

Mediastinitis necrosante descendente

Publicado en el Boletín de Información
Clínica y Terapéutica de la ANMM^a

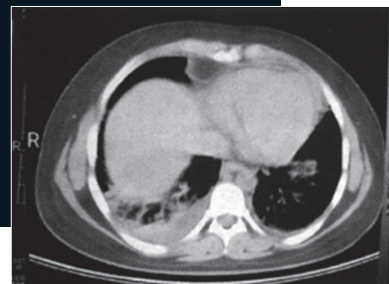


Foto: Archivo

Los médicos de primer contacto y algunos especialistas, como los odontólogos, los cirujanos de cabeza y cuello y los otorrinolaringólogos, tratan pacientes con focos sépticos en las encías, en los lechos de las piezas dentarias, en la faringe, las amígdalas o el piso de la cavidad bucal; afortunadamente, la inmensa mayoría se resuelve con el tratamiento, que incluye antibióticos prescritos de acuerdo a la flora de esos sitios, dosificados conforme al peso y por el tiempo adecuado; la flora habitualmente es mixta, mezcla de aerobios y anaerobios (*Streptococcus* o *Staphylococcus*). Otras causas menos frecuentes son: epiglottitis, parotiditis, sinusitis, iatrogenia, trauma cervical, osteomielitis de la articulación esternoclavicular, abscesos de las vértebras cervicales y varicela.

El problema puede progresar hasta producir inflamación e infección severa de los tejidos del cuello, formando abscesos que se deslizan hacia

abajo por los diferentes espacios que comunican con el mediastino, hecho favorecido por el efecto de la gravedad y la presión intratorácica negativa, conformándose un cuadro florido en el que el enfermo presenta fiebre, malestar general, odinofagia, eritema, dolor severo y aumento del diámetro del cuello, seguido de exacerbación de manifestaciones de ataque al estado general por la presencia de flora habitualmente mixta, aerobia y anaerobia. En esta etapa, el manejo ya debe ser firme, con antibióticos de amplio espectro y drenaje quirúrgico amplio, para prevenir males mayores. Si no se sospecha la posibilidad de mediastinitis necrosante descendente, como complicación de la infección del cuello, el enfermo puede agravarse en pocas horas y presentar empiema pleural, frecuentemente bilateral, pericarditis purulenta, choque séptico y muerte, de tal manera que se impone tener un alto índice de sospecha en todos los pacientes cuyo problema infeccioso alveolodentario, faríngeo o del piso de la boca no se resuelve, sino que, por el contrario, progresa, como fue señalado. La destrucción de los tejidos del cuello y del mediastino puede considerarse similar a la que se presenta en otras condiciones que cursan con necrosis de tejidos blandos, como la fascitis o la pancreatitis necrosante.

^aAcademia Nacional de Medicina. Enfermedad por hígado graso no alcohólico. Boletín de Información Clínica y Terapéutica. 2015;14(5):3-5.

Fotos: Dr. Walid L. Dajer Fadel, R3 de Cirugía Cardiorrástica del Hospital General de México.

Los artículos publicados en el Boletín de Información Clínica Terapéutica son fruto de la labor de los integrantes del Comité, por ello no tienen autoría personal ni referencias bibliográficas.

La sospecha diagnóstica de mediastinitis se confirma por la presencia o exacerbación de leucocitosis y neutrofilia, y con estudios de imagen. Una radiografía de tórax de calidad óptima puede mostrar, según el momento de la evolución, desde un ligero ensanchamiento de la opacidad mediotorácica superior y borramiento del seno costodiafrágico derecho o ambos, hasta la presencia de aire en los tejidos mediastinales superiores y derrame pleural derecho o bilateral en cantidad variable; la parte inferior de la opacidad mediotorácica, que corresponde al corazón y el pericardio, habitualmente no muestra variación, a pesar de que haya pericarditis aguda como parte de la mediastinitis.

La tomografía computarizada contrastada, un gran avance para el diagnóstico de la mediastinitis descendente, puede mostrar aire en los tejidos blandos del mediastino superior, cuyo volumen es mayor al habitual porque están inflamados, con densidad heterogénea y colecciones líquidas, con o sin niveles hidroaéreos, así como celulitis y miositis; el mismo estudio confirma la presencia de derrame pleural o pericárdico; puede haber también focos neumónicos (**figuras 1, 2**).

Los tejidos del cuello, que es necesario incluir en el mismo estudio, muestran mayor densidad y tamaño, aire entre los tejidos, adenomegalia, trombosis de las venas yugulares y pueden observarse colecciones líquidas en los compartimientos afectados cuando no se operó o hay lóculos residuales.

Si lamentablemente el paciente ya presenta mediastinitis necrosante descendente, es tributario de tratamiento urgente multidisciplinario, con participación de cirugía de cabeza y cuello u otorrinolaringología y cirugía de tórax para drenar, debridar y lavar generosamente las cavidades y tejidos infectados y necrosados (**figura 3**); frecuentemente también se debe realizar traqueotomía.

El enfermo debe ser tratado después en una unidad de cuidados intensivos con ventilación mecánica, antibióticos, nutrición parenteral, etc., a pesar de lo cual, la mortalidad puede ser hasta de 40%, razón que justifica por sí misma el correcto manejo de los problemas capaces de producir la mediastinitis descendente, y sospechar oportunamente su presencia antes de que ocurra esta catástrofe. ●



Figura 1. Radiografía posteroanterior de tórax con inspiración incompleta, mediastino superior ancho y borramiento de ambos senos costodiafrágicos por derrame pleural.



Figura 2. Corte axial de tomografía computarizada que muestra gas mediastinal (flechas superiores) y derrame pleural bilateral (flechas inferiores).



Figura 3. Imagen transoperatoria en la que se observa corte de la pleura mediastinal posterior, que está inflamada e hipervascularizada, por delante de la columna vertebral y encima y atrás del esófago, después de aspirar el líquido purulento.

Fotos: Dr. Walid L. Dajer Fadel