

## Introdução

A Angina de Ludwig é uma forma severa de celulite difusa com início agudo e rápida difusão bilateral, afectando os espaços sub-mandibulares, sub-linguais e sub-mentonianos, que pode culminar numa situação de emergência ameaçadora da vida, pelo que o diagnóstico precoce e o tratamento imediato se consideram essenciais.

## Caso Clínico

### Apresentação

Homem de 24 anos; Antecedentes Pessoais: Asma

Quadro com 24 horas de evolução de carácter progressivo caracterizado por dor e edema cervical. Iniciou tratamento endodóntico do dente 48 numa Clínica médico-dentária da sua área de residência. Após cinco dias, é referenciado para observação no Serviço de Urgência do Serviço de Estomatologia do Centro Hospitalar Universitário de Coimbra.

**Exame físico:** Doente febril, temperatura axilar de 38.2°C. Pescoço e região mandibular com calor, rubor, edema acentuado e tensão muscular. (figura 1)

Sinais de dificuldade respiratória (polipneia, respiração abdominal e uso de músculos acessórios), disfagia, sialorreia fétida, trismus, dificuldade em falar e incapacidade de assumir o decúbito dorsal. Não foi possível realizar o exame intra-oral no momento da observação.

**MCDT de relevo:** Realização de TC cervical onde são evidentes “coleções abecedadas que condicionam marcada redução e mesmo colapso total em alguns níveis da via aérea”. Foi encaminhado para o bloco operatório, para intervenção cirúrgica por risco de perda da patência da via aérea. (figura 2 e 3)

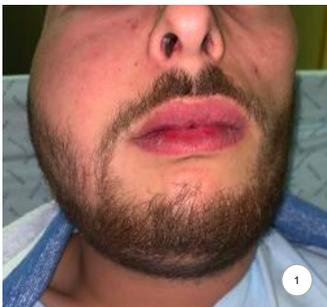


Fig. 1- Edema facial e submentonian à entrada no Serviço de Urgência do CHUC



Fig. 2- TC corte axial: edema e coleções dos tecidos



Fig. 3- TC corte sagital: estreitamento da via aérea.



Fig. 4- Campo operatório onde se evidenciam as glândulas sub-mandibulares



Fig. 5 - Técnica Cirúrgica, drenagem e lavagem de coleções abecedadas.

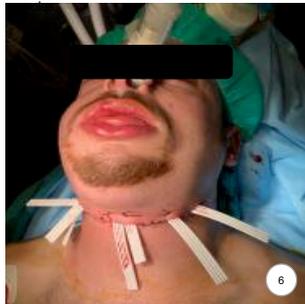


Fig. 6- Ferida cirúrgica com drenos fixados

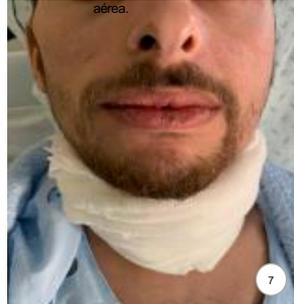


Fig. 7- Cinco dias de pós-operatório



Fig. 8- Ortopantomografia: pós-operatório imediato

### Plano de Tratamento

Perante o risco de perda de patência da via aérea, foi instituída antibioterapia intravenosa e promoveu-se o encaminhamento imediato do doente para intervenção cirúrgica urgente, pela Cirurgia Maxilo-Facial. Foi realizada drenagem de todas as locas mandibulares com colocação de drenos temporários. (figuras 5 e 6) Foi realizada colheita do pús de abcesso com exame cultural positivo para bactérias anaeróbias, tendo sido isolado *Prevotella melaninogenica* e *Prevotella buccae*.

### Pós Operatório

O doente foi internado na Unidade de Cuidados Cirúrgicos Intermédios, durante 5 dias, tendo mantido a entubação nasotraqueal (em ventilação espontânea) até autonomia de patência de via aérea. Na reavaliação ao 6º dia pós-cirúrgico, apresentava franca melhoria do quadro inicial, apenas com edema residual e sialorreia. O internamento decorreu sem quaisquer intercorrências ou complicações. Após a realização da ortopantomografia pós-operatória, procedeu-se à extração dos dentes 47 e 48. Teve alta ao 10º dia de internamento. (figuras 7 e 8)

## Discussão / Conclusão

A Angina de Ludwig apresenta causa odontogénica em cerca de 70 % dos casos. Outras causas habitualmente incluídas no diagnóstico diferencial etiológico são abscessos peri-amigdalinos, lacerações orais ou fraturas mandibulares abertas. O caso apresentado teve etiologia dentária, sendo que o doente recorreu ao SU dois dias depois de ter iniciado tratamento endodóntico de dente 47. A terapêutica antibiótica precoce é essencial para o sucesso do tratamento: as bactérias anaeróbias estão também muitas vezes envolvidas. O tratamento cirúrgico é necessário no caso de não haver resposta ao tratamento conservador. A obstrução da via aérea constitui a principal causa de morbi-mortalidade, sendo prioritário assegurar a sua patência. Devido à sua rápida progressão e inflamação difusa, a Angina de Ludwig é uma infeção potencialmente fatal, se não diagnosticada precocemente e tratada corretamente.

## Referências bibliográficas

Betha, A., Jacobs, F., & Paszka, C. (2015). Retrospective analysis of etiology and comorbid diseases associated with Ludwig's Angina. *Annals of Maxillofacial Surgery*, 5(7), 169-175. doi:10.4232/2291.0746.17578  
 Chandanoury R, Venkatasubram S, Babu MR, Kumar GS. Ludwig's angina - An emergency. A case report with literature review. *J Nat Sci Biol Med*. 2012;3:206-6  
 Felber RT, Volquind DZ, Schorr CHS, Angelelli MGA, Souza CES. Airway management in Ludwig's angina - a challenge: case report. *Rev Bras Anestesiol*. 2017 Nov - Dec;67(6):637-640. doi: 10.1016/j.rban.2014.10.004. Epub 2015 Jul 31.  
 Edetanien BE, Sibehb BD. Comparison of outcomes in conservative versus surgical treatments for Ludwig's angina. *Med Prim Care*. 2018;7(4):362-366. https://doi.org/10.1159/000480240

Hazan, W., Leonard, D., & Russell, J. (2011). Ludwig's Angina: A Controversial Surgical Emergency: How We Do It. *International Journal of Otolaryngology*, 2011, 212816. doi:10.1155/2011/212816  
 Lai JCY, Panzer LB. An adolescent with sore throat and odynophagia- a case report of Ludwig's angina. *University of Toronto Medical Journal*. 2018; 95(2): 27-29. https://atmjournal.utoronto.ca/doi/10.1016/j.ajom.2018.01.001  
 Lemonick D. Ludwig's angina: diagnosis and treatment. *Hospital Physician*. 2002;38(7):31-37. http://tinyurl.com/y485ac3  
 Pak S, Cha D, Meyer C, et al. (August 21, 2017) Ludwig's Angina. *Cureus*. 9(8): e1388. DOI 10.7759/cureus.1588  
 Srirompong S, An Smart T. Ludwig's angina: a clinical review. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2003;260(7):401-403.