



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

424/293 - ANGINA DE LUDWIG

O. Rodríguez Peña¹, A. Llanes Mena¹, Y. Echemendía Cabadilla² y C. Alaejos Algarra³

¹Médico de Familia. CAP Viladecans. Barcelona. ²Médico de Familia. Centro de Atención Primaria Viladecans. Barcelona. ³Médico Odontólogo. Área Básica de Salud Gavá 2. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 84 años, alérgica a penicilina, ácido clavulánico y norfloxacin. Antecedentes patológicos: polimialgia reumática, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes tipo 2, psoriasis y antigua fractura húmero derecho. Tratamiento habitual: prednisona 60 miligramos (mg), amlodipino 10 mg, valsartán 160 mg, simvastatina 10 mg, insulina rápida, insulina glargina 14 unidades basal, metformina 850 mg, metamizol 575 mg si dolor. Inicia en las últimas 72 horas odinofagia irradiada a región mandibular bilateral, progresiva, hasta aparecer dificultad a la deglución y a la apertura bucal. Acude a urgencias de atención primaria para valoración. En tratamiento concomitante con prednisona 60 mg por polimialgia reumática de reciente diagnóstico.

Exploración y pruebas complementarias: Presenta gran edematización lingual y sublingual que impide visualizar resto de la cavidad oral. Sialorrea, trismus y marcada edematización con dolor a la palpación en región submentoniana. No se evidencian adenopatías. Eupneica sin trabajo respiratorio ni estridor, afebril y con buen estado general. Se remite a urgencias de hospital de referencia, donde analíticamente presenta leucocitosis con neutrofilia y tomografía computarizada (TC) cervical que informa de colección de 17 × 13 × 10 mm en región anterior suelo de la boca a nivel de ambos músculos genioglosos.

Orientación diagnóstica: Angina de Ludwig. Se inicia corticoterapia y antibioterapia endovenosa con piperacilina-tazobactam. Se realiza drenaje intraoral siendo este efectivo, disminuyendo abombamiento de partes blandas. Tras tres días de ingreso y buena evolución, se da de alta con prescripción ambulatoria de clindamicina, metronidazol y Urbason vía oral.

Diagnóstico diferencial: Absceso cervical. Angioedema. Celulitis.

Comentario final: La angina de Ludwig es una infección del espacio submandibular. Descrita por primera vez por el médico alemán Wilhem Frederick von Ludwig el 1836. Suele tener su origen en una infección odontogénica. Es una infección con rápida progresión, sin linfadenopatía asociada y potencial riesgo de obstrucción de la vía aérea, por lo que requiere estrecha monitorización clínica.

Bibliografía

1. Chow AW, Calderwood SB, Bloom A. Submandibular space infections (Ludwig's angina). Uptodate.com [Sede Web]. Última revisión abril 2019. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/submandibular-space-infections-ludwigs-angina>

2. Amor Dorado JC, Costa Ribas C. Abscesos cervicales. Guías clínicas Fistera. Fistera.com [Sede Web]. Última revisión 18/06/2014. Disponible en: <https://www.fistera.com/guias-clinicas/abscesos-cervicales/>

Palabras clave: Absceso submaxilar. Angina de Ludwig.