

## Mediastinitis necrosante descendente: tratamiento con drenaje torácico transcervical

A.F. Honguero Martínez, A. Arnau Obrer, A. Fernández Centeno, R. Saumench Perramon, M. Estors y A. Cantó Armengod

Servicio de Cirugía Torácica. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia. Valencia. España.

Presentamos el caso clínico de un varón de 29 años de edad que presentó una mediastinitis necrosante descendente con extensión infracarinal secundaria a un proceso infeccioso orofaríngeo. La infección torácica fue tratada mediante un drenaje torácico vía transcervical, que se retiró al decimoquinto día del postoperatorio. La evolución fue favorable sin necesidad de una reintervención más radical. Consideramos que en la mediastinitis necrosante descendente con extensión infracarinal sin rotura pleural es útil inicialmente el tratamiento con drenaje torácico transcervical.

**Palabras clave:** *Mediastinitis necrosante descendente. Drenaje mediastínico transcervical. Absceso periamigdalino.*

### Descending Necrotizing Mediastinitis: Treatment by Transcervical Thoracic Drainage

We report the case of a 29-year-old man with descending necrotizing mediastinitis and subcarinal spread secondary to oropharyngeal infection. The thoracic infection was treated by placement of a transcervical thoracic drain, which was removed 15 days after surgery. The outcome was satisfactory and no further invasive treatment was required. We believe that transcervical thoracic drainage is a useful initial treatment for descending necrotizing mediastinitis with subcarinal spread but no pleural cavity involvement.

**Key words:** *Descending necrotizing mediastinitis. Transcervical mediastinal drainage. Peritonsillar abscess.*

### Introducción

La mediastinitis de origen infeccioso hoy día suele aparecer por una complicación de la esternotomía en cirugía cardiotorácica y, con menos frecuencia, por una infección bucofaríngea. La mediastinitis aguda que surge como complicación de una infección bucofaríngea fue denominada mediastinitis necrosante descendente (MND) por Estrera et al<sup>1</sup> en 1983. Es una enfermedad muy poco frecuente pero importante por su elevada mortalidad, que oscila entre el 14 y el 50% según diversos autores<sup>2-4</sup>. La flora responsable suele ser mixta, con aerobios, anaerobios, grampositivos y gramnegativos que producen un efecto sinérgico<sup>1,5,6</sup>. El tratamiento quirúrgico es controvertido, desde la cirugía mediante cervicotomía y toracotomía defendida por algunos autores<sup>4,7-9</sup> hasta un tratamiento más conservador con drenaje torácico transcervical<sup>10</sup>, como en el caso que presentamos.

### Observación clínica

Varón de 29 años de edad, fumador de un paquete/día como antecedente más relevante. Presentó un dolor faríngeo que se diagnosticó de amigdalitis pultácea y se trató con amoxicilina

e ibuprofeno. Al cabo de 9 días comenzó con odinofagia y agravamiento del dolor faríngeo, fiebre de 38,5 °C, leucocitosis (20.000 cel/ul), neutrofilia (86%), deterioro del estado general, hipotensión y oliguria. Requirió ingreso en la unidad de cuidados intensivos por un shock séptico. En la fibrolaringoscopia la orofaringe era normal, sin asimetrías, la palpación cervical también era normal, y en la tomografía computarizada se observó una tumoración periamigdalina izquierda con burbujas de gas ectópico y extensión a la zona retrofaríngea, a la musculatura infrahioides y al mediastino posterior periesofágico izquierdo, junto con un pequeño derrame pleural bilateral y zonas de consolidación alveolar en ambos lóbulos inferiores. Se le estabilizó mediante sueroterapia, cardiotónicos y antibióticos de amplio espectro (penicilina G, ciprofloxacino, clindamicina y piperacilina-tazobactam). En el hemocultivo se aislaron *Escherichia coli*, *Acinetobacter baumannii*, *Enterococcus faecalis* y *Staphylococcus haemolyticus*; en el cultivo del esputo, *Serratia marcescens*, y en el drenaje del absceso, *E. coli*. Tras 4 días de ingreso en la unidad de cuidados intensivos, y ante la evolución tórpida con tratamiento médico, se decidió la intervención quirúrgica. Se practicó una incisión laterocervical izquierda en Y, con extirpación de la fascitis de la musculatura prelaríngea izquierda. Se drenó abundante material purulento en la zona profunda de la musculatura prelaríngea y en el espacio retrofaríngeo, y se colocaron 2 drenajes de Penrose en dichas zonas y un drenaje torácico (sonda de Nelaton número 16) en el mediastino posterior mediante disección digital. El drenaje torácico se retiró de forma progresiva a los 15 días tras la cirugía. Durante la evolución fue preciso realizar una transfusión por hemorragia digestiva, que se trató con esclerosis endoscópica en la segunda porción duodenal. Se dio de alta al paciente a los 22 días.

