidad vocal y sin alteraciones en la auscultación cardiopulmonar.

Paraclínicos al ingreso, hemograma: leucocitos de 16.460 mm^3 con predomino neutrofílico de 70 %; hemoglobina 15,3, y hematocrito de 46,1 %; trombocitosis de 683.000 mm^3; proteína C reactiva elevada, y sin alteraciones electrolíticas ni de la función renal. Estudios imagenológicos que incluían tomografía axial computarizada (TAC) de cuello con medio de contraste (figuras 1 y 2).

[1]Médico, especialista en Epidemiología, Gerencia de instituciones de salud, residente de Radiología, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

[2]Médico, especialista en Radiología. Profesor, Departamento Imágenes Diagnósticas, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Valle. Cali, Colombia.

[3]Médico, residente de Medicina de urgencias. Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Javeriana. Cali, Colombia.

Por el contexto social, un alto riesgo de progresión infecciosa y posible compromiso de la vía aérea, se decidió dar manejo multidisciplinario en unidad de cuidados intensivos pediátrico.

Se inició terapia antibiótica temprana con piperacilina tazobactam + metronidazol y clindamicina previa toma de cultivos. Se realizó drenaje, lavado, colocación de dren y remoción de la pieza dental # 36, por estar contaminada.

En el seguimiento del posoperatorio del drenaje del foco infeccioso se evidenció mejoría de los síntomas iniciales, estabilidad cardiovascular y control de la respuesta inflamatoria sistémica. El informe de cultivo evidenció *E. coli,* por lo cual se suspendió el manejo con clindamicina. Se continuó con los demás antibióticos hasta tener resultado del antibiograma, el cual no mostró patrones de resistencia, por lo que se redireccionó el manejo antimicrobiano a ampicilina sulbactam. Finalmente se decidió manejo ambulatorio por 15 días con ciprofloxacina + clindamicina vía oral.

Discusión

La angina de Ludwig es una complicación tipo celulitis necrotizante del piso de la boca, con alto riesgo de compromiso de extensión a la vía aérea superior. Las infecciones odontogénicas son responsables de la mayoría de los casos; pero también puede ser causada por sialoadenitis, sialolitiasis de las glándulas submandibulares, absceso periamigdalino, fractura mandibular, osteomielitis mandibular, traumatismo penetrante del piso de la boca y perforación de la lengua. Existen múltiples factores de riesgo entre los cuales se destacan la mala higiene oral, la diabetes, la desnutrición, la obesidad y el alcoholismo (5,6). La etiología es polimicrobiana e incluye bacterias grampositivas, gramnegativas y anaeróbicas. Se ha descrito compromiso por *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus*, especies de *Neisseria*, especies de *Haemophilus*, especies de *Bacteroides*, estreptococos no A y *Streptococcus pyogenes*, entre otros (6).

Clásicamente, se presenta con trismo, disfagia, odinofagia, cambios inflamatorios submandibulares, atenuación de la voz, elevación y retracción de la lengua (7). Puede extenderse a los espacios sublingual y submandibular y causar compresión de la vía aérea y diseminación al mediastino vía parafaríngea y/o retrofaríngea. Por ello, es perentoria la identificación oportuna mediante imágenes diagnósticas, como la TAC con medio de contraste de cuello, la cual, pese a que es menos sensible que la resonancia magnética (RM), resulta más oportuna en el contexto de urgencias, teniendo en cuenta que la obstrucción de la vía aérea es la principal causa de mortalidad. Los siguientes pasos incluyen el control de la infección con antibióticos intravenosos de amplio espectro, el drenaje quirúrgico, uso de corticoesteroides endovenosos y adrenalina nebulizada (5,7,8).

En este caso, se trata de un paciente adolescente masculino sin antecedentes médicos conocidos, pero con factores de riesgo dados por la pobre higiene oral, el consumo de sustancias psicoactivas y un bajo nivel socioeconómico (9). El cuadro clínico inicialmente fue considerado como una infección en la piel, pero los hallazgos de los estudios de TAC de cuello fueron cruciales para caracterizar el origen odontogénico del foco infeccioso, evaluar la extensión, descartar el compromiso de la vía aérea y planificar la intervención quirúrgica (10).



Figura 1. TAC de cuello con medio de contraste en ventana de tejidos blandos. a) En el plano axial: lesión de baja densidad, contornos bien definidos, localizada en el espacio masticatorio izquierdo, sin realce en su periferia, que genera desplazamiento dorsal del contenido de los espacios parafaríngeo y carotídeo y desplazamiento lateral derecho del espacio mucoso-faríngeo. b) En el plano coronal: extensión de una lesión de baja densidad multiseptada con realce lineal de sus parades y de sus tabiques, en el espacio masticatorio izquierdo a los espacios submandibular (bilateral) y sublingual derecho, configurando un absceso multiseptado en fase temprana con un componente flegmonoso en su porción cefálica y profunda. c) En el plano sagital: lesión en el espacio submandibular, sin compromiso laríngeo, orofaríngeo ni hipofaríngeo.

