

Abscesso de língua: Relato de caso

Tongue Abscess: Case Report

Thiago Bittencourt Ottoni de Carvalho¹, Atilio Maximino Fernandes², Raphael Angelo Sanches³.

1) Médico Residente em Otorrinolaringologia.

2) Doutorado pela Faculdade de Medicina da USP Ribeirão Preto. Docente do Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP.

3) Médico Radiologista. Prof. Auxiliar de Ensino do Departamento de Imagem do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Instituição: Departamento de Otorrinolaringologia e Cirurgia de Cabeça e Pescoço da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto - SP – FAMERP.
São José do Rio Preto / SP – Brasil.

Endereço para correspondência: Thiago Bittencourt Ottoni de Carvalho - Rua José Picerni 449, Apto 21 - Jardim Panorama - São José do Rio Preto / SP – Brasil - CEP: 15091-200 – Tel.: (+55 61) 7814-7648; (+55 17) 8141-5584 - E-mail: drthiago.ottoni@yahoo.com.br

Artigo recebido em 29 de Novembro de 2009. Artigo aprovado em 27 de Janeiro de 2010.

RESUMO

Introdução: Os abscessos na língua são raros mesmo estando frequentemente em contato com traumas, mordeduras, e corpos estranhos. Isto decorre devido às características imunológicas da saliva e algumas características histológicas e anatômicas da língua. Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de abscesso de língua ocorrido em nosso serviço, e fazer uma revisão da literatura.

Relato do Caso: Paciente 76 anos, sexo masculino, atendido com queixa de dor a deglutição de evolução progressiva há uma semana, com piora importante há 3 dias. Relata história de cirurgia para implante dentário no início do período. Na admissão durante o exame da cavidade oral foi evidenciado abaulamento de aproximadamente 2x2 cm no terço médio posterior de língua à direita, doloroso a palpação. Optou-se pela internação do paciente. Solicitou-se uma ressonância nuclear magnética que evidenciou lesão sugestiva de abscesso na base da língua à direita. Foi submetido a tratamento clínico com antibioticoterapia drenagem cirúrgica. O paciente evoluiu satisfatoriamente.

Discussão: A manifestação clínica do abscesso de língua pode ser variada. O diagnóstico deve ser feito pela história clínica, correlacionando os fatores de risco associados, exame físico e aos exames de imagem confirmatórios. A etiologia e os diagnósticos diferenciais devem ser considerados dependendo do local da manifestação clínica. A abordagem deve incluir a permeabilidade da via aérea, suporte clínico, antibioticoterapia sistêmica e drenagem do abscesso.

Considerações Finais: O abscesso de língua deve entrar no diagnóstico diferencial dos abaulamentos de língua devendo ser conduzido com antibioticoterapia e drenagem cirúrgica de maneira rotineira.

Palavras-chave: abscesso, doenças da língua, língua, implante dentário.

SUMMARY

Introduction: The tongue abscesses are rare even being frequently in touch with trauma, bites, and foreign bodies. It occurs because of the immunological features of the saliva and some histological and anatomical characteristics of the tongue. This work has as objective report a case of tongue abscess occurred in our job, and do a literature review.

Case Report: Patient of 76 years, male, assisted with complaint of pain when swallowing with progressive evolution for a week, with a significant deterioration over three days. Report history of the surgery, for dental implant in the beginning of the period. In the admission during the oral cavity examination was evident bulging of nearly 2x2 cm in the middle third posterior of the right tongue, painful to palpation. Was opted the hospitalization of the patient. Was required a MRI that showed suggestive lesions of abscess in the base of the tongue in the right side. Was submitted to a clinical treatment with antibiotic therapy and surgical drainage. The patient recovered uneventfully.

Discussion: The clinical manifestation from the tongue abscess can be varied. The diagnosis must be done by clinic history, correlating risk factors associated, physical exam and the confirmatory imaging exams. The etiology and the differential diagnosis must be considered depending of the place of the clinical manifestation. The approach must include the permeability of airway, clinical support, and systemic antibiotic therapy and abscess drainage.

