

Carta científica

Mediastinitis necrosante descendente por absceso odontogénico. Reporte de caso***Descending necrotizing mediastinitis due to odontogenic abscess. Case report***

La mediastinitis necrosante descendente es una infección aguda polimicrobiana de los tejidos mediastínicos, siendo su principal causa las infecciones odontológicas.

Es una de las formas más graves de mediastinitis por su rápida evolución y elevada mortalidad, la cual ronda entre el 40-50%¹.

Su clínica es inespecífica, dependerá de la localización y estadio de la infección.

Los pacientes suelen cursar con fiebre, disnea, tos, disfagia, disfonía, trismus y dolor retroesternal. La progresión de la enfermedad lleva a la sepsis y al shock séptico¹.

Tiene una baja incidencia de 5,1 casos por 1 000.000/año, con una notable disminución en los últimos treinta años debido a una mejor higiene bucofaríngea y al desarrollo de nuevos antibióticos².

El tratamiento debe incluir asegurar la vía aérea, estabilización hemodinámica, cobertura antibiótica empírica de amplio espectro y el abordaje quirúrgico³.

Se reporta el caso de un varón 24 años, sin comorbilidades, que posterior a una infección odontológica cursa con mediastinitis necrosante descendente y shock séptico, sobreviviendo al cuadro después de una rápida intervención quirúrgica a través de una esternotomía media.

Paciente varón de 24 años de edad, sin antecedentes patológicos, quien estuvo hospitalizado en clínica privada por absceso retrofaríngeo secundario a procedimiento odontológico.

En dicho nosocomio cursó con obstrucción de vía aérea, siendo necesaria la realización de traqueostomía y drenaje del absceso cervical. Además de colocación de drenaje pleural derecho por empiema.

Debido a su mala evolución clínica fue referido al Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, ingresando por urgencia en shock séptico.

En la tomografía de tórax se evidencia signos de mediastinitis y derrame pleural bilateral, por lo que se decide tratamiento quirúrgico urgente (fig. 1).

El paciente fue intervenido quirúrgicamente a través de una esternotomía media, evidenciando secreción purulenta en mediastino en volumen aproximado de 600 ml con compromiso pericárdico y pleural, además de derrame pleural izquierdo en volumen aproximado de 1500 ml de líquido amarillento y empiema derecho (figs. 2 y 3).

Se realizó drenaje de secreciones en mediastino y pleuras, desbridamiento de tejidos desvitalizados, así como lavado exhaustivo de cavidad con suero fisiológico. Se colocaron drenajes mediastínicos y pleurales, además de sistema de irrigación continua con suero fisiológico.

En el postoperatorio cursó de manera favorable, con disminución progresiva de inotrópicos y mejora de parámetros analíticos y hemodinámicos. No siendo necesaria una reintervención quirúrgica.

Permaneció en la unidad de cuidados intensivos durante 20 días aproximadamente, luego fue transferido a la unidad de cuidados intermedios, y finalmente a hospitalización para su posterior alta.



Figura 1. TAC de tórax con infiltración de grasa mediastínica y derrame pleural bilateral.

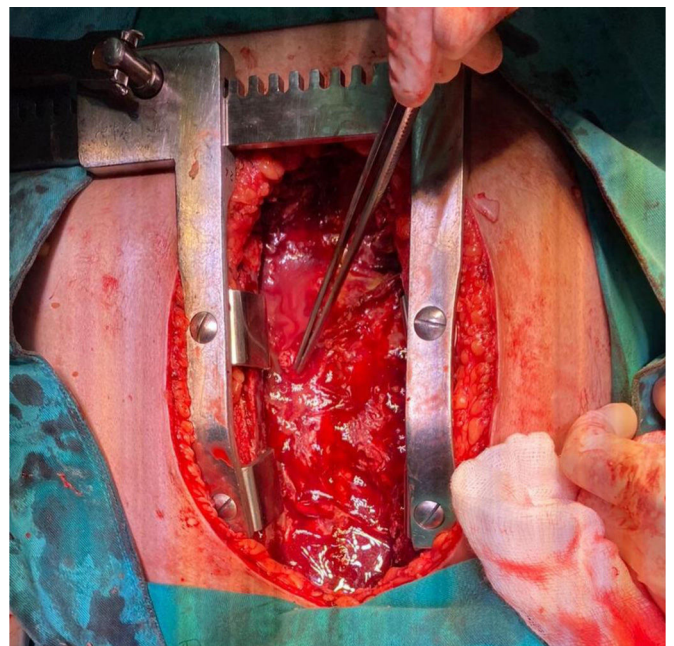


Figura 2. Hallazgos intraoperatorios: pus en cavidad en mediastínica.

