JOURNAL OF THE Selva Andina Research Society
Official Journal of the Selva Andina Research Society.

Reporte de Caso

ISSN 2072-9294 (print edition)
JSARS
ISSN 2072-9308 (online edition)

Manejo crítico, anestésico y quirúrgico de la angina de Ludwig complicada con mediastinitis descendente

Critical, anesthetic, and surgical management of Ludwig's angina complicated by descending mediastinitis

Holguín-Pionce Vanessa Alexandra[1], Orellana-Castillo Michael Lenin[1,6], Giler-López Cinthya Alejandra[2], Chiriboga-Mosquera Giannina Cielo[1], Ydrovo-Naranjo Ana Yolanda[3], Chala-Baque Meyline Michelle[4], Intriago-Hidalgo José Eduardo[5], Estrada-García Lady Dalila[1], Vecilla Gómez Dagna Haidee[1], Hidalgo-Acosta Javier Aquiles[6*]

Datos del Artículo

[1] Universidad de Guayaquil.
Ciudadela Universitaria.
Malecón del Salado entre Av. Delta s/n y Av. Kennedy.
Guayaquil, Guayas – Ecuador.

[2] Universidad Particular San Gregorio de Portoviejo.
Avenida Metropolitana Eloy Alfaro #2005 y la Avenida Olímpica.
Portoviejo 130101.
Provincia de Manabí, Ecuador.

[3] Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.
Av. Carlos Julio Arosemena km. 1.5, vía a Daule.
C. 11A NO 118, Guayaquil 090512.
Guayaquil, Ecuador.

[4] Universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí.
Ciudadela Universitaria.
Av. circunvalación, Manta-Ecuador.

[5] Universidad internacional SEK-UISEK.
Campus Miguel de Cervantes.
Calle Albert Einstein S/N y 5ta. Transversal.
Telf. 3974800 (Carcelén).
Quito – Ecuador.

[6] Ministerio de Salud Publica.
Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira.
Km 2.5 vía Durán-Tambo.
Ecuador.

***Dirección de contacto**:

Ministerio de Salud Publica
Hospital General Dr. Enrique Ortega Moreira
kilómetro 2.5 de la vía Durán-Tambo
Ecuador
Tel: +593990733946.

Javier Aquiles Hidalgo Acosta
E-mail address :
jahidalgoacosta@hotmail.com

Palabras clave:

Angina de Ludwig;
mediastinitis;
infecciones odontógenas;
manejo de la vía aérea;
cuidados críticos.

Resumen

La angina de Ludwig es una infección cervicofacial de rápida progresión que compromete los espacios submandibular, sublingual y submentoniano, con riesgo de obstrucción aguda de la vía aérea y extensión hacia los espacios cervicales profundos y el mediastino. Constituye una urgencia médico-quirúrgica asociada con elevada morbimortalidad cuando el diagnóstico y el tratamiento son tardíos. Se presenta el caso de un paciente masculino de 30 años, sin antecedentes patológicos de importancia, que desarrolló fiebre, odinofagia, disfagia, cervicalgia, expectoración mucopurulenta y dificultad respiratoria progresiva tras la extracción de un tercer molar mandibular derecho. La tomografía computarizada de cuello evidenció gas en los tejidos blandos cervicales y edema de los espacios submandibular y parafaríngeo, mientras que la tomografía de tórax confirmó extensión de la infección hacia el mediastino, con colección mediastínica y hallazgos compatibles con mediastinitis necrotizante descendente. Durante la hospitalización presentó insuficiencia respiratoria aguda que requirió intubación orotraqueal, ventilación mecánica invasiva e ingreso a la unidad de cuidados intensivos. Fue sometido a toracotomía de urgencia con drenaje de absceso mediastínico, cervicotomía exploradora y múltiples limpiezas quirúrgicas. Los cultivos del absceso cervical y mediastínico aislaron *Streptococcus anginosus*. Durante la evolución desarrolló neumonía asociada a ventilación mecánica por *Acinetobacter baumannii* multirresistente, por lo que se ajustó el tratamiento antimicrobiano. Tras 25 días de cuidados intensivos, el paciente presentó evolución clínica favorable y fue dado de alta en condiciones estables. Este caso resalta la importancia del reconocimiento temprano de la angina de Ludwig y de la realización oportuna de tomografía computarizada para identificar la extensión cervicomediastínica de la infección. El aseguramiento precoz de la vía aérea, la antibioticoterapia de amplio espectro, el drenaje quirúrgico oportuno y el manejo multidisciplinario intensivo fueron determinantes para lograr una evolución favorable pese a la gravedad del cuadro clínico.

