

***DIAGNÓSTICO DE
URGENCIAS DE LA
MEDIASTINITIS AGUDA:
TRUCOS Y
RECOMENDACIONES***

**J.M. López-Arcas Calleja, MD, DDS, PhD¹; ²M.
Grande Báñez, MD; P. Torres Rubio, MD¹; R. Pastorín
Solis, MD¹; J.M. García Gómez, MD¹; R. Lorente
Ramos, MD, PhD.**

¹Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Infanta Leonor, UCR
Madrid.

²Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital de la Rioja, Logroño.

1. OBJETIVO DOCENTE



Revisar la anatomía normal del mediastino, de los espacios cervicales profundos y de las posibles vías de progresión de focos infecciosos alejados del mediastino.

Describir los hallazgos radiológicos básicos de la Mediastinitis Aguda en la radiografía simple y en el TC, así como los protocolos de estudio optimizados.

Realizar una revisión retrospectiva de casos ilustrativos de diferente etiología, con especial énfasis en los hallazgos radiológicos encontrados.

2. TABLA DE CONTENIDOS



1

- **Revisión Anatómica** del Mediastino, espacios cervicales profundos y posibles vías de diseminación de la infección desde focos a distancia.

2

- **Signos Clínicos**

3

- **Hallazgos de Imagen en la Mediastinitis de Aguda**
incluyendo:
 - Protocolos de Estudio
 - Radiografía Simple
 - TC Torácico y Cervical

4