Se le realizó seguimiento ambulatorio por consultorio durante 2 años, con adecuada consolidación esternal, ausencia de recidiva en tomografía y sin limitación funcional.

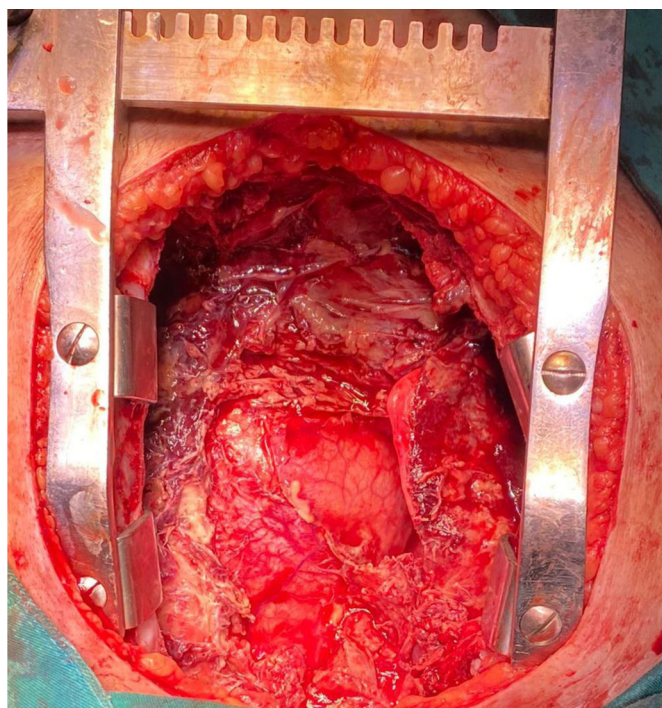
La mediastinitis necrosante descendente es una de las formas más graves de mediastinitis, con mortalidad cercana al 40-50%¹.

Estrera et al.⁴ establecieron los criterios diagnósticos que definen esta patología: 1) evidencia clínica de infección orofaríngea

Tabla 1

Abordaje quirúrgico de la mediastinitis necrosante descendente según clasificación de Endo

Clasificación	I	IIA	IIB
Estructuras comprometidas	Mediastino superior por encima de la carina	Mediastino inferior Limitada al mediastino anterior	Mediastino anterior, medio y posterior
Abordaje quirúrgico	Transcervical	Subxifoideo	Toracotomía posterolateral o Esternotomía media

**Figura 3.** Hallazgos intraoperatorios: compromiso pleuropericárdico.

severa; 2) radiología compatible; 3) comprobación intraoperatoria de la infección o posmortem y 4) establecimiento de causa-efecto entre la infección orofaríngea y la mediastinitis.

Su origen más frecuente es una infección odontológica, la cual difunde por los espacios anatómicos cervicales hacia el mediastino, favorecida por la presión negativa intratorácica y la acción de la gravedad⁵.

La infección suele ser polimicrobiana, incluyendo gérmenes aerobios y anaerobios. El germen más frecuentemente aislado en los cultivos es el *Streptococcus* sp., sin embargo, se ha reportado que hasta el 20% son negativos debido al tratamiento antibiótico precozmente iniciado ante la sospecha de este cuadro⁶. En nuestro caso los diferentes cultivos de sangre y de mediastino fueron negativos, lo que coincide con la serie de Makeieff⁷ que observó un 17% de cultivos negativos.

Al ser una enfermedad grave y de rápida evolución, se recomienda el inicio precoz de la cobertura antibiótica de amplio espectro sin la necesidad de esperar el cultivo. Los diferentes estudios revisados^{1,3,6} sugieren la combinación de piperacilina-tazobactam y vancomicina. Otra opción recomendada es ceftriaxona o ceftazidima con clindamicina. En base a estas recomendaciones y según la disponibilidad de fármacos de nuestro hospital, se utilizó la combinación de vancomicina, meropenem y clindamicina, ya que proporciona cobertura adecuada contra la flora mixta de gérmenes aerobios y anaerobios.

El estudio imagenológico de elección es la tomografía cervico-torácica, ya que permite establecer el diagnóstico, indicar el tratamiento y realizar seguimiento de la enfermedad⁶.

Endo et al., clasifican las mediastinitis necrosantes descendentes según hallazgos tomográficos en: focal (I) y difusa (IIA y IIB). En el

tipo I, la infección compromete el mediastino superior, por encima de la carina. El tipo II abarca mediastino inferior: IIA limitado al mediastino anterior; y IIB incluye mediastino anterior, medio y posterior⁸.

Esto permite elegir el mejor abordaje quirúrgico. Para el tipo I se recomienda un drenaje transcervical; en el tipo IIA una incisión subxifoidea; y en el tipo IIB se requiere una toracotomía posterolateral o esternotomía media⁹ (tabla 1).

