

Caso	(572) Angina de Ludwig: reporte de un caso.
Autores	Pedro Del Valle Rodríguez-flores, Joaquín J. Barjau, Iria Álvarez Silva, Juan Carlos González Matos, Yoselin Verónica Dos Santos Poleo, Lorenzo Ismael Pérez-sánchez.
Centro	Hospital General De Segovia

EXPOSICIÓN DEL CASO

Paciente de 68 años sin alergias medicamentosas conocidas y antecedentes de DM-II e HTA en tratamiento, acude al Servicio de Urgencias por cuadro de 4 días de evolución de inflamación en suelo de la boca, con aumento progresivo de disnea hasta alcanzar dificultad respiratoria leve, y disfagia. A la exploración se aprecian piezas dentales en mal estado, leve edema del suelo de la boca con masa fluctuante y crepitante en región cervical submandibular.

Ante estos datos, se solicita TC cervical al Servicio de Radiodiagnóstico, donde se diagnostica de abscesos no encapsulados cervicales (angina de Ludwig).

El paciente fue derivado a Cirugía Maxilofacial quienes drenaron el absceso con colocación de drenaje y tomaron muestras para cultivo (donde se observó crecimiento de *Streptococcus anginosus* y *Streptococcus constellatus*).

DISCUSIÓN

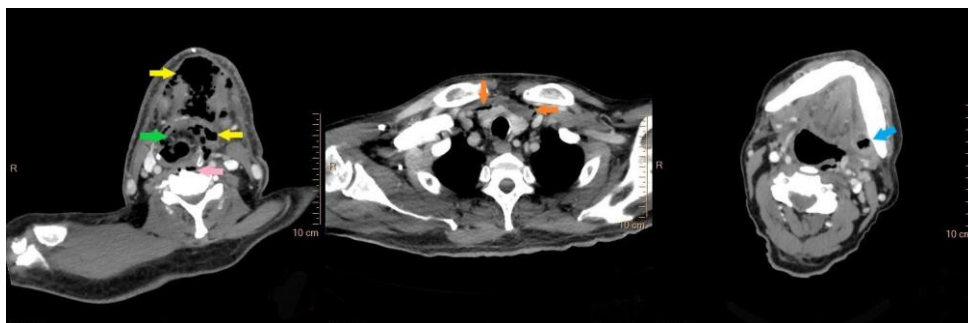
La angina de Ludwig es una infección celulítica intensa, difusa y flemonosa que afecta a las partes blandas del suelo de la boca. Suele ser de causa odontogénica (mayormente de los segundos o tercer molares). Es normalmente polimicrobiana, en relación con la flora habitual de la cavidad oral (especies de estreptococos o estafilococos, anaerobios, *Actinomyces*...);. Entre otras causas encontramos: fracturas mandibulares, lesiones del suelo de la boca y glándulas submandibulares, cuerpos extraños.

La gravedad de esta patología se encuentra, principalmente, en que puede extenderse por los espacios cervicales y acabar comprometiendo la vía aérea por la formación de edema. Por lo que es importante la protección de las vías respiratorias, el tratamiento con antibioterapia intravenosa y el drenaje de colecciones.

La prueba radiológica de elección en este caso es la TC con contraste intravenoso, que nos aportaría información acerca de la presencia de colecciones drenables y la existencia de complicaciones como el compromiso de la vía aérea, el síndrome de Lemierre (tromboflebitis de la vena yugular interna), la mediastinitis o la osteomielitis mandibular. Podemos encontrar como hallazgos tomográficos cambios inflamatorios difusos en el suelo de la boca, en ocasiones con láminas de líquido y/o áreas de baja densidad con realce periférico en anillo sugerentes de abscesos.

CONCLUSIÓN

El papel del radiólogo en la angina de Ludwig es fundamental, confirmando el diagnóstico clínico de sospecha, identificando las posibles complicaciones graves y valorando la evolución del cuadro.



Numerosas burbujas de gas sin pared definida en el suelo de la boca, que disecan los planos musculares y se extiende alrededor de la faringe y laringe (flechas amarillas) hasta el mediastino anterosuperior (flechas naranjas). Cranealmente alcanza a la glándula submandibular izquierda (flecha celeste) y posteriormente se extiende escasamente por el espacio prevertebral hasta C6 (flecha rosa). Existencia de una pequeña colección de pared definida aproximadamente de 1 cm adyacente al margen izquierdo del hioides (flecha verde). Aumento de densidad y trabeculación del tejido celular subcutáneo regional. Venas yugulares internas permeables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Patel S, Bhatt AA. Imaging of the sublingual and submandibular spaces. Insights Imaging. 2018;9(3):391-401. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13244-018-0615-42>
2. A. Llanes Rivada, D. Dualde-Beltrán, J. Uchiyamada, I. López Blasco, R. Pastor Toledo, J. Palmero da Cruz. Angina de Ludwig: Hallazgos en TC. Póster presentado en: Congreso SERAM 2012. May 24-28; Granada, España. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1594/seram2012/S-0583>
3. Pak S, Cha D, Meyer C, et al. (21 de agosto de 2017) Angina de Ludwig. Cureus 9(8): e1588. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.7759/cureus.1588>
4. Bou-Assaly W, Mckellop J, Mukherji S. Computed tomography imaging of acute neck inflammatory processes. World J Radiol 2010; 2(3): 91-96. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4329/wjr.v2.i3.91>