

Caso Estomatológico

José M. S. Amorim¹

Criança de 13 anos de idade que foi enviada à consulta de Estomatologia, proveniente do internamento Pediatria, devido a tumefacção dolorosa, na região do ângulo mandibular esquerdo, sem flutuação, acompanhada de hipertermia e odinofagia e disfagia, bem como trismo.

Ao exame objectivo a criança apresenta bom desenvolvimento estato-ponderal e hipertermia de 38° C.

A nível dentário apresenta destruição de 3.6 por cárie.

Antecedentes pessoais e familiares irrelevantes.

Face ao descrito:

Qual o seu diagnóstico?

Qual a sua atitude?



Figura 1

¹ Serviço de Estomatologia do Hospital de Crianças Maria Pia

O presente quadro clínico insere-se no quadro das complicações infecciosas da cárie dentária – Angina de Ludwig.

Instala-se de repente, de forma violenta e alarmante, com dores à mastigação, trismo, odinofagia e disfagia dolorosa intensa, hipertermia, calafrios e em situações avançadas sem terapia agressiva e eficaz leva a dificuldade respiratória. Juntamente com a sintomatologia descrita ainda se visualiza tumefacção mais ou menos exuberante do lado das queixas.

Ao exame físico o paciente mostra a língua empurrada para cima pelo edema do assoalho da boca, deixando por vezes dúvidas se ela também se encontra, ou não, envolvida no processo flogístico. O assoalho da boca apresenta-se endurecido, resistente, lenhoso e dolorosíssimo. O processo inflamatório e infeccioso estende-se rapidamente, levando ao edema da glote e provocando dificuldade respiratória.

A disseminação do processo infeccioso processa-se com rapidez, servindo-se das bainhas dos músculos gênio-

glosso e milohióideo, podendo invadir o mediastino, nos casos mais graves. Os germes desta infecção parecem provir de dentes cariados ou de lesões traumáticas da mucosa bucal.

Nas formas subagudas da angina de Ludwig não deve ser esquecido o diagnóstico diferencial com a sífilis, com as diferentes micoses e nalgumas idades, mais avançadas, com alguns tumores.

O tratamento deve ter duas vertentes:

- Farmacológico: Benzilpenicilina associada ao Metronidazol, por via parentérica e nas doses máximas possíveis. Juntamente com a antibioterapia fazer corticoterapia para redução do edema da via aérea superior;
- Cirúrgico: Fazer drenagem cirúrgica da lesão se houver flutuação da tumefacção, assim como fazer a extracção do dente responsável pelo quadro clínico, assim que ocorrer diminuição do trismo.

Complicações que podem ocorrer:

- Obstrução da via aérea superior que pode levar à necessidade de traqueotomia, bem como a cervicotomia e por vezes exploração do mediastino afim de se promover a limpeza cirúrgica das regiões envolvidas.

Neste doente foi feita medicação endovenosa e intramuscular, em regime de internamento, tendo sido possível extrair o dente ao fim de 72 horas. A criança teve alta 48 horas após a extracção dentária, sem hipertermia, sem dores e sem trismo.

Nascer e Crescer 2006; 15(4): 249-250

BIBLIOGRAFIA

Cawson's *Essentials of Oral Pathology and Oral Medicine* – R.A. Cawson – seventh edition – Churchill Livingstone, 2002.p.94-96