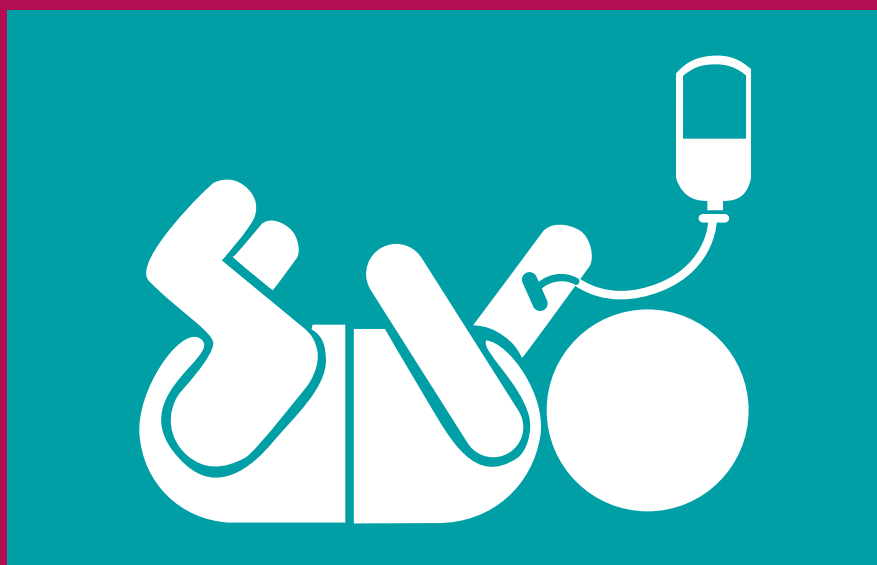


URGENCIAS y tratamiento del NIÑO GRAVE

CASOS CLÍNICOS COMENTADOS
VOLUMEN X



J. CASADO FLORES, R. JIMÉNEZ GARCÍA

NIÑO CON INFLAMACIÓN DE LENGUA Y CUELLO

M. de la Torre Espí

CASO CLÍNICO

Un niño de 11 años consulta en el Servicio de Urgencias por una inflamación de lengua tras una frenectomía sublingual cinco días antes. Notó que se le hinchaba la lengua desde el primer día, mejoró algo durante 24 horas, pero desde hace tres días la inflamación ha ido progresando, tiene mucho dolor, no puede comer, ni beber, ni hablar y ha tenido fiebre de hasta 37,5°C. Duerme incorporado.

Antecedentes personales: es un niño sano, inmunizado según el calendario vacunal vigente y sin patología reseñable hasta este momento.

Antecedentes familiares: sin interés para el proceso actual. La madre tiene una posible alergia a ácido acetilsalicílico.

Exploración física: temperatura 37,4°C, FC 80 lpm, FR 27 rpm, TA 105/67 mmHg, SatO₂ 100%.

El paciente tiene buen estado general, sin signos de dificultad respiratoria. Se aprecia importante edema de lengua que ocupa toda la cavidad oral y protruye hacia afuera (Figs. 1 y 2); el niño no la puede mover. No se puede explorar la región sublingual porque casi no puede abrir la boca. Se palpa una tumefacción dura, mal delimitada, en ambas regiones submandibulares y zona cervical lateral, aunque más evidente en el lado derecho.

En esta situación ¿qué entidad incluiría en el diagnóstico diferencial?

- a. Celulitis de lengua
- b. Angina de Ludwig
- c. Celulitis de suelo de la boca
- d. Angioedema posquirúrgico
- e. Infección de herida quirúrgica

La respuesta correcta es la **b**

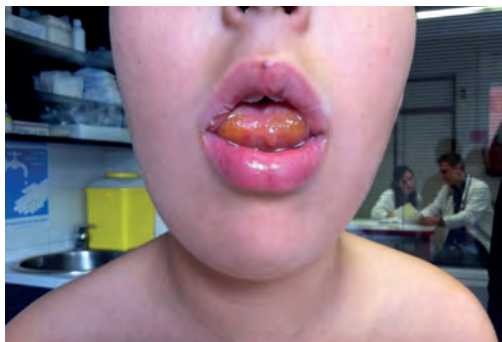


Figura 1. Niño con inflamación de lengua y cuello (visión frontal).



Figura 2. Niño con inflamación de lengua y cuello (visión lateral).



Figura 3. TC cervical, proyección sagital.



Figura 4. TC cervical, proyección coronal.

La angina de Ludwig es una infección cervical profunda que comienza en el suelo de la boca y que progresa rápidamente hacia el espacio submandibular. El principal riesgo es que puede ocluir la vía aérea poniendo en riesgo la vida del paciente.