2026. Journal of the Selva Andina Research Society®. Bolivia. Todos los derechos reservados.

Abstract

2026; 17(2):182-191.
ID del artículo: 214/JSARS/2026

Historial del artículo

Recibido enero 2026.
Devuelto junio 2026.
Aceptado junio 2026.
Disponible en línea, agosto 2026.

Editado por:
Selva Andina
Research Society

Keywords:

Ludwig's angina;
mediastinitis;
odontogenic infections;
airway management;
critical care.

Ludwig's angina is a rapidly progressive cervicofacial infection involving the submandibular, sublingual, and omental spaces, with a high risk of acute airway obstruction and extension into the deep cervical spaces and mediastinum. It constitutes a medical and surgical emergency associated with high morbidity and mortality when diagnosis and treatment are delayed. We present the case of a 30-year-old man with no significant past medical history who developed fever, odynophagia, dysphagia, neck pain, mucopurulent sputum, and progressively worsening respiratory distress following the extraction of the right mandibular third molar. Neck computed tomography (CT) demonstrated gas within the cervical soft tissues and edema involving the submandibular and parapharyngeal spaces, while chest CT confirmed extension of the infection into the mediastinum, revealing a mediastinal collection consistent with descending necrotizing mediastinitis. During hospitalization, the patient developed acute respiratory failure requiring orotracheal intubation, invasive mechanical ventilation, and admission to the intensive care unit. He underwent emergency thoracotomy with mediastinal abscess drainage, exploratory cervicectomy, and multiple surgical debridement's. Cultures obtained from the cervical and mediastinal abscesses yielded *Streptococcus anginosus*. During his clinical course, he developed ventilator-associated pneumonia caused by multidrug-resistant *Acinetobacter baumannii*, prompting adjustment of antimicrobial therapy. After 25 days of intensive care, the patient showed favorable clinical improvement and was discharged in stable condition. This case highlights the importance of early recognition of Ludwig's angina and the timely use of computed tomography to identify cervicomediastinal spread of the infection. Early airway protection, prompt administration of broad-spectrum antibiotics, timely surgical drainage, and multidisciplinary intensive care management were critical in achieving a favorable outcome despite the severity of the disease.

2026. Journal of the Selva Andina Research Society®. Bolivia. All rights reserved.

Introducción

La angina de Ludwig (AL) es una celulitis necrosante rápidamente progresiva del suelo de la boca que compromete los espacios submandibular, sublingual y submentoniano, con potencial extensión hacia los espacios cervicales profundos y el mediastino. Se considera una urgencia médico-quirúrgica debido al elevado riesgo de obstrucción aguda de la vía aérea, sepsis y mediastinitis necrotizante descendente; complicaciones que incrementan significativamente la morbimortalidad cuando el diagnóstico y el tratamiento se retrasan[1].

Descrita por Wilhelm Frederick von Ludwig en 1836, esta entidad continúa representando un desafío para los servicios de urgencias, anestesiología, cirugía y medicina crítica, a pesar de los avances en la antibioticoterapia, las técnicas de imagen y el soporte intensivo. La reducción de la mortalidad observada en las últimas décadas se atribuye principalmente al reconocimiento precoz, al aseguramiento oportuno de la vía aérea y al control quirúrgico temprano del foco infeccioso[2,3].

Las infecciones odontógenas constituyen aproximadamente el 70 % de los casos, siendo los segundos y terceros molares mandibulares las principales puertas de entrada debido a su estrecha relación anatómica con los espacios submandibulares. Otros factores predisponentes incluyen diabetes mellitus, alcoholismo, desnutrición, inmunosupresión, infección por el virus de la inmunodeficiencia humana, enfermedad renal crónica y mala higiene bucal[4-6].

La infección suele ser polimicrobiana e involucra bacterias aerobias y anaerobias de la microbiota oral, predominando especies de *Streptococcus*, *Streptococcus anginosus*, *Bacteroides*, *Fusobacterium* y *Staphylococcus*. La rápida propagación de la infección a través de los planos fasciales cervicales puede ocasionar edema masivo del piso de la boca, desplazamiento posterior de la lengua, obstrucción de la vía aérea y extensión al mediastino, originando mediastinitis necrotizante descendente, una de las complicaciones con peor pronóstico[7-11].

Las manifestaciones clínicas incluyen fiebre, odinofagia, disfagia, dolor cervical, trismus, aumento de volumen submandibular y dificultad respiratoria pro-

gresiva. Ante la sospecha clínica, la tomografía computarizada (TC) con contraste constituye el estudio de elección para determinar la extensión de la infección, identificar la presencia de gas en los tejidos blandos, colecciones profundas y compromiso de los espacios cervicales y mediastínicos, información indispensable para planificar el tratamiento quirúrgico[12-16].

