



Absceso mediastínico anterior secundario a rotura esofágica espontánea: descripción de un caso

F. Sánchez-Toril López, J. Palop Medina, J. Camacho Lozano, A. Piquer Villa, J. Castro Navalón y F. Delgado Gomis

Servicio de Respiratorio y Cirugía General.
Hospital Dr. Peset. Valencia

Se presenta un absceso mediastínico anterior, consiguiente a una rotura espontánea de esófago, de desarrollo tardío, con poca repercusión clínica y que evolucionó favorablemente con tratamiento antibiótico-sintomático y drenaje aspirativo.

Se presenta por lo inusual de la localización, la escasa manifestación de la mediastinitis previa y la benignidad evolutiva del caso.

Arch Bronconeumol 1992; 28:237-238

Anterior mediastinal abscess secondary to a spontaneous esophagic rupture: a case report.

We present the case of an anterior mediastinal abscess secondary to a spontaneous esophagic rupture, which showed a delayed growing, slight clinical repercussion, and a favourable response to antibiotic and symptomatic treatment and to aspirative drainage. We report this case because the location of the abscess was unusual, the clinical manifestations of the previous mediastinitis were scanty, and the clinical course was benign.

Introducción

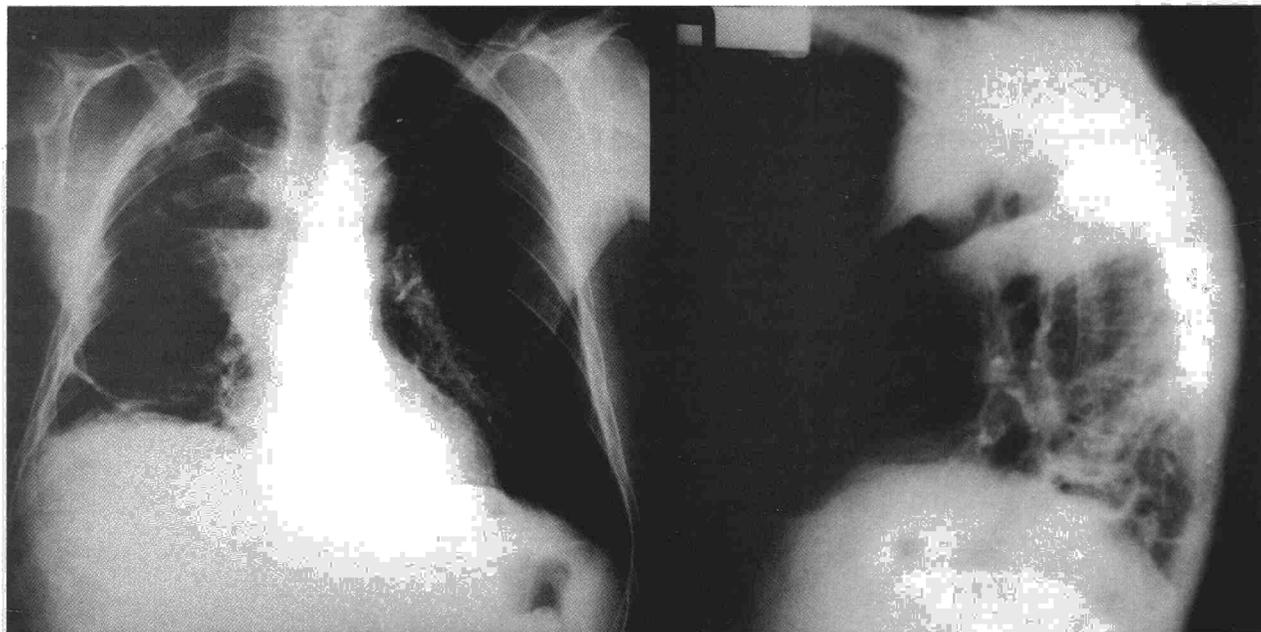
Los abscesos mediastínicos no son frecuentes, pudiendo dificultarse su aparición desde las mediastinitis previas por la habitual rapidez y gravedad evolutiva de la infección y por la antibioticoterapia precoz, siendo más rara la fistulización a pleura y bronquio. Entre otros procesos se han descrito mediastinitis en infecciones vertebrales¹, en nódulos específicos², en procesos vecinos como pancreatitis complicadas³ y asociadas a patología esofágica, por divertículos de tracción, por maniobras quirúrgico-instrumentales, por cuerpos extraños y también por roturas espontáneas^{4,6}. En el tratamiento son básicos los antibióticos y el drenaje quirúrgico de la cavidad^{4,6}, o la aspiración con catéter percutáneo lo que se preconiza como alternativa, dado que resuelve muchos casos y facilita la cirugía^{7,8}. Igualmente se debe reparar quirúrgicamente la brecha esofágica, solución que es más segura cuanto más precozmente se realiza⁶.

Recibido el 24-1-1991 y aceptado el 31-12-1991.