El espacio submandibular comprende el espacio sublingual (por encima del músculo milohioideo) y el verdadero espacio submandibular (por debajo del músculo milohioideo). Ambos compartimentos se extienden desde el suelo de la boca hasta el estrato superficial de la fascia cervical profunda y están comunicados por detrás del citado músculo con el espacio parafaríngeo y el mediastino anterior, lo que facilita que las infecciones puedan extenderse posteriormente hacia esas zonas.

Es una entidad muy rara en los niños que suele ser secundaria (85% de los casos) a infecciones dentales y, con menor frecuencia, a lesiones traumáticas en el suelo de la boca.

El diagnóstico es clínico. Lo prioritario en estos casos es la estabilización del paciente con especial atención a la vía aérea.

A, B: se mantuvo en todo momento confortable, sentado. Se administró oxígeno en gafas nasales a 1 L. Se monitorizaron las constantes respiratorias.

C: pulsos periféricos fuertes, buena perfusión periférica con tiempo de relleno capilar menor de dos segundos y piel caliente, FC 80-90 lpm, TA 105/67 mmHg. Se canalizó

una vía intravenosa por la que se realizó la extracción sanguínea, se administró metilprednisolona (2 mg/kg), metamizol y la primera dosis de antibiótico.

D: se monitorizó el nivel de conciencia.

E: se marcó con un rotulador el límite de la inflamación submandibular.

Se solicitó una tomografía computarizada (TC) de cuello y boca y un análisis de sangre.

Informe de la TC de cuello y boca: importante engrosamiento de la lengua que contacta con el paladar en toda su extensión. Asocia aumento de la atenuación de las partes blandas del espacio sublingual bilateral, con borrosidad de los planos grasos e ingurgitación vascular regional, compatible con proceso inflamatorio en fase flemonosa. No se identifican colecciones líquidas. Existen múltiples adenopatías en triángulos cervicales posteriores, bilaterales, de pequeño tamaño (Figs. 3 y 4).

Análisis de sangre: hemoglobina 14,3 g/dl, leucocitos 13.300/mm³, neutrófilos totales 10.890/mm³, proteína C reactiva (PCR) 7,6 mg/dl, procalcitonina 0,05 ng/ml.

¿Qué tratamiento pautaría?

- Amoxicilina clavulánico i.v.
- Cefotaxima i.v.
- Cefoxitina y clindamicina i.v.
- Metronidazol y vancomicina i.v.
- Clindamicina i.v.

La respuesta correcta es la **c**

Los cultivos de aspirados procedentes de infecciones cervicales profundas suelen ser polimicrobianos, reflejo del amplio espectro bacteriano de la cavidad oral. Los organismos aislados incluyen *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes* y bacterias anaerobias (*Fusobacterium*, *Peptostreptococcus*, *Porphyromonas*). Los gémenes implicados en los procesos odontogénicos relacionados con infecciones del espacio submandibular son: *S. viridans*, *Staphylococci*, *Prevotella* y *Peptostreptococcus* spp).

En consecuencia, el tratamiento debería incluir un antibiótico resistente a beta-lactamasas (cefoxitina, cefuroxima, meropenem, imipenem) asociado a otro antibiótico efectivo contra gérmenes anaerobios (clindamicina, metronidazol).

El paciente ingresó en la UCIP. Se mantuvo estable desde el primer momento, sin problemas respiratorios, ni hemodinámicos y afebril desde el segundo día de ingreso. La inflamación lingual y submandibular fue disminuyendo de forma paulatina. Cuando el niño fue capaz de levantar la lengua, se pudo ver un lecho blanquecino de 3-4 cm en la cicatriz. Fue dado de alta siete días después. Continuó en casa con amoxicilina-clavulánico (50 mg/kg/día) por vía oral siete días más.

Actualmente, el diagnóstico de angina de Ludwig se reserva para aquellos procesos que cumplen las siguientes características:

- La infección comienza en el suelo de la boca, es agresiva y desarrolla una celulitis del espacio submandibular de consistencia leñosa y color marrón.
- La celulitis progresa rápidamente, sin afectación linfática y, generalmente, sin formación de abscesos.
- La infección es bilateral.

DIAGNÓSTICO FINAL

Celulitis lingual y sublingual secundaria a frenectomía

Bibliografía

- Chow AW. Submandibular space infections (Ludwig's angina). [Internet]. UpToDate; 2019. [Consultado: 5 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.uptodate.com>
- Lawrence R, Bateman N. Controversies in the management of deep neck space infection in children: an evidence-based review. Clin. Otolaryngol. 2017; 42: 156-63.
- Lin HW, O'Neill A, Cunningham MJ. Ludwig's Angina in the pediatric population. Clin Pediatr. 2009; 48: 583-7.
- Lin HW, O'Neill A, Rahbar R, Skinner ML. Ludwig's angina following frenuloplasty in an adolescent. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2009; 73: 1313-5.