El tratamiento debe instaurarse de forma inmediata e incluye el aseguramiento precoz de la vía aérea, antibioticoterapia intravenosa de amplio espectro, drenaje quirúrgico oportuno y manejo intensivo. La participación coordinada de anestesiología, cirugía general, cirugía torácica, otorrinolaringología y medicina crítica es fundamental en los pacientes con enfermedad avanzada, debido a la elevada frecuencia de vía aérea difícil y a la necesidad de procedimientos quirúrgicos complejos para controlar el foco séptico[10,17-21].

Aunque la mayoría de los casos responden favorablemente cuando el tratamiento es oportuno, la progresión hacia mediastinitis descendente continúa asociándose con una elevada morbimortalidad y suele requerir ventilación mecánica; múltiples intervenciones quirúrgicas y estancia prolongada en unidades de cuidados intensivos[22,23].

El presente reporte describe el manejo crítico, anestésico y quirúrgico de un paciente joven con AL de origen odontógeno complicada con mediastinitis necrotizante descendente, destacando el papel de la TC en el diagnóstico, el control quirúrgico precoz del foco infeccioso y el abordaje multidisciplinario como factores determinantes para una evolución clínica favorable.

Presentación del caso

Paciente masculino de 30 años, sin antecedentes patológicos de importancia, quien consultó por un cuadro clínico de siete días de evolución caracterizado inicialmente por astenia, fiebre, odinofagia, malestar general e hiporexia. Tres días antes del ingreso presentó exacerbación de los síntomas con disfagia progresiva, expectoración mucopurulenta, vómitos, dolor intenso en la región cervical derecha, dolor torácico y dificultad respiratoria, motivo por el cual fue referido a un hospital de tercer nivel.

Como antecedente de relevancia, el paciente refirió extracción del tercer molar mandibular derecho 24 días antes del ingreso. Posteriormente presentó halitosis y dolor gingival persistente, por lo que recibió tratamiento antibiótico ambulatorio no especificado y posteriormente ceftriaxona, sin evidenciar mejoría clínica.

Al ingreso fue valorado por el Servicio de Otorrinolaringología, que indicó hospitalización para observación, realización de TC maxilofacial y de cuello, además de estudios de laboratorio. La biometría hemática mostró leucocitosis de 20 000 células/µL. Inicialmente recibió dexametasona, clindamicina y ceftriaxona por vía intravenosa mientras se completaba la evaluación diagnóstica.

Posteriormente fue evaluado por el Servicio de Cirugía General. En el examen físico se encontró consciente y orientado, con puntuación de 15/15 en la escala de Glasgow. Presentaba temperatura de 38.1° C, frecuencia cardíaca de 120 latidos por minuto, presión arterial de 144/78 mmHg, frecuencia respiratoria de 28 respiraciones por minuto y SpO_2 88 % respirando aire ambiente. La exploración orofaríngea evidenció hiperemia intensa con abundante secreción purulenta, mientras que el cuello presentaba aumento de volumen doloroso en la región submandibular y submentoniana. A la auscultación pulmonar se observó hipoventilación en la base pulmonar derecha y dolor retroesternal a la palpación. El resto del examen físico no mostró alteraciones relevantes.

La TC de cuello evidenció múltiples burbujas de gas en los tejidos blandos adyacentes al tercer molar mandibular derecho, asociadas a edema difuso de los

espacios submandibular, sublingual y parafaríngeo, con extensión hacia los espacios cervicales profundos (Figura 1A y 1B). Debido a estos hallazgos se realizó una TC de tórax, que expuso la propagación del proceso infeccioso hacia el mediastino superior, con presencia de gas, colección mediastínica y cambios inflamatorios compatibles con mediastinitis necrotizante descendente (Figura 1C y 1D). Con base en la evaluación clínica y radiológica se estableció el diagnóstico de AL complicada con mediastinitis descendente y absceso mediastínico.