Correspondencia: Dr. A.F. Honguero Martínez.  
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital General Universitario.  
Avda. Tres Cruces, s/n. 46014 Valencia. España.  
Correo electrónico: tonyhonguero@yahoo.es

Recibido: 28-6-2004; aceptado para su publicación: 24-7-2004.

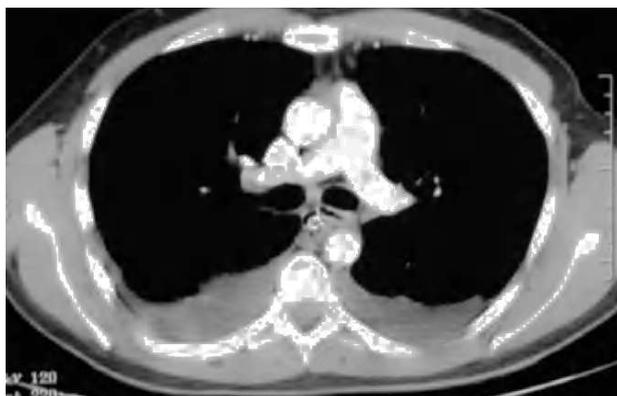


Fig. 1. Tomografía computarizada de tórax postoperatoria donde se visualiza el tubo de drenaje torácico colocado en el mediastino posterior vía transcervical.

### Discusión

La MND es una entidad poco frecuente, con alrededor de una veintena de casos<sup>3,4</sup> descritos en las principales series de la bibliografía. La formación de un absceso en la región bucofaríngea como consecuencia de una infección dental o amigdalar puede desembocar en la formación de una MND. Es un cuadro clínico grave, con una elevada mortalidad incluso actualmente a pesar de los antibióticos de amplio espectro y del desarrollo de la cirugía y de las unidades de cuidados intensivos<sup>2,3,6</sup>. Su sospecha es fundamental para un diagnóstico temprano, que suele realizarse básicamente mediante la tomografía computarizada<sup>8</sup> donde se visualiza la colección líquida, a veces con aire ectópico indicativo de la flora bacteriana anaerobia (fig. 1). La extensión del absceso bucal o cervical hasta el mediastino se comprende puesto que existe una comunicación anatómica a través de los planos de las fascias de los músculos cervicales; además, el mediastino en su parte superior no posee ningún techo cerrado que lo mantenga aislado del cuello. A todo esto hay que añadir la presión intratorácica negativa que facilita, junto con la acción de la gravedad, el descenso de la infección hacia la región mediastínica<sup>2</sup>. Ante el diagnóstico de una MND hay que actuar inmediatamente con cobertura antibiótica de amplio espectro, ya que suele estar presente una flora mixta polimicrobiana<sup>6,11</sup>. Actualmente está en discusión el procedimiento quirúrgico en la MND. Algunos autores defienden el drenaje del absceso abordado mediante cervicotomía y toracotomía<sup>4,7-9</sup> basándose en la elevada mortalidad de esta afección. Sin embargo, otros autores consideran que un abordaje torácico transcervical<sup>10</sup> puede tener un buen resultado, como es el caso que describimos (fig. 2). El mediastino es un compartimento cerrado, limitado por las pleuras, que lo separan de las cavidades pleurales, pero comunicado cranealmente con la región cervical. Así, el pus procedente del absceso orofaríngeo desciende por el mediastino labrando un camino y permaneciendo estanco siempre que las pleuras mediastínicas no se rompan. Puede haber un derrame pleural reactivo a la mediastinitis (estéril), como en nuestro caso. De este modo es posible el drenaje con facilidad del absceso de una MND mediante la vía transcervical. En el seguimiento hay que atender a la cantidad de líquido drenado