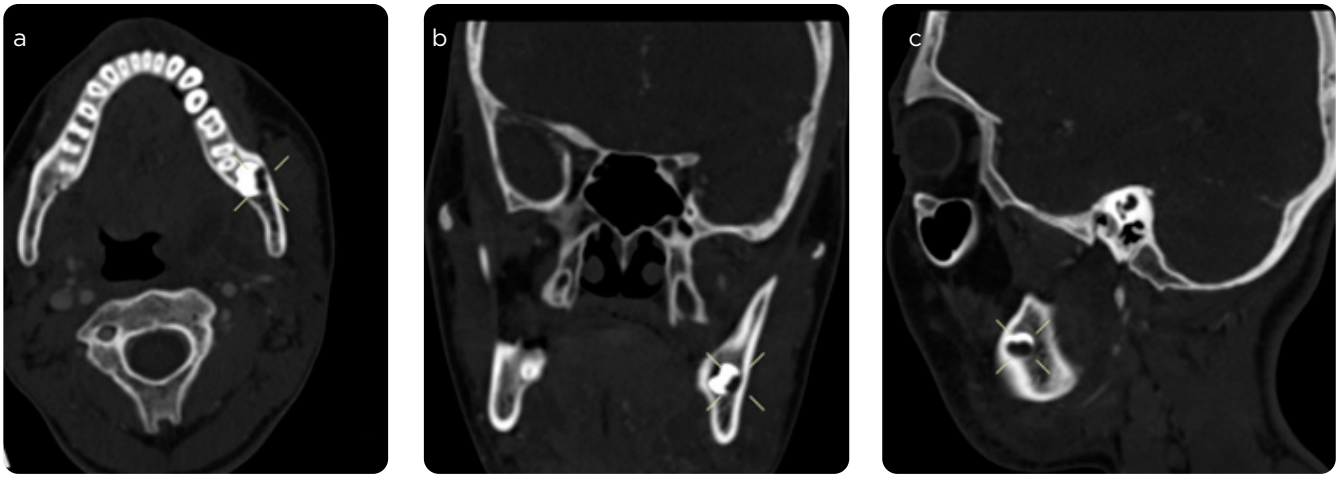


Figura 2. TAC de cuello ventana ósea. El cursor señala el foco odontogénico origen de la infección.

Conclusión

La angina de Ludwig es un tipo de celulitis bacteriana rara, rápidamente progresiva y potencialmente mortal por el compromiso de la vía respiratoria, que los médicos de urgencias deben considerar. Una sospecha diagnóstica oportuna mediante la evaluación de los factores de riesgo, principalmente asociados a la higiene oral y los estados que comprometen el sistema inmunológico, es primordial en el ejercicio diagnóstico. Los estudios de imágenes son esenciales, ya que permiten caracterizar el foco infeccioso, su extensión y planificar el abordaje quirúrgico en situaciones de emergencia. El manejo oportuno multidisciplinario por radiología, anestesiología, otorrinolaringología y cirugía maxilofacial es crucial para proporcionar el mejor resultado posible y garantizar la seguridad del paciente. Además, se recomienda un enfoque integral que incluya medidas para mejorar la higiene oral y fortalecer el sistema inmunológico, como la atención dental regular y una alimentación saludable.

Referencias

1. Hansen BW, Ryndin S, Mullen KM. Infections of deep neck spaces. Semin Ultrasound CT MRI. 2020;41(1):74-84.
2. Esposito S, De Guido C, Pappalardo M, Laudisio S, Meccariello G, Capoferri G, et al. Retropharyngeal, parapharyngeal and peritonsillar abscesses. Children. 2022;9(5):618.
3. Bridwell R, Gottlieb M, Koyfman A, Long B. Diagnosis and management of Ludwig's angina: An evidence-based review. Am J Emerg Med. 2021;41:1-5.
4. Saifeldeen K. Ludwig's angina. Emerg Med J. 2004;21(2):242-3.
5. Gunawan F, Ferriastuti W. Ludwig's angina: An alarming radiology challenge. Radiol Case Rep. 2022;17(9):3103-6.
6. Romero J, Elkattaway S, Romero A, Latif A, Al-Fiky E, Al-Nasseri A, et al. Ludwig's angina. Eur J Case Rep Intern Med. 2022;10.
7. An J, Madeo J, Singhal M. Ludwig angina. En: Stat Pearls [internet]. Treasure Island (FL): Stat Pearls Publishing; 2023 [citado: 2023 nov. 14]. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482354/
8. Tami A, Othman S, Sudhakar A, McKinnon BJ. Ludwig's angina and steroid use: A narrative review. Am J Otolaryngol. 2020;41(3):102411.
9. Jain A, Singh I, Meher R, Raj A, Rajpurohit P, Prasad P. Deep neck space abscesses in children below 5 years of age and their complications. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2018;109:40-3.
10. Oczkowski S, Alshamsi F, Belley-Cote E, Centofanti JE, Hylander Møller M, Nunnaly ME, et al. Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021: highlights for the practicing clinician. Pol Arch Intern Med [Internet]. 6 de julio de 2022 [citado: 2023 nov. 14]. Disponible en: https://www.mp.pl/paim/issue/article/16290

Correspondencia

Wilkinson Ardila
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad del Valle
Cali, Colombia
wilkinson.ardila@correounivalle.edu.co

Recibido para evaluación: 7 de febrero de 2023
Aceptado para publicación: 15 de abril de 2023