



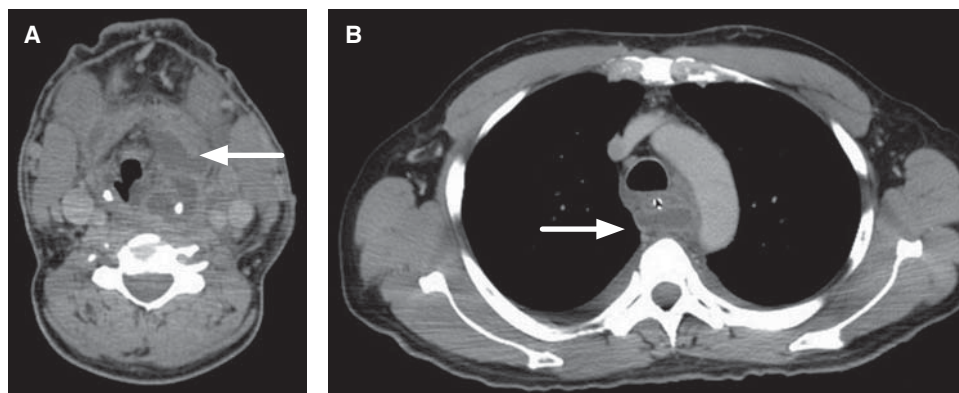
## Mediastinitis necrosante descendente

Rómulo Armenta Flores,<sup>1</sup> Francisco Sánchez Lezama,<sup>2</sup> Diego Armenta Villalobos<sup>3</sup>

Masculino de 61 años sin antecedentes de importancia, que siete días previos a su ingreso hospitalario, inició con infección de vías aéreas superiores, tratado por facultativo con clindamicina vía oral y una ampula de prednisona, presentando mejoría por tres días, posterior a los cuales se agregó febrícula de 37.5 °C, ataque al estado general y disfagia a alimentos sólidos, continuó con clindamicina, recibió nueva dosis de prednisona; tres días después manifestó fiebre de 38.5 °C, odinofagia, disfagia a líquidos y presencia de aumento de volumen en lado izquierdo del cuello, por lo que acudió a urgencias. Se solicitó tomografía computada de cuello encontrando: colección líquida encapsulada en espacio para-retrofaríngeo izquierdo y retrocarinal izquierdo en tórax; (Figuras 1A y 1B) efectuando diagnóstico de mediastinitis necrosante descendente, con clasificación de Endo tipo II B.<sup>1</sup> Con doble abordaje quirúrgico (lado izquierdo del cuello y

toracotomía postero-lateral izquierda), se drenaron 40 cm<sup>3</sup> de material purulento, el abordaje torácico requirió de incisión en pleura mediastinal de 3 cm por fuera de la emergencia de la arteria subclavia (Figuras 2A y 2B); en ambos sitios se dejó drenaje por tres días, pasando a Unidad de Cuidados Intensivos, el cultivo mostró flora polimicrobiana, manejándose con vancomicina y ceftriaxona, obteniendo recuperación completa. La tomografía computada dos semanas después de la cirugía no mostró presencia de colecciones (Figuras 3A y 3B). A un año de seguimiento, el paciente se encuentra sin secuelas con actividades laborales normales.

La mediastinitis necrosante descendente es una infección aguda, polimicrobiana del mediastino, que se origina en procesos odontológicos, orofaríngeos e infecciones cervicales que ponen en peligro la vida del paciente.<sup>2</sup> La continuidad de las fascias y sus espacios entre el cuello y el



**Figura 1:**

(A) Tomografía computarizada de cuello en corte axial a nivel cervical que muestra colección líquida parasagital izquierda que desvía a la derecha a la glotis (flecha). (B) Corte axial de tomografía computarizada de tórax a nivel de la carina, mostrando colección líquida retrocarinal (flecha).

<sup>1</sup> Cirujano cardiovascular. División de Cirugía. Hospital Médica Campestre. León, Gto. México.

<sup>2</sup> Cardiólogo. Jefe del Departamento de Ecocardiografía del Hospital Ángeles León. León, Gto. México.

<sup>3</sup> Estudiante de Medicina. Facultad de medicina de León, Universidad de Guanajuato. México.

