

INFORME DE CASO

Mediastinitis necrotizante descendente. Presentación de caso

Dr. Jorge Sergio Rodríguez Silverio¹

Dr. Héctor Fortún Aquino²

Dr. Pedro Leonart López³

RESUMEN

La mediastinitis aguda es un proceso grave, secundario a una perforación esofágica o a una complicación infecciosa de la operación cardiotorácica transesternal y, de forma infrecuente, a una infección primaria orofaríngea con progresión a la región cervical y extensión al mediastino a través de las fascias musculares. Se presenta un hombre de 45 años de edad, de la raza blanca, fumador y alcohólico que cuatro días antes de su ingreso comenzó con odontalgia y se aplicó analgésicos tópicos sin previa prescripción médica. La mediastinitis es una complicación poco frecuente, de difícil diagnóstico y alta mortalidad que representa la forma más letal de la infección mediastinal, por lo que el punto más importante al respecto es ahora, y será siempre, su prevención.

DeCS:

PERFORACION DEL
ESOFAGO/complicaciones
FACTORES DE RIESGO
MEDIASTINITIS/diagnóstico

SUMMARY

Acute mediastinitis is a serious condition, secondary to esophageal perforation or an infectious complication of a trans-sternal cardiothoracic surgery and, in rare cases, secondary to a primary oropharyngeal infection with progression to cervical region and mediastinal extension through muscle fascies. The case of a 45-year-old white smoker alcoholic male is reported. Four days before admission, he began with toothache and applied himself topical analgesics without medical prescription. Mediastinitis is a rare complication, of difficult diagnosis and high mortality, which constitutes the most lethal form of mediastinal infection. Therefore, concerning it, the most important point is now, and will always be, prevention.

MeSH:

ESOPHAGEAL
PERFORATION/complications
RISK FACTORS
MEDIASTINITIS/diagnosis

La mediastinitis aguda es un proceso grave, secundario a una perforación esofágica o a una complicación infecciosa de la operación cardiotorácica transesternal y, de forma infrecuente, a una infección primaria orofaríngea con progresión a la región cervical y extensión al mediastino a través de las fascias musculares. Esta última forma clínica denominada mediastinitis necrotizante descendente (MND) representa la forma más letal de infección mediastínica - con una mortalidad de 25% a 50%- a pesar de la correcta administración de antibióticos de amplio espectro y de la realización de la tomografía axial computadorizada para un diagnóstico temprano.^{1,2}

La MND generalmente se produce después de una lesión oral o faríngea,¹⁻⁴ es un cuadro severo que se puede acompañar de empiema y pericarditis (o ambos), es una enfermedad poco frecuente que representa la forma más letal de la infección mediastinal,^{4,5} la causa más común, la odontológica, predomina en hombres (85%) con una edad promedio de 35 años y es de alta letalidad (50%).⁵⁻⁸ El tratamiento debe ser multidisciplinario, con énfasis en el aspecto nutricional, el manejo intensivo y el tratamiento quirúrgico -cervicotomía y toracotomía-; este último aspecto permanece hasta ahora controversial.

Pearse, en 1938, ante la era preantibiótica, en una serie de 21 casos con MND, tuvo una mortalidad superior al 50%; el pronóstico actual, a pesar de existir los antibióticos más diversos y de amplio espectro, continúa igual: la mortalidad se mantiene entre 30% y 40% por diagnóstico tardío, con demoras en horas y hasta días y, por otro lado, y a pesar de los avances, no existe total acuerdo en el tratamiento quirúrgico definitivo.⁹

Los criterios diagnósticos de la MND, según Estrena y colaboradores, son:

- a) manifestación clínica de infección grave
- b) demostración radiológica de lesión cérvico-mediastínica
- c) demostración de lesión mediastínica necrosante en el acto quirúrgico, en el examen post mortem o en ambos
- d) relación definida entre el proceso infeccioso orofaríngeo o cervical con la evolución de la MND.¹⁰

De forma habitual se recoge el antecedente de una infección de cabeza y cuello, preferentemente dental u orofaríngea, esta última complicada con un absceso retrofaríngeo o periamigdalino.⁹

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 45 años de edad, de la raza blanca, fumador y alcohólico que cuatro días antes de su ingreso comenzó con odontalgia y, posteriormente, aumento de volumen de la región anterior del cuello, disfonía, disfagia, tos con expectoración blanco amarillenta, dolor toracolumbar derecho, fiebre de 38.5°C, orinas oscuras y oliguria. Al examen físico se constataron un edema a nivel del cuello que alcanzaba las regiones supraclaviculares, la expansibilidad torácica disminuida en la base derecha, con tiraje intercostal y subcostal, matidez a la percusión de dicha base, murmullo vesicular abolido y crepitantes aislados superiores a la zona de matidez; se observó un absceso en la región

malar y que la orofaringe estaba enrojecida y edematosa. Se planteó neumonía estafilocócica derecha con derrame pleural asociado (figura 1), deshidratación isotónica moderada y edema angioneurótico.