- **Revisión de casos clínicos de Mediastinitis Aguda** de diferentes etiologías tales como: perforación esofágica, cirugía cardiotorácica o infecciones cervicales profundas descendentes.

5

- **Conclusión**

3. REVISIÓN DEL TEMA



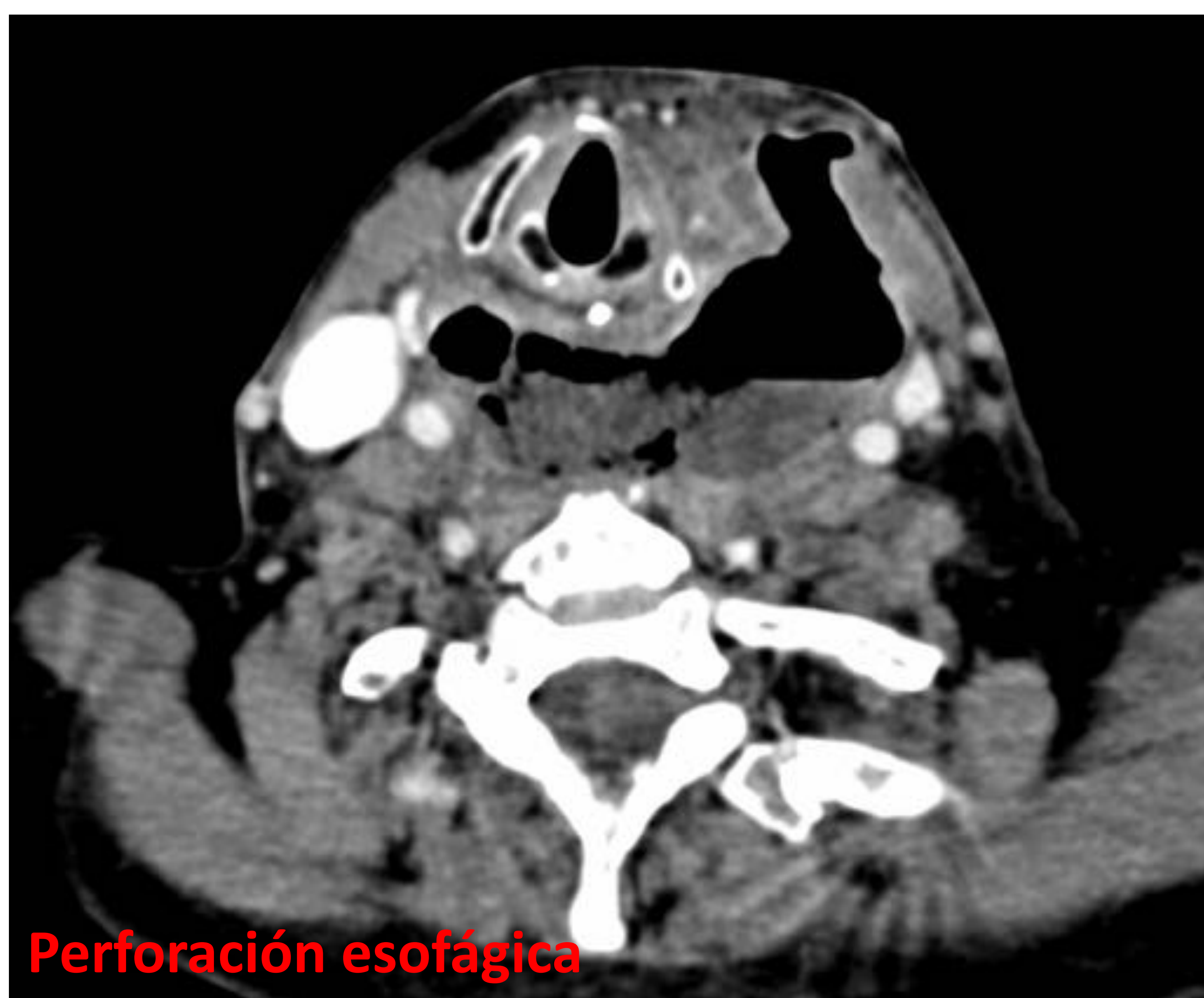
- La Mediastinitis Aguda constituye un conjunto de entidades clínicas relativamente raras pero potencialmente mortales.
- Entres sus posibles causas podemos encontrar:
 - **La perforación esofágica**
 - **Extensión descendente de una infección de cabeza y cuello**
 - **Secundaria a cambios postquirúrgicos de cirugía Cardiotorácica.**
- Todas estas etiologías tienen en común que van a producir una inflamación difusa de los tejidos blandos y de los planos grasos mediastínicos.
- Sus manifestaciones clínicas, son relativamente inespecíficas (dolor torácico, fiebre, disnea, eritema de la piel pre-esternal) y se acompañan de alteraciones analíticas sugestivas de infección.
- Estos hallazgos, en el contexto clínico adecuado, requieren de la realización de una TC cérvico-torácica para poder valorar la posible existencia de una Mediastinitis Aguda, toda vez que el retraso en su diagnóstico incrementa de forma exponencial su letalidad.
- La base para comprender la fisiopatología de los diferentes tipos de Mediastinitis es conocer la anatomía del Mediastino y de las posibles vías de diseminación de la infección desde focos a distancia.

