

# Abscesos de base de lengua: nuestra experiencia

## Abscesses of lingual base: Our experience

### RESUMEN

Los abscesos de la base de la lengua son procesos poco frecuentes en la actualidad, debido a la resistencia que presenta el músculo lingual a la infección.

Presentamos una revisión de 5 casos tratados en nuestro servicio en los últimos 4 años. Destacamos la variabilidad de la presentación clínica, la importancia de la ayuda del diagnóstico por imagen, así como la necesidad de una intensa vigilancia del paciente por el rápido compromiso de la vía aérea, que requiere de un tratamiento urgente.

### PALABRAS CLAVE:

Absceso, base de lengua, tratamiento quirúrgico.

### SUMMARY

*Lingual abscesses have become extremely rare entities due to the lingual muscle resistance to infection. We report five cases treated in our service in the last four years. We emphasize the variety of clinical presentations, utility of imaging diagnosis, as soon as the necessity of intensive patient vigilance due to usual upper airway obstruction, which requires an urgent treatment.*

### KEY WORDS:

*Lingual abscesses, surgical treatment.*

## Introducción

Los abscesos de la base de la lengua son infecciones extremadamente raras y escasamente descritas en la literatura médica de los últimos años, con apenas 200 casos en la literatura mundial (1). Siendo habitualmente casos únicos.(2,3)

Pese a encontrarse en una región anatómica en la que se producen numerosas infecciones, existen diversos factores que explicarían la resistencia de la lengua a la infección: Grueso epitelio queratinizado de revestimiento, gran vascularización, resistencia del músculo a la infección, protección por la saliva e inmunización por el contacto continuo con gérmenes (4,5)

La etiología varía según se trate de infecciones de la lengua móvil, donde están implicados traumatismos por cuerpos extraños o mordeduras, o de infecciones del tercio posterior producidas también por cuerpos extraños, infecciones de la amígdala lingual, infecciones de quistes tiroglosos o de origen desconocido en numerosos casos.(6,7)

Presentamos una revisión de cinco casos de absceso de base lengua tratados en nuestro hospital en los últimos cuatro años

### Caso Clínico 1

Mujer de 72 años que acude a consulta con un cuadro de odinofagia y disfagia moderadas con carácter progresivo en 45 días sin fiebre, presenta el antecedente de un absceso actinomicótico de base de lengua hace 5 años.

La exploración O.R.L. muestra: orofaringe normal, fibroscopia: tumoración redondeada en hemibase de lengua izquierda con ligero edema de valécula y borde libre de epiglotis. TAC cervical: imagen redondeada de 1.7 cm de diámetro de contenido heterogéneo en base de lengua compatible con absceso.

Se practica drenaje bajo anestesia local con diagnóstico anatomopatológico y microbiológico de micetoma actinomicótico. Ante la persistencia de la clínica se practica marsupialización por microcirugía bajo anestesia general. Se instaura tratamiento antibiótico prolongado (6 meses) con amoxicilina, la paciente permanece asintomática un año después de la intervención.

### Caso Clínico 2

Varón 43 años consulta en urgencias por cuadro de disfagia intensa y disnea moderada desde hace 4 días tras ingesta de cuerpo extraño.

La exploración fibroscópica de laringe muestra importante edema de base de lengua con reducción de luz en hipofaringe, no se observa el cuerpo extraño. La T.C. informa de aumento de densidad de hemilengua izquierda, base de lengua y región suprahioidea sin imagen de absceso (Fig.1).

Se decide actitud expectante con tratamiento médico corticoideo y antibiótico (amoxicilina+clavulánico y gentamicina) con lo que se resuelve el cuadro.

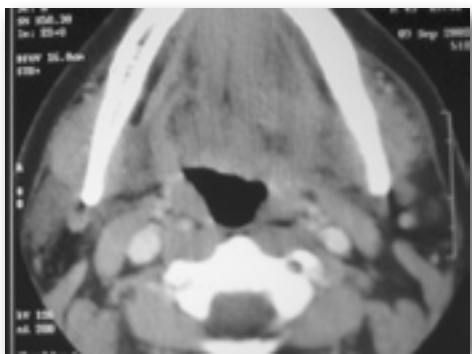


Fig. 1: Protusión de hemilengua Izquierda en hipofaringe.

### Caso Clínico 3

Varón de 48 años que presenta cuadro de odinofagia, disfagia y tumoración submandibular de aspecto inflamatorio y 3 días de evolución.