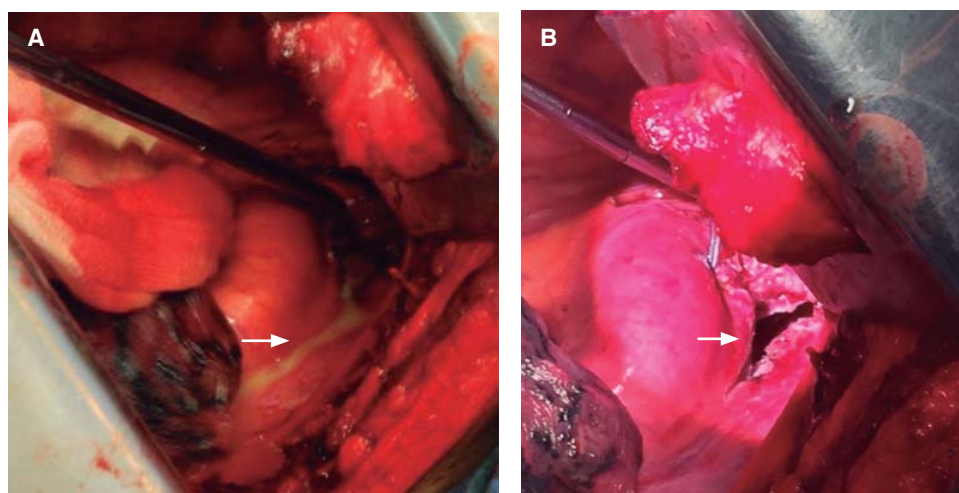
### Correspondencia:

Dr. Rómulo Armenta Flores

Correo electrónico: roarflo17@gmail.com

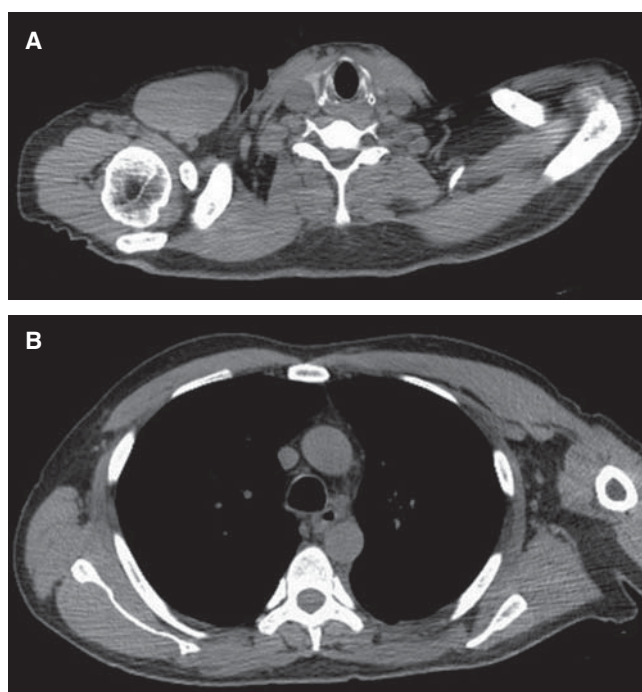
Aceptado: 12-01-2018.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/actamedica>



**Figura 2:**

(A) Imagen observada por toracotomía posterolateral izquierda, se observa material purulento (flecha). (B) Incisión en pleura mediastinal de 3 cm (flecha) por fuera de la emergencia de la arteria subclavia.



**Figura 3:** Imágenes axiales de tomografía computarizada a nivel de la séptima vértebra cervical (A) y de la cuarta vértebra dorsal (B). Muestran resolución de mediastinitis necrosante descendente a las dos semanas postcirugía.

mediastino permite la extensión de las infecciones cervicales hacia el mediastino. El diagnóstico temprano y el manejo quirúrgico son esenciales para reducir la mortalidad. La tomografía computarizada es el estudio de elección.<sup>3</sup> En las mediastinitis limitadas a la zona superior, el drenaje transcervical puede ser suficiente, mientras que en aquellos casos a nivel de la carina o por debajo de ella requieren abordaje y drenaje cervical y transtorácico, recientemente abordajes menos invasivos con mediastinoscopia y uso de drenajes con catéteres pecutáneos han sido reportados como exitosos,<sup>4,5</sup> no obstante la mortalidad permanece entre 10 y 15% de los casos.

## REFERENCIAS

1. Ruiz C, Walter G, Giocola A, Duza G. Mediastinitis necrotizante descendente: dieciséis años de experiencia. *Rev Argent Cir.* 2012; 102: 7-11.
2. Ridder GJ, Maier W, Kinzer S, Teszler C et al. Descending necrotizing mediastinitis: contemporary trends in etiology, diagnosis, management, and outcome. *Annals Surgery.* 2010; 251: 528-534.
3. Pinto A, Scaglione M, Scuderi MA, Tortora G. et al. Infections of the neck leading to descending necrotizing mediastinitis: Role of multi-detector row computed tomography. *Eur J Radiol.* 2008; 65: 389-394.
4. Prado CH, Jiménez FE, Jiménez EI. Descending necrotizing mediastinitis: systematic review on its treatment in the last 6 years, 75 years after its description. *Head Neck.* 2016; 38: 2275-2283.
5. Sumi Y. Descending necrotizing mediastinitis: 5 years of published data in Japan. *Acute Med Surg.* 2015; 2: 1-12.