Final Considerations: The abscess of the tongue must go in the differential diagnosis of bulging of the tongue being conducted with the antibiotic therapy and surgical drainage in a daily basis.

Keywords: abscess, tongue diseases, tongue, dental implant.

INTRODUÇÃO

Apesar da língua estar em contato frequente com trauma, mordidas e corpos estranhos, é raro a ocorrência de abscessos na língua (1). Isto decorre devido ao fato dela apresentar epitélio escamoso queratinizado, uma musculatura ricamente vascularizada, rica drenagem linfática e contato direto com a saliva que apresenta funções imunológicas de proteção, lubrificação e limpeza constantes (2). BERNARDINI relatou em uma revisão de literatura realizada entre 1816 e 1945 um total de 186 casos (3). SANDS encontrou 28 casos relatados na língua inglesa de 1967 a 1993, sendo que apenas 12 foram fora da Índia (4). Foram encontrados 33 relatos de caso de 1993 a 2008 na língua inglesa (1,2,4-13). Epidemiologicamente está mais associado ao gênero masculino, ao tabagismo, ao uso de próteses dentárias e a higiene oral precária (4). A etiologia deve ser considerada dependendo do local da manifestação clínica. Abscesso dos dois terços anteriores da língua são resultados de mordidas, traumas locais e corpos estranhos. O terço posterior pode estar relacionado às tonsilas linguais, a resquícios do ducto tireoglossos e a patologias do primeiro e segundo molares (4,10). Fratura de mandíbula, picadas de insetos e ressecção da mucosa do septo nasal devem ser pesquisados (1). A literatura recente mostra associação entre *piercing* e abscesso de língua (9). Este trabalho tem como objetivo relatar um caso de abscesso de língua ocorrido em nosso serviço, e fazer uma revisão da literatura.

RELATO DE CASO

Paciente AEF 76 anos foi atendido com queixa de dor a deglutição de evolução progressiva há uma semana, com piora importante há 3 dias, associado à redução da ingestão alimentar devido à dor. Relata história de cirurgia para implante dentário no início do período. Apresenta história de revascularização miocárdica há 19 anos fazendo uso regular de antiagregante plaquetário, associado à hipertensão arterial sistêmica e insuficiência renal crônica clinicamente controlados. Negava tabagismo e etilismo. No momento da admissão o paciente encontrava-se prostrado, desidratado ++/4+, eupneico e afebril. O exame da cavidade oral evidenciava abaulamento de aproximadamente 2x2 cm no terço médio posterior de língua à direita, doloroso a palpação, sem limitação da abertura bucal. Não eram evidenciadas lesões vegetantes ou ulceradas. A nasofibroscopia mostrava moderado abaulamento em base de língua à direita, discreta hiperemia de epiglote, pregas vocais móveis bilateralmente, bom gap aéreo, ausência de lesões laríngeas. Hemograma com 18.400 leucócitos às custas de segmentados (71%). Optou-se pela internação do paciente. Solicitou-se uma

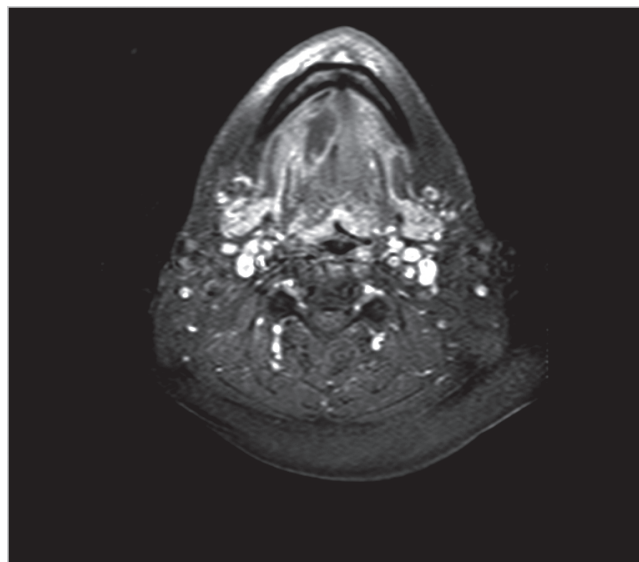


Figura 1. Corte axial T1 SPIR com contraste.

