



Drenaje Quirúrgico Cervicotorácico

En la Mediastinitis Necrotizante Descendente

Informe de 1 caso

V. M. CAICEDO, MD, FACS, SCC; J. R. CORREA, MD, SCC; H. ORJUELA, MD, SCC; H. SANTOS, MD, SCC; N. SANDOVAL, MD, SCC.

Palabras claves: Mediastinitis, Infección Odontogénica, Toracotomía, Desbridamiento, Antibioticoterapia.

Se presenta un paciente con mediastinitis necrotizante descendente, que fue visto en nuestro servicio 7 días después de la extracción de un molar. La radiografía convencional del tórax, el ultrasonido cervical y la tomografía axial computarizada del tórax, fueron útiles para decidir la extensión del procedimiento quirúrgico. El diagnóstico temprano y el adecuado desbridamiento cervical, mediastínico y pleural, fueron decisivos en la recuperación del paciente. Se concluye que el drenaje subxifoideo no es suficiente en el tratamiento de esta enfermedad.

INTRODUCCION

La mediastinitis necrotizante descendente (MND) ha sido reconocida como una forma muy virulenta de mediastinitis, desarrollada como una extensión de infecciones orofaríngeas y con una asociación de bacterias aeróbicas y anaeróbicas. La alta mortalidad causada por esta enfermedad está relacionada con un diagnóstico tardío y un tratamiento quirúrgico inapropiado.

Presentación del caso clínico

Un hombre de 36 años con buen estado de salud previo, fue sometido a extracción del tercer molar izquierdo inferior; 2 días después presentó estado febril y al cuarto día fue hospitalizado por induración de la región submaxilar izquierda, habiendo recibido penicilina y dicloxacilina oral. Al sexto día apareció dolor precordial, la induración se había extendido al lado derecho y al piso de la boca; el estado séptico había avanzado y un examen con ultrasonido cervical (Fig. 1) mostró aire alrededor de la carótida. Se obtuvo una nueva radiografía del tórax la cual eviden-

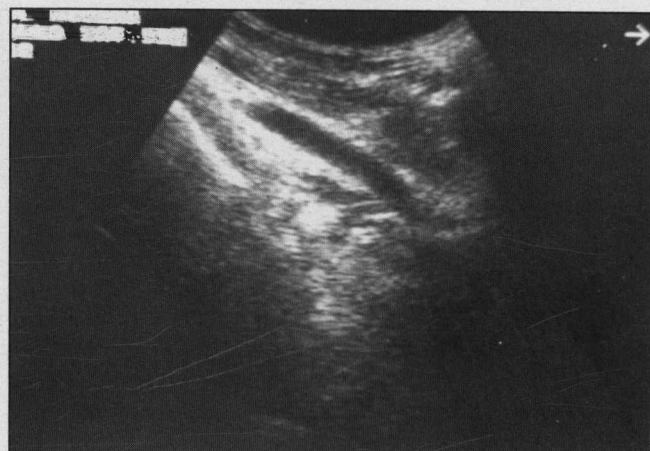


Fig. 1. Ultrasonido cervical en el que se observa aire alrededor de la arteria carótida.

ció múltiples niveles hidroaéreos retroesternales en la placa lateral, y líquido en el espacio pleural izquierdo. Se inició tratamiento con clindamicina y tobramicina por vía parenteral. En una escanografía torácica (Fig. 2) se localizaron las áreas comprometidas en el mediastino anterior, en ambos hilos pulmonares y en el mediastino posterior y, además, un empiema tabicado que colapsaba parcialmente el lóbulo inferior izquierdo. Se practicó simultáneamente una cervicotomía derecha y una toracotomía anterior izquierda. Por la incisión del cuello, que seguía el borde anterior del esternocleidomastoideo, se drenó el material purulento de la vaina carotídea, el espacio retrovisceral superior y el piso de la boca. Por la toracotomía anterior fue posible desbridar el espacio retroesternal, ambas regiones hiliares (derecha e izquierda), la retrovisceral y, además, decorticar la pleura izquierda. Fue llamativo el compromiso de la grasa retroesternal la cual estaba infiltrada en las vainas vasculares; fue necesario resecarla extensamente para lograr un adecuado desbridamiento. Esta parte del procedimiento no se hubiera logrado por una vía de acceso

Doctores: Víctor M. Caicedo; Juan R. Correa; Hernando Orjuela; Hernando Santos; Néstor Sandoval, Servicio de Cirugía Cardiovascular, Fundación Clínica Shaio, Bogotá, D. C., Colombia.

subxifoidea. Se colocaron tubos N° 32F de drenaje en los espacios retroesternal y retrovisceral (Fig. 3).

