

# MEDIASTINITIS DESCENDENTE

Dr Valle Carlos, Dr Cevallos Stenio, Dr Zambrano Luis, Dra Paola González, Dra Moncada Isabel, Dr Andres Puig, Dra Navas Carmen, Dr Gallo Jean y Dr Celi Santiago.

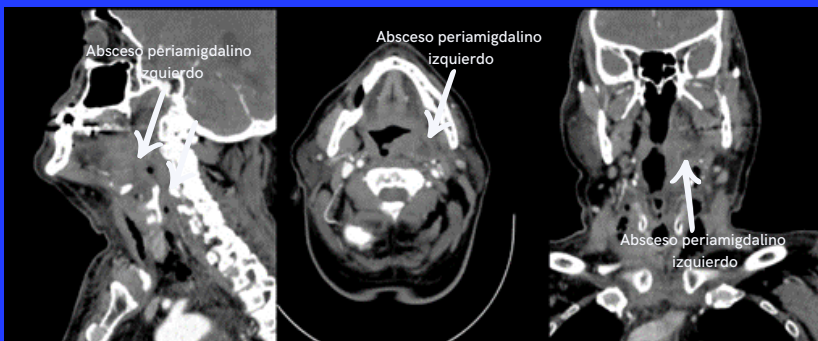


HOSPITAL ALCÍVAR

Departamento de Imagenología y Unidad de cuidados intensivos.

## INTRODUCCIÓN

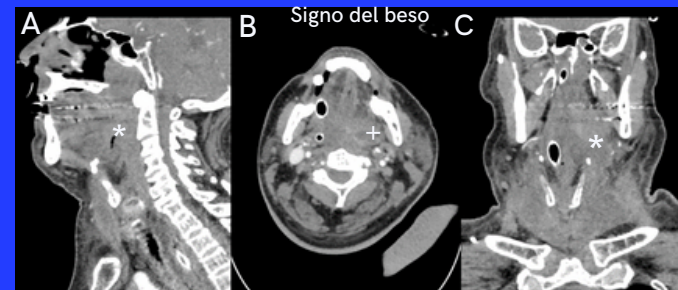
- La mediastinitis descendente es una complicación de infecciones polimicrobianas agudas orofaríngeas o cervicofaciales. Donde existe diseminación hacia el mediastino, a través del espacio de peligro, localizado entre la región prevertebral y alar de la fascia cervical profunda.
- Es una entidad rara, con alta mortalidad (19-40%). Afecta principalmente a adultos jóvenes, a predominio de hombres.
- El objetivo de este póster es demostrar mediante imágenes la historia natural de la mediastinitis descendente en un paciente con un absceso periamigdalino.



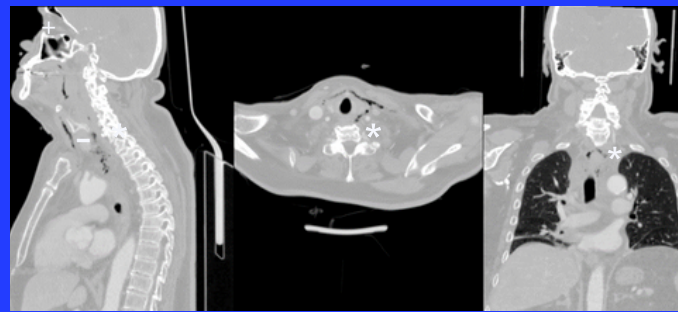
TC contrastada en plano sagital, axial y coronal de la base de la cabeza y cuello. Se observa amígdala palatina izquierda edematosa, sobrepasa la línea media. Lesión con realce periférico y necrosis central en relación a absceso. Dpto. Imágenes Hosp. Alcívar

## MATERIALES Y MÉTODOS

Masculino de 64 años de edad, antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial e hipotiroidismo. Con síntomas de odinofagia, disfagia, trismus, fiebre, dorsalgia y dolor torácico de 3 semanas de evolución. Tratado con múltiples esquemas antibióticos, con evolución tórpida. Al ingreso el paciente presentaba halitosis, amigdalitis purulenta, cuello edematoso con eritema generalizado e inestabilidad hemodinámica por lo que se decide soporte ventilatorio.



TC contrastada de la base de la cabeza y cuello en plano sagital, axial y coronal; Fig. A y C. Se observa pérdida de diferenciación del plano graso que separa la amígdala izquierda de los músculos pterigoideos izquierdos (\*). Fig. B. Signo del beso (contacto de las dos amígdalas palatinas en la línea media) (+). Dpto. Imágenes Hosp. Alcívar.



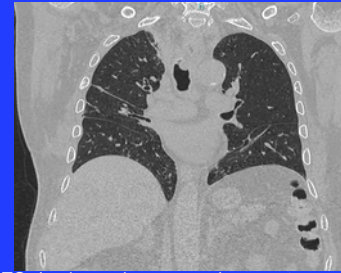
TC contrastada de la base de la cabeza, cuello y tórax, en plano sagital, axial y coronal en ventana pulmonar, donde se observa aire a nivel de la faringe posterior (+), cervical (-) y mediastino superior (\*) por diseminación descendente del foco infeccioso periamigdalino. Dpto. Imágenes Hosp. Alcívar

## RESULTADOS

En base a los hallazgos tomográficos y el deterioro clínico del paciente se optó por tratamiento quirúrgico y antibiótico terapia de amplio espectro, empírica. Se realizó amigdalectomía, drenaje de absceso periamigdalino izquierdo, cervicotomía laterocervical izquierda y submentoniana, toracotomía lateral, mediastinotomía y drenaje mediastinal, en tratamiento con vancomicina + meropenem de larga estancia en UCI con alta en 2 meses.