3. REVISIÓN DEL TEMA

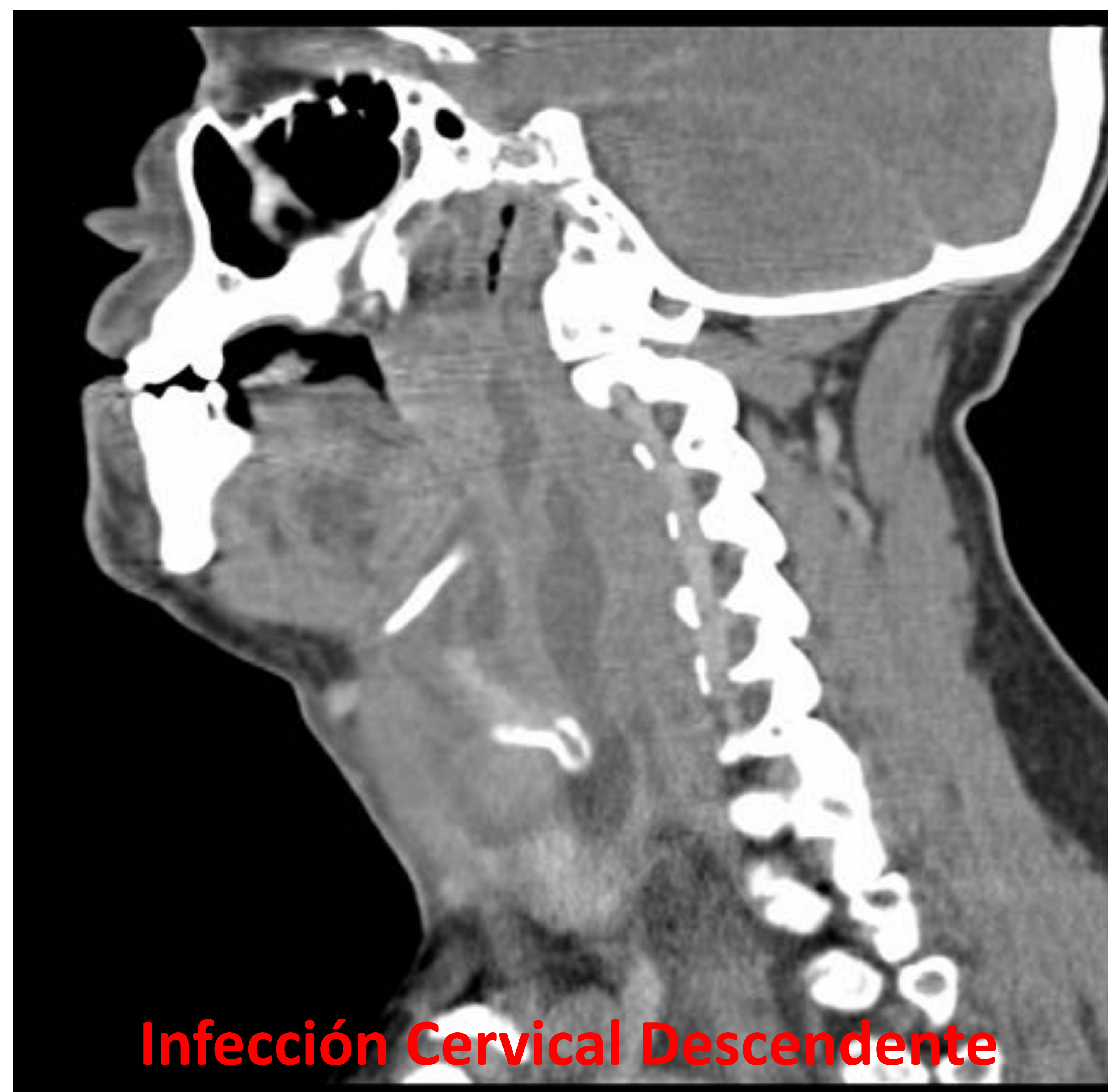


Principales causas de Mediastinitis Aguda

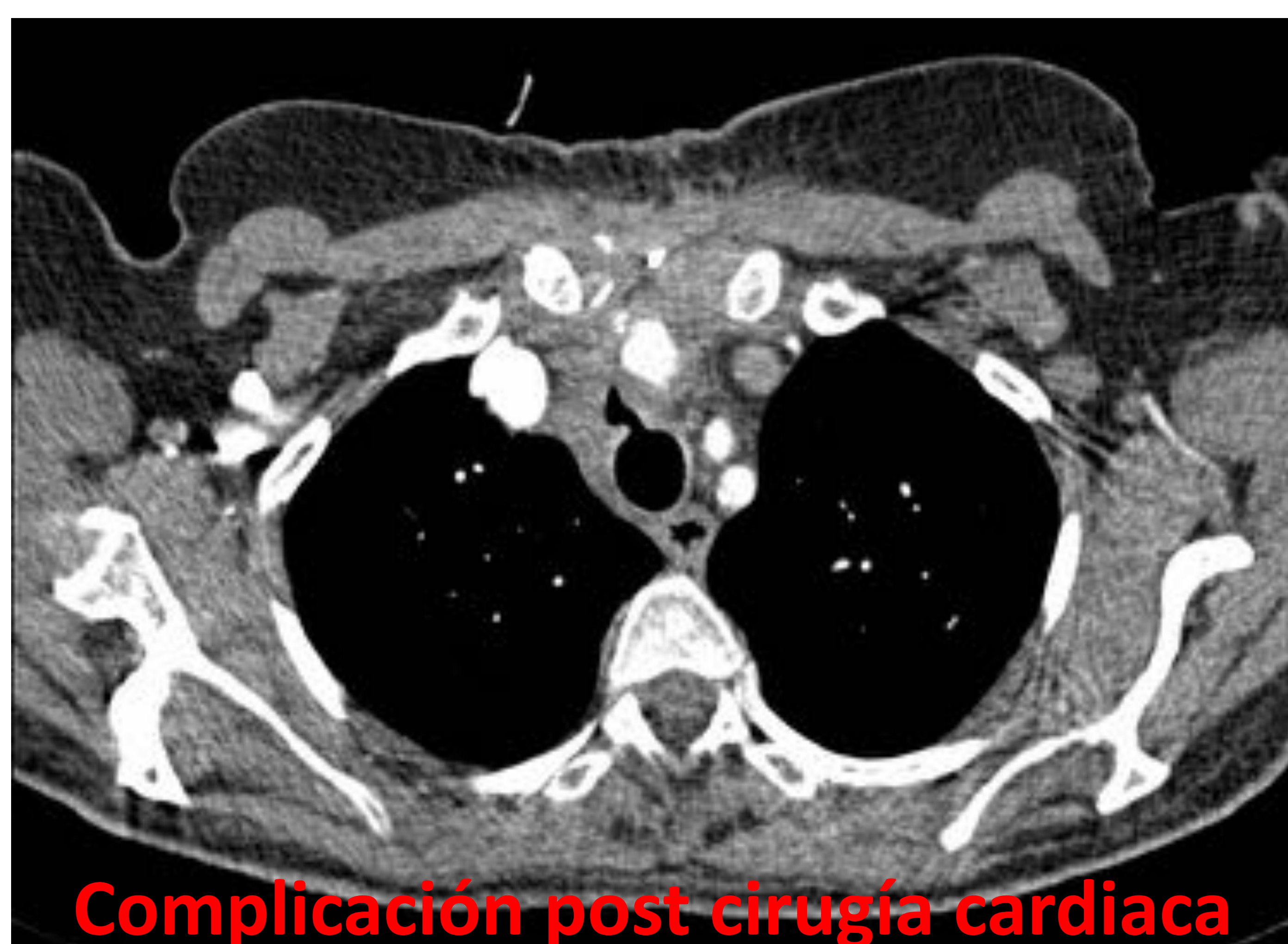
- Como comentábamos antes, existen varias causas de inflamación aguda del mediastino que se agrupan, con fines didácticos en tres grandes grupos:
 - **Postoperatorio de Cirugía Cardio-Torácica**
 - **Perforación Esofágica** (Sd de Boerhaave, yatrogénica tras dilataciones endoscópicas, cuerpos extraños, etc.)
 - **Infecciones profundas de cabeza y cuello** con extensión descendente al mediastino tales como los abscesos periamigdalinos, absceso cervicales odontogénicos, angina de Ludwig, etc.)
- Otras causas menos frecuentes incluyen: empiema pleural, diseminación hematógena, osteomielitis de la articulación esternoclavicular (más frecuente en pacientes adictos a drogas por vía parenteral), vértebras o costillas, abscesos retorperitoneales o subfrénicos.



