

37 Congreso
Nacional
CENTRO DE
CONVENCIONES
INTERNACIONALES

Barcelona
22/25
MAYO 2024

seram
Sociedad Española de Radiología Médica

FERM
FUNDACIÓN ESPAÑOLA DE RADIOLOGÍA MÉDICA

RC | RADIOLEGS
DE CATALUNYA

Urgencias mediastínicas más allá de la patología aórtica. Lo que el radiólogo debe saber.

Mikel Jauregui Garcia¹, Carlos Basoa Ramos¹, Alex Esnaola Braceras¹, Itziar Otero Longo¹, Libe Arzanegi Larumbe¹, Paula Garcia Baquin¹, Gorka del Cura Allende¹, Iratxe Garde Garde¹

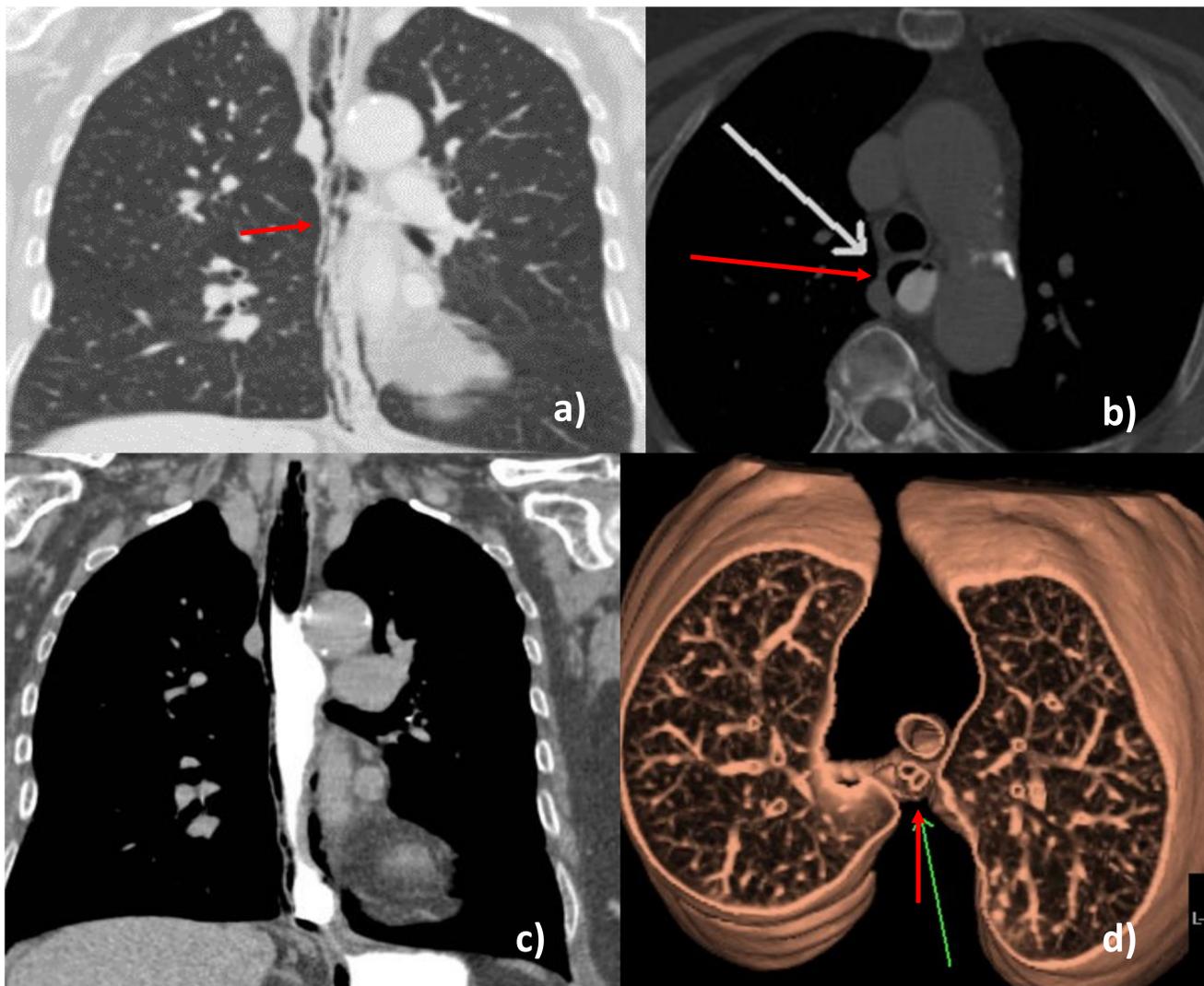
¹Hospital Universitario de Galdakao, Galdakao

Objetivo docente

- Revisar el grupo de patologías que suponen las emergencias mediastínicas no-aórticas. Se incluyen una variedad de entidades que en muchos casos serán de extrema gravedad.
- Al ser patología infrecuente, y clínicamente inespecíficas, en muchas ocasiones son de difícil diagnóstico.
- Se incluyen diferentes mecanismos lesionales como traumatismo interno, infecciones, patología neoplásica o iatrogenia.
- Se revisarán diferentes patologías esofágicas como la disección, perforación o las fistulas con el tracto respiratorio.
- La mediastinitis aguda, recordando sus diferentes posibles focos y rutas de diseminación, es otra entidad importante.
- En cuanto a la patología relacionada con la infección por COVID-19, se ha visto afectación mediastínica sobre todo en relación a neumomediastino o fistulas broncopleurales.
- El correcto y temprano diagnóstico de estas patologías es crucial para su manejo adecuado.
- Por lo tanto, repasaremos casos representativos de las principales emergencias mediastínicas.

