

## ABSCESO DE BASE DE LÍNGUA: UMA CAUSA INCOMUM DE OBSTRUÇÃO DE VIA AÉREA

### ABCESS OF THE BASE OF THE TONGUE: AN UNUSUAL CAUSE OF AIRWAY OBSTRUCTION

Diego Antônio de Almeida Nunes<sup>1</sup>; Érika Alves Dutra da Silva<sup>2</sup>; Lola Celeste Pantoja Castiel<sup>3</sup>.

#### RESUMO

O abscesso de língua é uma entidade incomum com poucos casos descritos na literatura, o qual tem um grande potencial de risco à vida por comprometer a via aérea e disseminação dos agentes patológicos para outras regiões, constituindo um desafio clínico. O abscesso lingual deve ser prontamente reconhecido e tratado como emergência, sendo um potencial causa de obstrução de via aérea, particularmente se o abscesso se encontra na base da língua. Os autores relatam um caso de abscesso agudo do terço posterior da língua com alto risco de obstrução de via aérea devido à corpo estranho.

**Descritores:** Doenças da Língua. Abscesso. Obstrução das Vias Respiratórias.

#### ABSTRACT

The tongue abscess is an uncommon entity with few cases described in the literature, it may must to great potential of risk for life and commitment are through and dissemination of agents pathological for other regions, constituting the challenge clinical. Tongues abscess should be promptly recognized and treated as an emergency, being a potential cause of airway obstruction, particularly if abscess lies at the base of the tongue. The authors report a case of acute abscess of the posterior third of the tongue with risk of airway obstruction due to the foreign body.

**Keywords:** Tongue Diseases. Abscess. Airway Obstruction.

## INTRODUÇÃO

A língua é uma das estruturas dominantes da cavidade oral, sendo frequentemente exposta a diversas patologias<sup>1,2</sup>. Embora esteja constantemente sofrendo traumas, a língua é resistente à infecção e isso ocorre devido aos mecanismos de defesa, como rica vascularização e drenagem linfática, anatomia muscular única, constante mobilidade e a ação imunológica salivar.<sup>3,4</sup>

O abscesso de língua é uma entidade incomum com poucos casos descritos na literatura, o qual tem um grande potencial de risco à vida por comprometer a via aérea e disseminação dos agentes patológicos para outras regiões, constituindo um desafio clínico<sup>5,6</sup>. Ocorre em todas as faixas etárias, no entanto, a maior parte dos pacientes encontra-se entre a faixa de 30 a 50 anos, não ocorrendo predileção por gênero<sup>7</sup>. Abscessos localizados nos dois terços anteriores da língua possuem fácil diagnóstico,

constituindo a maior parte dos casos. No entanto, aqueles que se localizam no terço posterior podem constituir um desafio, necessitando, em alguns casos, investigação imagiológica para estabelecer o diagnóstico definitivo<sup>4,7</sup>.

O abscesso lingual deve-se ser prontamente reconhecido e tratado como emergência, sendo uma potencial causa de obstrução de via aérea, particularmente se o abscesso encontra-se na base da língua<sup>4,8</sup>. O tratamento com antibioticoterapia é a terapêutica inicial para essa patologia, seguida de drenagem cirúrgica<sup>4,6</sup>. Os autores relatam um caso de abscesso agudo do terço posterior da língua com alto risco de obstrução de via aérea em paciente do sexo masculino devido à corpo estranho.

## RELATO DO CASO

V.F.S., sexo masculino, 36 anos, com histórico de perfuração da língua há uma semana por corpo estranho, provavelmente

<sup>1</sup> Hospital Estadual Pronto Socorro João Paulo II, Serviço de Cirurgia Geral, Porto Velho, RO, Brasil.

<sup>2</sup> Centro Universitário São Lucas, Curso de Medicina, Porto Velho, RO, Brasil.

<sup>3</sup> Clínica de Radiologia e Imagem Samuel Castiel Júnior, Serviço de Radiologia, Porto Velho, RO, Brasil.

espinho de pequi (*Caryocar brasiliense*), evoluiu com dor no local, febre (38,5°C), edema em língua que se estendia para hemiface direita e região submentoniana, com exsudato purulento espontâneo pela face pósterolateral direita da língua após seis dias da lesão, associada à leve dispneia e disфонia. Negava disfagia, comorbidades, uso de medicações, histórico de trauma recente na face e odontalgia.

