

Angina de Ludwig

Ludwig's angina

Aland Bisso-Andrade¹ y Franklin Mendoza-Torres²

Paciente varón, de 36 años de edad, procedente de Lima, diabético de larga data con tratamiento irregular. Ingresó con tiempo de enfermedad de cuatro días, con dolor y edema en región submaxilar izquierda, celulitis facial, disnea y estridor laríngeo, por lo que recibió intubación endotraqueal. Al examen, presencia de absceso periamigdalino. La tomografía mostró absceso cervicomedial, edema y enfisema subcutáneo (Figura 1).

Fue sometido a cirugía, con drenaje del absceso, limpieza quirúrgica y traqueostomía. El reporte operatorio registró celulitis, absceso cervicomedial y fasciitis necrotizante. (Figura 2).

Recibió terapia antibiótica amplia (imipenem, ciprofloxacino, vancomicina), insulina endovenosa, curación prolija diaria, ventilación mecánica, nutrición enteral y fluidoterapia adecuada. Dos semanas después dejó el ventilador mecánico y la evolución general fue favorable.

DISCUSIÓN

La angina de Ludwig es una infección grave, potencialmente letal que progresa con rapidez desde el piso de la boca hacia el cuello y genera inflamación, supuración y necrosis de las partes blandas comprometidas. Las complicaciones incluyen sepsis, asfixia, neumonía, empiema, mediastinitis, pericarditis y neumotórax.

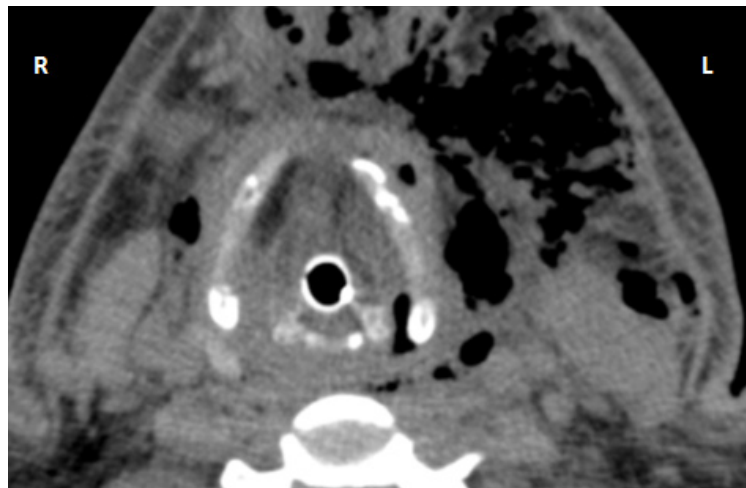


Figura 1. Presencia de gas entre los tejidos y órganos del cuello.



Figura 2. Limpieza quirúrgica de la celulitis y abscesos del cuello (angina de Ludwig).

1. Médico internista, Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz (HNP/NPLNS), Lima.
2. Médico residente de Medicina Intensiva, HNP/NPLNS, Lima.

Más de 70% de casos se deben a infecciones por caries molar pero suele ser de causa amigdalina o faríngea en pacientes con carcinoma de boca o lengua, en neutropénicos, diabéticos mal controlados, lúpicos y en pacientes con VIH/sida, entre otros inmunodeprimidos.

El manejo quirúrgico inmediato es imperativo, así como la preservación de la vía aérea, la antibioticoterapia y el manejo de las comorbilidades. El régimen antibiótico debe cubrir bacterias grampositivas (estafilococo, estreptococo beta-hemolítico), anaerobios (*Peptostreptococcus* y *Bacteroides*) y enterobacterias, como la *E. coli*.¹⁻⁵

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Wolfe MM, et al. Is surgical airway necessary for airway management in deep neck infections and Ludwig's angina? *J Crit Care.* 2011;26(1):11-4.
2. Infante-Cossío P, et al. Ludwig's angina and ketoacidosis as a first manifestation of diabetes mellitus. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2010;15(4):e624-7.
3. Larawin V, et al. Head and neck space infections. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2006;135:889-93.
4. Jiménez Y, et al. Odontogenic infections. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2004;9 Suppl:143-7; 139-43.
5. Chen MK, et al. Deep neck infections in diabetic patients. *Am J Otolaryngol.* 2000;21:169-73.

Correspondencia a Dr. Aland Bisso Andrade:
albian44@yahoo.es

Fecha de recepción: 21 de setiembre de 2012.

Fecha de aceptación: 9 de octubre de 2012.