

Revista Odontológica do Planalto Central, v.2, n.2, p.2-5, jul./dez., 2012.

ANGINA DE LUDWIG DECORRENTE DE COMPLICAÇÕES EM EXODONTIAS DE TERCEIROS MOLARES INFERIORES

Carla Tavares PEREIRA¹, Antônio Eduardo R. IZIDRO²

¹ Aluna do Curso de Graduação em Odontologia da FACIPLAC-UNIPLAC. e-mail: carlaz.tavares@hotmail.com

² Especialista em Cirurgia Bucomaxilofacial, Professor da Clínica Integrada da FACIPLAC-UNIPLAC.

Resumo

A angina de Ludwig, uma celulite originada de infecção dentária em mais de 90% dos casos, é ainda uma ameaça à vida do paciente, pelo seu risco iminente de obstrução das vias aéreas. Caracteriza-se clinicamente por um aumento volumétrico eritematoso nos espaços submandibular, sublingual e submentoniano. O sucesso do tratamento é baseado no seu reconhecimento precoce, uso de antibióticos adequados, manutenção das vias aérea e a drenagem do foco infeccioso.

Descritores: Celulite. Infecção dentária. Angina de Ludwig.

Introdução e Revisão da Literatura

A angina de Ludwig é definida como uma celulite tóxica, aguda e firme dos espaços submandibular e sublingual bilateralmente, além do espaço submentoniano¹. Representa uma situação grave por causa dos planos de clivagem pelo qual a infecção pode percorrer a partir do espaço sublingual em direção posterior para a epiglote. Como consequência, o paciente pode apresentar uma repentina obstrução respiratória ocasionada pelo edema epiglótico².

Normalmente, é de origem dentária e os microrganismos envolvidos são os estreptococos ou aqueles de flora mista. Em relatos contemporâneos, encontra-se a presença de estafilococos, microrganismos entéricos gram-negativos (*Escherichia coli* e *pseudomonas*) e anaeróbios, como os *bacteróides* e *peptoestreptococos*. Sabe-se que os microrganismos mais encontrados na flora mista da Angina de Ludwig são *Streptococcus alfa-hemolítico* com 72%, *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis* e *H. influenza*. A maioria das bactérias é sensível à penicilina, podendo ser utilizada em associação com outros antibióticos considerando-se a flora mista da infecção^{1,6}.

Entre tantos outros fatores, podem estar

relacionados com a Angina de Ludwig as fraturas mandibulares, lacerações de tecidos moles bucais, traumas penetrantes do assoalho bucal, sialodenites submandibulares, cistos ou tumores infectados e abscessos parafaríngeos ou peritonsilares^{1,5}.

O diagnóstico precoce é importante para se prevenir à morbidade ou até a morte do paciente pela obstrução das vias aéreas e depende de um bom exame clínico e o aparecimento dos sintomas gerais: endurecimento gangrenoso dos tecidos do pescoço envolvendo os músculos entre a laringe e o assoalho da boca, aparecimento de edema duro e bilateral nas áreas sublingual e submandibular, mínimo acometimento da faringe e dos linfonodos, tumefação firme, dolorosa e difusa no assoalho da boca, sem evidência de flutuação e ausência de depressão dos tecidos quando pressionados. Um dado diagnóstico importante é a presença de odor fétido devido aos microrganismos aeróbios e anaeróbios⁸.

O tratamento concentra-se em torno de quatro atitudes: manutenção das vias aéreas (corticóides), incisão e drenagem, antibioticoterapia, eliminação do foco infeccioso original (exodontia)⁹.

O tratamento preconizado é a drenagem cirúrgica precoce dos espaços, podendo ser nos

espaços submandibulares e sublinguais, com hidratação parenteral concomitante do paciente, sendo a antibioticoterapia intensa e prolongada com penicilina cristalina associada ao cloranfenicol ou com a clindamicina juntamente com ceftriaxona. A penicilina G pode ser uma opção quando associada a outros agentes como metronidazol, clindamicina e cefoxitina. Em pacientes alérgicos ou com resistência à penicilina, a droga de escolha é a cefalosporina¹⁻⁷. O esquema de antibioticoterapia deve ser instituído baseado na cultura e antibiograma⁵.

O objetivo deste trabalho é relatar um caso clínico de uma paciente doente que apresentou um quadro típico de Angina de Ludwig de etiologia odontogênica.

Relato do Caso

Paciente leucoderma, 23 anos, sexo feminino, compareceu na emergência do Hospital de Base de Brasília apresentando-se hipocorada, dispnéica, com frequência respiratória alterada, estado febril, frequência cardíaca de 120 bpm, disfagia, disфонia, com edema duro e bilateral. Queixava-se de dor espontânea na região do pescoço após extração do terceiro molar inferior, a qual evoluiu para uma infecção (Figura 1).



Figura 1. Edema duro e bilateral.

Comunicou ao cirurgião-dentista ser usuária de drogas. Ao exame clínico intra-oral notou-se limitação de abertura bucal e odor

necrótico.

O diagnóstico foi de Angina de Ludwig. Imediatamente após o diagnóstico, foi instaurada antibioticoterapia e a paciente foi conduzida ao centro cirúrgico para a drenagem da coleção purulenta identificada na região submandibular e submentoniana (Figuras 2 e 3).



Figura 2. Acesso Submandibular.



Figura 3. Acesso Submentoniano.

Após a drenagem foi colocado um dreno rígido na superfície perfurada para evitar que a coleção purulenta se alojasse no espaço submentual e submandibular (Figura 4).