La exploración O.R.L. muestra engrosamiento de base de lengua, edema cordal moderado con buena luz glótica. La Ecografía cervical muestra colección hipoeoica de 2x4 cm en suelo de boca, en la radiografía lateral cervical se aprecia la impronta de la protusión lingual en la vía aérea (Fig2).

Se practica incisión y desbridamiento por cervicotomía media bajo anestesia local con diagnóstico microbiológico de Estafilococo AU. Se instaura tratamiento antibiótico con gentamicina, Metronidazol y cefixima con resolución clínica de la infección.



Fig. 2: Protusión del absceso de base de lengua en vía aérea.

### Caso Clínico 4

Varón de 68 años remitido a consulta por presentar cuadro de odinofagia, disfagia y disfonía lentamente progresivas desde hace tres semanas, refiere hábito tabáquico importante y enolismo moderado.

La exploración fibroscópica muestra una tumefacción de base de lengua, valécula y cara lingual de epiglotis, irregular, sugestiva de neoformación. El estudio mediante T.C. muestra una lesión hiperdensa, de límites mal definidos, desde base de lengua a valécula derecha con adenopatías contralaterales (Fig3).

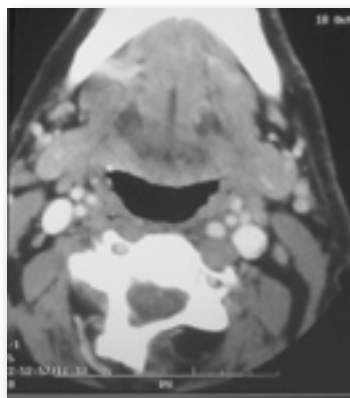


Fig. 3: Infiltración flemonosa difusa de la base de la lengua sin imagen de absceso.

Ante la sospecha de proceso tumoral se practica biopsia bajo anestesia local que es informada de proceso inflamatorio inespecífico, por lo que se instaura tratamiento antibiótico con clindamicina y amoxicilina+clavulanico, con rápida mejoría clínica, los controles fibroscópicos posteriores son normales.

### Caso Clínico 5

Mujer de 79 años que acude a urgencias con un cuadro de tumefacción cervical inflamatoria, odinofagia y disfagia intensas y rápidamente progresivas tras ingesta de cuerpo extraño el día anterior.

La exploración O.R.L. muestra gran inflamación lingual que impide exploración de hipofaringe y laringe, tumoración inflamatoria cervical anterior y del suelo de la boca, así como adenopatías inflamatorias bilaterales.

El estudio mediante T.C. confirma la existencia de un absceso de base de lengua con infiltración flemonosa del suelo de la boca y gran reducción de la vía aérea (Fig4), celulitis cervical anterior (Fig5) y focos de osteitis mandibular (Fig6), no se aprecia cuerpo extraño.

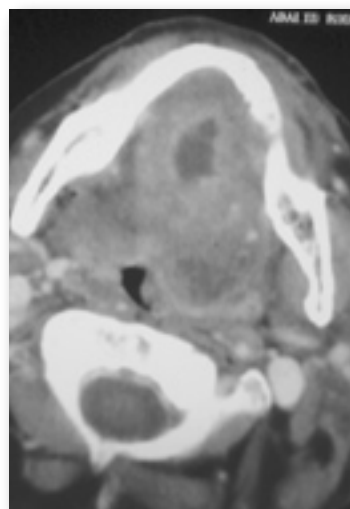


Fig. 4: Absceso en la base de la lengua, que se encuentra flemonosa, importante reducción de la luz hipofaríngea.

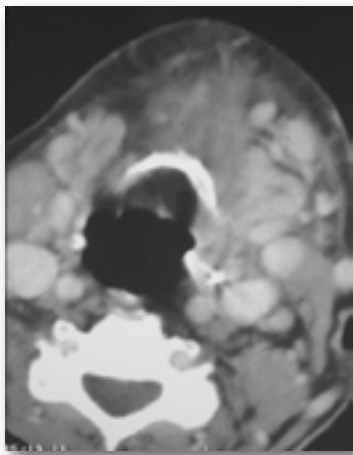


Fig. 5: Celulitis de tejido celular subcutáneo en cuello

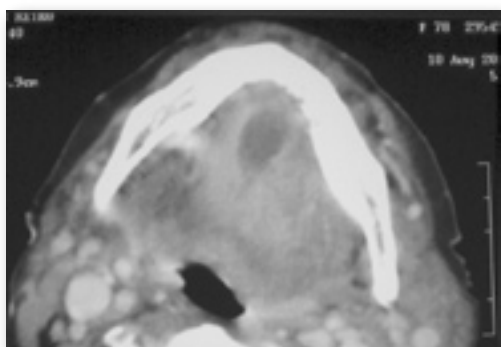


Fig. 6: Absceso lingual bilobulado, osteítis rama maxilar izquierda

Ante el rápido compromiso de la vía aérea se practica traqueotomía bajo anestesia local, seguida de incisión desbridamiento y drenaje del absceso por vía cervical anterior.