Observación clínica

Varón de 47 años que consulta por epigastralgia y vómito en poso de café. A la exploración, vientre en tabla. En la laparotomía y gastrostomía se evidenció una lesión de la pared gástrica en curvatura menor que se prolongaba hacia el esófago torácico, con gran exudado necrótico mediastínico. Se continuó con toracotomía a través del sexto espacio intercostal izquierdo hasta liberar el esófago inferior y medio, comprobándose que la perforación era de unos 12 cm proximalmente al esófago inferior. Se suturó el desgarro esofágico y se conectaron drenajes mediastínico y torácico.

En el postoperatorio inmediato en la Unidad de Vigilancia Intensiva, con tratamiento antibiótico, sintomático y nutrición parenteral se corrigió la uremia, hipoproteinemia y anemia que presentaba el paciente. A la semana, dada su buena evolución fue pasado a la sala apareciendo febrícula, tos ligera, expectoración amarillenta y de fácil expulsión. Discretos infiltrados bibasales, sin ensanchamiento mediastínico en la radiografía de tórax. Toleró nutrición enteral con sonda y después sin ella y en el esofagograma no habían fugas de contraste. En la siguiente radiografía de tórax (figs. 1a y 1b) se observó absceso en mediastino anterior. Mantenía buen estado general y mínima sintomatología, prosiguiendo con tratamiento médico conservador y drenan-



Figs. 1a y 1b. Absceso en mediastino anterior.

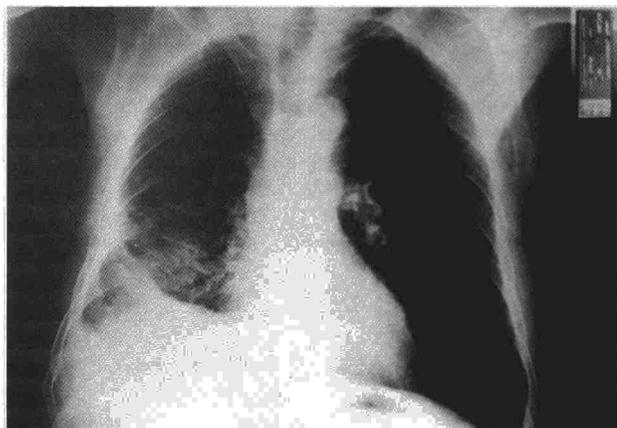


Fig. 2. Radiografía de control al cabo de un mes.

do la cavidad con catéter fino a través de punción simple aspirativa por el tercer espacio intercostal derecho, con posterior comprobación radiológica. Se evacuaron en total unos 400 cc de líquido purulento y hemático. A los pocos días se pinzó intermitentemente el tubo y aproximadamente al mes se retiró tras apreciar resolución de la cavidad. Los cultivos del líquido del absceso fueron positivos para *Proteus mirabilis*. El enfermo mejoró progresivamente y la radiografía de control (fig. 2) mostraba el mantenimiento de la resolución. Posteriormente en controles ambulatorios se comprueba la favorable evolución.

Discusión

Se trata de un enfermo con rotura espontánea de esófago y necrosis mediastínica al que se le practicó de urgencia una reparación quirúrgica de la brecha que fue suficiente⁶ y que desarrolló de modo inusual

absceso mediastínico anterior, con escasa sintomatología, de evolución benigna y sin ser apenas aparente la mediastinitis, siendo lo habitual en estos casos la formación del absceso en mediastino posterior⁴⁻⁷ con importante repercusión clínica. La aspiración de la cavidad fue resolutoria⁷⁻⁸.

La formación tardía del absceso se debe a la persistencia de la perforación esofágica⁶; en este caso, el esofagograma no pudo mostrar dehiscencias ni fugas, creyéndose por lo tanto que fue debido a la sobreinfección de los restos necróticos del mediastino no evacuados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benezra C, Spurgeon L, Light RW. Mediastinal abscess secondary to vertebral osteomyelitis. *Postgrad Med* 1982; 220:223.
2. Steidle B, Ahlemann LM, Grehn S. Unusual abscess formation in the posterior mediastinum. *Fortschr Geb Rontgenstr Nuklearmed*, 1980; 122:212-215.
3. Kratz HW, Hamper P. Acute necrotising alcoholic pancreatitis with abscess formation in the mediastinum. *Fortschr Geb Rontgenstr Nuklearmed* 1982; 136:262-265.
4. Gaillard J, Eschapasse B, Petel G, Fournial G, Berhoumieu F. Abscess mediastinaux d'origine oesophagienne. A propos de 11 cas. *Ann Chir Thorac Cardiovasc* 1977; 16:147-151.
5. Montinari M, Giangregorio F, Mangieri C. Mediastinal abscess secondary to laceration of the esophagus due to foreign body in a girl. *Minerva Chir* 1975; 30:827-831.
6. Beuret D, Besson A, Seagesser F. Perforation iatrogene de l'oesophage sus-diaphragmatique avec abscess mediastinal et empyeme pleural droit. A propos d'un cas reconnu et trait au 16.^o jour. *Rev Med Suisse Romande* 1981; 101:469-473.
7. Gobien RP, Stanley JH, Gobien BS, Vujic I, Pass HI. Percutaneous catheter aspiration and drainage of suspected mediastinal abscesses. *Radiology* 1984; 151:69-71.
8. Walker FW, Salley AJ. A drainage tube for mediastinal abscesses. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 152:831-832.