

NECROSE ISQUÊMICA DA LÍNGUA COM AUTOAMPUTAÇÃO ESPONTÂNEA SECUNDÁRIA À INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL PROLONGADA: RELATO DE UM CASO RARO

ISCHEMIC TONGUE NECROSIS WITH SPONTANEOUS AUTOAMPUTATION SECONDARY TO PROLONGED OROTRACHEAL INTUBATION: A RARE CASE REPORT

EMYLLE RODRIGUES^{1*}, DANÚBIA NIEDJA DA CONCEIÇÃO SANTOS¹, MARIA CLARA DE MELO ALVES COELHO¹, KALINE ROMEIRO²

1. Acadêmico, Curso de Odontologia do Centro Universitário FACOL; 2. Professora Doutora, Curso de Odontologia do Centro Universitário FACOL.

* Autor de correspondência: Rua São Cristóvão 108, São José, Gravatá, Pernambuco, Brasil. CEP: 55641-665. emylledrodrigues@gmail.com

Recebido em 03/09/2026. Aceito para publicação em 13/09/2026

RESUMO

A necrose isquêmica da língua é uma condição clínica rara, devido à extensa vascularização do órgão. Embora esteja comumente associada a distúrbios vasculares e imunológicos, também pode ocorrer secundariamente à intubação orotraqueal prolongada e à compressão mecânica dos tecidos linguais. Este relato descreve o caso de uma paciente do sexo feminino, de 76 anos, com histórico de doença arterial coronariana (DAC) multiarterial, que necessitou de intubação orotraqueal de emergência, suporte com vasopressores e ventilação mecânica em uma unidade de terapia intensiva (UTI). Três dias após a intubação, foram observadas lesões equimóticas no terço anterior da língua, levando à remoção do tubo orotraqueal e à realização de uma traqueostomia. Onze dias após a extubação, a área afetada evoluiu para necrose isquêmica bem delimitada, progredindo para autoamputação bilateral espontânea do terço anterior da língua. O efeito sinérgico da compressão mecânica prolongada, da terapia com vasopressores e do comprometimento vascular preexistente associado à DAC provavelmente contribuiu para a progressão da necrose tecidual. O tratamento conservador mostrou-se eficaz no controle da infecção local e na preservação do tecido remanescente. Este caso destaca a importância do exame oral precoce em pacientes criticamente enfermos e enfatiza o papel essencial da Odontologia Hospitalar na prevenção, no diagnóstico precoce e no manejo das complicações orais associadas aos cuidados intensivos.

PALAVRAS-CHAVE: Equipe Hospitalar de Odontologia; Intubação; Língua; Necrose.

ABSTRACT

Ischemic tongue necrosis is a rare clinical condition due to the extensive vascularization of the organ. Although it is commonly associated with vascular and immunological disorders, it may also occur secondary to prolonged orotracheal intubation and mechanical compression of the lingual tissues. This report describes the case of a 76-year-old female patient with a history of multivessel coronary artery

disease (CAD) who required emergency orotracheal intubation, vasopressor support, and mechanical ventilation in the intensive care unit (ICU). Three days after intubation, ecchymotic lesions were observed on the anterior third of the tongue, prompting removal of the orotracheal tube and performance of a tracheostomy. Eleven days after extubation, the affected area evolved into well-demarcated ischemic necrosis, progressing to spontaneous bilateral autoamputation of the anterior third of the tongue. The synergistic effect of prolonged mechanical compression, vasopressor therapy, and preexisting vascular impairment associated with CAD likely contributed to the progression of tissue necrosis. Conservative management proved effective in controlling local infection and preserving the remaining tissue. This case highlights the importance of early oral examination in critically ill patients and emphasizes the essential role of Hospital Dentistry in the prevention, early diagnosis, and management of oral complications associated with intensive care.