Revisión del tema

EMERGENCIAS ESOFÁGICAS

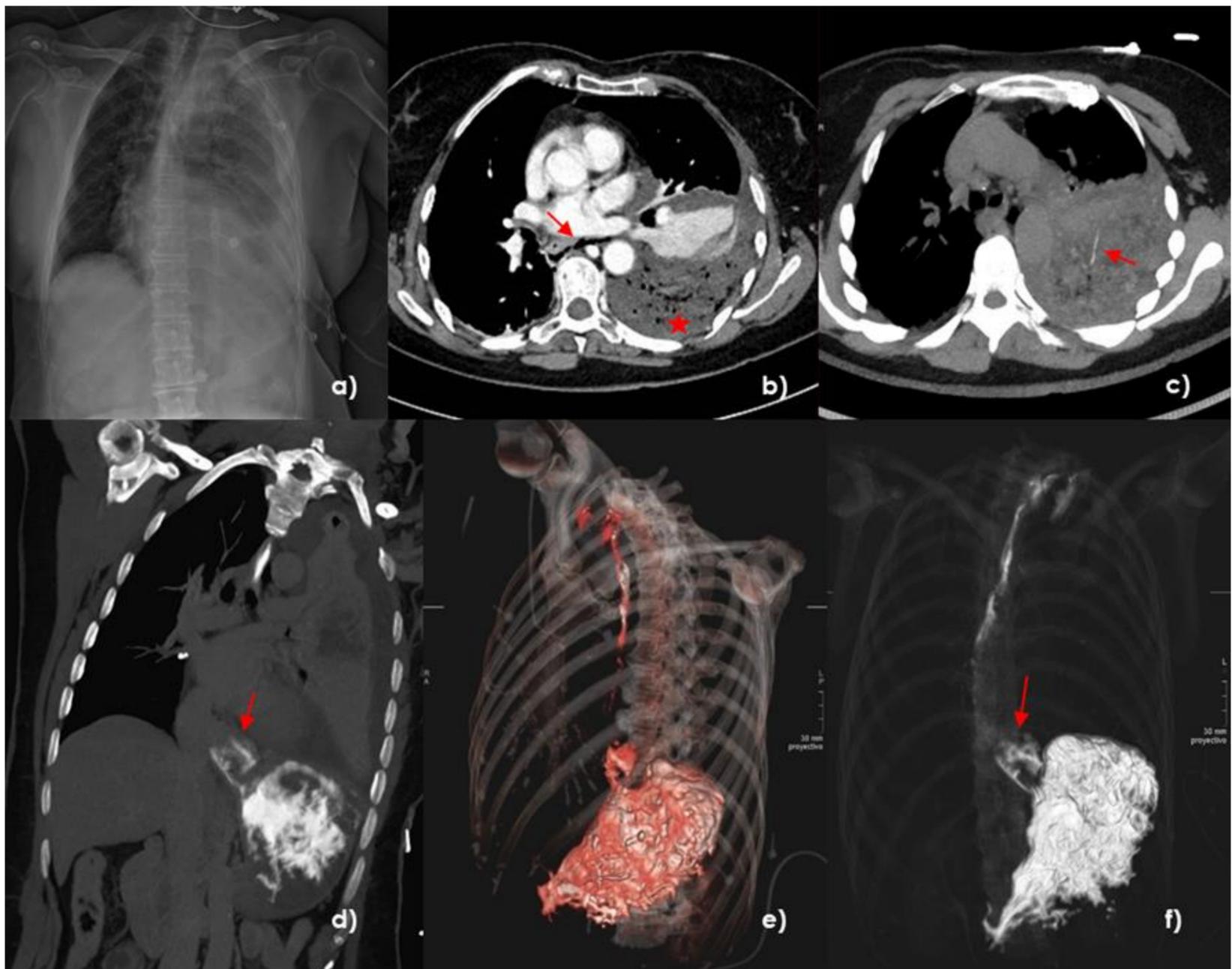


DISECCIÓN ESOFÁGICA INTRAMURAL

Laceración esofágica secundaria a endoscopia.

Imagen coronal (a), con gas rodeando la luz esofágica (típica imagen en doble barril en la disección esofágica). Con contraste oral, la luz verdadera se llena pero la falsa luz (flecha roja en b) no. En la imagen 3D también vemos las dos luces (d).

