



P-057 - ABSCESO CÉRVIDO-MEDIASTÍNICO DE ORIGEN INDETERMINADO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

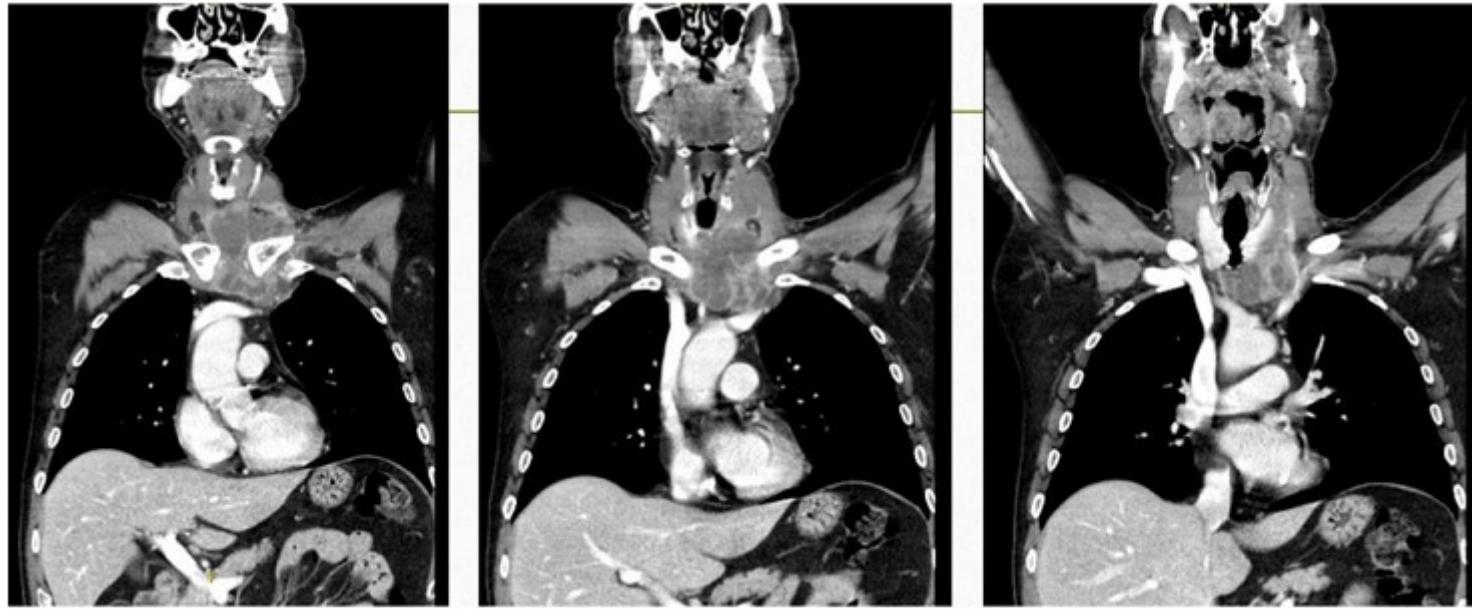
Ocerin Alganza, Olatz; Alonso Carnicero, Patricia; Ortiz de Guzmán Aragón, Sara; Esgueva Angulo, Marina; Larrea Oleaga, Jasone; Martínez Fernández, Gloria; Agirre Etxabe, Leire; de la Quintana Basarrate, Aitor

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: Los abscesos cérvico-mediastínicos son una patología infrecuente pero de rápida progresión, por lo que pueden presentar complicaciones potencialmente mortales. Presentan un origen odontógeno, aunque también se pueden originar en las amígdalas, parótida, ganglios cervicales profundos, oído medio o senos paranasales. Habitualmente se trata de infecciones polimicrobianas y se pueden presentar con fiebre, masa fluctuante, trismus, disnea o estridor. La prueba diagnóstica de elección es el TAC con contraste ya que define su extensión y la relación con los grandes vasos que presenta y el tratamiento se basa en el drenaje quirúrgico y la administración de antimicrobianos de amplio espectro.

Caso clínico: Varón de 63 años sin antecedentes de interés que acude al S^o de Urgencias por tumoración dolorosa en región esternoclavicular izquierda de una semana de evolución. A la exploración se objetiva tumoración eritematosa de unos 5-7 cm en dicha región y las pruebas complementarias (ecografía y TAC) muestran una colección sugestiva de absceso en espacio interclavicular/esternoclavicular de 7 cm, y probablemente con origen en articulaciones esternoclaviculares, extendiéndose de la región tiroidea e infratiroidea hasta el mediastino superior, alcanzando la confluencia de la vena innominada. Se decide intervención quirúrgica conjunta con Cirugía Torácica, realizando una cervicotomía de Kocher para desbridamiento y drenaje del absceso. A su ingreso se solicita valoración por parte de la Unidad de Enfermedades Infecciosas para filiación de origen ante absceso cervical secundario a *S. aureus*. Se solicita ecocardiograma que no muestra datos de endocarditis y los hemocultivos, serologías y exudado nasal para *S. Aureus* resultan negativos. Así mismo se solicita ecografía de codo ante bursitis para valorar punción y toma de muestras para cultivo, siendo negativos. Requiere drenaje torácico izquierdo por hidroneumotórax de nueva aparición, retirándose tras 4 días por buena evolución. Se realiza TAC toraco-abdominal programado como parte del estudio de extensión por cervicomediastinitis de origen indeterminado, objetivándose derrame pleural izquierdo loculado complicado que requiere reintervención en dos ocasiones, mediante acceso videotoracoscópico y acceso anterior. Precisa de un ingreso prolongado tanto en planta de Hospitalización como en Unidad de Reanimación con necesidad de intubación prolongada por síndrome de distrés respiratorio agudo, traqueotomía, neumonía por *E. coli*, traqueobronquitis por *Corynebacterium*, miopatía del paciente crítico y necesidad de rehabilitación motora y logopedia. La posterior evolución ha sido lenta pero favorable, finalizado el tratamiento antibiótico endovenoso y no precisando de nuevo drenaje quirúrgico. Es dado de alta a un centro rehabilitador para recuperar función motora, muscular y deglutoria.



Discusión: El diagnóstico precoz de las infecciones cervicales profundas es fundamental, ya que las complicaciones varían en función del retraso en el inicio del tratamiento, la agresividad del agente causal o las comorbilidades del paciente. Pueden provocar desde tromboflebitis supurativa yugular, hasta mediastinitis aguda necrotizante o afectación de la vaina de grandes vasos como la carótida. Pese a su origen habitual en la región orofaríngea, pueden producirse por diseminación hematogena desde un foco a distancia o ser la manifestación de múltiples enfermedades infecciosas como el VIH, tuberculosis o actinomicosis, por lo que es esencial realizar un amplio diagnóstico diferencial.