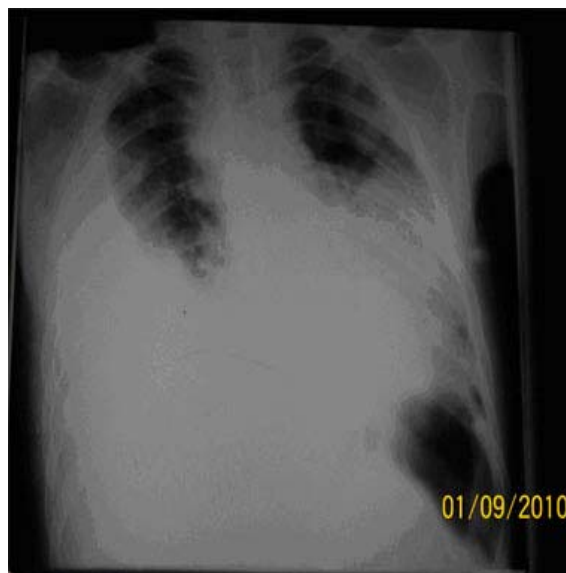


Figura 1. Rayos X de tórax: se observa radiopacidad bilateral en forma de derrame pleural de gran cuantía y ensanchamiento mediastinal

Complementarios:

Rayos X de tórax: opacidad de la base pulmonar derecha con cisuritis, imagen paramediastínica superior derecha de aspecto tumoral (figura 2).



Figura 2. Rayos X de tórax: se observa ensanchamiento mediastinal y derrame pleural derecho

Leucograma: leucocitosis ligera con desviación izquierda, presencia de stabs y granulaciones tóxicas.

En una interconsulta el Especialista en Otorrinolaringología diagnosticó adenitis a punto de partida de una sepsis oral (absceso malar). Se inició tratamiento con metronidazol y amikacina, y tiempo después aparecieron síntomas como la cianosis distal y peribucal, la ansiedad, la palidez, la sudoración, la tendencia a la hipotensión arterial, la somnolencia y el incremento del edema del cuello acompañado de disnea, el edema de miembros inferiores, roncos, sibilantes y abundantes secreciones traqueo bronquiales, taquiarritmia, ritmo de galope ventricular y frecuencia cardíaca de 110xmin; se agregaron diuréticos y oxigenoterapia mantenida. Al tercer día de su estancia hospitalaria fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), allí se le aplicó triple terapia (ceftriaxone, metronidazol y vancomicina) y se logró su estabilidad hemodinámica. Al segundo día de estadía en la UCI, en horas de la tarde, presentó un marcado deterioro de su estado general, con gravedad extrema, hipertermia, taquicardia mantenida e hipertensión arterial, estado de coma profundo y sangramiento por levine; a las 21:15 horas tuvo un paro cardíaco y falleció.

La necropsia ofreció los resultados siguientes: choque séptico, mediastinitis, absceso del tercer molar, bronconeumonía severa bilateral, fallo multiorgánico, coagulación intravascular diseminada y enterocolitis aguda.

COMENTARIO FINAL

Se encuentran informes desde 1978,⁴ y en la actualidad se presentan a pesar del tratamiento adecuado de la sepsis oral, sobre la flora mixta por bacterias anaerobias y aerobias,¹⁻⁴ estreptococo beta hemolítico grupo A, estreptococos viridans, bacteroide melaninógeno, peptoestreptococo fisobacteria, estreptococo anaerobio, estafilococo aureus, haemophilus influenzae, bacilos grampositivo (no clostridium), candida albicans, histoplasma y gramnegativos en pacientes inmunosuprimidos, diabéticos y ancianos.⁴