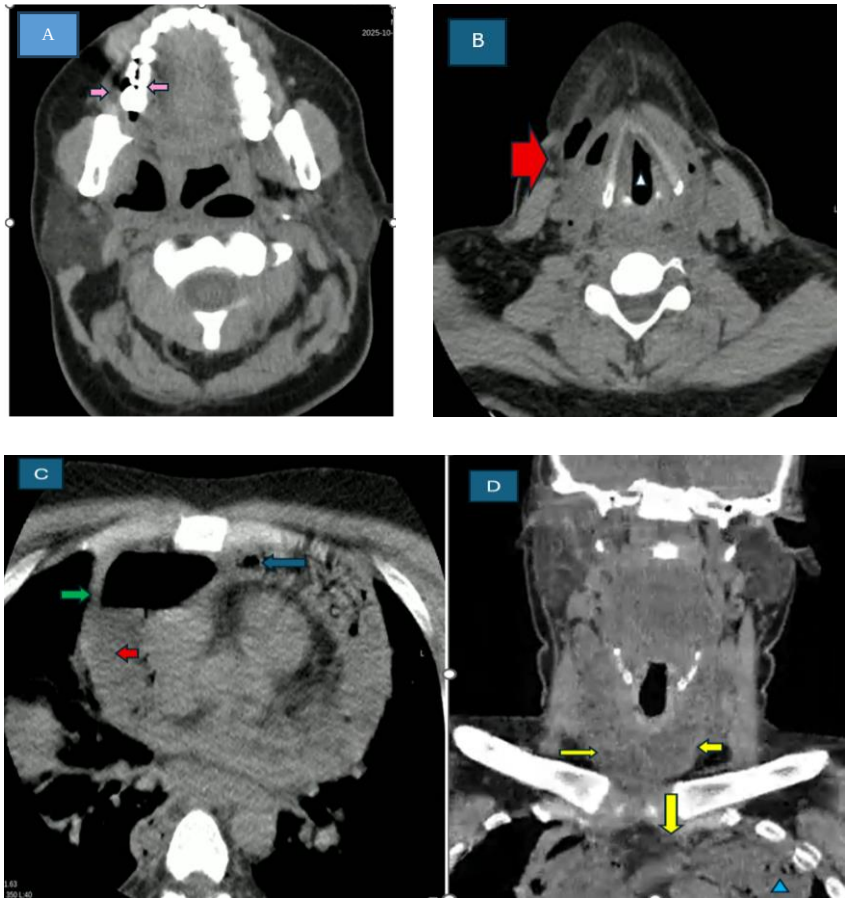


Figura 1 Tomografía computarizada de cuello y tórax en paciente con angina de Ludwig complicada con mediastinitis necrotizante descendente. (A) Corte axial de cuello que muestra colección de gas en la región del tercer molar mandibular derecho (flechas rosadas), compatible con foco odontógeno, asociada a edema difuso de los tejidos blandos del piso de la boca. (B) Corte axial cervical que evidencia importante edema de los espacios submandibular y parafaríngeo derechos con múltiples burbujas de gas (flecha roja), hallazgos compatibles con celulitis necrosante y extensión hacia los espacios cervicales profundos. (C) Corte axial de tórax que demuestra mediastinitis descendente con extensa colección aérea y material inflamatorio en el mediastino anterior (flecha verde), colección purulenta mediastínica (flecha roja) y cambios inflamatorios con compromiso pleuromediastínico (flecha azul). (D) Reconstrucción coronal de tomografía computarizada donde se observa la propagación de la infección desde los espacios cervicales profundos hacia el mediastino superior (flechas amarillas), compatible con mediastinitis necrotizante descendente secundaria a angina de Ludwig

Ante la gravedad del cuadro clínico se instauraron medidas de soporte que incluyeron ayuno absoluto, monitorización continua, oxigenoterapia por cánula nasal, tromboprofilaxis y antibioticoterapia empírica de amplio espectro con meropenem y vancomicina.

Durante las primeras 24 horas de hospitalización el paciente presentó deterioro respiratorio progresivo, con incremento del trabajo respiratorio y utilización de musculatura accesoria, por lo que requirió intubación orotraqueal mediante secuencia de inducción rá-

pida. Durante la laringoscopia se observó edema importante de las estructuras supraglóticas con abundante secreción purulenta, lo que dificultó el manejo de la vía aérea y obligó a utilizar un tubo endotraqueal de 6.5 mm de diámetro interno. Posteriormente fue conectado a ventilación mecánica invasiva y trasladado de forma inmediata a quirófano.

Bajo anestesia general se realizó toracotomía derecha con exploración y drenaje del absceso mediastínico. Durante el procedimiento se evidenciaron múltiples adherencias pleuromediastínicas, abundante material fibrinopurulento y un absceso mediastínico encapsulado a tensión que contenía aproximadamente 500 mL de secreción fétida achocolatada, asociado a necrosis de la pleura mediastínica y compromiso inflamatorio del cayado aórtico, los troncos supraaórticos y la vena cava superior. Simultáneamente se efectuó cervicotomía exploradora, obteniéndose aproximadamente 120 mL de material purulento procedente de una colección paratraqueal con extensión hacia el mediastino y la región submandibular. Los hallazgos intraoperatorios fueron concordantes con la extensión de la enfermedad confirmada previamente en la TC. Se tomaron muestras para estudio microbiológico.