Ao exame físico, apresentava-se em regular estado geral, febril (38°), anictérico, acianótico, pressão arterial 130x90 mmHg, 122 bpm, SatO<sub>2</sub> 98%. À ectoscopia apresentava edema de face à direita e região submentoniana, abaulamento e sinais flogísticos em região cervical. O exame da cavidade oral evidenciava glossite extensa, edemaciada e ponto de drenagem espontânea de pus em região pósterolateral direita (Figura 1). Laboratorialmente apresentava leucocitose (13.500) à custa de segmentados (71%), sem outros achados dignos de nota. Tomografia de pescoço e face que evidenciou heterogeneidade da densidade associado a aumento irregular da base da língua à direita, determinando significativo estreitamento da luz traqueal. Nota-se pequenos linfonodos na região submandibular bilateralmente (Figura 2).



Figura 1. Ponto de drenagem espontânea de pus em região pósterolateral direita da língua.

Iniciou-se suporte clínico e antibioterapia endovenosa com amoxicilina e clavulanato e devido ao risco de obstrução

das vias aéreas superiores de forma súbita pelo edema inflamatório da glote, optou-se pela realização de traqueostomia no intraoperatório e drenagem cirúrgica ampla de língua e região mentoniana com instalação de drenos tubulares e tampão oral. Não foi encontrado nenhum corpo estranho na língua. O paciente evoluiu satisfatoriamente com melhora importante do estado geral já no pós-operatório imediato. Recebeu alta no terceiro dia de internação hospitalar com antibioterapia oral por 21 dias com esquema de ciprofloxacino e metronidazol e retirada de traqueostomia a nível ambulatorial. No sétimo pós-operatório, o paciente encontrava-se em bom estado geral, sem queixas orais e também com respiração espontânea pela via aérea superior.

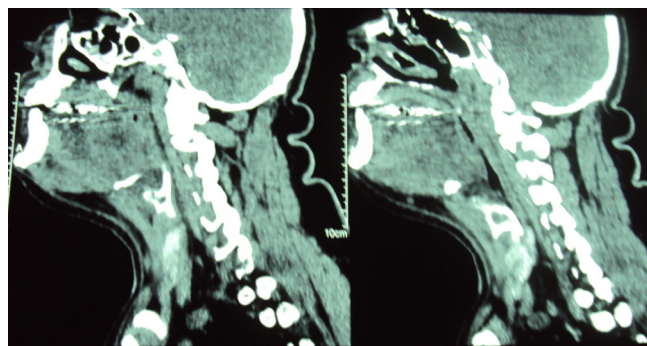


Figura 2. Tomografia de pescoço e face evidenciou heterogeneidade da densidade associado a aumento irregular da base da língua à direita, determinando significativo estreitamento da luz traqueal.

## DISCUSSÃO

A maior parte dos casos de abscessos linguais origina-se por invasão direta. A etiologia tipicamente envolvida nesta patologia constitui a flora normal que se encontra presente na cavidade oral, tais como *Streptococcus sp.*, *Staphylococcus sp.*, *Haemophilus sp.*, *Bacteroides sp.* e outras espécies anaeróbicas<sup>9,10</sup>. O abscesso da língua pode ter causas diferentes, dependendo da localização<sup>1,11</sup>. Os dois terços anteriores da língua é conhecida com língua oral, sendo a parte que se move livremente, nela encontramos as "papilas de vallate" que contêm a musculatura intrínseca e o "epitélio envolvente"<sup>11</sup>. Abscessos nessa área resultam de trauma local devido a dentes irregulares, feridas de mordida ou corpo estranho, entretanto a maioria dos pacientes não apresentam história específica<sup>10,11</sup>. No terço posterior da língua, também conhecido co-

mo base da língua e considerada como parte da orofaringe, encontra-se o tecido lingual tonsilar recoberto por remanescentes do ducto tireoglossal<sup>1</sup>. Os abscessos nesta área geralmente se originam como lesões linguales tonsilares, cistos de ducto tireoglossos infectados e infecções apicais de primeiro ou segundo molar<sup>4,10</sup>.