EMERGENCIAS ESOFÁGICAS



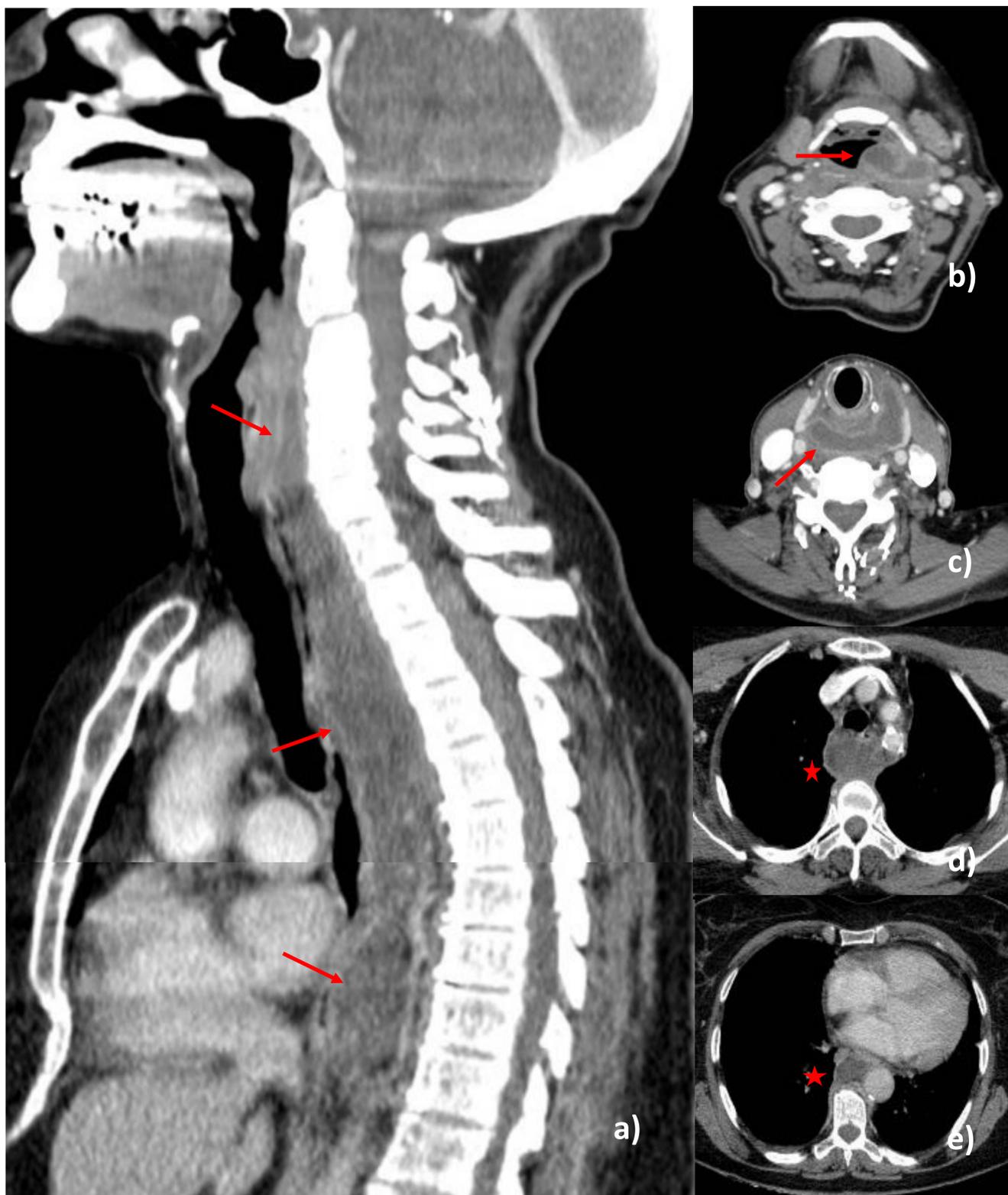
SÍNDROME DE BOERHAAVE:

Paciente con gran dolor torácico tras vómitos.

En la Rx simple, opacificación del hemitórax izquierdo con desplazamiento mediastínico (a). En la TC, contenido en “miga de pan” en el espacio pleural izquierdo (b), que se trata de contenido alimenticio, con varios cuerpos extraños (flecha en c) y neumomediastino (flecha en b).

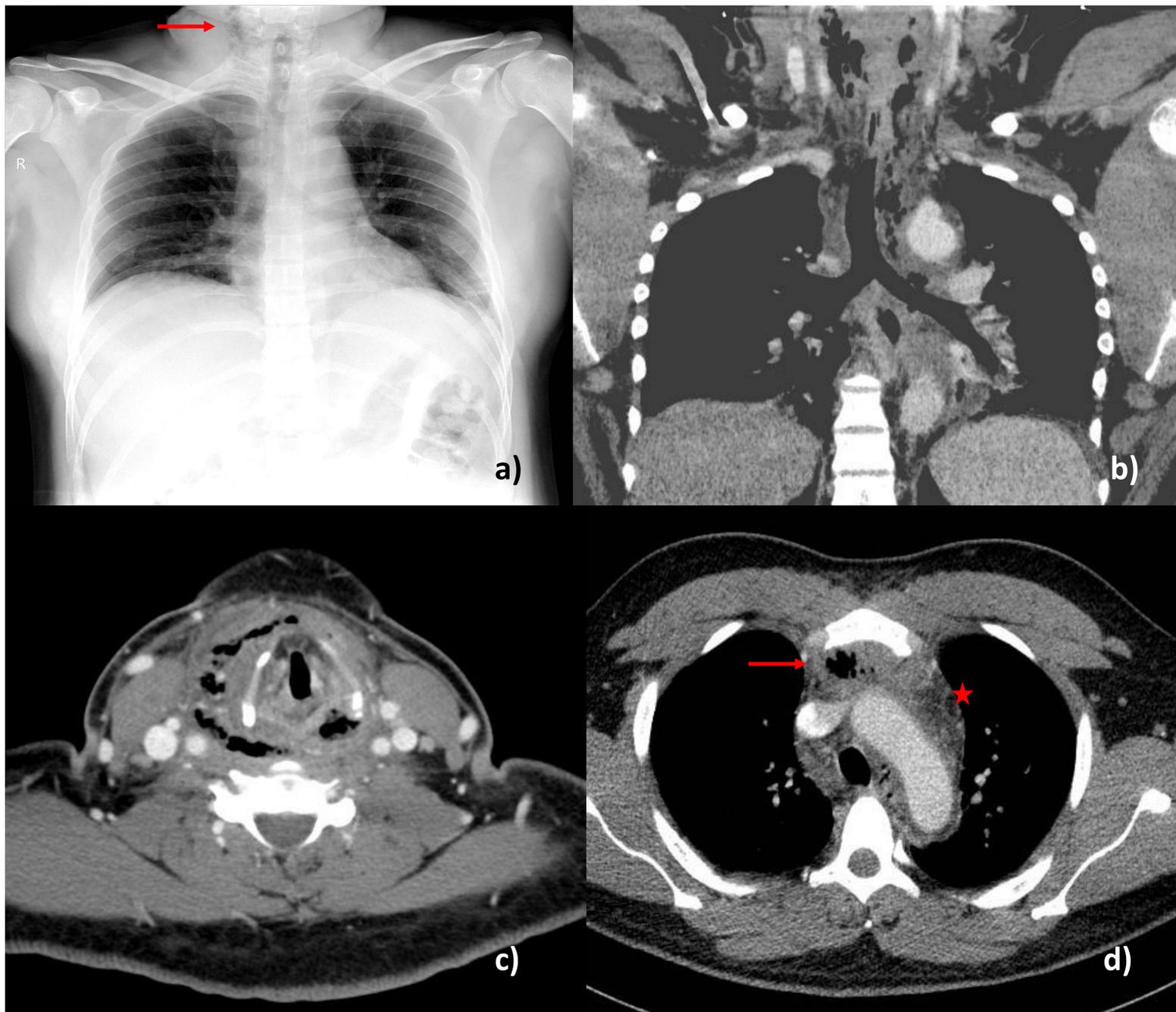
Tras administrar contraste oral hidrosoluble, se confirma perforación esofágica. En la imagen d (MIP) vemos la fuga de contraste en el esófago distal (flecha). En las imágenes en 3D (e, f), se simula la imagen de un esofagograma.