El caso presentado se clasificó como tipo IIB debido al compromiso pleuropericárdico, eligiendo como abordaje la esternotomía media, ya que esta permite una mejor exposición, abordaje de ambos espacios pleurales y un lavado más extenso.

Se ha demostrado que el tratamiento antibiótico por sí solo no es capaz de erradicar la infección mediastínica, si esta no es asociada a un drenaje cérvico-torácico agresivo y temprano. Pearse¹⁰ comunica una mortalidad de 85% en pacientes que solo recibieron tratamiento médico en comparación con un 35% de mortalidad en aquellos que además fueron intervenidos quirúrgicamente. Corsten¹¹ reportó una diferencia en la mortalidad en aquellos pacientes en los que solo se les realizó drenaje cervical (47%) y los que fueron sometidos a drenaje cérvico-torácico (19%).

Las series históricas revisadas demuestran que un tratamiento precoz y multidisciplinario reduce significativamente la mortalidad de este cuadro. Deu² reporta una mortalidad global hasta el 21%, Bayari⁵ del 17,2% y Ridder¹² del 11,1%.

Por lo tanto, es necesario un manejo multidisciplinario agresivo y temprano, ya que la demora en el diagnóstico y el abordaje quirúrgico tardío o incompleto son los factores con mayor impacto en la morbilidad.

La mediastinitis necrosante descendente requiere un tratamiento multidisciplinario temprano y agresivo. Se ha demostrado que el tratamiento antibiótico de amplio espectro asociado a un drenaje cérvico-torácico completo mejora la sobrevida de los pacientes.

Financiación

Autofinanciado.

Consentimiento informado

Se cuenta con el consentimiento informado del paciente para la publicación del presente caso.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Tarelo-Saucedo JM, Ruiz Fuentes-Molina A, Meza-Carmona J, Miranda-Villasana J, Tolentino-Campos O, Uribe-Campos A, et al. Mediastinitis necrosante descendente: reporte de caso y revisión de la literatura. *Cir Cardio*. 2021;28:106–12.
2. Deu-Martín M, Saez-Barba M, López I, Alcaraz R, Romero L, Solé J. Factores de riesgo de mortalidad en la mediastinitis necrosante descendente. *Arch Bronconeumol*. 2010;46:182–7.
3. Adelsdorfer C, Zúñiga C, Díaz P, Chavez A, Lobos A, Galvez S. Manejo agresivo en mediastinitis necrotizante descendente. *Rev. Chilena de Cirugía*. 2005;57:245–50.

4. Estreta A, Lanay M, Grisham J, Sinn D, Platt M. Descending necrotizing mediastinitis. *Surg Gynecol Obstet*. 1983;157:545–52.
5. Bayarri C, Sevilla S, Sánchez-Palencia A, Akourdi A, Hernández F, Quero F, et al. Tratamiento quirúrgico de la mediastinitis necrosante descendente. *Cir Esp*. 2013;91:579–83.
6. Mongil R, Bermejo E, Pagés R, Arrabal A, Benítez A, Fernández de Rota J, et al. Tratamiento quirúrgico en mediastinitis aguda necrotizante descendente. *Neumosisur*. 2005;17:192–6.
7. Makeieff M, Gresillon N, Berthet J, Garrel R, Crampette L, Marty-Ane C, et al. Management of descending necrotizing mediastinitis. *Laryngoscope*. 2004;114:772–5.
8. Endo S, Murayama F, Hasegawa T, Yamamoto S, Yamaguchi T, Sohara Y, et al. Guideline of surgical management based on diffusion of descending necrotizing mediastinitis. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg*. 1999;47:14–9.
9. Marty-Ané CH, Berthe JP, Alric P, Pegis J, Rouviere P, Mary H. Management of descending necrotizing mediastinitis: an aggressive treatment for an aggressive disease. *Ann Thorac Surg*. 1999;68:212–7.
10. Pearse HE. Mediastinitis following cervical suppuration. *Ann Surg*. 1938;108:588–611.
11. Corsten MJ, Shamji FM, Odell P, Frederico J, Lamframboise G, Reid K, et al. Optimal treatment of descending necrotizing mediastinitis. *Thorax*. 1997;52:702–8.
12. Ridder G, Maier W, Kinzer S, Teszler C, Boedeker C, Pfeiffer J. Descending necrotizing mediastinitis. *Ann Surg*. 2010;251:528–34.

Jesús Custodio-Marroquín *

*Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, Hospital Nacional
Almanzor Aguinaga Asenjo – EsSalud, Chiclayo, Perú*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: jcustodio91@gmail.com



BIOMED



unidix

Especialistas en cirugía cardiovascular

desde 1977 al cuidado de tu salud



91 803 28 02



info@biomed.es