En el postoperatorio inmediato ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos bajo ventilación mecánica invasiva, sedoanalgesia continua y soporte vasopresor transitorio con norepinefrina. Los puntajes de gravedad fueron APACHE II de 14 puntos y SOFA de 1 punto. El ecocardiograma expuso función sistólica biventricular conservada y pericarditis aguda no constrictiva.

Durante su evolución presentó sepsis, insuficiencia respiratoria aguda e insuficiencia renal aguda estadio AKIN I. Al cuarto día de hospitalización fue sometido a una segunda intervención quirúrgica por persistencia del proceso infeccioso, realizándose reapertura de la cervicotomía, drenaje de aproximadamente 50 mL de secreción purulenta y nueva limpieza quirúrgica.

El cultivo del absceso cervical y del absceso mediastínico aisló *Streptococcus anginosus*, confirmando el origen odontógeno de la infección. Posteriormente desarrolló neumonía asociada a ventilación mecánica por *Acinetobacter baumannii* multirresistente, identificado en el aspirado traqueal, por lo que el tratamiento antimicrobiano fue ajustado a ampicilina/sulbactam y tigeciclina de acuerdo con el antibiograma. La evolución clínica fue progresivamente favorable. Se logró la resolución del proceso séptico, recuperación de la función renal y respiratoria, retiro del soporte vasopresor y destete exitoso de la ventilación mecánica tras la realización de una traqueostomía. Los drenajes torácicos fueron retirados de forma progresiva y las heridas quirúrgicas evolucionaron satisfactoriamente con curaciones seriadas.

Después de 25 días de estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos, el paciente fue trasladado al Servicio de Cirugía General en buenas condiciones clínicas. Posteriormente fue dado de alta hospitalaria consciente, orientado, hemodinámicamente estable, sin requerimiento de oxigenoterapia suplementaria, con adecuada cicatrización de las heridas quirúrgicas y seguimiento ambulatorio por los servicios de cirugía general, cirugía torácica, otorrinolaringología y odontología.

Discusión

La AL constituye una infección cervicofacial de rápida progresión que puede comprometer los espacios submandibular, sublingual y submentoniano, con extensión a los espacios cervicales profundos y al mediastino a través de los planos fasciales del cuello. Sin embargo, la mortalidad disminuyo actualmente gracias al diagnóstico precoz y tratamiento multidisciplinario; la mediastinitis necrotizante descendente

continúa siendo una de sus complicaciones más graves, con tasas de mortalidad que oscilan entre el 20-40 % cuando el diagnóstico o el drenaje quirúrgico son tardíos[24].

En el presente caso, el antecedente de extracción del tercer molar mandibular derecho, seguido de odinofagia, disfagia, cervicalgia y dificultad respiratoria progresiva, fue altamente sugestivo de una infección odontógena complicada. La TC permitió identificar tempranamente la presencia de gas en los tejidos blandos del piso de la boca y de los espacios cervicales profundos, además de señalar la extensión de la infección hacia el mediastino superior, hallazgos característicos de una mediastinitis necrotizante descendente (Figura 1). La presencia de enfisema cervical constituyo un signo radiológico de gran importancia, ya que indica infección por bacterias productoras de gas y suele asociarse con mayor extensión anatómica y necesidad de tratamiento quirúrgico urgente[15,16,24].

La TC es considerada el método de imagen de elección para evaluar la extensión de la AL, debido a su elevada sensibilidad para detectar colecciones profundas, gas en tejidos blandos y compromiso mediastínico. En nuestro paciente, este estudio modificó la conducta terapéutica al señalar mediastinitis y absceso mediastínico, permitiendo planificar de forma inmediata la toracotomía y la cervicotomía exploradora. Diversos autores coinciden en que el retraso en la realización de la tomografía o en el drenaje quirúrgico constituyen uno de los principales factores asociados con mortalidad[15,16].

El manejo de la vía aérea representa el principal desafío anestésico en esta enfermedad. El edema difuso del piso de la boca y de las estructuras supraglóticas condicionó una vía aérea difícil que requirió intubación orotraqueal urgente mediante secuencia de inducción rápida. Durante la laringoscopia se observaron abundantes secreciones purulentas y edema importante de la epiglotis y estructuras adyacentes, hallazgos concordantes con lo descrito en la literatura, donde la dificultad para la intubación constituye una de las principales causas de morbimortalidad. La actuación coordinada del equipo de anestesiología permitió asegurar la vía aérea antes del desarrollo de una obstrucción completa.