MEDIASTINITIS DESCENDENTE



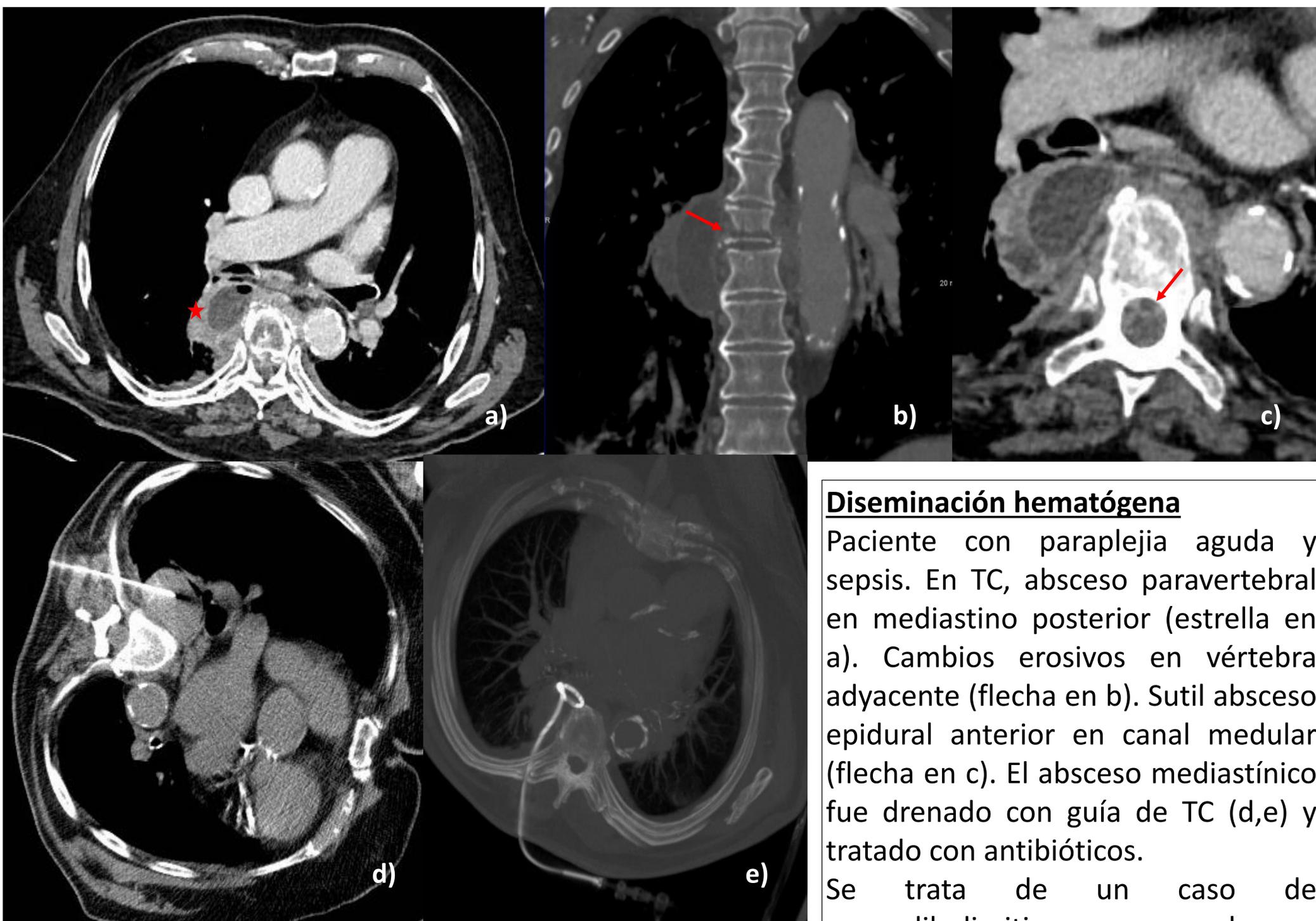
Mediastinitis descendente: Mujer con amigdalitis e intensa disfagia. En TC, gran absceso desde la amígdala izquierda (flecha en b), descendiendo por el espacio retrofaríngeo al mediastino posterior (c,d,e). Representa un caso típico de una severa mediastinitis descendente.

