

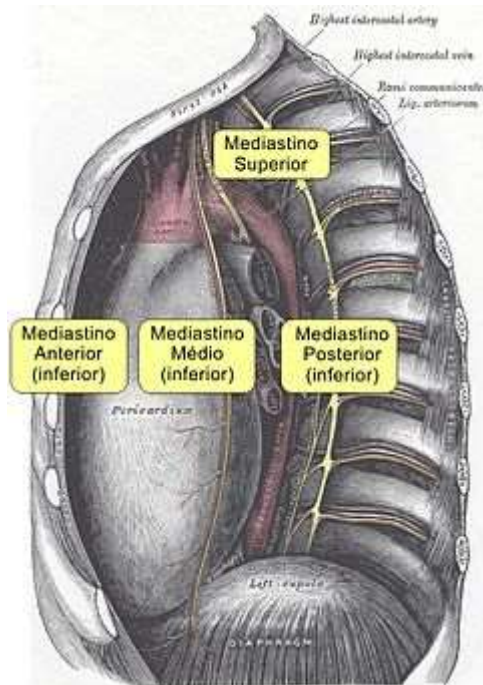
# MEDIASTINITIS NECROTIZANTE

MARIA CAMILA VILLAMIZAR

MEDICO INTERNO-HUEM

# MEDIASTINITIS

- La mediastinitis se define como la inflamación o la infección del tejido conectivo que rodea a las estructuras mediastínicas.



FASCIA CERVICAL SUPERFICIAL  
FASCIA CERVICAL MEDIA: EXTERNA, **INTERMEDIA**  
**Y VISCERAL**  
FASCIA CERVICAL VISCERAL PROFUNDA: ALAR Y  
PREVERTEBRAL

ESPACIO PREVISCERAL DE PEARSE O RECESO  
PERIVISCERAL DE GRAY: BORDE SUPERIOR DE  
CAYADO HASTA PERICARDIO

ESPACIO RETROVISCERAL DE PEARSE O  
RETROFARINGEO DE GRAY: BASE DEL CRANEO AL  
DIAFRAGMA (M. POSTERIOR)

# ETIOLOGIA

## Clasificación de Neuhof<sup>2</sup>

1. Infecciosas.
2. Agudas: a) supurativas localizadas; b) supurativas compartimentalizadas y c) necrotizantes.
3. Crónicas.
4. Idiopáticas, fibrosantes.
5. Farmacológicas (tratamiento con metilsergida).

- Las tres causas más frecuentes de mediastinitis agudas son: postoperatoria, perforación esofágica y la mediastinitis necrotizante descendente (MND).

# MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE

DEFINICION: Hace referencia a la infección que se inicia en la región orofaríngea y se disemina a través de los planos fasciales hacia el mediastino

*a)* manifestación clínica de infección aguda orofaríngea

*b)* radiología compatible con mediastinitis

*c)* hallazgo intraoperatorio o post mortem de mediastinitis necrotizante

*d)* relación directa entre la infección orofaríngea y el desarrollo de la MND

# EPIDEMIOLOGÍA

Incidencia: fue de 5,1 casos por 1.000.000hab/año.

Hombres >50 años

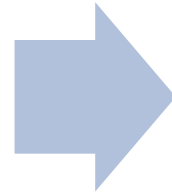
Mortalidad: del 10% en localizada (por encima de la carina traqueal) y del 30% en enfermedad difusa (que se extiende debajo de la carina traqueal)

Mortalidad del 35% en los pacientes tratados con cirugía y del 85% en aquellos pacientes que recibieron solo tratamiento médico.

# ETIOLOGIA

- La causa más frecuente es odontógena (40-60%), seguida del absceso retrofaríngeo y el peritonsilar, con menos frecuencia debido a heridas cervicales, cirugía del cuello, traumatismos externos, parotiditis, tiroiditis, osteomielitis clavicular, linfadenitis cervical, IOT traumática.

