

Fábio Tadeu Ferreira Rodrigues

Pós-graduando em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais UniSãoSJosé

Monique Moreno Braga

Pós-graduanda em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais UniSãoSJosé

Nathalia Campos Zaib Antonio

Pós-graduanda em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais UniSãoSJosé

Maílla Carvalho Nascimento

Pós-graduanda em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais UniSãoSJosé

Rafael Meira Pimentel

Coordenador da especialização em Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofaciais pelo Centro Universitário São José / HMSF

RESUMO

Descrita pela primeira vez em 1836 por Karl Friedrich Wilhelm Von Ludwig a Angina de Ludwig é uma infecção considerada grave pela proporção da invasão dos espaços fasciais quando acomete seu hospedeiro podendo evoluir de maneira rápida e se tornar fatal . Os espaços fasciais acometidos são: espaços submandibular e submentoniano bilateralmente e espaço sublingual, com isso, podemos considerar a origem de uma infecção denominada de Angina de Ludwig. Ao iniciar o exame clínico do indivíduo, devemos ser criteriosos, colher todas as informações possíveis e necessárias afim de fechar o diagnóstico juntamente com achados clínicos, história clínica, exame físico e de imagem. Os cuidados necessários ao portador de Angina de Ludwig são possíveis somente de se proceder em ambiente hospitalar, devido ao seu grau de complexidade terapêutica, com isso, faz-se necessária a boa interação da equipe multidisciplinar neste tratamento.

Palavra Chaves: Angina de Ludwig, infecção odontogênica, espaços fasciais.

ABSTRACT

First described in 1836 by Karl Friedrich Wilhelm Von Ludwig Ludwig's Angina is an infection considered serious by the proportion of invasion of the fascial spaces when it affects its host and can evolve quickly and become fatal. The fascial spaces involved are: submandibular and submental spaces bilaterally and sublingual space, with this, we can consider the origin of an infection called Ludwig's Angina. At the beginning of the clinical examination of the individual, we should be careful to collect all possible and necessary information in order to close the diagnosis along with clinical findings, clinical history, physical examination and imaging. The necessary care for Ludwig's Angina patient is possible only in the hospital environment, due to its degree of therapeutic complexity, so it is necessary the good interaction of the multidisciplinary team in this treatment.

Keywords: Ludwig's Angina, odontogenic infection, fascial spaces.

INTRODUÇÃO

Caracterizado pela infecção dos espaços faciais e uma rápida evolução da infecção, a Angina de Ludwig tem se mostrado na nossa rotina diária, um capítulo importante a ser discutido no que diz respeito ao tempo de evolução, tratamento e alta hospitalar.

A Angina de Ludwig teve sua primeira descrição em 1836 por Karl Friedrich Wilhelm Von Ludwig, que a classificou como uma celulite facial de evolução rápida envolvendo a região dos tecidos do pescoço (COSTAIN, 2011).

A definição atualmente desta infecção se dá como uma celulite tóxica de evolução acentuada, acometendo os espaços, submandibular, sublingual bilateralmente e espaço submental. Outros espaços faciais poderão estar envolvidos na evolução dessa infecção. Mostra uma agressividade tamanha, com disseminação através dos tecidos moles, até os espaços mais profundos do pescoço, incorrendo em um comprometimento das vias aéreas, que por sua vez, apresentando edema do espaço submandibular e sublingual, resultando na elevação do soalho bucal, continuando ao espaço latero-faríngeo e retro-faríngeo, locais onde a traqueia poderá ter seu diâmetro reduzido e desviado. Ainda inferiormente através da fáscia cervical profunda do pescoço descendente, em direção ao mediastino.

Podemos dividir os espaços fasciais em espaço primário e secundário. Espaço primário na maxila: espaço bucal, palatino, canino e infratemporal. Na mandíbula, são eles: espaço bucal, submandibular, submentoniano e sublingual. Os espaços secundários se mostram: espaço mastigatório (temporal superficial e profundo, pterigomandibular e massetérico) e os espaços cervicais: retrofaríngeo, laterofaríngeo e pré-vertebral.

No que se refere à anatomia, é importante salientar que os tecidos loco-regionais é que ditarão a extensão e via de drenagem, podendo ser intra ou extraoral, dependendo da resistência muscular e do tecido ósseo (ALMEIDA, 2000).

Na era pré antibiótica, por exemplo, o indivíduo portador de uma doença infecciosa, contava somente com as defesas de seu próprio organismo afim de produzir a resposta imune esperada para eliminar tal comprometimento, que de acordo com algumas literaturas, a taxa de mortalidade atingia os 60% dos casos. Na era pós-antibiótica, com a remoção da causa, que possui etiologia frequentemente odontogênica, e intervenção cirúrgica adequada, as taxas reduziram significativamente nos dias atuais.