MEDIASTINITIS DESCENDENTE



Mediastinitis descendente necrotizante: Paciente joven con amigdalitis, disnea, y parámetros de sepsis. En la Rx de tórax presencia de gas en partes blandas cervicales. En TC, abundante gas en espacios profundos cervicales y descendiendo a mediastino (b, reconstrucción coronal MinIP). Gas en los espacios profundos cervicales y en mediastino (flecha en d). La mediastinitis descendente necrotizante es una patología muy infrecuente y de extrema gravedad.

OTROS FOCOS INFECCIOSOS

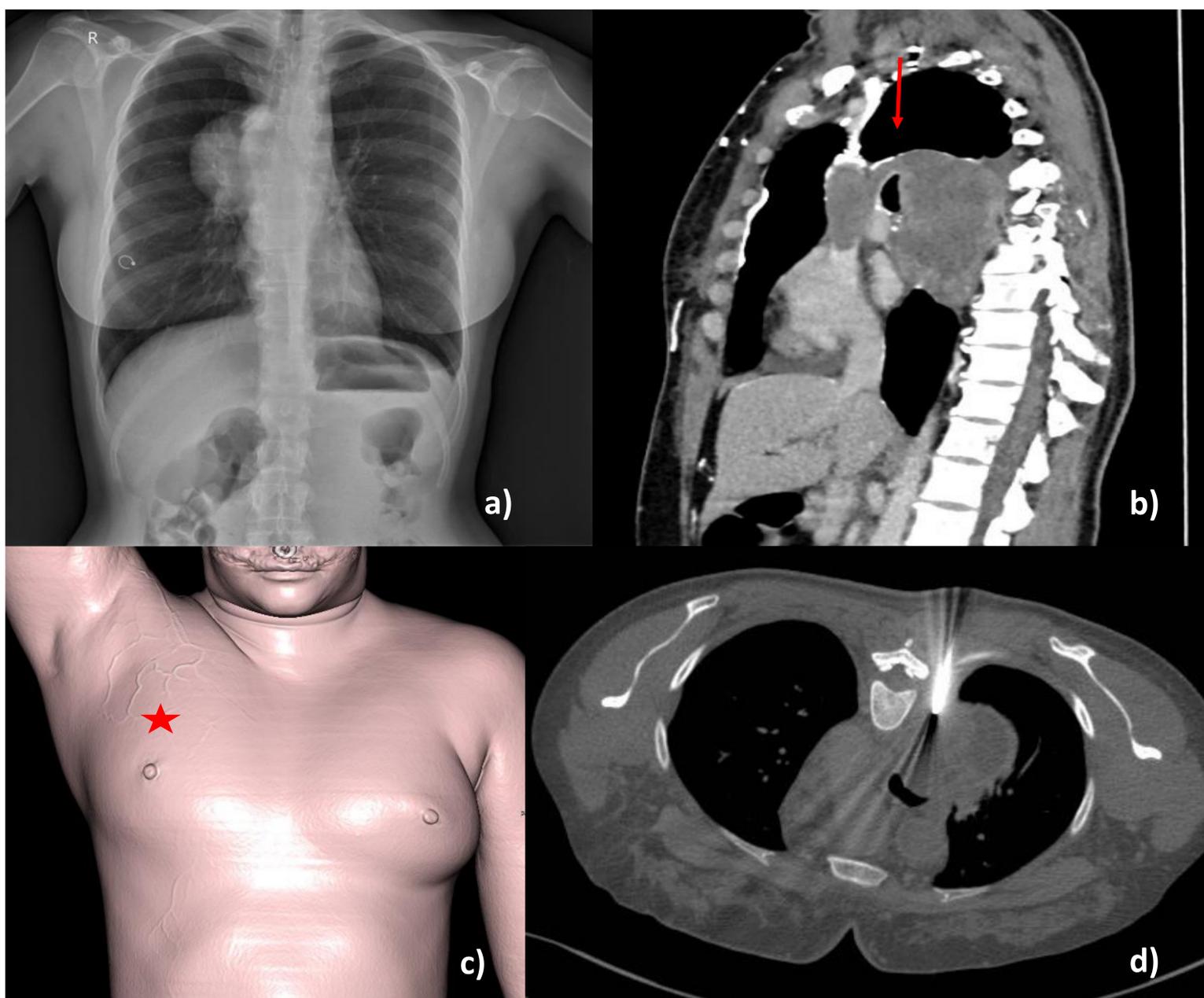


Diseminación hematógena

Paciente con paraplejía aguda y sepsis. En TC, absceso paravertebral en mediastino posterior (estrella en a). Cambios erosivos en vértebra adyacente (flecha en b). Sutil absceso epidural anterior en canal medular (flecha en c). El absceso mediastínico fue drenado con guía de TC (d,e) y tratado con antibióticos.