Podemos observar que o caso exposto a etiologia do caso é incomum e até o momento não foi encontrada em outras literaturas causa semelhante para o abscesso. A principal hipótese seja que o abscesso tenha se formado devido à presença de espinho de pequi (*C. brasiliense*), levando à infecção do terço posterior e formação do abscesso lingual. Os sintomas do abscesso de língua incluem dor súbita que pode irradiar para o pavilhão auricular, edema lingual dentro de horas ou dias, sialorreia, presença de nódulos nos tecidos profundos da língua, disфония, dislalia e fixação voluntária da língua devido quadro algico<sup>7,10</sup>. Em alguns casos, o paciente pode evoluir com dispneia, disfagia e odinofagia, sinais de alarme que necessitam de intervenção de imediato, através de drenagem e estabelecimento de uma via aérea segura<sup>1,7</sup>.

A maioria dos abscessos no terço anterior da língua são diagnosticados clinicamente e tratados com sucesso com terapia médica imediata<sup>7</sup>. Por este motivo, os métodos de diagnóstico por imagem geralmente não são necessários<sup>11</sup>. No entanto, quando o abscesso está localizado no terço posterior da língua ou caso a etiologia do edema agudo da língua é desconhecida, a investigação radiológica pode ajudar na distinção do abscesso lingual com outras patologias, uma vez que os sintomas e o processo inflamatório são menos específicos<sup>6,11</sup>.

A ultrassonografia pode definir e diferenciar estruturas císticas, vascularizadas de abscessos; os achados incluem lesão hipoeoica cercada por um anel hiperecoico, porém na língua tem-se uma dificuldade para utilização do transdutor e os marcos anatômicos não são precisos, uma vez que a língua está edemaciada e o paciente pode sofrer desconforto ou dor aguda quando a língua é pressionada<sup>7</sup>. A tomografia computadorizada permite definição e relação anatômica da lesão principalmente do terço posterior da língua, possibilita a distinção de um abscesso lingual de celulite ou tumor<sup>10</sup>. Em casos de difícil definição etiológica, utiliza-se tomografia computadorizada

contrastada, na qual evidencia lesão de hipodensidade com aumento do contraste das margens periféricas<sup>10</sup>. A imagem de ressonância magnética (RMN) proporciona uma excelente descrição anatômica com alta resolução de contraste e capacidade multiplanar, pois define claramente a anatomia da cavidade oral com excelentes detalhes de tecido mole permite uma localização precisa da origem do processo<sup>7</sup>.

O diagnóstico diferencial de abscesso de língua incluem uma série de doenças que podem causar edema lingual, como carcinoma, anafilaxia imunológica, cistos dermóides, lipoma, aneurisma da artéria lingual, malformação arteriovenosa, infarto, hemorragia, amigdalite lingual, cisto tireoglossal, úlceras tuberculíneas, tuberculose e linfoma, que pode promover uma condição de risco de vida semelhante<sup>5,12</sup>. O tratamento recomendado do abscesso de língua consiste em manter a permeabilidade da via aérea, drenagem do abscesso e uso de antimicrobianos<sup>1,8</sup>. A terapia empírica baseia-se nos microorganismos mais comumente responsáveis pelo abscesso de língua segundo a literatura<sup>8,9</sup>. Os antimicrobianos mais utilizados são clindamicina, ceftriaxona, penicilina, ácido clavulânico e metronidazol<sup>9,10</sup>. Após a drenagem, o envio do material para cultura e o resultado do antibiograma deve indicar qual droga deve ser utilizada a seguir<sup>8</sup>.

