



ABSCESO EN MEDIASTINO COMO COMPLICACIÓN DE UNA INFECCIÓN ODONTOGÉNICA

Dra. Amarilis Meléndez*. Dr. César Arango**. Dra. Yasmin García**.
Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Santo Tomás. Panamá.
*Médico Funcionario. **Médico Residente.

INTRODUCCIÓN

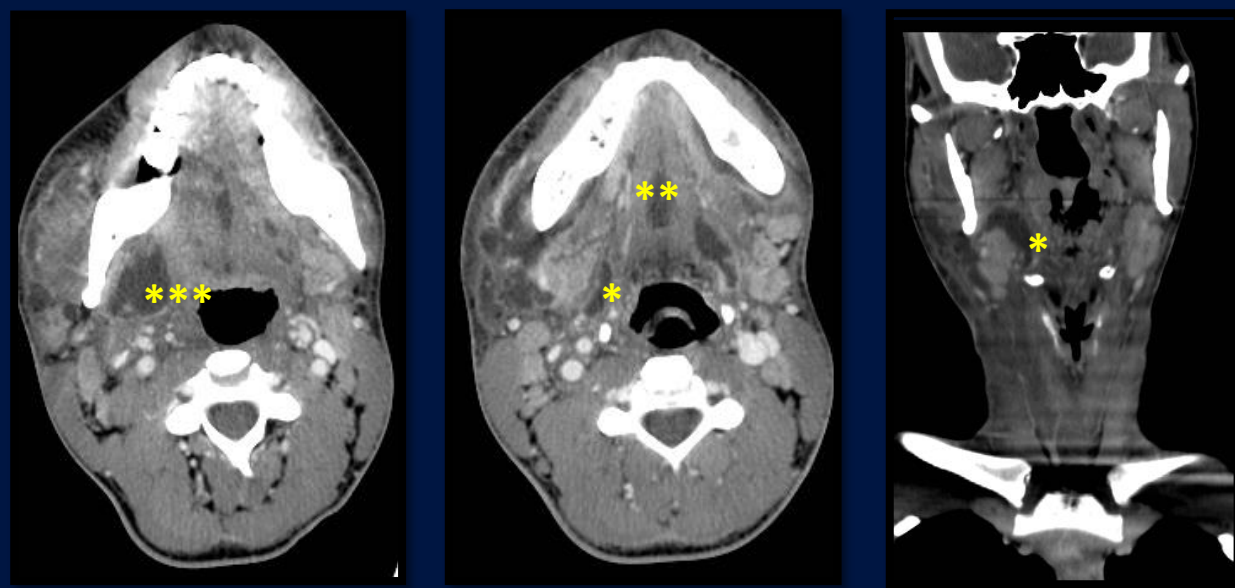
La mediastinitis aguda es un proceso infeccioso, que involucra el tejido conectivo del mediastino y los órganos torácicos adyacentes y que presenta aún una alta mortalidad.

Las etiologías más frecuentes son la infección post operatoria por esternotomía (0.4 – 5 %) y la perforación esofágica, en raras ocasiones (1.5 – 3.6 %) se presenta como una complicación de una infección odontogénica, que se disemina a lo largo del espacio retrofaringeo o prevertebral hacia el mediastino superior, en cuyo caso se denomina Mediastinitis necrotizante descendente (MND). Esta complicación presenta una tasa de mortalidad entre 30 – 40 %, a pesar del tratamiento adecuado con antibióticos de amplio espectro y drenaje quirúrgico.

CASO CLÍNICO

Se trata de paciente masculino de 21 años con cuadro clínico de dolor a nivel del segundo molar inferior izquierdo y aumento de volumen en área submandibular ipsilateral, asociado a fiebre de 4 días de evolución. Refería odontalgia desde 2 semanas previas al ingreso.