Outras causas descritas na literatura também se mostram relevantes como: fraturas em região mandibular infectada, feridas e lacerações da região bucal (FOGAÇA et al., 2006).

Os microrganismos frequentemente isolados dessa infecção são comumente encontrados na flora normal da cavidade bucal e vias aéreas superiores.

Normalmente infecções como esta são polimicrobianas, sabendo-se da flora comum bacteriana da cavidade oral como: streptococcus viridans, anaeróbios como, fusobacterium nucleatum, peptostreptococcus e espécies actinomyces (PAK et al., 2017).

Nos quadros de infecções dos espaços faciais podemos subdividir a gravidade de tais infecções como:

1. Baixa gravidade – pouca ameaça às vias aéreas e/ou às estruturas vitais
2. Gravidade moderada – vias aéreas com infecção de potencial obstrutivo
3. Alta gravidade – ameaça iminente às vias aéreas e/ou às estruturas vitais.

Isto se deve ao alto poder de invasão da infecção nos espaços faciais superficiais e profundos da cabeça e do pescoço.

A maioria das infecções odontogênicas é branda e requer somente mínima terapia cirúrgica. Quando o paciente procura tratamento, o objetivo inicial é determinar a gravidade da infecção. Essa determinação é baseada na história completa da doença infecciosa atual e no exame físico (HUPP, 2015).

O cuidado ao paciente portador de Angina de Ludwig somente é possível se proceder em ambiente hospitalar, devido ao alto grau de complexidade terapêutica, com isso, faz-se necessária a boa interação da equipe multidisciplinar neste tratamento (TAVARES, 2009).

A Angina de Ludwig é uma celulite frequentemente originada de uma infecção odontogênica classicamente localizada no segundo e terceiro molares inferiores, que envolve os espaços submandibular, sublingual e submentoniano, afirma (MARTINS, 2009).

De acordo com DIB, 2016 em um relato de caso, a progressão da doença pode atingir o mediastino comprimindo o coração e os pulmões, provocar insuficiência respiratória grave e evoluir para quadros sépticos extremamente severos e exigem medidas emergenciais como a traqueostomia, drenagem do abscesso e dos inúmeros focos, drenagem cirúrgica torácica aberta, hidratação do paciente e uma terapia antimicrobiana que atinja tanto os germes gram-positivos e gram-negativos e os anaeróbios.

Segundo MENDONÇA, 2015, a Angina de Ludwig, uma celulite aguda e tóxica, envolve bilateralmente os espaços submandibular, sublingual e submentoniano, concordando com os estudos de (MARTINS, 2009), ratificando sua localização da lesão infecciosa.

JIMÉNEZ, 2009 defende a terapia antibiótica como auxílio no tratamento das infecções odontogênicas que consiste na associação de Penicilina G e Metronidazol versus anaeróbios, se associado à gram-negativos, usa-se gentamicina.

RELATO DE CASO

Paciente D.T. C. R, gênero feminino, 54 anos, leucoderma, apresentou-se na emergência do serviço de Cirurgia e Traumatologia Bucomaxilofacial para avaliação e tratamento. Referia dor em hemiface direita, disfagia, dificuldade para respirar e edema disseminado nos espaços fasciais submandibular, submentoniano e sublingual com evolução clínica de três dias.

Durante a anamnese e avaliação dos sinais vitais, foi constatado pressão arterial de 140x90 mmHg, frequência cardíaca de 75 batimentos / minuto, frequência respiratória de 20 incursões por minuto. Seu aspecto físico era de uma aparência cansada, indicando repouso prejudicado oriundo da intensificação dos sinais e sintomas.

Na avaliação extra oral, observou-se edema em espaço bucal direito, alteração volumétrica nos espaços fasciais primários bilateralmente e aumento da temperatura superficial.

Clinicamente a região intraoral apresentava-se satisfatória, porém, apresentava edema, apagamento do soalho da boca e o elemento 47 com a região coronária destruída. Procedeu-se com a inspeção e palpação local, onde a paciente apresentava dor e trismo severo. Fora solicitados exames de sangue e imagens diante deste achado clínico.

Ao exame radiográfico, observou-se o elemento 47 com grande parte da coroa destruída e rarefação óssea invadindo a região de furca.

O diagnóstico foi de Angina de Ludwig, oriunda de infecção odontogênica acometendo os espaços fasciais.

A conduta inicial foi medicar a paciente com 2 gramas de Clavulin, 500 miligramas de Metronidazol, 20 miligramas de Tilatil e 1 grama de Dipirona por via endovenosa antes da exodontia.

