

GERENCIAMENTO DAS VIAS AÉREAS EM INFECÇÕES CERVICAIS PROFUNDAS E ANGINA DE LUDWIG - RELATO DE CASO

Pamela Gomes, Gabriela Coelho, Amanda Rego, Letícia Alencar, Gustavo Coelho Santos, Andressa Lima, Aline Ferreira, Daniela Vaz, Neyvaldo da Silva Lopes, Helair Tavares

RESUMO: As infecções cervicais profundas, bem como a angina de Ludwig, exigem atenção quanto ao manejo das vias aéreas; pois são infecções e rápida progressão caracterizadas por distorção anatômica, tecido inflamatório friável, secreção purulenta, e edema orofacial com diminuição da via aérea perfida, influenciando na morbidade e mortalidade dos casos, o que exige destreza dos profissionais de saúde. **METODOLOGIA:** Relato de caso clínico de manejo das vias aéreas de um paciente grave, sexo masculino apresentando algia, inchaço no pescoço há 3 dias com rápida progressão, edema, eritema difuso, e região de linfadenopatia cervical, relatando falta de ar, durante exame físico. **RESULTADO:** Paciente foi admitido no HRT/PA, foi solicitado exames pré operatórios de urgência e encaminhado ao bloco cirúrgico e submetido a drenagem de urgência, com instalação do dreno de penhouse, antibioticoterapia, analgesia para controle da dor, durante internação e ausência de quadro de dispnéia ocasionado pela infecção. **CONCLUSÃO:** As infecções de abscessos cervicais e angina de Ludwig exigem do clínico um olhar apurado em relação aos sintomas e comprometimento das vias aéreas, garantindo segurança diante da conduta e tratamento a ser realizado, diminuindo a chance de morbidade e mortalidade.

Palavras-chave: Manuseio das vias aéreas. Infecção do Espaço Submandibular. Angina de Ludwig.

INTRODUÇÃO

As infecções cervicais profundas, bem como a angina de Ludwig, exigem atenção quanto ao manejo das vias aéreas; pois são infecções com rápida progressão, caracterizadas por distorção anatômica, tecido inflamatório friável, secreção purulenta, e edema orofacial com diminuição da via aérea perfida, influenciando na morbidade e mortalidade dos casos, o que exige destreza dos profissionais de saúde.

As infecções cervicais são desafiadoras ao anestesiologista e ao cirurgião bucomaxilofacial; pois a diminuição da via aérea perfida exige experiência, conhecimento das técnicas de intubação preterida diante do exame clínico. A literatura nos mostra a importância do manejo de vias aéreas durante as infecções cervicais e anginas de Ludwig, independentes da sua origem: dentária, fratura mandibulares bilaterais (traumas), doenças bacterianas (tuberculoses), ou auto-imune (HIV), apresentam ressalvas em relação ao momento oportuno da intubação ou laringoscopia segura no atendimento de urgência, com intuito de reduzir a utilização da traqueostomia de emergência.

Diante do desafio de estabelecer o manejo da via aérea do paciente grave e o diagnóstico precoce e intervenção motivou o relato do caso clínico.

METODOLOGIA

Metodologia relato de caso clínico de paciente sexo masculino, meloderma, de 35 anos, dá entrada ao Pronto Socorro do Hospital Regional de Tucuruí-Pará e, em janeiro de 2021, relatando dispnéia e dor de intensidade forte, pulsátil e latejante em região cervical e mandibular difusa, com trismo e dificuldade de abertura bucal durante exame clínico. Ao exame bucal foi observado a presença de focos de infecção de origem dentária, com odor fétido, odinofagia, dor retroesternal, edema, hiperemia e efisema subcutâneo em região cervical anterior e mandibular e estridor inspiratório e esforço ventilatório. Paciente apresentava febril com temperatura axilar 38°C, PA 90 x 50 mmHg, FC de 110 bpm, FR 24 mrpm e SpO₂ de 90% em ar ambiente. Após diagnóstico angina de Ludwig, foi iniciada antibioticoterapia empírica inicial penicilina e um inibidor de beta-lactâmico, ou outro beta-lactâmico com metronidazol ou clindamicina com a finalidade de ampliar o espectro com bactérias aeróbicas e anaeróbicas⁷. Em função da dificuldade de intubação, associada as condição física de obesidade, foi realizado cateter nasal O₂ a 3 L.min. e sedação

endovenosa kela, e infiltração local, com punção, e posterior drenagem. O relato de caso segue as normas do conselho nacional de saúde e a plataforma Brasil.