Se trata de un caso de espondilodiscitis con absceso paravertebral, secundario a diseminación hematógena de *Staphylococcus Aureus*.

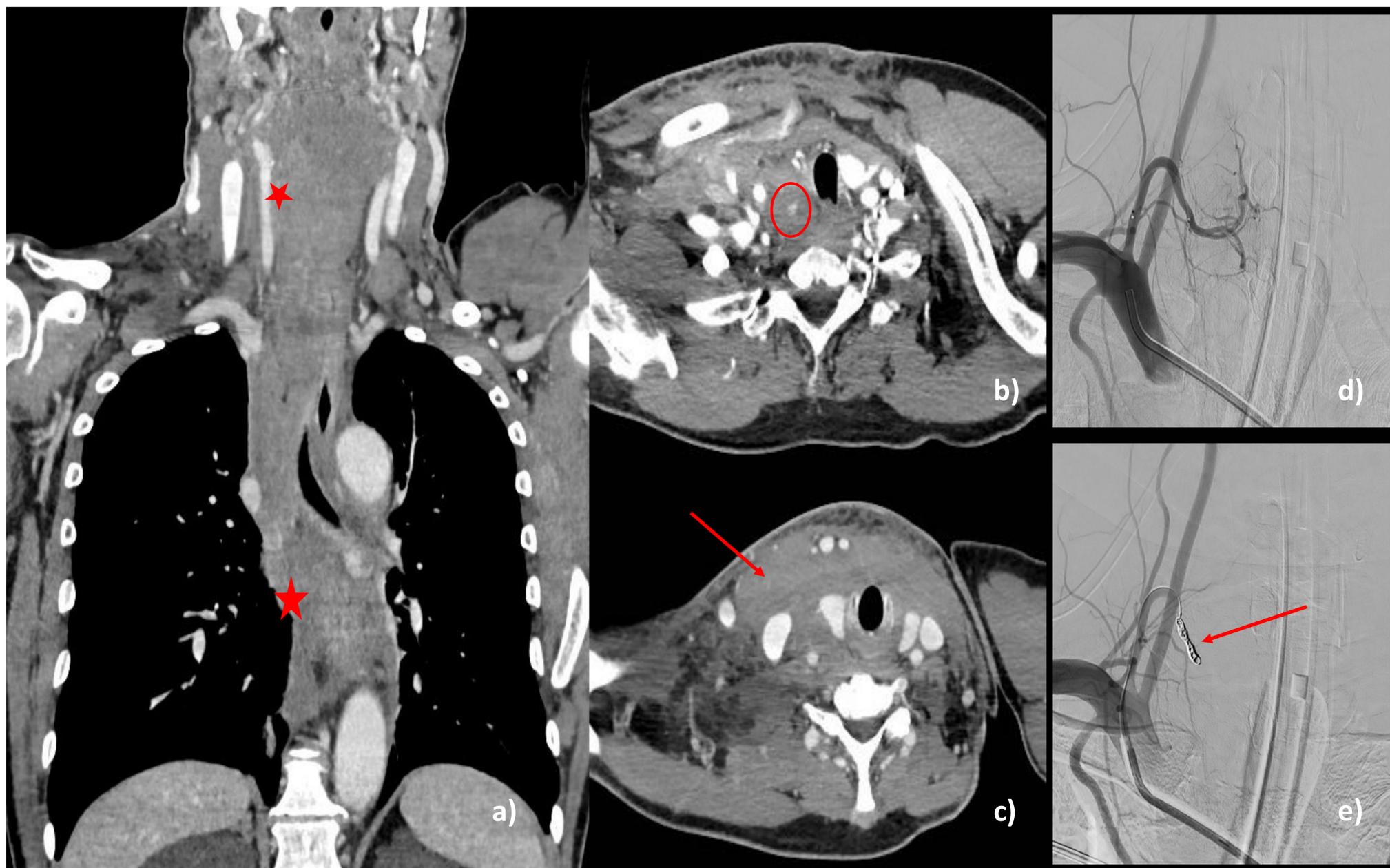
TUMORES



Síndrome de vena cava superior

Mujer joven con clínica de síndrome de vena cava superior. En Rx simple de tórax, masa mediastínica. En TC, masa en mediastino posterior, condicionando trombosis de vena cava superior a través de la vena ácigos (flecha en b). En 3D, prominentes venas colaterales superficiales en la vertiente superior de hemitórax derecho (estrella en c). Se realiza biopsia guiada por TC (d) con resultado histológico de un raro y agresivo subtipo de sarcoma sinovial torácico.