Procedeu-se com a exodontia do elemento 47 e internação hospitalar para acompanhamento e evolução do caso. A paciente foi acompanhada diariamente durante oito dias até a regressão do quadro clínico. A antibióticoterapia permaneceu com Clavulin 2 gramas, Metronidazol 500 mg, adicionada clorexidina 0,12% para realizar bochechos três vezes ao dia. Houve melhora nas vias respiratórias sem queixas de disfagia ou dor. A região submentoniana apresentou um discreto edema, pouco endurecido e indolor à palpação.

Após a regressão completa dos sinais e sintomas, no oitavo dia, a paciente recebeu as orientações para os dias subsequentes e teve alta hospitalar concedida.

No caso supracitado, não foi necessária a drenagem extra oral dos espaços fasciais primários



Foto 1: Aspecto inicial. Espaços fasciais primários acometidos e hiperemia local.



Foto 2: Radiografia perfil de face evidenciando a lesão



Foto 3: Aspecto após 15 dias de internação hospitalar.

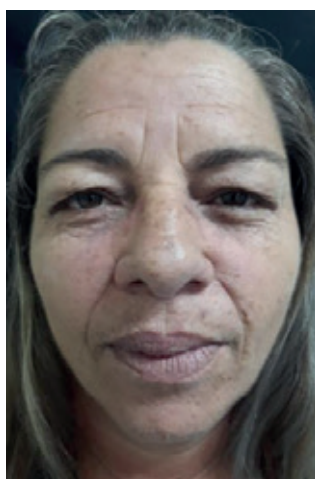


Foto 4: Controle de 45 dias após o tratamento proposto.

CONCLUSÃO

Quando determinado o nível da gravidade de lesões como a Angina de Ludwig, o cirurgião Bucomaxilofacial deverá atuar incisivamente, sabendo que a forma mais grave desta infecção ocorre pela invasão da infecção dos espaços faciais primários e secundários que podem gerar ao paciente uma ameaça às vias aéreas, progredindo para uma insuficiência respiratória devido ao edema e desvio da traqueia, comprometendo órgãos vitais acometendo a região do mediastino.

A antibioticoterapia atua concomitantemente com a drenagem, oxigenação dos espaços fasciais e remoção do evento causador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. PAK S, CHA D, MEYER C, et al. (August 21,2017) Ludwig Angina.
2. MILORO M, et al. Princípios de Cirurgia Bucomaxilofacial de Peterson. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora Santos, 2016.
3. COSTAIN N, MARRIE TJ. Ludwig's Angina. The American Journal of Medicine. Canadá, v.124, n.2, Fevereiro 2011.
4. HUPP JR, ELLIS E, TUCKER MR. Cirurgia Oral e Maxilofacial Contemporânea. 6 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.
5. ALMEIDA AM, LIA RCC. Disseminação de infecção purulenta envolvendo segundo e terceiro molares inferiores- Relato de Caso Clínico. Rev. Brasileira de Cirurgia e Implantodontia 2000; 7: 34-6.
6. ANDRADE ED. Terapêutica Medicamentosa em Odontologia: Procedimentos Clínicos e uso de medicamentos nas principais situações da prática Odontológica. 2. ed. São Paulo: Artes Médicas 2000, 188p.
7. FOGAÇA PFL, et al. Angina de Ludwig: Uma infecção grave. Rev. Port. Estomatol. Cir. Maxilofacial 2006; 47: 157-161.
8. TAVARES SSS, et al. Angina de Ludwig: revisão de literatura e relato de caso. Rev. Cir. Traumatol. Buco-Maxilo-fac., Camaragipe. V9, n.3, p. 9-14, jul./set. 2009.
9. MARTINS L, ROCHA RCA, SANTOS KCP, et al. Angina de Ludwig – considerações sobre conduta e relato de caso. Rev. Inst. Ciênc. Saúde 2009; 27 (4): 413-6.
10. DIB JE, et al. Angina de Ludwig: revisão de literatura e relato de caso. RCO. V.9, n1, jan./jun. 2007.
11. MENDONÇA JCG, et al. Infecção cervical grave de origem dentária: relato de caso. Arch. Health Invest. (2015) 4(6): 42-46.
12. JIMÉNEZ Y, BÁGAN JV, MURILO J, PROVEDA R. Infecciones odontogénicas. Complicaciones. Manifestaciones sistêmicas. Med Oral Patol Oral Cir. Bucal 2004; 9 supl.: S139-47.
13. JUNIOR, H. et al. Avaliação qualitativa do tratamento da osteonecrose dos maxilares associada aos bifosfonatos: aspectos atuais da literatura. – Relato de caso. Revista Científica das Faculdades São José. Rio de Janeiro, 08(2): 10-11, setembro. 2016.