Em nosso caso iniciou-se a antibioticoterapia endovenosa com amoxicilina e clavulanato por serem os disponíveis na instituição naquele momento, sendo posteriormente prescrito esquema de ciprofloxacino e metronidazol por 21 dias, antimicrobianos "fazem a cobertura" dos germes mais encontrados nesta patologia. Os abscessos de língua podem ser drenados efetivamente com uma aspiração por agulha, entretanto a equipe médica deve estar preparada para realizar uma incisão formal e drenagem ampla caso haja falha na terapia ou sinais de deterioração do paciente<sup>8</sup>. Quando o abscesso localiza-se no terço posterior da língua, requer drenagem cirúrgica sob anestesia geral, pois a drenagem pode cursar com edema local e comprometimento respiratório, aumentando ainda mais o risco do procedimento<sup>1,9</sup>. Já os casos que se localizam nos dois terços anteriores da língua podem ser tratados conservadoramente, mas assegurando-se o acompanhamento deste paciente<sup>9</sup>. No caso apresentado, devi-

do ao risco de obstrução das vias aéreas superiores de forma súbita pelo edema inflamatório da glote, optou-se pela realização de traqueostomia, seguida de drenagem cirúrgica ampla de língua e região mentoniana com instalação de drenos tubulares e tampão oral.

O abscesso de língua é uma doença incomum, entretanto deve ser considerada como diagnóstico diferencial dos abaulamentos de língua. O exame clínico, a ultrassonografia, tomografia computadorizada e /ou aspiração por agulha devem estabelecer o diagnóstico<sup>6</sup>. O abscesso lingual exige um tratamento rápido e agressivo uma vez que é uma infecção potencialmente fatal<sup>1,9</sup>. A manutenção da via aérea, antibioticoterapia sistêmica associada à drenagem é o tratamento de escolha para os abscessos de língua<sup>10</sup>.

## REFERÊNCIAS

1. Ozgur GT, Akdogan MV, Unler GK, Gokturk HS. A rare cause of acute Dysphagia: abscess of the base of the tongue. *Case Rep Gastrointest Med*. 2015;2015:431738.
2. Balatsouras DG, Eliopoulos PN, Kaberos AC. Lingual abscess: diagnosis and treatment. *Head Neck*. 2004;26(6):550-4.
3. Ozbay M, Bakir S, Kinis V, Yorgancilar E. A rare but important emergency: abscess of the tongue base. *Firat Tıp Dergisi*. 2012;17(4, ek sayı 1):53-4.
4. Byahatti SM, Ingafou MSH. Lingual abscess--a rarity. *J Clin Exp Dent*. 2011;3(2):162-5.
5. Kulkarni CD, Verma AK, Kanaujia R. A rare case of hemilingual abscess in a 17-year-old girl: the ease of ultrasound and the advantage of MRI. *Jpn J Radiol*. 2013;31(7):491-5.
6. Dubey PK, Chaudhary A, Pandey MK, Chaudhary M, Gupta P, Kumar A. Tongue: an unusual site of abscess development. *Int J Prev Clin Dent Res*. 2016;3(4):306-9.
7. Muñoz A, Ballesteros AI, Brandariz Castelo JA. Primary lingual abscess presenting as acute swelling of the tongue obstructing the upper airway: diagnosis with MR. *AJNR Am J Neuroradiol*. 1998;19(3):496-8.
8. Harrington AT, Hsia JC, Mendez E, Clarridge JE 3rd. A lingual abscess caused by *Streptococcus intermedius*. *J Med Microbiol*. 2012;61(Pt 4):590-2.
9. 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*. 2011;41(5):e107-10.
10. Carvalho TBO, Fernandes AM, Sanchez RA. Abscesso de língua: relato de caso. *Arq Int Otorrinolaringol*. 2012;16(1):126-9.
11. Ozturk M, Mavili E, Erdogan N, Cagli S, Guney E. Tongue abscesses: MR imaging findings. *AJNR Am J Neuroradiol* 2006;27(6):1300-3.

Recebido em: 20/11/2018

Aceito para publicação: 09/10/2019

Conflito de interesses: Não

Fonte de financiamento: Não

## Endereço para correspondência:

Diego Antônio de Almeida Nunes

E-mail: [diegoalmeidamed@hotmail.com](mailto:diegoalmeidamed@hotmail.com)  
[erikaadutra@gmail.com](mailto:erikaadutra@gmail.com)