

ANGINA DE LUDWIG.

Univ. Wilmer Chambi Mamani.³

Concepto.

La denominada angina de Ludwig, también denominada "flemón difuso hiperséptico y gangrenoso de piso de boca", es una infección del espacio submandibular; del espacio sublingual, de carácter severo y mortal de origen dental, en la que el pus invade gravemente cara, cuello, vías respiratorias y pulmones. Produce paro cardiorespiratorio y cuando no es atendida debidamente, septicemia, es decir, proliferación excesiva de bacterias en la sangre.

Etiología.

Aunque la etiología de la infección es de origen dental en el 90% de los casos, existen otros factores causales como sialoadenitis de la glándula submaxilar, fractura mandibular abierta, laceraciones de tejidos blandos orales, heridas en piso de boca e infecciones orales secundarias. Cuando la etiología no es infecciosa se ha llegado a denominar el fenómeno como pseudo-angina de Ludwig.

Su etiología es polimicrobiana y predominantemente involucra la flora oral.

La angina de Ludwig, una afección que no es común en niños, es un tipo de celulitis que involucra inflamación de los tejidos del piso de la boca, debajo de la lengua, y que se presenta a menudo después de una infección de las raíces

de los dientes (como absceso dental) o una lesión en la boca.

Síntomas.

Los síntomas más frecuentes son: Dolor cervical, inflamación del cuello, eritema, fiebre, debilidad, y cansancio excesivo. Se acompaña a ello confusión u otros cambios mentales, dificultad respiratoria (este síntoma indica una situación de emergencia). La hinchazón de los tejidos se produce rápidamente y puede bloquear las vías respiratorias o impedir que la persona trague saliva.

Los síntomas abarcan:

- Disnea
- Delirio mental
- Fiebre
- Algia cervical
- Inflamación del cuello
- Enrojecimiento del cuello
- Astenia
- Otagia
- Sialorrea

Patogenia.

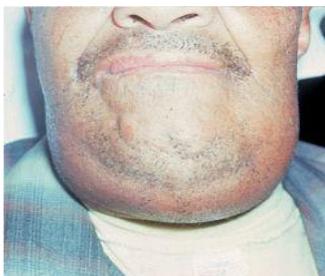
La mayor parte de las infecciones (70 a 90% de los casos) derivan de un foco odontogénico, como los abscesos del segundo o tercer molar, o los abscesos parafaríngeos o periamigdalinos; también se han observado después de fracturas mandibulares, laceraciones en el piso de la lengua, cuerpos extraños, linfadenitis y sialoadenitis submandibular.

Factores de riesgo, como: caries dentales, traumatismos, anemia de células falciformes, desnutrición, diabetes mellitus, alcoholismo e inmunosupresión, predisponen a infecciones del espacio sub-mandibular.

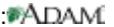
³ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

Clínicamente, los pacientes muestran una respuesta inflamatoria sistémica en forma de fiebre, taquicardia, taquipnea, leucocitosis con neutrofilia, así como protrusión de la lengua con elevación del piso de la misma e induración blanda a la palpación, dolor cervical anterior, disfagia y ocasionalmente trismus.

Se debe sospechar compromiso del espacio submandibular y de la vía aérea, cuando el paciente toma posición de olfateo para maximizar la entrada de aire a los pulmones, tiene disfonía, estridor, taquipnea, y cuando usa músculos accesorios y maneja mal las secreciones.



Angina de Ludwig

Fuente:  A.D.A.M., Inc. está acreditada por la URAC, también conocido como American Accreditation HealthCare Commission (www.urac.org). 2009

No todos los enfermos requieren intubación; sin embargo, deben ser vigilados en cuidados intensivos, evaluando continuamente la necesidad de establecer una vía aérea definitiva.

El estudio de elección para este problema es la tomografía de cuello, ya que permite observar la ex-tensión de los espacios del cuello y el daño de la vía aérea antes de que se manifiesten los síntomas, así como dirigir el tratamiento quirúrgico en caso de ser preciso.

La radiografía de tórax muestra alteraciones extracervicales como derrame pleural o mediastinitis. El examen clínico subestima la extensión de las enfermedades infecciosas cervicales en 70% de los casos.

Diagnóstico.

Quando realizamos el diagnóstico, hay que iniciar tratamiento antibiótico parenteral en dosis altas, buscando cubrir un amplio espectro, dado que este padecimiento es ocasionado por una mezcla de aerobios y anaerobios de la cavidad oral, como estreptococos, estafilococos y bacterioides.

El compromiso de la vía aérea es siempre sinónimo con la angina del Ludwig del término, y es la causa principal de la muerte. Por lo tanto, la gerencia de la vía aérea es la preocupación terapéutica primaria.