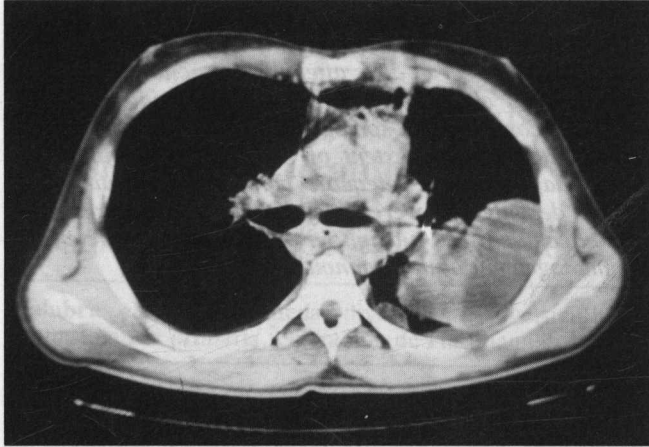


Fig. 2. Escanografía torácica en la que se localizan las áreas comprometidas por el proceso patológico.

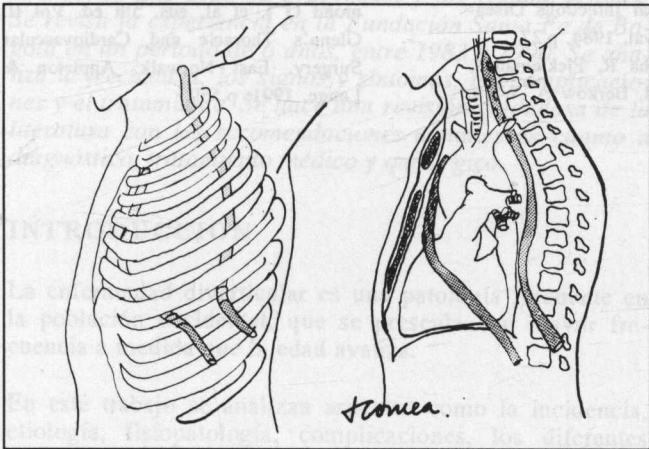


Fig. 3. Tubos de drenaje en el tórax, en los espacios retroesternal y retrovisceral.

Los cultivos mediastinales revelaron peptostreptococos y bacteroides y los del alvéolo dental, estafilococo dorado; por este motivo se agregó vancomicina al tratamiento anti-biótico. El paciente se recuperó rápidamente de su estado séptico y al quinto día presentó nuevamente fiebre; se practicaron tomografías de la región cervical y del tórax, sin encontrar evidencia de colecciones líquidas o aéreas y sólo una consolidación neumónica en el lóbulo inferior izquierdo (Fig. 4). Se atribuyó la fiebre a este proceso, los tubos fueron retirados al noveno día y el tratamiento anti-biótico fue continuado hasta completar 20 días, al cabo de los cuales el paciente fue dado de alta; éste continúa libre de síntomas y trabajando normalmente, 6 meses después de la intervención.

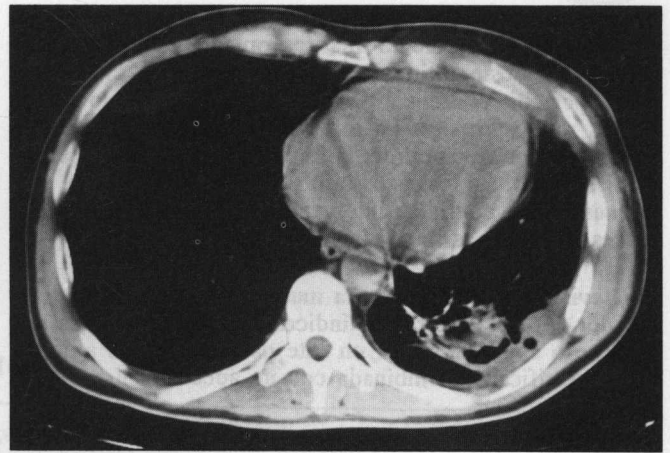


Fig. 4. Tomografía de la región torácica en la que sólo se aprecia una consolidación neumónica en el lóbulo inferior izquierdo.

DISCUSION

Las infecciones odontogénicas pueden tomar un curso incontrolado, extenderse a tejidos vecinos cervicales y de aquí difundirse por las fascias vasculares y viscerales al tórax. La letalidad de esta infección permanece muy alta debido al drenaje incompleto del mediastino a pesar de las pautas dadas en excelentes revisiones hechas por Estrera (1) y más recientemente por Wheatley (2).