KEYWORDS: Dental staff, hospital; Intubation; Necrosis; Tongue

1. INTRODUÇÃO

A intubação orotraqueal é considerada uma intervenção essencial de suporte à vida em situações como insuficiência respiratória, obstrução das vias aéreas, comprometimento da proteção das vias aéreas e redução do nível de consciência.¹ No entanto, a intubação prolongada pode resultar em complicações significativas na cavidade oral e nas vias aéreas, especialmente quando estão presentes compressão dos tecidos locais e posicionamento inadequado do tubo. A pressão contínua exercida pelo tubo orotraqueal pode comprometer a circulação sanguínea local, aumentando o risco de lesão isquêmica, necrose tecidual, infecções secundárias e prolongamento da hospitalização.²

A língua desempenha um papel central no manejo das vias aéreas e no sucesso da intubação. Alterações anatômicas ou edema tecidual podem aumentar a

dificuldade de acesso às vias aéreas e predispor o órgão a traumas durante o suporte ventilatório prolongado.³ Apesar de sua rica irrigação vascular, fornecida principalmente pela artéria lingual, a necrose isquêmica da língua tem sido relatada em situações raras envolvendo comprometimento vascular, doenças inflamatórias sistêmicas ou compressão mecânica prolongada.^{4,5}

A necrose lingual tem sido mais comumente associada à arterite de células gigantes (ACG), uma vasculite sistêmica que acomete vasos de grande e médio calibre, particularmente os ramos da artéria carótida^{6,7}. Outras causas relatadas incluem lúpus eritematoso sistêmico, infecções fúngicas disseminadas associadas à síndrome de ativação macrofágica e lesão vascular induzida por radiação após radioterapia de cabeça e pescoço.^{8,9} Ainda, relatos de necrose isquêmica da língua secundária à intubação orotraqueal prolongada permanecem extremamente incomuns.^{10,11}

Diante do exposto, o presente estudo descreve um caso raro de necrose isquêmica bilateral com autoamputação espontânea do terço anterior da língua em uma paciente idosa com doença cardiovascular grave, submetida a suporte ventilatório prolongado em uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

2. CASO CLÍNICO

Paciente do sexo feminino, de 76 anos, totalmente edêntula, com histórico médico de doença arterial coronariana (DAC) multiarterial, foi admitida em um hospital de referência para cardiopatias. Vinte e quatro horas após a admissão, a paciente apresentou uma redução súbita do nível de consciência, necessitando de intubação orotraqueal de emergência, suporte com vasopressores e ventilação mecânica sob cuidados da Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

Três dias após a intubação, a equipe de Odontologia Hospitalar realizou um exame intraoral de rotina e identificou uma extensa área equimótica envolvendo o ápice da língua. Durante a avaliação clínica, foi realizado o reposicionamento do tubo orotraqueal. Foi constatado que o tubo provocou lesões equimóticas na língua sugerindo comprometimento vascular contínuo associado à compressão mecânica.

Considerando a lesão lingual progressiva e a necessidade de manutenção do suporte ventilatório, a equipe multiprofissional debateu e optou pela realização de uma traqueostomia precoce, a fim de reduzir danos adicionais aos tecidos. Apesar da extubação, a área previamente equimótica evoluiu para uma acentuada palidez tecidual e, posteriormente, desenvolveu-se em necrose isquêmica bem delimitada, envolvendo bilateralmente o terço anterior da língua.

No 11º dia após a interrupção da intubação orotraqueal, ocorreu a autoamputação bilateral espontânea da porção anterior necrótica da língua. Foi adotado tratamento odontológico conservador, consistindo em protocolos de higiene oral com clorexidina a 0,12% e monitoramento clínico contínuo, até que fosse alcançada a reparação tecidual completa

por segunda intenção.



Figura 1. A: Área equimótica no ápice lingual; B e C: Início da autoamputação; D: Ápice lingual com palidez tecidual; E: Autoamputação concluída; F: Início da reparação tecidual.