VASCULAR NO AÓRTICAS



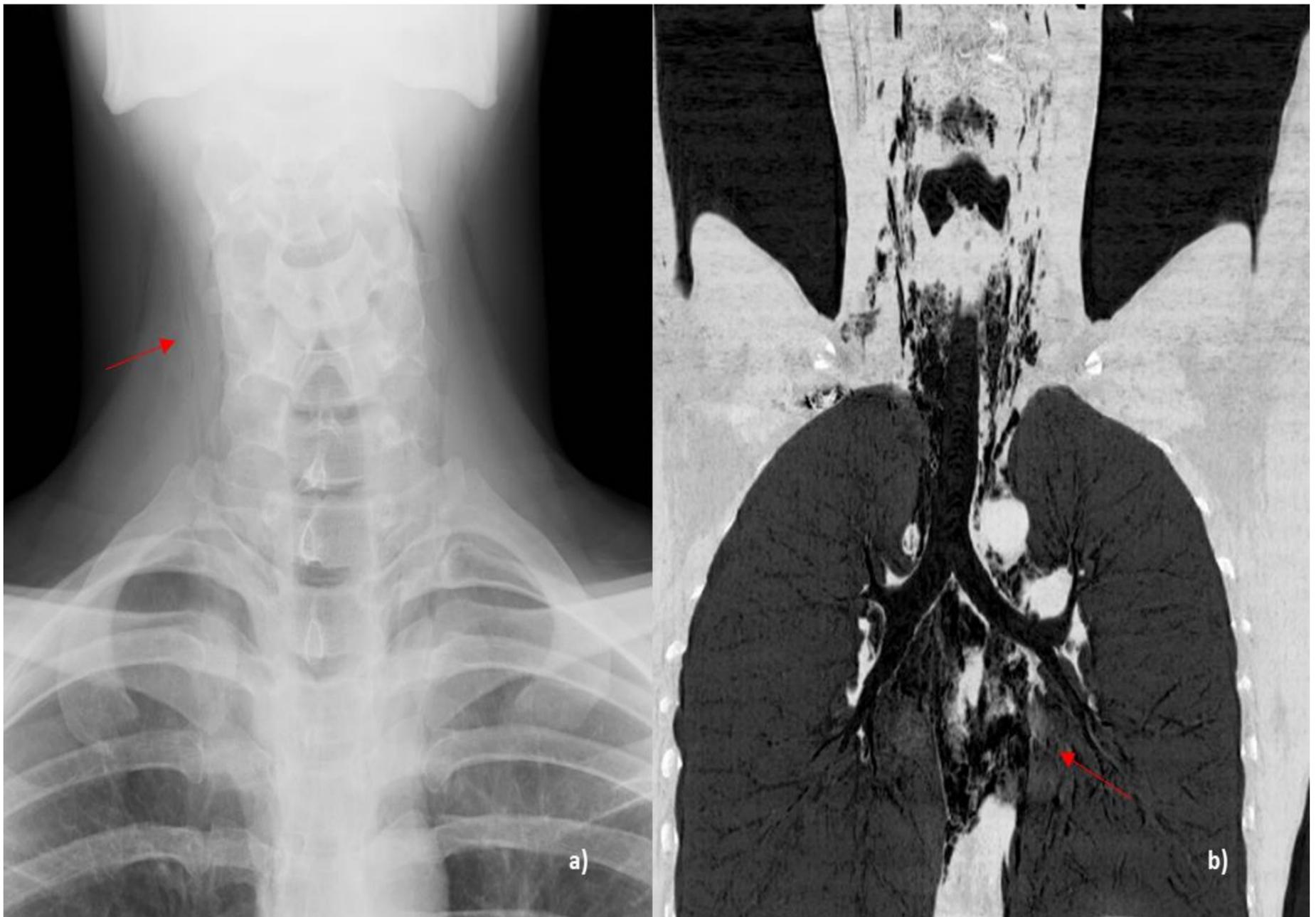
Hematoma cervical espontáneo

Hombre de 53 años con disfagia y disnea.

Se realiza TC cervicotorácico, presentando un extenso hematoma agudo desde los espacios cervicales profundos del lado derecho hasta el mediastino. Sutil punto de sangrado activo, posiblemente dependiente de la arteria tiroidea inferior (círculo en b).

En la arteriografía, a pesar de no localizarse el punto de sangrado, se embolizó dicha arteria tiroidea inferior, con buena evolución clínica.