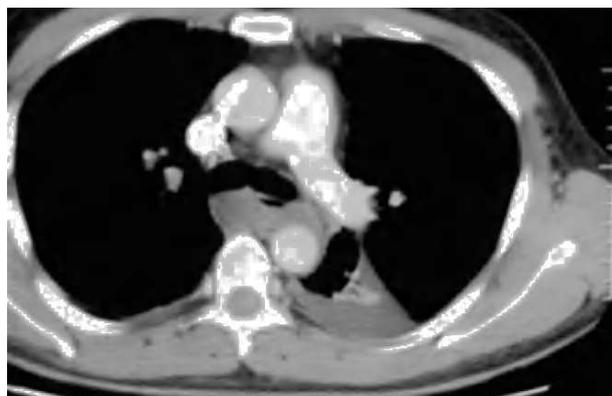


Fig. 2. Tomografía computarizada de tórax donde se observa la colección purulenta paraesofágica y subcarinal.

y es útil la realización de una tomografía computarizada para una evaluación de control. Progresivamente el tubo torácico se va retirando a medida que cesa el drenaje. A veces conviene realizar lavados con suero fisiológico o con una solución de antiséptico diluido para evitar la obstrucción del tubo. Una vez que los cultivos del drenaje son negativos y que el débito del tubo es escaso, se procede a su retirada. Las radiografías simples de tórax diarias informan de si hay derrame pleural, qué cantidad, si aumenta y, junto con la analítica y la clínica, se podrán realizar otras opciones terapéuticas como la toracotomía con desbridamiento amplio en caso de ser necesario.

En conclusión, el tratamiento mediante un drenaje torácico vía transcervical en la MND secundaria a un absceso de la cavidad bucofaríngea que afecta al mediastino infracarinal puede ser eficaz. Ante una MND con extensión infracarinal sin compromiso de la cavidad pleural, una opción adecuada es el tratamiento inicial conservador mediante un drenaje transcervical.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Estrera AS, Landay MJ, Grisham JM, Sinn DP, Platt MR. Descending necrotizing mediastinitis. *Surg Gynecol Obstet.* 1983;157:545-52.
2. Marty-Ane CH, Berthet JP, Alric P, Pegis JD, Rouviere P, Mary H. Management of descending necrotizing mediastinitis: an aggressive treatment for an aggressive disease. *Ann Thorac Surg.* 1999;68:212-7.
3. Figueroa-Damian R. Manifestaciones clínicas y mortalidad de la mediastinitis necrosante descendente. *Rev Invest Clin.* 2001;53:35-40.
4. Macrí P, Jiménez MF, Novoa N, Varela G. Análisis descriptivo de una serie de casos diagnosticados de mediastinitis aguda. *Arch Bronconeumol.* 2003;39:428-30.
5. Razzuk MA, Razzuk LM, Hoover SJ, Hoover T, Butler T, Urscherl HC. Infections of the mediastinum. En: Pearson FG, editor. *Thoracic surgery.* Philadelphia: Churchill Livingstone, 2002; p.1599-612.
6. Peña González E. Intervenciones de urgencia en el mediastino. *Mediastinitis agudas.* *Arch Bronconeumol.* 2003;39 Supl 4:80-2.
7. Sancho LM, Minamoto H, Fernández A, Sennes LU, Jatene FB. Descending necrotizing mediastinitis: a retrospective surgical experience. *Eur J Cardiothorac Surg.* 1999;16:200-5.
8. Takanami I, Takeuchi K. Favorable results of early diagnosis by cervicothoracic computed tomography scans for descending necrotizing mediastinitis. *Jpn J Thorac Cardiovasc Surg.* 2001;49:220-3.
9. Papalia E, Rena O, Oliaro A, Cavallo A, Giobbe R, Casadio C, et al. Descending necrotizing mediastinitis: a surgical management. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2001;20:739-42.
10. Kim JT, Kim KH, Lee SW, Sun K. Descending necrotizing mediastinitis: mediastinal drainage with or without thoracotomy. *Thorac Cardiovasc Sur.* 1999;47:333-5.
11. Brook I, Frazier EH. Microbiology of mediastinitis. *Arch Intern Med.* 1996;156:333-6.