Um curativo oclusivo foi colocado por cima do dreno evitando, assim, que a paciente se contaminasse com a coleção purulenta, sendo ele trocado de doze em doze horas, durante setenta e duas horas (Figura 5).

No pós-operatório, foi prescrita à paciente clindamicina associada à ceftriaxona por quinze dias, anti-inflamatório Tenoxican, analgésico (Dipirona 2ml) e cloridrato de metoclopramida.



Figura 4. Dreno Mandibular.

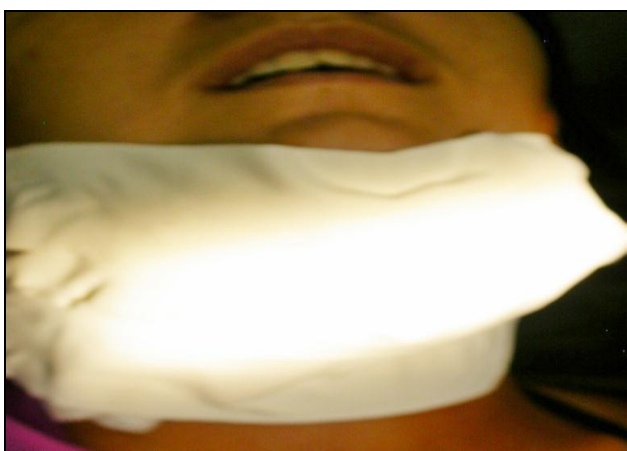


Figura 5. Curativo Oclusivo.

Discussão

O tratamento da Angina de Ludwig baseia-se, principalmente, na tríade manutenção das vias aéreas superiores prévias, terapia antibiótica endovenosa apropriada e drenagem cirúrgica, considerando a hidratação parenteral e a remoção do foco infeccioso.

A antibioticoterapia pré e pós-operatória faz parte do tratamento para Angina de Ludwig, devendo ser executada dose de ataque prévia. Segundo Freire Filho et al.⁵, devem ser prescritas altas doses de penicilina G, associadas com outros agentes como metronidazol, clindamicina e cefoxitina, até a instituição do esquema definitivo baseado na cultura e antibiograma. Contudo, Pynn e Sands⁶ prescrevem cefalosporina em caso de alergia ou ineficácia da penicilina devido a sua flora mista. Assim sendo, para os autores Alvarez e Otto Helmut³ deve ser administrada a penicilina cristalina associada ao cloranfenicol como tratamento terapêutico antibiótico. Ainda Zanini et

al.⁴ sugerem o uso da clindamicina com ceftriaxona, a qual foi a medicação utilizada nesse caso clínico.

A drenagem cirúrgica é um dos momentos mais importantes do tratamento. Segundo Topazian¹ e Freire Filho et al.⁵, deve ser executada nos espaços submandibulares, sublinguais e submentoniano. Nesse caso clínico, foi executada somente a drenagem dos espaços submandibulares e sublinguais, segundo trabalho de Leite Segundo et al.⁷.

Ainda quanto ao tratamento, faz-se necessária uma via de drenagem com a utilização de dreno de Pen Rose. No caso clínico relatado, foi utilizado um dreno rígido para se manter drenagem ativa por mais tempo. Este dreno foi mantido por 72 horas, conforme trabalho do Zanini⁴. Contudo, Flynn² e Goldeberg e Topazian¹ preconizaram que seja mantido enquanto a drenagem estiver ativa, não excedendo cinco dias.

Conclusão

De acordo com os estudos, pode-se chegar as seguintes conclusões:

- antibioticoterapia prévia ajuda na normalização da situação sistêmica do paciente;
- antibioticoterapia pós-operatória deve ser mantida como parte do tratamento proposto, evitando a recidiva da infecção;
- a drenagem cirúrgica é um dos principais tratamentos preconizados, pois ajuda na descompressão das áreas afetadas, devolvendo conforto ao paciente, e
- O tempo de drenagem depende de cada caso clínico, ficando em aberto esta discussão.

Abstract

The Ludwig's Angina occurs from a complication in exodontia of the third lower molar

Cellulite that occurs in dental infection in more than 90% of the cases, is still a threat to the patient's life, for its imminent risk of obstruction of the airways. It is clinically characterized for volumetric increase in submandibular, sublingual and submentonian facial spaces. The success of the treatment is based on rapid diagnosis, antibiotic therapy, maintenance of the airways and the

infectious focus drainage.

Descriptors: Dental Infection. Ludwig's Angina.

Referências

1. TOPAZIAN, R.G.; GOLDBERG, M.H. **Infecções maxilofaciais e orais**. 3. ed. São Paulo: Santos, 1997. Cap. 6, p.198-250.
2. FLYNN, T.R. **Odontogenic Infections**. v.3, n.2, p.311-330, 1991.
3. ALVAREZ, R; HELMUT, O. MANAGUA, S.N. mar. 2006. p.71.
4. ZANINI, F.D. et al . **Arquivo Catarinense de Medicina**. v.32. n.4, 2003.
5. FREIRE FILHO, F.W.V. et al. F. Angina de Ludwig: relato de caso. **Rev Bras Cir Periodontia**, v.1, n.3, p.190-196, 2003.
6. PYNN, B. R.; SANDS, T. Ludwig's angina. **Ann Emerg Med**, v.5, n.5, p.713, 1997.
7. LEITE SEGUNDO, A.V. et al. Angina de Ludwig Decorrentes de Exodontias de Molares Inferiores. v.6, n.4, p.23-28, 2006.
8. SHAFER, W.M.G. et al. **Tratado de Patologia Bucal**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.
9. NEVILLE, B.W. et al. **Patologia Oral & Maxilofacial**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.