

Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Volumen **18**
Volume

Número **3**
Number




Julio-Septiembre **2005**
July-September

Artículo:




Absceso dentario, cervicotomías
y sepsis

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Absceso dentario, cervicotomías y sepsis

FRANCISCO NAVARRO REYNOSO*
ALFREDO PÉREZ-ROMO†
GABRIEL DE LA ESCOSURA-ROMERO‡
LEÓN GREEN‡
CARLOS IBARRA-PÉREZ§

* *Director General Adjunto Médico. Hospital General de México, SSA.*

† *Unidad de Neumología "Alejandro Celis", Hospital General, SSA.*

‡ *Consultante Honorario en Cirugía de Tórax.*

§ *Trabajo recibido: 29-VII-2005; aceptado: 23-VIII-2005*

Hombre de 44 años, no diabético, no alcohólico; adoncia parcial, mala higiene bucal. Presentó infección en el alvéolo y encía de molar inferior derecho, seguida de la formación de un absceso local y de disfagia alta, hipertermia, induración, crepitación y aumento de diámetro del cuello. Al cuarto día de evolución, con anestesia general, se

le realizaron dos incisiones, una submandibular y otra supraesternal, pero sus condiciones empeoraron por lo que fue trasladado a nuestro servicio. A su ingreso, drenaba pus por las heridas cervicales, estaba séptico y en estado de choque; se le tomaron radiografías de cuello (Figura 1a) y tórax (Figura 1b).

221



Figura 1a.



Figura 1b.

¿Cuál es su diagnóstico?

Mediastinitis descendente necrosante, con formación de absceso mediastinal¹⁻⁸

El mismo día de su ingreso, el 9° de evolución, con los datos clínicos y de las radiografías, sin tomografía computarizada (TC) cervicotorácica, se decidió realizar exploración cervical de urgencia con anestesia general, encontrando que las incisiones previas no habían penetrado las fascias musculares; se drenó pus de cuando menos dos espacios cervicales, se realizó traqueotomía y colocó una sonda pleural en hemitórax derecho por la que drenó líquido citrino. Al 11° día de evolución se practicó toracotomía posterolateral derecha, encontrando un absceso por arriba de la vena ácigos, entre la cava superior, la tráquea y el esófago, contenido por la pleura mediastinal, la que se abrió completamente del opérculo hasta abajo, por adelante y por atrás, drenando abundante pus y detritos, en especial del área mencionada; se lavó profusamente toda la región hasta su límite más superior y se dejaron dos sondas torácicas No. 30 multifenestradas, una anterior y otra posterior, conectadas a succión de -20 cm H₂O; se enviaron muestras al Laboratorio de Microbiología; la pleura quedó abierta. Se trató con antibióticos de amplio espectro, ventilación mecánica e hiperalimentación parenteral en la Unidad de Cuidados Intensivos. El enfermo egresó a su domicilio en buenas condiciones, después de 37 días de estancia hospitalaria.

La mediastinitis aguda descendente es una forma frecuentemente letal de mediastinitis, 60 a 70% son secundarias a infecciones odontogénicas de 2° o 3er molar, como en este enfermo; el resto se debe a infecciones periamigdalinas, otros sitios de la faringe y el piso de la boca, que se comunican con los planos de las fascias cervicales que llevan sin barreras anatómicas al mediastino por los espacios pretraqueal, paraesofágico, retrofaringeo-retrovisceral, e inclusive por las vainas carotídeas; el primero lleva al mediastino anterior; la ruta esofágica-faríngea lateral lleva al mediastino medio y la tercera, por la que ocurre la mayoría de las diseminaciones, conduce al mediastino posterior. Los abscesos periamigdalinos y odontogénicos pueden involucrar los espacios submaxilar y parafaringeo, y de allí comunicarse con todos los grandes espacios fasciales del cuello. La flora responsable es polimicrobiana,

formada por los aerobios y anaerobios virulentos de la boca.

El diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha y el tratamiento de una sensación de urgencia extrema. El dato capital es el de infección en boca de 12 horas a dos semanas antes, seguida de inflamación e induración del cuello con dolor y aumento de su diámetro y temperatura, disfagia, tos, disnea y a veces crepitación cervical; la fiebre es habitualmente severa; puede haber progresión a sepsis y choque en pocas horas. Si el enfermo vive y no es atendido, puede desarrollar también infección retroperitoneal.

Las radiografías simples de cuello (Figura 1a) y tórax (Figura 1b) de nuestro enfermo mostraron ensanchamiento del espacio retrovisceral, desplazamiento anterior de la columna aérea de la tráquea, rectificación de la lordosis cervical, burbujas aéreas en cuello, ensanchamiento y pérdida de la nitidez de los planos blandos del mediastino con imagen redondeada paratraqueal derecha sugestiva de absceso y derrame pleural que, aunados a los datos clínicos y a su extrema gravedad, obligaron a llevarlo a cirugía con carácter de urgente.

Otros datos, que se pueden observar en la TC cervicotorácica son adenomegalias, por lo general poco prominentes, niveles hidroaéreos en cuello o mediastino, derrame pericárdico y derrame pleural bilateral.