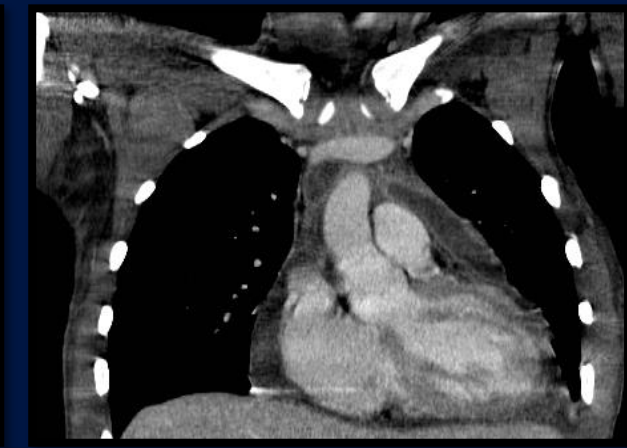
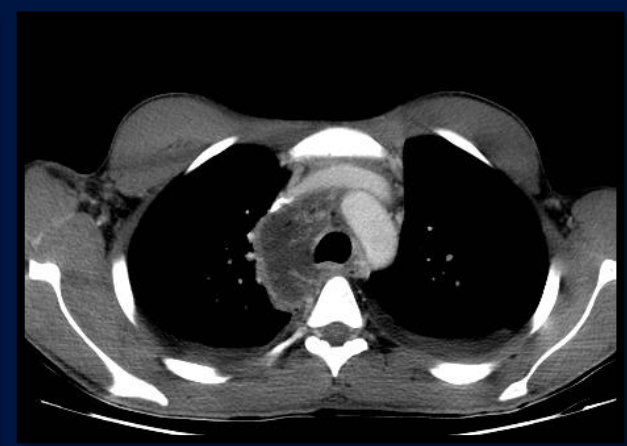
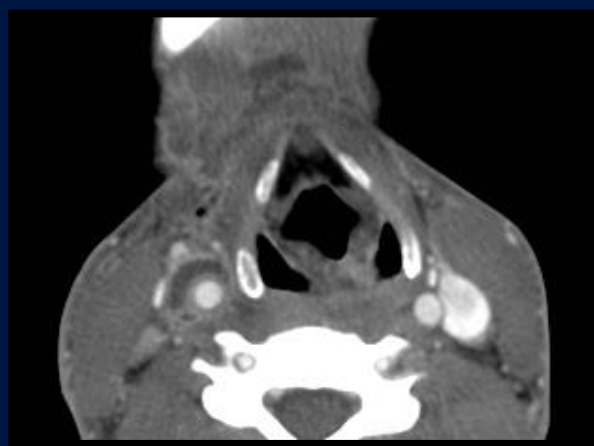
Al examen físico: T: 38° , FC: 120 lpm, PA:110/70 mmHg, FR: 22 cpm, sin signos de distrés respiratorio. Boca: mala higiene oral, elevación del piso de la boca y trismus. Se observa aumento de volumen en región submandibular bilateralmente, Laboratorios: Glóbulos blancos: 27 900 (Neutrófilos: 87%) Electrolitos dentro de límites normales. Se solicita tomografía de cuello con contraste.



Tomografía contrastada de cuello revela colecciones cervicales en espacio submandibular bilateral (**), parafaringeo (*) y masticatorio derecho (**).

Se admite con diagnóstico de Absceso profundo de cuello odontogénico; se realiza traqueotomía con anestesia local y luego de asegurada la vía aérea, bajo anestesia general endotraqueal, incisión y drenaje de abscesos cervicales más colocación de drenajes de Penrose® y exodoncia de segundo molar. Antibioticoterapia se inicia con ampicilina/sulbactam.

Evolución satisfactoria post quirúrgica, afebril, sin dolor, se retiraron los drenajes al cuarto día post operatorio. Sin embargo a los 10 días post operatorios se encuentra asintomático pero con leucocitosis de 25 000, por lo que solicita tomografía contrastada de tórax con hallazgo de absceso en mediastino anterosuperior.



Se consulta al Servicio de Cirugía Torácica quienes realizan intervención quirúrgica con drenaje de alrededor de 50 cc de material purulento. El paciente evoluciona satisfactoriamente y fue dado de alta a los 21 de hospitalización con seguimiento en consulta externa de ambos servicios.

CONCLUSIÓN

Los abscesos cervicales profundos deben ser tratados agresivamente. En caso de deterioro clínico o sepsis persistente la tomografía de tórax debe ser realizada para excluir la posibilidad de diseminación hacia mediastino. El reconocimiento temprano de MND aún es difícil por su baja incidencia y los síntomas no específicos de su fase temprana, lo que mantiene una alta mortalidad en la mayoría de las series publicadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Denise Jaworsky, Steven Reynolds, Anthony W. Chow. **Extracranial Head and Neck Infections.** Crit Care Clin 29 (2013) 443–463.
- Francisco Vieira, Shawn M. Allen, Rose Mary S. Stocks, Jerome W. Thompson. **Deep Neck Infection.** Otolaryngol Clin N Am 41 (2008) 459–483.
- Christophoros N. Foroulis, Maria N. Sileli. **Descending Necrotizing Mediastinitis: Review of the Literature and Controversies in Management.** The Open Surgery Journal, 2011, 5, 12-18.