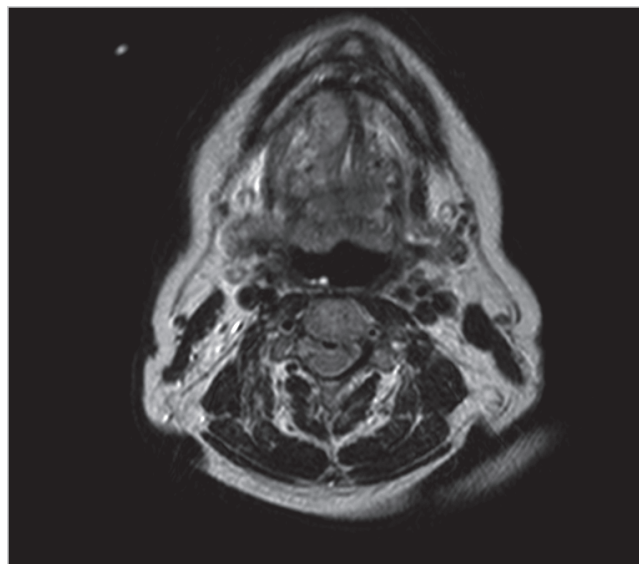


Figura 2. Corte Axial T2.

ressonância nuclear magnética (RM) que evidenciou lesão de configuração irregular, multiloculada, medindo 4 X 3 cm nos seus maiores diâmetros na base da língua à direita, caracterizada por hiperintensidade de sinal nas sequências ponderadas em T2 e hipointensidade de sinal nas sequências ponderadas em T1. A lesão apresentava realce periférico após injeção do meio de contraste paramagnético e estava associada a desvio para esquerda do septo interlingual. Diante da história clínica, do quadro clínico e da ressonância magnética, iniciou-se o suporte clínico do paciente e antibioticoterapia endovenosa com

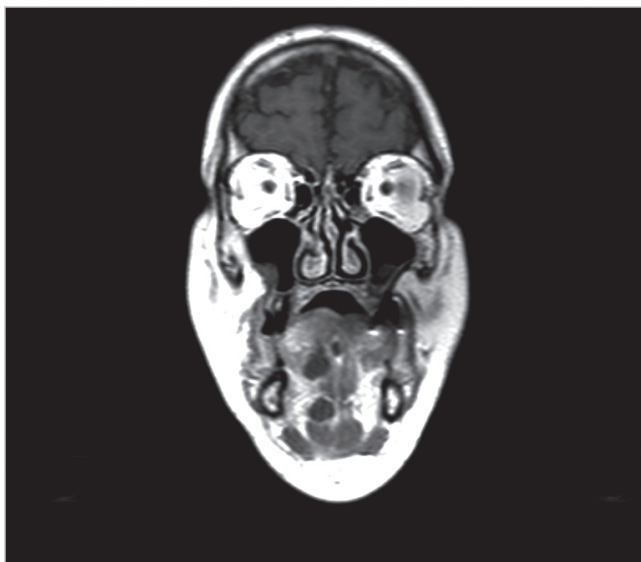


Figura 3. Corte Coronal T1 com contraste.