El diagnóstico post mortem no es infrecuente y se efectúa en el 14% de los casos; de forma habitual se recoge el antecedente de una infección de cabeza y cuello, preferentemente dental u orofaríngea, esta última complicada con absceso retrofaríngeo o periamigdalino;^{1,10} la diabetes mellitus y el alcoholismo crónico son los principales factores predisponentes.³ El retraso en el diagnóstico y el drenaje incompleto son las principales causas de la elevada mortalidad de la MND. Como las infecciones orofaríngeas suelen responder favorablemente al tratamiento antibiótico es preciso un alto índice de sospecha clínica para considerar el diagnóstico de la MND en pacientes con síntomas respiratorios o torácicos y el antecedente reciente de infección orofaríngea.¹ La incidencia de mediastinitis encontrada no difiere de la notificada internacionalmente que, en la mayoría de las series largas actuales, fluctúa en un rango de 0.4 a 5%. En los trabajos revisados se encontró un predominio del sexo masculino sobre el femenino con una relación de 10 a 1; las edades más

frecuentes encontradas fueron entre los 35 y 45 años, con una edad promedio de 42,2; los síntomas más frecuentes fueron el dolor, la disnea y la fiebre; el tiempo de evolución de los síntomas hasta el diagnóstico fue de tres días; los orígenes más frecuentes en todos los trabajos fueron el dental, el otorrinolaringológico y el no precisado, en orden de frecuencias. Luego de haber analizado y comparado con experiencias de otros colegas se confirma, una vez más, que la mediastinitis constituye una complicación de difícil diagnóstico y alta mortalidad, por lo que el punto más importante al respecto es ahora, y será siempre, su prevención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oropesa Celedon A. Mediastinitis necrotizante descendente: Comunicación de dos casos y revisión de la literatura. Cuad Cir (Valdivia) [Internet]. 2006 [citado 7 Feb 2010];20(1):[aprox. 2 p.]. Disponible en: http://mingaonline.uach.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-28642006000100010&lng=es&nrm=iso
2. Vásquez JC, Montesinos E, Castillo L. Perforación esofágica y mediastinitis causada por espina de pescado: Reporte de 3 casos. Rev Gastroenterol [Internet]. 2006 Oct-Dic [citado 19 Nov 2010];26(4):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1022-51292006000400010
3. Ayuso-Velasco R, García-Barajas S, García-Sáezb M. Mediastinitis secundaria a una pancreatitis aguda. Arch Bronconeumol. 2011;47(6):319-20.
4. Lugo Jáuriga B, Artilles Martínez D, Monteagudo Ramírez J. Mediastinitis descendente necrotizante como causa de rotura aórtica. Medicentro Electrón [Internet]. 2008 Mar [citado 2 Jul 2008];12(3):[aprox. 2 p.]. Disponible en: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?hid=21&sid=1069107e-ad6b-4fb9-b3e3-8ce983328c72%40sessionmgr11&vid=2>
5. Bilal MS, Gurer O, Kirbas A, Yildys Y, Celebi A. Cardiac Reoperation in a operative mediastinitis: a case report. J Cardiothoracic Surg [Internet]. 2011 [citado 12 Ene 2011];(6):[aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.cardiothoracicsurgery.org/content/pdf/1749-8090-6-35.pdf>
6. Wallberg ME, Young P, Finn BC, Thomé M, Chueco A, Villarejo F. Esófago negro secundario a esofagitis necrotizante aguda: Reporte de un caso clínico. Rev Méd Chile [Internet]. 2009 May [citado 20 Sept 2010];137(5):[aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000500011&lng=es
7. Carrillo Esper R, Elizondo Argueta S, Sánchez Zúñiga MJ, López Martínez A, Carrillo Córdova R. Perforación esofágica y mediastinitis secundarias a funduplicatura laparoscópica tipo Nissen. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Fac Med [Internet]. 2008 Ene-Feb [citado 11 Oct 2010];51(1):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.mediagraphic.com/pdfs/facmed/un-2008/un081d.pdf>
8. Alonso Formento E, Martínez Oviedo A, Martínez Burgui J, Galve Royo F, Garzarán Teijeiro A, Borao Aguirre P. Mediastinitis secundaria a perforación esofágica iatrogénica. Emergencias [Internet]. 2007 [citado 15 Feb 2009];19:[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.semes.org/revista/vol19_5/10.pdf
9. Sauma C, Flores Valda LM, Gutiérrez J, Cuellar YC. Mediastinitis descendente secundaria a absceso dentario. Presentación de caso clínico y revisión de la

literatura. Arch Boliv Med. [Internet]. 2009 [citado 15 Ene 2011]; 13(81):[aprox. 3.]. Disponible en:

http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-05252009000300009&lng=en&nrm=iso

10. Lloréns Figueroa JA. Diagnóstico y conducta a seguir durante un síndrome mediastinal. En: García Gutiérrez A, Pardo Gómez G. Vol 2. Cirugía. La Habana: Ciencias Sociales; 2008. p. 868-74.

DE LOS AUTORES

1. Especialista de I Grado en Medicina Interna. Profesor Instructor del Hospital General Docente Universitario de Placetas. Villa Clara.
2. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hospital General Docente Universitario de Placetas. Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Residente de 2do año de Medicina Interna. Hospital General Docente Universitario de Placetas. Villa Clara.