El espacio pretraqueal. En aproximadamente el 8% de los casos de DNM, este espacio es una vía posible para infecciones de las vías respiratorias, epiglotitis / laringitis y tiroides al mediastino anterior y medio.



Las infecciones odontogénicas tienden a extenderse posteriormente hacia el espacio vascular y desde allí, en el 12% de los casos de DNM, más allá del mediastino anterior. una de las principales vías de propagación  
70%

# ETIOLOGIA

- MICROORGANISMOS MAS FRECUENTES:

Tabla 2

Gérmenes encontrados en los cultivos positivos

*Bacteroides sp.*  
*Candida albicans*  
*Clostridium difficile*  
*Eikenella corrodens*  
*Enterococcus faecalis*  
*Escherichia coli*

*Fusobacterium avium*  
*Peptostreptococcus*  
*Prevotella sp.*  
*Gemella morbillorum*  
*Propionibacterium sp.*  
*Pseudomona aeruginosa*  
*Streptococcus sp.*  
*S. Acidominimus*  
*S. Anginosus*  
*S. Pyogenes*  
*S. Viridans*

42,7 %



# FACTORES DE RIESGO

- FACTORES DE RIESGO: Edad >70 años, tabaquismo, alcoholismo, diabetes.

# DIAGNOSTICO

- Dolor , fiebre y tumefacción cervical junto con disfagia, odinofagia y, en ocasiones, con compromiso ventilatorio que precisará intubación oro-traqueal para asegurar la vía aérea.
- Sepsis

# IMAGENOLOGÍA

TAC:

- colecciones mediastínicas,
- aire en mediastino, atenuación de la grasa mediastínica, adenopatías,
- derrame pleural y pericárdico

# TRATAMIENTO

El tratamiento antibiótico con una cefalosporina de tercera generación + vancomicina cuando la causa es una cirugía cardiaca o metronidazol o clindamicina en los demás casos

# CIRUGÍA

- la cirugía va encaminada al control del foco primario si es posible, con desbridamiento amplio y eliminación de tejidos necróticos y colocación de drenajes en todos estos espacios, que aseguren una correcta evacuación de los fluidos infectados. El abordaje y la técnica quirúrgica dependen del foco, la causa y la extensión de la infección.

# CIRUGIA

- CERVICOTOMIA TRANSVERSA
- TORACOTOMIA POSTERO LATERAL
- ESTERNOTOMIA

# CIRUGIA

- La infección localizada del mediastino superior por encima de la carina traqueal, la cervicotomía y el drenaje transcervical pueden ser suficientes
- Mediastino posterior ya sea mediante un abordaje de toracotomía uni / bilateral y / o cirugía toracoscópica asistida por video uni / bilateral (VATS) en casos seleccionados

# COMPLICACIONES POP

**Tabla 3**

Complicaciones postoperatorias

Complicación	n.º pacientes	%
Choque séptico	10	23,3
Insuficiencia cardiaca	3	7
Insuficiencia renal y/o hepática	6	14
Otras	10	23,3
Hemorragia digestiva alta	4	9,3
Colecistitis	2	4,6
Perforación intestinal	1	2,3
Accidentes vascular cerebral	1	2,3
Crisis convulsiva	2	4,6



# BIBLIOGRAFIA

- Primitivo Martínez Vallinaa,\* , Dionisio Espinosa Jiménez b, Lucía Hernández Pérez c y Ana Triviño Ramírez d. MEDIASTINITIS. Arch Bronconeumol. 2011;**47(Supl 8)**:32-36
- Maria Deu-Martina, Manel Saez-Barba b, Iker Lopez Sanz et al, Factores de riesgo de mortalidad en la mediastinitis necrosante descendente, Arch Bronconeumol. 2010;46(4):182–187
- Abu omar et al, European Association for Cardio-Thoracic Surgery expert consensus statement on the prevention and management of mediastinitis, European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 51 (2017) 10–29