Otro aspecto destacable fue la extensión anatómica del proceso infeccioso observada durante la cirugía. La toracotomía evidenció aproximadamente 500 mL de material purulento fétido encapsulado en el mediastino, asociado a necrosis pleuromediastínica y compromiso inflamatorio del cayado aórtico, los troncos supraaórticos y la vena cava superior, mientras que la cervicotomía permitió el drenaje de una colección purulenta paratraqueal con comunicación hacia el mediastino. Estos hallazgos confirman la agresividad de la infección y justifican la necesidad de un control quirúrgico precoz del foco séptico, considerado actualmente el principal determinante de supervivencia en pacientes con mediastinitis descendente.

Desde el punto de vista microbiológico, el aislamiento de *Streptococcus anginosus* en los cultivos del absceso cervical y mediastínico fue consistente con el origen odontógeno de la infección. Este microorganismo pertenece al grupo *Streptococcus anginosus* (antes grupo *Streptococcus milleri*), reconocido por su elevada capacidad para producir abscesos profundos y facilitar la diseminación hacia espacios cervicales y torácicos. Durante la evolución, el paciente desarrolló neumonía asociada a ventilación mecánica por *Acinetobacter baumannii* multirresistente, lo que motivó el ajuste del tratamiento antimicrobiano de acuerdo con los resultados microbiológicos. Este hallazgo pone de manifiesto la importancia de obtener

cultivos antes del inicio de la antibioticoterapia y de realizar una desescalada terapéutica basada en la microbiología.

En concordancia con las recomendaciones actuales, el tratamiento antibiótico inicial incluyó meropenem y vancomicina, debido a la evolución clínica desfavorable, la exposición reciente a ceftriaxona y la extensa afectación cervicomediastínica. Este esquema proporcionó cobertura frente a microorganismos aerobios, anaerobios, bacilos Gram negativos y *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, hasta disponer de los resultados microbiológicos, permitiendo posteriormente individualizar el tratamiento.

La literatura describe desenlaces variables dependiendo del momento del diagnóstico y de la extensión de la enfermedad. Yamaguchi et al.[10], comunicaron el fallecimiento de una paciente con AL secundaria a infección odontógena que evolucionó rápidamente hacia obstrucción completa de la vía aérea, evidenciando en la autopsia edema masivo del piso de la boca y de la laringe. Por el contrario, Romero et al.[11], describieron un paciente con compromiso limitado al cuello que respondió satisfactoriamente al tratamiento antibiótico sin necesidad de drenaje mediastínico. Asimismo, Kovalev[17], reporto un paciente con diagnóstico tardío que requirió múltiples procedimientos quirúrgicos y una estancia hospitalaria prolongada. En comparación con estos reportes, el presente caso destaca por la rápida identificación de la extensión mediastínica mediante TC y por la instauración precoz de un abordaje multidisciplinario, factores que probablemente condicionaron la evolución favorable.

Finalmente, este caso reafirma que la AL debe considerarse una verdadera urgencia médico-quirúrgica. La sospecha clínica temprana, la evaluación tomográfica inmediata, el aseguramiento oportuno de la vía aérea, el drenaje quirúrgico agresivo y el manejo multidisciplinario constituyen los pilares fundamentales para disminuir la morbimortalidad, especialmente cuando existe progresión hacia mediastinitis necrotizante descendente.

Conclusión

La AL complicada con mediastinitis necrotizante descendente constituye una urgencia médico-quirúrgica potencialmente letal, cuyo pronóstico depende del reconocimiento precoz y del inicio inmediato de un tratamiento integral. El presente caso manifiesta que una infección odontógena aparentemente localizada puede progresar rápidamente hacia los espacios cervicales profundos y el mediastino, ocasionando insuficiencia respiratoria aguda, sepsis y compromiso multiorgánico.

La TC desempeñó un papel fundamental al identificar la extensión cervicomediastínica del proceso infeccioso y orientar la planificación del tratamiento quirúrgico. Asimismo, el control oportuno del foco séptico mediante cervicotomía y toracotomía con drenaje mediastínico, el aseguramiento precoz de la vía aérea, la antibioticoterapia empírica de amplio espectro con ajuste posterior según los resultados microbiológicos y el soporte intensivo fueron determinantes para lograr una evolución clínica favorable.

Este caso pone de manifiesto la importancia de un abordaje multidisciplinario coordinado entre los servicios de medicina de emergencias, anestesiología, cirugía general, cirugía torácica, otorrinolaringología y medicina crítica, especialmente en pacientes con compromiso respiratorio y sospecha de diseminación hacia el mediastino.

En conclusión, la sospecha clínica temprana, la realización oportuna de TC, el control quirúrgico precoz del foco infeccioso y el manejo multidisciplinario constituyen los pilares fundamentales para disminuir la morbimortalidad asociada con la AL complicada con mediastinitis descendente.