3. DISCUSSÃO

A maioria dos casos de necrose de língua relatados está associada a distúrbios vasculares, especialmente à arterite de células gigantes (ACG), a doenças inflamatórias sistêmicas ou a disfunções imunológicas graves.⁶⁻⁸ A lesão vascular induzida por radiação também foi descrita como um possível fator etiológico.⁹

No presente caso, essas etiologias sistêmicas clássicas foram excluídas com base no histórico médico da paciente e nos achados clínicos. Adicionalmente, a paciente apresentava edentulismo total, o que eliminava a possibilidade de trauma dentário. Em contrapartida, fatores mecânicos locais relacionados à intubação orotraqueal prolongada pareceram desempenhar um papel decisivo no desenvolvimento da lesão isquêmica. A pressão contínua exercida pelo tubo orotraqueal na língua e no rebordo alveolar provavelmente comprometeu a perfusão vascular local, levando à isquemia progressiva e à necrose tecidual, particularmente em uma paciente criticamente enferma com comprometimento vascular significativo.¹¹

Além disso, a necessidade de terapia com vasopressores pode ter potencializado a hipoperfusão tecidual devido à vasoconstrição periférica, agravando ainda mais o processo isquêmico.¹² O histórico prévio da paciente de doença arterial coronariana (DAC) multiarterial grave também pode ter contribuído para o comprometimento da circulação microvascular e para a redução da tolerância tecidual à lesão isquêmica.¹³

O tratamento conservador, incluindo o acompanhamento e a autoamputação, foi escolhido, pois não foram observados sinais de infecção ativa ou de deterioração tecidual descontrolada. Associado a isso, a paciente apresentava condição sistêmica gravíssima, inviabilizando o tratamento cirúrgico. Essa abordagem terapêutica é consistente com a literatura atual, na qual a demarcação espontânea e a autoamputação do tecido necrótico podem ocorrer naturalmente, seguidas de cicatrização por segunda intenção.¹⁴ Embora alguns autores defendam o desbridamento cirúrgico em lesões necróticas extensas para prevenir infecções secundárias¹², o presente caso apresentou evolução clínica satisfatória apenas com o tratamento conservador.

Este relato também enfatiza a importância dos exames orais de rotina em pacientes criticamente enfermos e reforça o papel essencial das equipes de Odontologia Hospitalar na identificação precoce e no manejo das complicações orais associadas aos cuidados intensivos e ao suporte ventilatório prolongado.

4. CONCLUSÃO

A necrose isquêmica da língua é uma condição rara, particularmente quando associada à intubação orotraqueal prolongada. A compressão mecânica exercida pelo tubo orotraqueal, combinada ao uso de vasopressores e à doença vascular preexistente, pode comprometer significativamente o suprimento sanguíneo lingual e contribuir para a necrose tecidual. O reconhecimento precoce das alterações isquêmicas, o posicionamento adequado dos dispositivos ventilatórios e o monitoramento oral contínuo são essenciais para minimizar as complicações. Além disso, este caso destaca a importância da Odontologia Hospitalar no cuidado multidisciplinar de pacientes criticamente enfermos e demonstra a eficácia do tratamento conservador na promoção de uma cicatrização tecidual satisfatória.