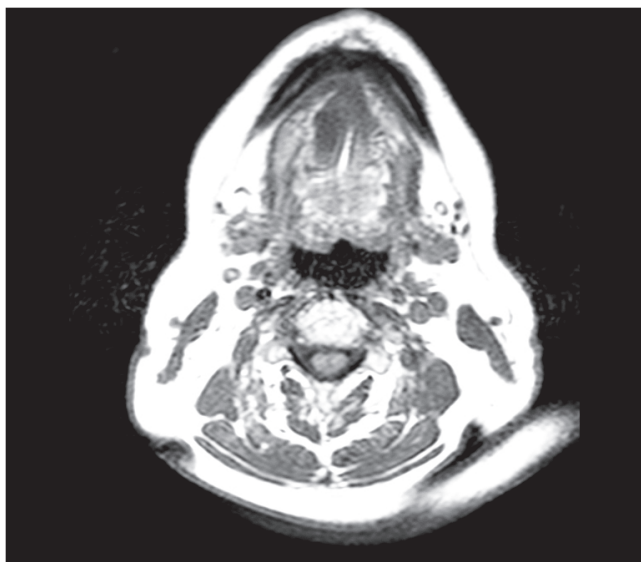


Figura 4. Corte Axial T1 sem contraste.

clindamicina e ceftriaxona. A exploração cirúrgica da lesão foi realizada no quinto dia de internação devido o paciente estar em uso de AAS. Foi evidenciada secreção espessa no ato cirúrgico, sendo colhido material para anatomopatológico e cultura. O paciente evoluiu satisfatoriamente com melhora importante da dor e do estado geral recebendo alta no sétimo dia de internação. O anatomopatológico do material colhido mostrou processo inflamatório crônico inespecífico em meio a leve fibrose e tecido muscular esquelético, sem sinais de malignidade. A cultura do material foi negativa.

DISCUSSÃO

A manifestação clínica do abscesso de língua pode ser variada. Dor, febre, abaulamento, odinofagia, disfagia e otalgia podem estar presentes (8).

O diagnóstico deve ser feito pela história clínica, correlacionando os fatores de risco associados como tabagismo, higiene oral precária, uso de próteses dentárias e sexo, exame físico da cavidade oral e frequentemente exames de imagem confirmatórios. A ultrassonografia define e diferencia estruturas císticas, vascularizadas e abscessos porém na língua tem-se uma dificuldade para utilização do transdutor. A tomografia computadorizada permite definição e relação anatômica da lesão principalmente do terço posterior da língua. A ressonância magnética possibilita melhor visualização de partes moles e evita artefatos da mandíbula e amálgamas dentários sendo este o exame escolhido no caso (6,14). O tempo de evolução do caso apresentado, a história pregressa de implante dentário, manifestações clínicas do paciente e achados na ressonância magnética, nos direciona para suspeita diagnóstica de abscesso de língua, entretanto é de extrema importância considerarmos diagnósticos diferenciais dependendo da localização da lesão (4).

O diagnóstico diferencial das lesões anteriores da língua inclui falso aneurisma artéria lingual, tuberculose, sífilis, neoplasias e actinomicose (2,7,15). As lesões do terço posterior devem incluir cisto tireoglossos e abscesso de tonsilas linguais (2). Infartos, edema, macroglossia decorrente de hipopituitarismo, alterações metabólicas como deficiência de vitamina B12, hipotireoidismo, amiloidose, acromegalia, deficiência de ferro, também devem ser considerados como diagnósticos diferenciais (8).

A abordagem deve incluir a permeabilidade da via aérea, suporte clínico, antibioticoterapia sistêmica e drenagem do abscesso (4,12).

A antibioticoterapia utilizada no nosso caso, clindamicina e ceftriaxona, apresentavam cobertura adequada para os microorganismos mais comumente responsáveis pelo abscesso de língua segundo a literatura. Eles compõem uma flora mista e estão presentes frequentemente na via aérea superior e na flora da cavidade oral. Os mais comuns são o *Streptococcus Viridans*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Bacterioides* e *Neisseria*, entre outros (1,2,4,5,6)

A opção pela drenagem cirúrgica, que deveria ter sido imediata, foi realizada após o quinto dia de internação devido o paciente estar em uso de antiagregante plaquetário

e ter respondido satisfatoriamente no início do tratamento clínico, o que nos possibilitou evitar o risco de sangramento. Poderia ter sido optado pela drenagem por punção guiada por ultrassonografia, sendo este um procedimento menos invasivo, com menos risco de sangramento também eficaz na drenagem do abscesso (1), porém não tínhamos condições técnicas para sua realização.

