



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

212/86 - ANGINA DE LUDWIG. A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Moreno Suárez^a, E. Moreno Moreno^b, J. Martínez Irazusta^c y M.T. Troyano Rivas^c

^aMédico de Familia. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Brújula. San Fernando de Henares. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Brújula. Torrejón de Ardoz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 43 años de edad que consulta por presentar desde hace 3 días fiebre de 38,5 °C, odinofagia y sialorrea. Tratado con amoxicilina clavulánico 500/125 cada 8h e ibuprofeno 600 cada 8h. Sin mejoría clínica. Antecedentes personales de caries dental. A familiares sin interés.

Exploración y pruebas complementarias: El paciente está consciente y orientado en las tres esferas, TA: 120/80, FC 110lpm, saturación de O₂ 94%, 26 rpm, temperatura 38,6 °C ACP: tonos puros y rítmicos, mvc. En la exploración se observa hiperemia y aumento de volumen en la región submentoniana y submandibular, con induración a la palpación, no dejando fóvea a la presión. En el examen clínico intrabucal: caries avanzada del 3,7, mala higiene bucal, apertura bucal de 2 cm, edema del suelo de la boca con glosoptosis, sialorrea y halitosis. No disfagia ni dificultad respiratoria. Tras su ingreso hospitalario, se confirma el diagnóstico de sospecha, siendo el paciente fue trasladado a la unidad de vigilancia intensiva, siendo tratado con antibioterapia intravenosa y desbridamiento quirúrgico. Evolucionando favorablemente.

Juicio clínico: Angina de Ludwig.

Diagnóstico diferencial: Flemón dentario. Absceso periamigdalino. Sialoadenitis submandibular.

Comentario final: La angina de Ludwig es una celulitis infecciosa difusa que compromete los espacios sublingual, submaxilar y submentoniano. Siendo su origen odontogénico la causa más frecuente, entre un 70-90% de los casos. Como consecuencia de encontrarse las raíces de los segundos y terceros molares por debajo de la línea milohioidea, facilitando su expansión al espacio sublingual (supramilohioideo) y al espacio submaxilar por contigüedad puede alcanzar el espacio parafaríngeo, retrofaríngeo y mediastino. Pudiendo ocasionar insuficiencia respiratoria obstructiva, sepsis y muerte. El médico de atención primaria debe tener una alta sospecha clínica e indicar su traslado urgente a una unidad de vigilancia intensiva. Siendo preciso el manejo por un equipo multidisciplinar.

Bibliografía

1. Balakrishnan A, Thenmozhi MS. Ludwig's Angina: Causes symptoms and treatment. J Pharm Sci Res. 2014;6:328-30.

2. Hasan W, Leonard D, Russell J. Ludwig's Angina-A Controversial Surgical Emergency: How We Do It. Int J Otolaryngol. 2011; doi:10.1155/2011/231816.
3. Mohamad I, Zulkifli S, Soleh M, Rahman R. Ludwig's Angina: The importance of oral cavity examination in patients with a neck mass. Malays Fam Physician. 2012;7:51-3.

Palabras clave: *Celulitis. Angina de Ludwig.*