



Fig. 1. Tomografía axial del paciente al que se realizó una traqueostomía. Pueden apreciarse signos de neumonía, derrame pleural y pericárdico (este último drenado con un catéter).

Entre enero y octubre de 1996 hemos tratado 4 pacientes varones (de edades comprendidas entre 35 y 65 años) diagnosticados de mediastinitis secundaria a una infección bucofaríngea (2 casos por amigdalitis, uno por absceso dentario y otro por absceso faríngeo por una espina de pescado). Tres fueron intervenidos por cervicotomía y toracotomía derecha horas después de su ingreso en el hospital y evolucionaron satisfactoriamente. En el cuarto enfermo (el más joven de la serie), el tratamiento inicial fue efectuado por otros especialistas, quienes indicaron una traqueostomía –para facilitar el manejo posterior del enfermo en la UVI– y cervicotomía para drenaje. Posteriormente, aunque en el mismo acto quirúrgico, realizamos una toracotomía derecha. La evolución de este caso fue insatisfactoria. Desarrolló neumonía y empiema pleural bilateral y pericarditis purulenta (fig. 1). El enfermo precisó ventilación mecánica prolongada y dos reintervenciones –por toracotomías derecha e izquierda– para desbridamiento de los empiemas y drenaje pericárdico. Fue dado de alta 40 días después de su ingreso.

En este último caso, creemos que la mala evolución se debió a que la traqueostomía facilitó la aspiración de material purulento y la diseminación de la infección al mediastino anterior y pericardio.

La traqueostomía en casos de mediastinitis descendente sólo es necesaria cuando la intubación oro o nasotraqueal es imposible<sup>2</sup> o cuando, una vez resuelta la infección cervi-

cal, la mala evolución del enfermo por sepsis u otros problemas hace necesaria la ventilación mecánica prolongada. Además, la traqueostomía realizada en un terreno infectado, fácilmente puede complicarse con rotura de la arteria innominada<sup>3</sup>.

**L. Hernández-Cosido, M. Jiménez y G. Varela**  
Sección de Cirugía Torácica.  
Hospital Universitario de Salamanca.

1. González Aragonese F, Moreno Mata N, Orusco Palomino E, Vázquez Pelillo JC, Peña González E, Folqué Gómez E. Mediastinitis descendente necrosante de origen orofaríngeo. Arch Bronconeumol 1996; 32: 394-396.
2. Allen D, Loughnan TE, Ord RA. A re-evaluation of the role of tracheostomy in Ludwig's angina. J Oral Maxillofac Surg 1985; 43: 436-439.
3. Colmenero Ruiz C, Labajo AD, Yañez Vilas Y, Paniagua J. Thoracic complications of deeply situated serous neck infections. J Craniomaxillofac Surg 1993; 21: 76-81.

### Réplica

**Sr. Director:** En primer lugar quiero agradecer a Hernández-Cosido et al el interés mostrado por nuestro trabajo así como por sus comentarios. El control de la vía aérea en estos pacientes suele ser necesario por el ede-

ma cervical y esofágico, acompañado a veces de trismus, que altera los mecanismos de la deglución (con el riesgo de obstrucción de las vías respiratorias altas y aspiraciones repetidas). Este control puede hacerse por medio de una intubación orotraqueal o de una traqueostomía. Para algunos autores<sup>1-3</sup> la traqueostomía es una maniobra esencial en el tratamiento de estos pacientes. La intubación orotraqueal tiene la desventaja de la gran dificultad de la reintubación. Por otra parte, estos pacientes suelen requerir ventilación mecánica y control de la vía aérea durante un período de tiempo prolongado (nuestra primera enferma estuvo traqueostomizada durante 70 días).

No estamos de acuerdo con la afirmación de que la propia traqueostomía complica la evolución de estos pacientes. De lo que conocemos acerca de la evolución de uno de sus enfermos no puede deducirse que sea a consecuencia de ésta. Respecto a la complicación vascular, otros autores encuentran roturas a nivel de aorta descendente, arteria carótida y vena innominada por la infección y por el uso de drenajes rígidos<sup>4</sup>. Los autores a los que aluden en su cita<sup>5</sup> también son partidarios de practicar la traqueostomía de entrada en todos los casos, con o sin afectación torácica, incluso reconociendo que puede haber complicaciones (fistula traqueoinnomada, fistula traqueoesofágica, broncoaspiración) que pueden ser debidas tanto a la traqueostomía como a defectos técnicos (drenajes rígidos) o persistencia de la infección.

Por último, quiero felicitar a Hernández-Cosido et al por la experiencia acumulada en sólo 10 meses en esta patología infrecuente y por el éxito conseguido en estos pacientes de tan alto riesgo.

**F. González Aragonese**  
Servicio de Cirugía Torácica.  
Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón. Madrid.

1. Estrera AS, Landay MJ, Grisham J, Sinn DP, Platt MR. Descending necrotizing mediastinitis. Surg Gynecol Obstet 1983; 157: 545-552.
2. Levine TM, Wurster CF, Krespi YP. Mediastinitis occurring as a complication of odontogenic infections. Laryngoscope 1986; 96: 747-750.
3. Wheatley MJ, Stirling MC, Kirsh MM, Gago O, Orringer MB. Descending Necrotizing mediastinitis: transcervical drainage is not enough. Ann Thorac Surg 1990; 49: 780-784.
4. Economopoulos GC, Scherzer HH, Gryboski WA. Successful management of mediastinitis, pleural empyema, and aortopulmonary fistula from odontogenic infection. Ann Thorac Surg 1983; 35: 84-187.
5. Colmenero Ruiz C, Labajo AD, Yañez Vilas Y, Paniagua J. Thoracic complications of deeply situated serous neck infections. J Craniomaxillofac Surg 1993; 21: 76-81.