O abscesso quando localizado no terço posterior da língua, requer drenagem cirúrgica sob anestesia geral, pois pode evoluir com edema local e obstrução de via aérea, aumentando ainda mais o risco do procedimento (1).

O bom prognóstico e a não recorrência do abscesso em casos onde são realizadas drenagens do abscesso (cirúrgica ou por punção) é decorrente dos fatores de proteção apresentados pela língua como a ação bactericida da saliva, sua rica vascularização e à musculatura que ao contrair-se, limita a inflamação e a cavidade formada pelo abscesso (1). Apesar da gravidade do abscesso, não há relatos na literatura de casos fatais após o uso amplo de antibióticos (4).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O abscesso de língua é uma doença rara entretanto deve ser considerada como diagnóstico diferencial dos abaulamentos de língua. Os exames de imagem auxiliam no diagnóstico. A antibioticoterapia sistêmica associada à drenagem é o tratamento de escolha para os abscessos de língua e devem ser realizados de maneira rotineira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Balatsouras DG, Elioupolous NP, Kaberos AC. Lingual Abscess: Diagnosis and Treatment. *Head Neck*. 2004, 26(6):550-554.
- Hehar SS, Johnson IJM, Jones NS. Glossal abscess presenting as unilateral tongue swelling. *The Journal of Laryngology and Otology*. 1996, 110:389-390.
- Bernardini CV. Abscess of the tongue. *California and Western Medicine*. 1945, 63:1316-1317.
- Sands M, Pepe J, Brown RB. Tongue abscess: case report and review. *Clin Infect Dis*. 1993, 16:133-35.
- Munõz A, Ballesteros AI, Castelo JAB. Primary Lingual Abscess Presenting as Acute Swelling of the Tongue Obstructing the Upper Airway: Diagnosis with MR. *Am J Neuroradiol*. 1998, 19:496-498.
- Ozturk M, Mavili E, Erdogan N, Cagli S, Guney E. Tongue Abscesses: MR Imaging Findings. *Am J Neuroradiol*. 2006, 27:1300-03.
- Kim HJ, Lee BJ, Kim SJ, Shim WY, Baik SK, Sunwoo M. Tongue Abscess Mimicking Neoplasia. *Am J Neuroradiol*. 2006, 27:2202-03.
- Antoniades K, Hadjipetrou L, Antoniades V. Acute tongue abscess: report of three cases. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2004, 97:570-73.
- Olsen JC. Lingual abscess secondary to body piercing. *J Emerg Med*. 2001;20:409.
- Eviatar E, Pitaro K, Segal S, Kessler A. Lingual abscess: Secondary to follicular tonsillitis. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery*. 2004, 131(4) 558-559.
- Boon M, Pribitkin E, Spiegel J, Nazarian L, Herbison GJ. Lingual abscess from a grill cleaning brush bristle. *Laryngoscope*. 2009, 119(1):79-8.
- Vellin JF, Crestani S, Saroul N, Bivahagumye L, Gabrillargues J, Gilain L. Acute Abscess of the Base of the Tongue: A Rare but Important Emergency. *J Emerg Med*. 2008 Nov 18.
- Moya Albiol S, Estors JL, De la Fuente Arjona, Urchueguía Navarro MT. Tongue abscess. Report of a case and bibliographic review. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2000, 51(6):535-8.
- Ozturk M, Yorulmaz I, Guney E, Ozcan N. Masses of the tongue on mouth floor: findings on magnetic resonance imaging. *Eur Radiol*. 2000, 10:1669-1674.
- Zamarro MTL, Pérez ML, Soriano JAM, Sanz GM. Actinomicosis de base de lengua. *Acta Otorrinolaringol Esp*. 2005, 56:222-225.