Figura 1: Punção Aspirativa, verificar secreção.



Fonte: autoria própria.

Figura 2: Drenagem e instalação do dreno de Penhouse.



Fonte: autoria própria.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após solicitação e resultados dos exames pré operatórios de urgência, e considerado apto a realização do procedimento, paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico e submetido a drenagem de urgência, com instalação do dreno de penhouse, antibioticoterapia, analgesia para controle da dor, compressas mornas, elevação do 30 a 45° do leito e corticóide e assistido pela equipe de profissionais até completa redução e regressão de edema do espaço retro faríngeo, durante internação e ausência de quadro de dispnéia ocasionado pela infecção (CHOWAW;1980;OVASSAPIANA;TUNCBILEKM;WEITZEL; 2000).

A intubação orotraqueal ou nasotraqueal neste caso ocorreu em função do comprometimento dos espaços submandibular, sublingual e submaxilar que se congruem no espaços retrofaringeo. E em casos como estes justifica-se o manejo das vias aéreas; pois a intubação orotraqueal ou nasotraqueal ocasionada pela anatomia da infecção gerando um risco da ruptura de pus para a cavidade oral com aspiração bronco pulmonar, além de induzir o laringoespasma (BARTON ED, BAIR AE;2000;

OVASSAPIAN A, TUNCBILEK M, WEITZEL EK, et al;2000).

Os autores são unânimes em relatar que em casos onde ocorra a impossibilidade de intubação com fibra óptica, e o manejo da via aérea de pacientes graves torna se cirúrgica através da traqueostomia, embora a cricotireoidotomia seja bastante defendida por apresentar menos complicações como via aérea emergencial.

Independente da abordagem da via aérea recomendada, os estudos reforçam a complexidade da importância de uma avaliação clínica criteriosa e rápida em decidir sobre o gerenciamento da via aérea (LINDNER HH; 1986; NEFF SP, MERRY AF, ANDERSON B; 1999; BOSCOLO-RIZZO P, STELLIN M, MUZZI E, MANTOVANI M, FUSON R, LUPATO V, TRABALZINI F, DA MOSTO MC;2012).

No presente caso, o paciente permaneceu com catéter nasal, e interviu se de imediato na realização da drenagem, com leve sedação, como forma de evitar complicações maiores com a via aérea, ocasionando a urgência na intervenção; já que a descompressão já garantiria redução de edema, menor risco de obstrução aérea e mortalidade no pós-operatório.

CONCLUSÃO

O manejo das vias aéreas diante das infecções cervicais são preocupantes; pois exige uma avaliação do quadro clínico, da infra estrutura disponíveis e manutenção da preservação da vida do paciente .

PRINCIPAIS REFERÊNCIAS

- 1-CHOW AW. **Submandibular space infections (Ludwig's angina)**. Uptodate [serial on the Internet]. 2013 Finch RG, Snider GE Jr, Sprinkle PM. Ludwig's angina. JAMA. 1980;243:1171-3.
- SPITALNIC SJ, SUCOV A. **Ludwig's angina: case report and review**. J Emerg Med. 1995;13:499-503.
- 2- FRITSCH DE, KLEIN DG. **Curriculum in critical care: Ludwig's angina. Heart and Lung**: Journal of Critical Care. 1992;1:39-47.
5. Vieira F, Allen SM, Stocks RM, et al. Deep neck infection. *Oto- laryngol Clin North Am*. 2008;41:459-83.

- 3- OVASSAPIAN A, TUNCBILEK M, WEITZEL EK, et al. **Airway management in adult patients with deep neck infections: a case series and review of the literature.** *Anesth Analg.* 2000;100: 585-9.
- 4 - BARTON ED, BAIR AE. Ludwig's angina. *J Emerg Med.* 2008;34:163-9.
- 5- LINDNER HH. **The anatomy of the fasciae of the face and neck with particular reference to the spread and treatment of intra-oral infections (Ludwig's) that have progressed into adjacent fascial spaces.** *Ann Surg.* 1986;204:705-14.
- 6- NEFF SP, MERRY AF, ANDERSON B. **Airway management in Ludwig's angina.** *Anaesth Intensive Care.* 1999;27:659-61.
- 7- BOSCOLO-RIZZO P, STELLIN M, MUZZI E, MANTOVANI M, FUSON R, LUPATO V, TRABALZINI F, DA MOSTO MC. **Deep neck infections: a study of 365 cases highlighting recommendations for management and treatment.** *Eur Arch Otorhinolaryngol* 269;1241-1249,2012.