En resumen, en pacientes con antecedente reciente de infección o procedimiento odontológico que presentan odinofagia, disfagia, dolor cervical y dificultad respiratoria progresiva, debe sospecharse AL. La TC permitirá establecer la extensión anatómica de la infección y orientar el tratamiento quirúrgico oportuno, mientras que el aseguramiento precoz de la vía aérea y el drenaje del foco séptico son determinantes para mejorar la supervivencia.

Fuente de financiamiento

La presente investigación se realizó con fondos propios de los autores sin fuentes externas.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no tienen conflictos de intereses en la presente investigación.

Agradecimientos

Agradecimiento a la profesora Juana Narcisa Acosta Alcívar.

Consideraciones éticas

El presente artículo cumple con los principios de beneficencia, no maleficencia y autonomía, enfocándose en el bienestar del paciente, se obtuvo el consentimiento informado institucional con protección de la confidencialidad y manejo adecuadamente de la información delicada.

Limitaciones en la investigación

Por tratarse de un caso clínico presenta baja capacidad de generalización a poblaciones más amplias y las limitaciones propias de un caso observacional por falta de control de las variables.

Permisos para la publicación

Se obtuvo consentimiento institucional para la publicación de imágenes y revisión de la historia clínica.

Identificación de la responsabilidad y contribución de los autores en el articulo

Hidalgo Javier, conceptualización y recursos, *Vanessa Holguín*, metodología. *José Intriago*, curación de datos. *Cinthya Giler*, redacción del borrador original. *Giannina Chiriboga*, revisión y edición del borrador original. *Ana Ydrovo*, visualización. *Meyline Chala*, investigación. *Lady Estrada*, supervisión. *Dagna Vecilla*, gestión del proyecto. *Vanessa Holguín, Michael Orellana,* redacción del borrador final. *Cinthya Giler*, aceptación final del capítulo. *Giannina Chiriboga*, adquisición de fondos y traducción.

Uso de inteligencia artificial

No se utilizó inteligencia artificial en ninguna fase del desarrollo del presente caso clínico.

Acceso a los datos

Los datos que se han generado como parte del desarrollo, tratamiento y control del paciente en estudio,

están disponibles a través del autor para correspondencia.

Literatura citada

1. Chaabouni H, Bechraoui R, Kriaa M, Zainine R, Besbes G. Ludwig's angina. Tunis Med 2023; 101 (8-9):718-20. PMID: 38445409; PMCID: PMC12377336.
2. Kato R, Ssebagala U, Katrina K. Ludwig's angina and acute myocardial infarction: A case report. Clin Case Rep 2023;11(9):e7832. DOI: https://doi.org/10.1002/ccr3.7832. PMID: 37636883; PMCID: PMC10448238.
3. Wasson J, Hopkins C, Bowdler D. Did Ludwig's angina kill Ludwig? J Laryngol Otol 2006;120(5): 363-5. DOI: https://doi.org/10.1017/S0022215106000806. PMID: 16696873.
4. Bridwell R, Gottlieb M, Koyfman A, Long B. Diagnosis and management of Ludwig's angina: An evidence-based review. Am J Emerg Med 2021; 41:1-5. DOI: https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.12.030. PMID: 33383265.
5. Parker E, Mortimore G. Ludwig's angina: a multidisciplinary concern. Br J Nurs 2019;28(9):547-51. DOI: https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.9.547. PMID: 31070977.
6. Candamourty R, Venkatachalam S, Babu MR, Kumar GS. Ludwig's Angina - An emergency: A case report with literature review. J Nat Sci Biol Med 2012;3(2):206-8. DOI: https://doi.org/10.4103/0976-9668.101932. PMID: 23225990; PMCID: PMC3510922.
7. Distler K, Hammad A, Ryder E, Pokharel S. Ludwig's angina and a complicated course of *Streptococcus constellatus* management. J Intensive Care Med 2025;40(11):1214-9. DOI: https://doi.org/10.1177/08850666251357488. PMID: 40625197.
8. Ghasemi S, Mortezagholi B, Movahed E, Sanjarian S, Ghaedi A, Mallahi A, et al. Neutrophil to lymphocyte ratio in odontogenic infection: a systematic review. Head Face Med 2024;20(1):21. DOI: https://doi.org/10.1186/s13005-024-00421-5. PMID: 38539204; PMCID: PMC10976758.
9. Song X, Fei J, Li L. Intraoperative finding of potential Ludwig's angina resulting from the spread of middle ear cholesteatoma following head trauma: A case report. J Int Adv Otol 2025;21(4): 1-5. DOI: https://doi.org/10.5152/iao.2025.241804. PMID: 40767556; PMCID: PMC12334994.
10. Yamaguchi R, Sakurada K, Saitoh H, Yoshida M, Makino Y, Torimitsu S, et al. Fatal airway obstruction due to Ludwig's angina from severe odontogenic infection during antipsychotic medication: A case report and a literature review. J Forensic Sci 2021;66(5):1980-5. DOI: https://doi.org/10.1111/1556-4029.14740. PMID: 33904596.
11. Romero J, Elkattawy S, Romero A, Latif A, Al-Fiky E, Al-Nasseri A, et al. Ludwig's angina. Eur J Case Rep Intern Med 2022;9(6):003321. DOI: https://doi.org/10.12890/2022_003321. PMID: 35821904; PMCID: PMC9267709.
12. Gunawan F, Ferriastuti W. Ludwig's angina: An alarming radiology challenge. Radiol Case Rep 2022;17(9):3103-6. DOI: https://doi.org/10.1016/j.radcr.2022.05.085. PMID: 35784784; PMCID: PMC9240957.
13. Meena SP, Rodha MS, Garg PK, Patel S. An unusual presentation of Ludwig's angina with empyema thoracis and external carotid artery pseudoaneurysm. Int J Appl Basic Med Res 2022;12(4): 291-3. DOI: https://doi.org/10.4103/ijabmr.ijabmr_716_21. PMID: 36726650; PMCID: PMC9886144.
14. Okonkwo N, Montoya K, Shokoohi H. Floor of the mouth ultrasound assessment in Ludwig's angina. J Emerg Med 2025;74:86-91. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2025.02.013. PMID: 40518359.