El estudio microbiológico informó de flora mixta compuesta por estreptococo anaerobio y bacteriodes urealítico. Se instauró tratamiento antibiótico con metronidazol, gentamicina y amoxicilina+clavulánico. La evolución fue favorable con progresiva disminución de la tumoración y posterior extubación de la paciente.

## Discusión

Los abscesos en la base de la lengua presentan gran variabilidad en su presentación clínica, en nuestra serie, abarcan desde una presentación crónica como la del caso 1, hasta una hiperaguda en el caso 5. La aparición de odinofagia y disfagia de diversa intensidad es constante, siendo más variables síntomas como la fiebre o disfonía.

La aparición de una celulitis cervical o flemón del suelo de la boca, así como el compromiso de la vía aérea son las complicaciones más graves (8,9), y requieren un diagnóstico y tratamiento urgente, que incluye, en algunos casos, la realización de una traqueotomía.

Ante la sospecha clínica la exploración física es poco específica, por lo que es imprescindible el diagnóstico por imagen mediante ecografía o T.C., esta última es de elección en los abscesos profundos de la base de la lengua y para la valoración de afectación del espacio sublingual por

encima o debajo de la inserción de músculo milohioideo, como ayuda para el planteamiento quirúrgico (10,11).

La preservación de la permeabilidad de la vía aérea debe ser la primera prioridad terapéutica, ya que requiere de la práctica ocasional de traqueotomía bajo anestesia local, aunque también puede intentarse intubación nasotraqueal guiada por fibroscopia si las condiciones del paciente lo permiten (12).

El tratamiento quirúrgico se basa en la incisión y drenaje del absceso, habitualmente con abordaje externo por cervicotomía media, aunque ocasionalmente, puede ser útil la marsupialización mediante microcirugía. En los abscesos de lengua móvil, puede ser suficiente la punción con vaciado del contenido purulento.

El tratamiento médico antibiótico es complementario de la cirugía y debe ser activo frente a la flora orofaríngea habitual y anaerobia, debe ajustarse con posterioridad al resultado del antibiograma.(13,14)

## Bibliografía

1. Knight LC. Lingual abscess: a rarity. Br J Clin Pract 1991; 45:294-5.
2. Fernández Pérez A, Fernández Noguerras Jiménez F, Moreno León J. Absceso de tercio posterior de lengua. Caso clínico. Acta Otorrinolaring Esp 1997; 48(4):317-9.
3. Condado MA, Morais D. Absceso lingual. Anales ORL Iber-Amer XXIV, 1997; 3: 219-22.
4. Myers EN, Roberts JB. Lingual abscess. J Laryngol Otol 1965; 79: 256-8.
5. Newman RK, Johnson JT. Abscess of the lingual tonsil. Arch Otolaryngol 1979; 105:277-8.
6. Moya S, Estors JL. Absceso de lengua, a propósito de un caso y revisión de la bibliografía. Acta Otorrinolaring Esp 2000; 51 (6): 535-8.
7. Puar RK, Puar HS. Lingual tonsillitis. South Med J 1986; 79:1126-8.
8. Readleaf MI. Imaging case study of the mouth: lingual abscess. Ann Otol Rinol Laringol 1994; 103:986-7.
9. Downs JR, Merrill RG. Submucosal lingual abscesses. J Michigan State Dental Association 1967; 49: 188-90.
10. Larrson SG, Mancuso A. Computed tomography of the tongue and floor of the mouth. Radiology 1982; 143: 493-500.
11. Osammor JY, Cherry JR. Lingual abscess: the value of ultrasound in diagnosis. J Laryngol Otol 1989; 103: 950-1.
12. Madden GJ, Smith OP. Lingual cellulitis causing upper airway obstruction. Br J Oral & Maxilofacial Surg 1980; 28: 309-10.
13. Evelio J, Perea Pérez. Streptococcus. Enterococcus. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Vol.II. Doyma, 1992.
14. Evelio J, Perea Pérez. Microflora normal del hombre. Enfermedades infecciosas y microbiología clínica. Vol.I. Doyma, 1992.

## Correspondencia

Miguel Laguía Pérez  
Joaquín Arnau, 10 - 4.º B  
44001 Teruel