5. REFERÊNCIAS

- [1] Kabrhel C, Thomsen TW, Setnik GS, *et al.* Videos in clinical medicine. Orotracheal intubation. *N Engl J Med.* 2007 Apr 26;356(17):e15. doi: 10.1056/NEJMvcm063574. Erratum in: *N Engl J Med.* 2007 May 24; 356(21):2228. Erratum in: *N Engl J Med.* 2010 Jul 22;363(4):398. PMID: 17460222.
- [2] Sun Y, Fan H, Song XX, *et al.* Comparison of three fixation methods for oro-tracheal intubation in 95 adults. *Eur J Med Res.* 2020 Oct 2; 25(1):45. doi: 10.1186/s40001-020-00446-x. PMID: 33008485; PMCID: PMC7532601.
- [3] Yao W, Wang B. Can tongue thickness measured by ultrasonography predict difficult tracheal intubation? *Br J Anaesth.* 2017 Apr 1; 118(4):601-609. doi: 10.1093/bja/aex051. PMID: 28403413.
- [4] Hulstaert E, Roggeman E, Beeckman AS, *et al.* Ischaemic necrosis of the tongue as a rare complication of cardiogenic shock. *Acta Clin Belg.* 2015 Dec;70(6):436-9. doi: 10.1080/17843286.2015.1107198. PMID: 26790554.
- [5] DeBord LC, Chiu I, Liou NE. Delayed Diagnosis of Giant Cell Arteritis in the Setting of Isolated Lingual Necrosis. *Clin Med Insights Case Rep.* 2019 Jun 20; 12: 1179547619857690. doi: 10.1177/1179547619857690. PMID: 31258343; PMCID: PMC6587389.
- [6] Payen C, Kucharczak F, Favier V. Giant cell arteritis presenting with progressive dysphagia and tongue necrosis. *CMAJ.* 2022 Mar 21; 194(11):E420. doi: 10.1503/cmaj.211483. PMID: 35314443; PMCID: PMC9053960.
- [7] Rose EC, Carroll LS, Evans S, *et al.* Giant cell arteritis complicated by tongue necrosis and bilateral cerebellar ischaemic stroke. *BMJ Case Rep.* 2021 Dec 8; 14(12):e244948. doi: 10.1136/bcr-2021-244948. PMID: 34880035; PMCID: PMC8655573.
- [8] Walsh M, Feng A, Lenert P, *et al.* Tongue necrosis as a manifestation of immune dysfunction: A complex case of systemic lupus erythematosus, histoplasmosis, and macrophage activation syndrome. *Clin Case Rep.* 2023 Jul 21; 11(7):e7735. doi: 10.1002/ccr3.7735. PMID: 37484751; PMCID: PMC10362117.
- [9] Aguiar C, Pina P, Medeiros N, *et al.* Necrosis of the Tongue as a Late Complication of Radiotherapy. *Iran J Otorhinolaryngol.* 2023 Sep; 35(130):285-288. doi: 10.22038/IJORL.2023.67124.3305. PMID: 38090615; PMCID: PMC10712553.
- [10] Kuhn MA, Zeitler DM, Myssiorek DJ. Tongue necrosis: a rare complication of oral intubation. *Laryngoscope.* 2010; 120 Suppl 4:S159. doi: 10.1002/lary.21623. PMID: 21225757.
- [11] ALGhabra Y, Hamdi M, Kammasha A, *et al.* Bilateral Tongue Necrosis in a Young Patient as a Complication of Prolonged Oral Endotracheal Intubation: A Case Report. *Ear Nose Throat J.* 2025 Nov; 104(2_suppl): 469S-472S. doi: 10.1177/01455613231211309. Epub 2023 Nov 24. PMID: 37997645.
- [12] Noordally SO, Sohawon S, Duttman R, *et al.* Tongue necrosis as a complication of vasoconstrictor agents in the intensive care setting. *Intern Emerg Med.* 2011 Apr; 6(2):183-5. doi: 10.1007/s11739-010-0416-3. Epub 2010 Jun 10. PMID: 20535588.
- [13] Garrett AL, Weber LV, Bhatt AM. Rare Case of Tongue Ischemia Following Cardiopulmonary Bypass. *J Med Cases.* 2023 Apr; 14(4):137-140. doi: 10.14740/jmc4100. Epub 2023 Apr 30. PMID: 37188299; PMCID: PMC10181291.
- [14] Bae SH, Lee ST, Kim JW. Ischemic necrosis of the tongue in a patient following vasopressor agents use and prolonged endotracheal intubation: A case report. *J Korean Dent Assoc.* 2025 Aug 31;63(8):251-6. doi: 10.22974/jkda.2025.63.8.003.