Tratamiento.

Si la inflamación bloquea las vías respiratorias, se necesita ayuda médica de emergencia para mantener las vías aéreas permeables.

Esto puede implicar la colocación de un tubo de respiración a través de la boca o la nariz hasta los pulmones o una cirugía llamada traqueotomía, que crea una abertura a través del cuello hasta la tráquea.

El tratamiento consiste en antibioticoterapia parenteral, siendo necesario el drenaje quirúrgico del absceso (a cargo del otorrinolaringólogo o del cirujano maxilofacial si la evolución no es satisfactoria. Se requieren altas

dosis de penicilina y cefalosporinas por vía intravenosa). El paciente con angina de Ludwing requiere de hospitalización, sitio donde será vigilada la evolución de la enfermedad.

Se ha observado, que una cuarta parte de estos pacientes puede sufrir daño de la vía aérea, lo cual es la principal causa de deterioro clínico y muerte. Por eso, es necesario mantener al enfermo sentado cómodamente, sobre todo si es un niño, pues el llanto puede desencadenar una vía aérea fallida y la muerte. En caso de que exista este daño, debe procederse a la intubación para asegurar una vía aérea definitiva, se deben utilizar técnicas de intubación despierta.

Antibioticoterapia.

Uno de los principios de la terapéutica antibiótica estriba en el conocimiento de los agentes causantes de la infección. El reconocimiento de la flora mixta, así como la buena respuesta general a la antibioterapia administrada son elementos que justifican el tratamiento antibiótico empírico de estos procesos.

Cuando realizamos el diagnóstico, hay que iniciar tratamiento antibiótico parenteral en dosis altas, buscando cubrir un amplio espectro, dado que este padecimiento es ocasionado por una mezcla de aerobios y anaerobios de la cavidad oral, como estreptococos, estafilococos y bacterioides.

La mayor parte de las infecciones (50 a 80%) son polimicrobianas. Se recomienda combinar altas dosis de penicilina con metronidazol o clindamicina para cubrir los anaerobios.

No se aconseja administrar gentamicina porque no están involucrados inicialmente gérmenes Gram -.

Para el manejo del edema en pacientes que no requieren un aseguramiento inmediato de la vía aérea, o cuando se les prepara para la intubación.

Se encuentra la dexametasona endovenosa en bolo de 10 mg, seguido de dosis de 4 mg cada seis horas durante 48 horas, y la adrenalina nebulizada aunque estas opciones continúan bajo estudio, sin que hasta el momento se haya comprobado su eficacia.

Es necesario que en el manejo de estos enfermos participe un equipo multidisciplinario que conozca las bases para el diagnóstico oportuno de esta enfermedad y considere las complicaciones potencialmente mortales.

Se requiere que el médico de urgencias tenga una alta sospecha diagnóstica para que pueda indicar de inmediato un tratamiento multimodal que incluya antibióticos de espectro específico y corticoides vasoconstrictores que disminuyan el edema de la vía aérea, y que haga posible el rápido traslado a la unidad de cuidado intensivo.

Recordar que a pesar de que las infecciones bucales y odontogénicas son generalmente banales, localizadas y auto limitadas, en ocasiones puede producirse una diseminación secundaria hacia regiones anatómicas adyacentes de vital importancia, e incluso embolizaciones sépticas que provocan diseminaciones a nivel pulmonar, hepático, cerebral, renal y ser causa de un cuadro clínico que

comprometa seriamente la vida del enfermo.

Pronóstico.

La angina de Ludwig es potencialmente mortal; sin embargo, se puede curar con una protección apropiada de las vías respiratorias y el uso de antibióticos adecuados.

Posibles complicaciones.

- Bloqueo de las vías respiratorias
- Infección generalizada (sepsis).
- Shock séptico.

Prevención.

Las visitas regulares al odontólogo y el tratamiento inmediato de las infecciones bucales o dentales pueden prevenir las afecciones que aumentan el riesgo de desarrollar la angina de Ludwig.

Bibliografía.

1. Versión en inglés revisada por: Daniel Levy, MD, PhD, Infectious Diseases, Greater Baltimore Medical Center, Baltimore, MD. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Also reviewed by David Zieve, MD, MHA, Medical Director, A.D.A.M., Inc. Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc. Extraído el 17/11/10 www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001047.htm extraído el 17/11/10
2. http://es.wikipedia.org/wiki/Angina_de_Ludwig Esta página fue modificada por última vez el 12 mar

2010, a las 19:41 y extraído el 17/11/10

3. Revista médica de Costa Rica y Centroamérica LXVII (592) 195-198 2010 extraído el 17/11/10 <http://www.google.com/18/11/2010>