15. Karanth T, Lal N, Anand V, Raina S. Ludwig's angina in an otherwise healthy adult. BMJ Case Rep 2025;18(6):e263024. DOI: https://doi.org/10.1136/bcr-2024-263024. PMID: 40579207.
16. Movva H, Crawley GA, Nguyen V, Arghavani P. Atypical pesentation of Ludwig angina: diagnostic and therapeutic complications in a rare case. Cureus 2025;17(11):e98046. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.98046. PMID: 41473636; PMCID: PMC12745298.
17. Kovalev V. A severe case of Ludwig's angina with a complicated clinical course. Cureus 2020;12(4):e7695. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.7695. PMID: 32431974; PMCID: PMC7233510.
18. McDonnough JA, Ladzekpo DA, Yi I, Bond WR Jr, Ortega G, Kalejaiye AO. Epidemiology and resource utilization of Ludwig's angina ED visits in the United States 2006-2014. Laryngoscope 2019;129(9):2041-4. DOI: https://doi.org/10.1002/lary.27734. PMID: 30786031.
19. Parmar BD, Joshi KJ, Modi AD, Dave GP, Desai RS. Management of Ludwig's angina at a tertiary care hospital in western region of India. Cureus 2022;14(3):e23311. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.23311. PMID: 35464585; PMCID: PMC9015074.
20. Sahoo NK, Thakral A, Pandey S, Vaswani H, Vashisht S, Maheshwari I. Incidence of mortality and its relation to comorbidity in Ludwig's angina: a retrospective study. J Maxillofac Oral Surg 2024;23(3):581-8. DOI: https://doi.org/10.1007/s12663-024-02116-5. PMID: 38911416; PMCID: PMC11189848.
21. Movva H, Taksande K. Anaesthetic challenges in a patient of Ludwig's angina: a case report. Cureus 2022;14(10):e30570. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.30570. PMID: 36415440; PMCID: PMC9676709.
22. Akbari N, Razavi A, Sabzi Z, Parhiz J. Ludwig's angina in a 6-year-old child: case report. Clin Case Rep 2025;13(8):e70769. DOI: https://doi.org/10.1002/ccr3.70769. PMID: 40787166; PMCID: PMC12334268.
23. Pak S, Cha D, Meyer C, Dee C, Fershko A. Ludwig's angina. Cureus 2017;9(8):e1588. DOI: https://doi.org/10.7759/cureus.1588. PMID: 29062620; PMCID: PMC5650252.
24. AL Ghabra Y, Brizuela M, Winters R, Singhal M. Ludwig Angina. In: StatPearls [Internet]. Florida: StatPearls Publishing; 2025. Recuperado a partir de: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482354/

Nota del Editor:
Journal of the Selva Andina Research Society (JSARS) **se mantiene neutral con respecto a los reclamos jurisdiccionales publicados en mapas y afiliaciones institucionales, y todas las afirmaciones expresadas en este artículo pertenecen únicamente a los autores, y no representan necesariamente las de sus organizaciones afiliadas, o las del editor, editores y revisores. Cualquier producto que pueda ser evaluado en este artículo o reclamo que pueda hacer su fabricante no está garantizado ni respaldado por el editor.**