El tratamiento se hace con drenaje quirúrgico, antibióticos y apoyo en una unidad de cuidados intensivos. El drenaje requiere del conocimiento profundo de la anatomía de cuello y tórax. Hasta hace algunos años se proponía sólo la vía cervical para las mediastinitis localizadas por arriba de una línea que va de la carina traqueal a la 4ª vértebra dorsal, y la torácica, para las localizadas por debajo de ella; sin embargo, el drenaje exclusivamente cervical es insuficiente, como se vio en este enfermo, pues resulta más completo y la sobrevida mayor si se lleva a cabo siempre por toracotomía, sin importar la localización del proceso, y se realiza cervicotomía para drenaje por razón necesaria, en cuyo caso es ventajoso contar con un cirujano experto en cuello. El lado de la toracotomía se determina por el del mayor ensanchamiento mediastinal, pero si éste es muy extenso de arriba abajo y de lado a lado puede ser

necesario realizar toracotomía bilateral, particularmente si hay empiema "del otro lado"; la naturaleza del derrame en el lado opuesto al de la toracotomía planeada se hace con una simple toracocentesis y estudio rápido de sus características y tinción de Gram; cuando menos se debe instalar una sonda para drenar el derrame. Puede ser necesario drenar el pericardio cuando la TC o la exploración transoperatoria muestren líquido. No es estrictamente necesario realizar toracotomía posterolateral; cuando menos se debe intentar realizar toracotomía lateral intercostal conservadora de los músculos dorsal y gran serrato, ampliándola en caso necesario; también se ha propuesto drenaje por toracotomía anterior en concha de marisco, y por toracoscopía o videotoracoscopía; esta cirugía de accesos mínimos puede resultar ventajosa en los enfermos sépticos, en malas condiciones, en especial si se va a realizar drenaje bilateral, siempre y cuando se abra generosamente la pleura mediastinal y desbriden los compartimientos afectados.

El tratamiento antipolimicrobiano para aerobios y anaerobios frecuentemente tiene que iniciarse en forma empírica y modificarse según respuesta clínica y resultados de microbiología. Es indispensable el correcto manejo de la vía aérea, que puede incluir traqueotomía y apoyo con ventilación mecánica por periodos prolongados, corrección de la hipovolemia asociada a sepsis, e hiperalimentación parenteral; el posoperatorio se caracteriza por estancias prolongadas y complicaciones sistémicas y locales como sepsis-choque, daño pulmonar agudo, insuficiencia respiratoria aguda, neumonía, loculación de la cavidad pleural, sangrado digestivo, desnutrición, escaras de decúbito, que deben prevenirse y, en su caso, tratarse agresivamente. El manejo de la traqueotomía debe ser esmerado para evitar la contaminación e infección de las vías aéreas, parénquima pulmonar y de los compartimientos mediastinales que no hayan sido afectados por la infección inicial. La mortalidad es muy elevada, del 16.5 al 41% y depende de factores como edad, comor-

bilidad, tiempo de evolución antes del drenaje efectivo por el tórax, y apoyo respiratorio y sistémico perioperatorios.

En este enfermo no parece haber duda que la causa de la infección del cuello y del mediastino fue la infección molar. Se puede afirmar que la cirugía cervical precedente, dos incisiones, no resolvió el problema y sí, en cambio, retrasó su manejo correcto cuando menos cuatro días, lo que pudo haber sido de fatales consecuencias.

REFERENCIAS

1. Estrera AS, Landay MJ, Grisham JM, Sinn DP, Platt MR. *Descending necrotizing mediastinitis*. Surg Gynecol Obstet 1983;157:545-552.
2. Marty-Ane CH, Alauzen M, Alric P, Serres-Cousine O, Mary J. *Descending necrotizing mediastinitis. Advantages of mediastinal drainage with thoracotomy*. J Thorac Cardiovasc Surg 1994;107:55-61.
3. Roberts JR, Smythe WR, Weber RW, Lanutti M, Rosengard BR, Kaiser LR. *Thoracoscopic management of descending mediastinitis*. Chest 1997; 112: 850-854.
4. Corsten MJ, Shamji FM, Odell PF, et al. *Optimal treatment of descending necrotizing mediastinitis*. Thorax 1997;52:702-708.
5. Temes RT, Crowell RE, Mapel DW, Ketai L, Pett SB, Wernly JA. *Mediastinitis without antecedent surgery*. Thorac Cardiovasc Surg 1998;46:84-88.
6. Figueroa RA. *Manifestaciones clínicas y letalidad de la mediastinitis necrosante descendente*. Rev Invest Clin 2001;53:35-40.
7. Pérez RA, Cueto RG, de la Escosura RG, Cicero SR. *Mediastinitis necrosante descendente. Resultados de tratamiento médico-quirúrgico en 17 casos*. Gac Med Mex 2003;139:199-204.
8. Liptay MJ, Kanaan S. *Acute and chronic mediastinal infections*. In: Shields TW, Locicero III J, Ponn RB, Rusch VW, editors. *General thoracic surgery*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2005.p.2478-2480.

Correspondencia:

MASS, Dr. Francisco Navarro Reynoso,
 Director General Adjunto Médico.
 Hospital General de México.
 Dr. Balmis 148,
 colonia Doctores.
 Delegación Cuauhtémoc.
 México, DF., 06726