Los microorganismos más frecuentemente comprometidos en la mediastinitis de origen dental son mezclas de bacterias aeróbicas y anaeróbicas (1-3). El hecho de que bacterias normalmente existentes en la cavidad oral se hagan patógenas, se debe a interacciones del metabolismo bacteriano disparado por el proceso inflamatorio inducido quirúrgicamente (4). En este caso, además de las bacterias aeróbicas y anaeróbicas, pudo identificarse un *S. aureus*; la infección sinérgica explica la sepsis rápidamente progresiva que sigue a infecciones odontogénicas.

Las consideraciones anatómicas incluyen el entendimiento de la vecindad entre los espacios submandibular y sublingual con los faríngeos laterales y posteriores. Los espacios parafaríngeos están relacionados con los tres espacios cervicales profundos (5).

Aunque la placa convencional del tórax nos dio el diagnóstico inicial del compromiso mediastinal, la tomografía axial fue importante para establecer la extensión del proceso, a fin de buscar y drenar espacios que de otra manera no se hubieran tenido en cuenta, como la región hiliar contralateral. En el posoperatorio la misma tomografía axial fue importante en la búsqueda de nuevas colecciones; usada tempranamente, puede diagnosticar el compromiso mediastinal antes de que lo hiciera la radiografía del tórax (6).

Aunque no haya compromiso pleural, la toracotomía nos parece un procedimiento más apropiado que el drenaje subxifoideo; este último es un procedimiento ciego que puede permitir el drenaje pero no el desbridamiento de los tejidos retroesternales. La toracotomía aunque es un procedimiento mayor, permite la entrada a todos los espacios mediastínicos. En los casos informados en la literatura, son frecuentes las múltiples intervenciones para drenar colecciones mal tratadas inicialmente.

Las revisiones de la literatura muestran una mortalidad alrededor del 40%, con altos índices de reoperación. La vía de acceso cervicotorácica en este paciente estaba ampliamente justificada; combinada con un adecuado uso de los

antibióticos, debe llevar a un resultado final mejor que el informado en la literatura.

ABSTRACT

A male patient with necrotizing mediastinitis was seen in our department seven days after the extraction of a molar. Conventional chest X-ray, ultrasound examination of the neck and computerized tomography of the chest were useful to determine the extent of the surgical management. Early diagnosis and adequate cervical, mediastinal and pleural debridement were crucial to the patient's recovery. It is concluded that subxiphoid drainage is insufficient for the management of this ominous disease.

REFERENCIAS

1. Estrera A S, Landay M J, Sinn D P, Platt M R: Descending Necrotizing Mediastinitis. Surg Gynecol Obstet 1983; 107: 545-52
2. Wheatley M J, Stirling M C, Kirsh M M, Gago O, Orringer M B: Descending Necrotizing Mediastinitis: Transcervical drainage is not enough. Ann Thorac Surg 1990; 49: 780-4
3. Chow A W, Roser S M, Brady F A: Orofacial odontogenic infections. Ann Intern Med 1978; 88: 392-402
4. Howard R J: Microbios y su Patogenicidad. In: Simmons R L, Howard R J, eds. Infecciones quirúrgicas. Edición española de "Surgical Infectious Diseases". Barcelona, Salvat, 1984, p.27
5. Moncada R, Warpeha R, Pickleman J, Spak M, Cardoso M, Berkow A, White H: Mediastinitis from odontogenic and deep cervical infection. Chest 1978; 73: 497-500
6. Ewing H P, Hardy J D: The mediastinum. In: Baue A E, Geha A S, Hammond G I, et al, eds. 5th ed. Vol II. Glenn's Thoracic and Cardiovascular Surgery. East Norwalk: Appleton & Lange, 1991: p.569.

Correcciones

En la página 189 de la última entrega de la Revista CIRUGIA (Nº 3 del Vol. 6), aparece al pie de página una leyenda equivocadamente insertada, alusiva a los índices de autores y materias del Vol. 5, que ya había sido publicada correctamente en la página 56 de la entrega Nº 1 del mismo Vol. 6.

Así mismo, en las páginas 189 a 192 de la citada entrega Nº 3 del Vol. 6, aparecen mal transcritas las páginas asignadas a las referencias de autores y materias.

Los lectores, a quienes presentamos disculpas por tales errores, deberán consultar la paginación de los diferentes artículos publicados en la Nº 3, en el CONTENIDO inicial de la misma