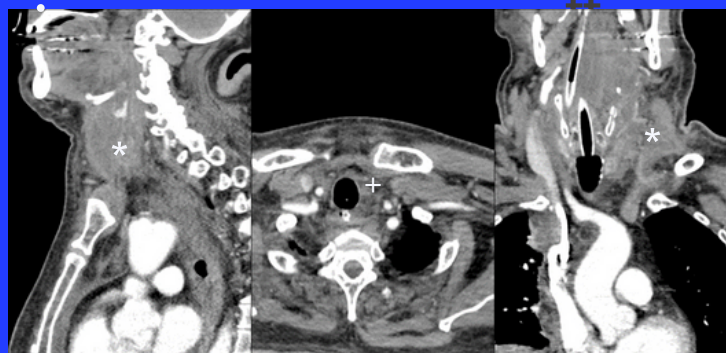
Imagen de procedimiento quirúrgico donde se observa mediastino edematoso, con fibrina friable. Dpto. Cirugía Hosp. Alcívar



TC simple en plano coronal; en ventana pulmonar; ensanchamiento del mediastino superior con contenido heterogéneo en relación a inflamación y depósitos de fibrina. Dpto. Imágenes Hosp. Alcívar

## DISCUSIÓN

- La evolución del paciente desde su infección faríngea inicial. La consecuente formación de un absceso periamigdalino posterior a tratamiento con múltiples antibióticos fallido. La diseminación descendente de la infección hacia el cuello y el mediastino superior a través de la fascia cervical profunda, es la historia natural de la mediastinitis descendente antes del desenlace fatal.
- Ante la sospecha de *S. aureus* meticilino resistente se consideró el uso de vancomicina como terapia inicial. *S. Betahemolítico* del grupo A (muestra faríngea) y *Enterococcus faecalis* (muestra cervical), fueron los microorganismos aislados.



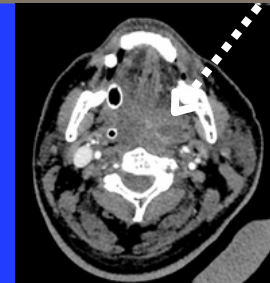
TC contrastada en plano sagital, axial y coronal, en ventana mediastínica. Nótese la asimetría de los tejidos blandos del cuello, con zonas de realce en relación a proceso inflamatorio (\*). Mediastino superior con deslustración del tejido graso y ganglios de características inflamatorias (+). Proceso inflamatorio con extensión desde el piso de la boca hasta mediastino anterior. Dpto. Imágenes Hosp. Alcívar.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Klug, T. E., Rusan, M., Fuursted, K., & Ovesen, T. (2016). Peritonsillar abscess: complication of acute tonsillitis or Weber's glands infection?. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 155(2), 199-207.
2. Rawlins, K. W., Allen, D. Z., Onwuka, A. J., & Elmaraghy, C. A. (2019). Computed tomography use patterns for pediatric patients with peritonsillar abscess. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 123, 22-25.
3. Carratola, M. C., Frisenda, G., Gastanaduy, M., & Guarisco, J. L. (2019). Association of computed tomography with treatment and timing of care in adult patients with peritonsillar abscess. *Ochsner Journal*, 19(4), 309-313.
4. Klug, T. E., Greve, T., & Hentze, M. (2020). Complications of peritonsillar abscess. *Annals of clinical microbiology and antimicrobials*, 19, 1-17.
5. Goldenberg, D., Goltz, A., Netzer, A., Flax-Goldenberg, R., & Joachims, H. Z. (2001). Synergistic necrotizing cellulitis as a complication of peritonsillar abscess. *American journal of otolaryngology*, 22(6), 415-419.
6. Katabathina, V. S., Restrepo, C. S., Martínez-Jimenez, S., & Riascos, R. F. (2011). Nonvascular, nontraumatic mediastinal emergencies in adults: a comprehensive review of imaging findings. *Radiographics*, 31(4), 1141-1160.
7. Armenta Flores, R., Sánchez Lezama, F., & Armenta Villalobos, D. (2018). Mediastinitis necrosante descendente. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 16(4), 367-368.
8. Ali, S. A., Kovatch, K. J., Smith, J., Bellile, E. L., Hanks, J. E., Truesdale, C. M., & Hoff, P. T. (2018). Predictors of intratonsillar abscess versus peritonsillar abscess in the pediatric patient. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 114, 143-146.
9. Martínez, A. H., Obrer, A. A., Centeno, A. F., Perramon, R. S., Estors, M., & Armengod, A. C. (2005). Descending necrotizing mediastinitis: treatment by transcervical thoracic drainage. *Archivos De Bronconeumología (English Edition)*, 41(5), 293-294.
10. Mihos, P., Potaris, K., Gakidis, I., Papadakis, D., & Rallis, G. (2004). Management of descending necrotizing mediastinitis. *Journal of oral and maxillofacial surgery*, 62(8), 966-972.

## CONCLUSIONES

- La tomografía con contraste intravenoso es determinante para el diagnóstico y la decisión de tratamiento más efectivo, ante la sospecha clínica de mediastinitis descendente.
- El tratamiento es controversial, concordando que en casos de abscesos y colecciones la cirugía podría estar indicada como terapia inicial.
- El inicio terapéutico oportuno mejora el pronóstico, mortalidad y morbilidad de los pacientes.



TC contrastada en plano axial donde se observa absceso periamigdalino izquierdo (nótese el realce periférico). Dpto. Imágenes Hosp. Alcívar



Imagen del paciente al momento del alta. Zona del cuello afecta con mínimo edema. Hasta el momento sin complicaciones. Foto tomada con el permiso del paciente. Hosp. Alcívar