OTROS



Neumomediastino espontáneo

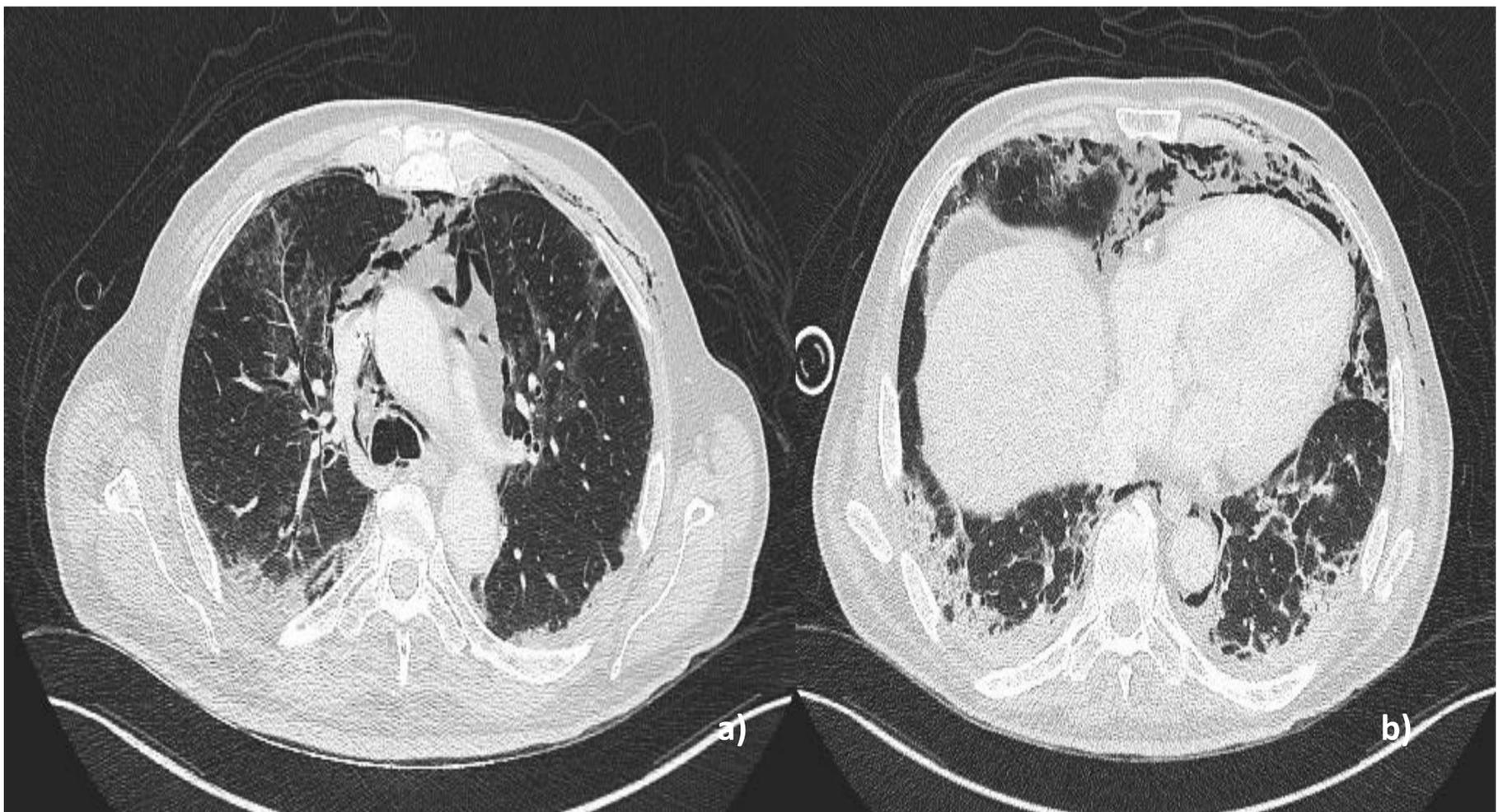
Paciente joven con dolor cervical.

En Rx, presencia de enfisema subcutáneo (flecha en a).

En TC, extenso neumomediastino (flecha en reconstrucción MinIP) con enfisema subcutáneo.

Al no apreciarse causa subyacente, y estar el paciente asintomático, se trató como un neumomediastino espontáneo.

PATOLOGÍA RELACIONADA CON EL COVID-19



Neumomediastino

Paciente joven con neumonía bilateral por Covid-19, ingresado un mes en UCI con ventilación mecánica invasiva. En TC, extenso neumomediastino, más allá de la neumonía. En pacientes con ventilación mecánica invasiva el neumomediastino es una complicación conocida. Sin embargo, estudios recientes sugieren que esta complicación es aún más frecuente en pacientes con infección por Covid-19.

Conclusiones

- La TC es la técnica de imagen de elección en las emergencias mediastínicas.
- En las emergencias esofágicas, como la disección intramural o la perforación esofágica (síndrome de Boerhaave), la TC con contraste oral además de intravenoso nos puede ayudar con el diagnóstico.
- Al encontrarnos un absceso en los espacios cervicales profundos que se extienda al espacio retrofaríngeo, debemos ampliar el estudio al tórax para descartar una mediastinitis descendente. Además, si vemos gran cantidad de gas en los espacios cervicales profundos y en mediastino, debemos sospechar en una mediastinitis descendente necrotizante.
- La patología tumoral en ocasiones también es urgente, como por ejemplo en el síndrome de vena cava superior.
- No debemos olvidar algunas entidades particulares, como el neumomediastino espontáneo, que es un diagnóstico de exclusión.
- Como radiólogos, podemos contribuir en el tratamiento de algunas de estas entidades (drenaje de colecciones, o procedimientos intervencionistas vasculares), además de ser claves en el diagnóstico definitivo (obteniendo biopsias de lugares de difícil acceso).
- Los pacientes con neumonía por Covid-19 parecen tener una mayor prevalencia de neumomediastino cuando se someten a ventilación mecánica invasiva.

Bibliografía

- *Katabathina VS, Restrepo CS, Martinez-Jimenez S et al. Nonvascular, nontraumatic mediastinal emergencies in adults: a comprehensive review of imaging findings. Radiographics 2011; 31: 1141-1160*
- *Habib MB, Obeidat IM, Ali K et al. Bronchopleural fistula causing persistent pneumothorax in COVID-19 pneumonia patient with no risk factors. Clin Case Rep. 2021; 9:e05128*
- *Sheth S, Ebert MD, Fishman EK. Superior vena cava obstruction evaluation with MDCT. American Journal of Roentgenology. 2010; 194: W336-W346*
- *Tenorio A, Quispe AP, Joaquin A et al. Acute mediastinitis: what a radiologist need to know. ECR 2017. C-2519.*
- *Machiraju PK, Alex NM, Safinaaz et al. Pneumomediastinum in COVID-19: a series of three cases and review of literature. SAGE Open Med Case Rep. 2021 apr 29; 9:2050313X211011807*
- *Plekker D, Ellis T, Irusen EM et al. Clinical and radiological grading of superior vena cava obstruction. Respiration 2008; 76:69–75*
- *Hegde A, Mohan S, Lim WEH et al. Infections of the deep neck spaces. Singapore Med J 2012; 53 (5): 305*
- *Herren C, Jung N, Pishnamaz M et al. Spondylodiscitis: diagnosis and treatment options. Dtsch Arztebl Int. 2017 Dec. V.114(51-52)*