Perforación esofágica



Infección Cervical Descendente



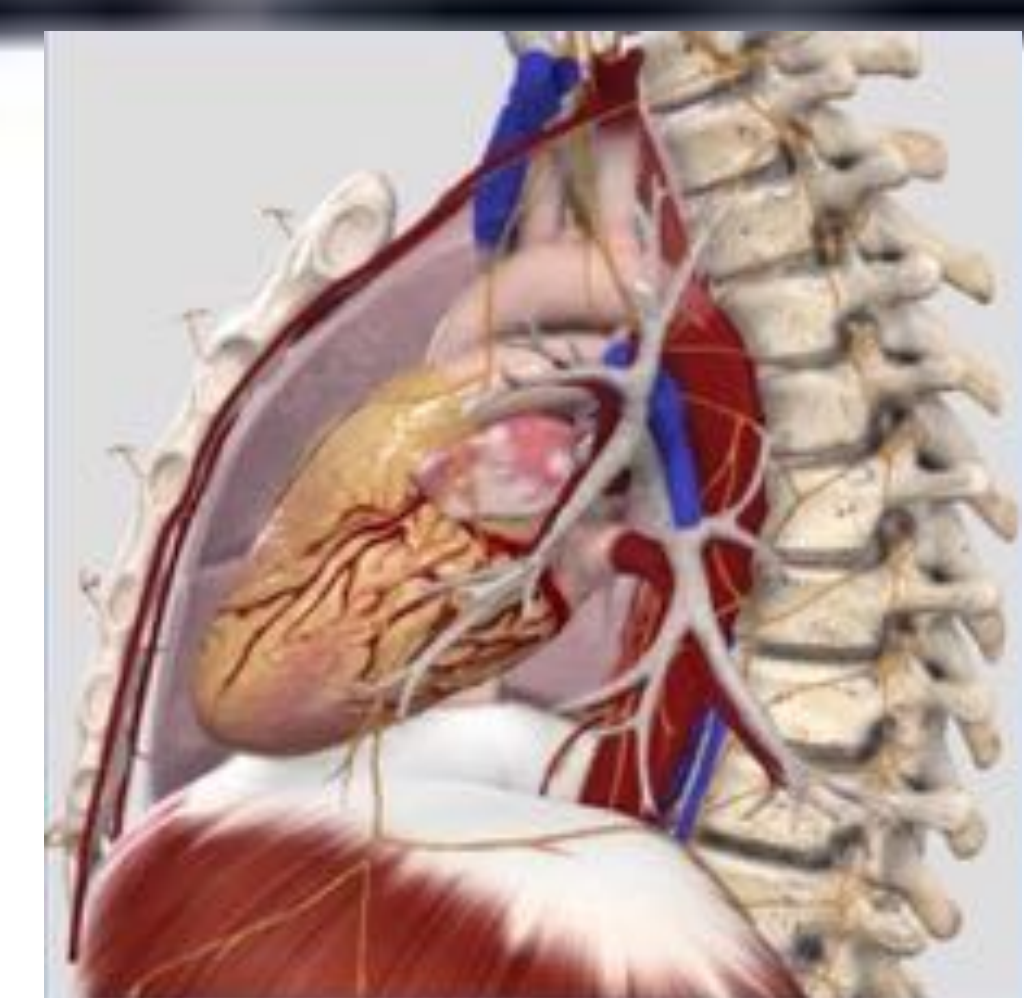
Complicación post cirugía cardiaca

3. REVISIÓN DEL TEMA



Principales causas de Mediastinitis Aguda

INFECCIÓN POSTOPERATORIA	PERFORACIÓN ESOFÁGICA	MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE (DNM)
<p><u>0,4-5% de todas las cirugías cardiacas</u></p> <p>Factores de Riesgo: Diabetes, injerto de mama interna bilateral, fumador, cera de hueso en esternotomía.</p> <p>Criterios Diagnósticos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Microorganismos en cultivo de tejido mediastínico o de líquido de drenaje a través de la herida • Hallazgos intraoperatorios en Qx de revisión de mediastinitis aguda • Combinación de dolor torácico + Fiebre >38°C o inestabilidad esternal con drenaje prulento. • Ensanchamiento mediastínico 	<p>70% YATROGÉNICO: ej. Endoscopia e instrumentación esofágica; cirugía torácica..</p> <p>CUERPOS EXTRAÑOS IMPACTADOS.</p> <p><u>Menos frecuente:</u> Neoplasias (ca esófago o pulmón)</p> <p>Espontáneas tales como el Síndrome de Boerhaave</p> <p>Manifestaciones clínicas: Dolor torácico, vómitos, enfisema subcutáneo en fases iniciales</p>	<p>Aguda, infección polimicrobial del mediastino que se extiende desde infecciones a distancia orofaríngeas, cervicales y odontogénicas. Mortalidad del 30-50%.</p> <p>Criterios de Estrera <i>et al</i> :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos clínicos de infección orofaríngea aguda • Hallazgos en TC o Rx compatibles con Mediastinitis • Hallazgos intraop o postmotem de mediastinitis necrotizante. • Relación directa entre la infección de orofaringe y el inicio de la DNM
<p>Staph Aureus Meticilin Resistente 75%</p> <p>Staph Epidermidis</p>	<p>Múltiples microorganismos de la orofaringe incluyendo Candida</p>	<p>Polimicrobiana + Anaerobios</p>
<p>Frecuentemente asociado con dehiscencia esternal.</p>	<p>La tase de supervivencia cuando el cierre se produce en las primeras 24h, es cercano al 80%</p>	



4. REPASO ANATÓMICO

- La base para comprender la fisiopatología de los diferentes tipos de Mediastinitis es conocer la anatomía del Mediastino y de las posibles vías de diseminación de la infección desde focos a distancia.
- La importancia del Mediastino viene definida por las numerosas estructuras y órganos de vital importancia, contenidas en el mismo.

1. Órganos

- Timo
- Corazón
- Vía aéreo-digestiva
- Tráquea y tercio proximal de los bronquios proximales
- Esófago

2. Vasos Sanguíneos

- Arterias Sistémicas:
 - Aorta Torácica y sus ramas
- Venas Sistémicas:
 - Vena cava, y sistemas ázigos y hemiázigos
- Vasos Pulmonares
 - Arterias pulmonares centrales y segmentos intrapericárdicos de las venas pulmonares.

3. Linfáticos, conducto torácico y g.

linfáticos.

4. Nervios

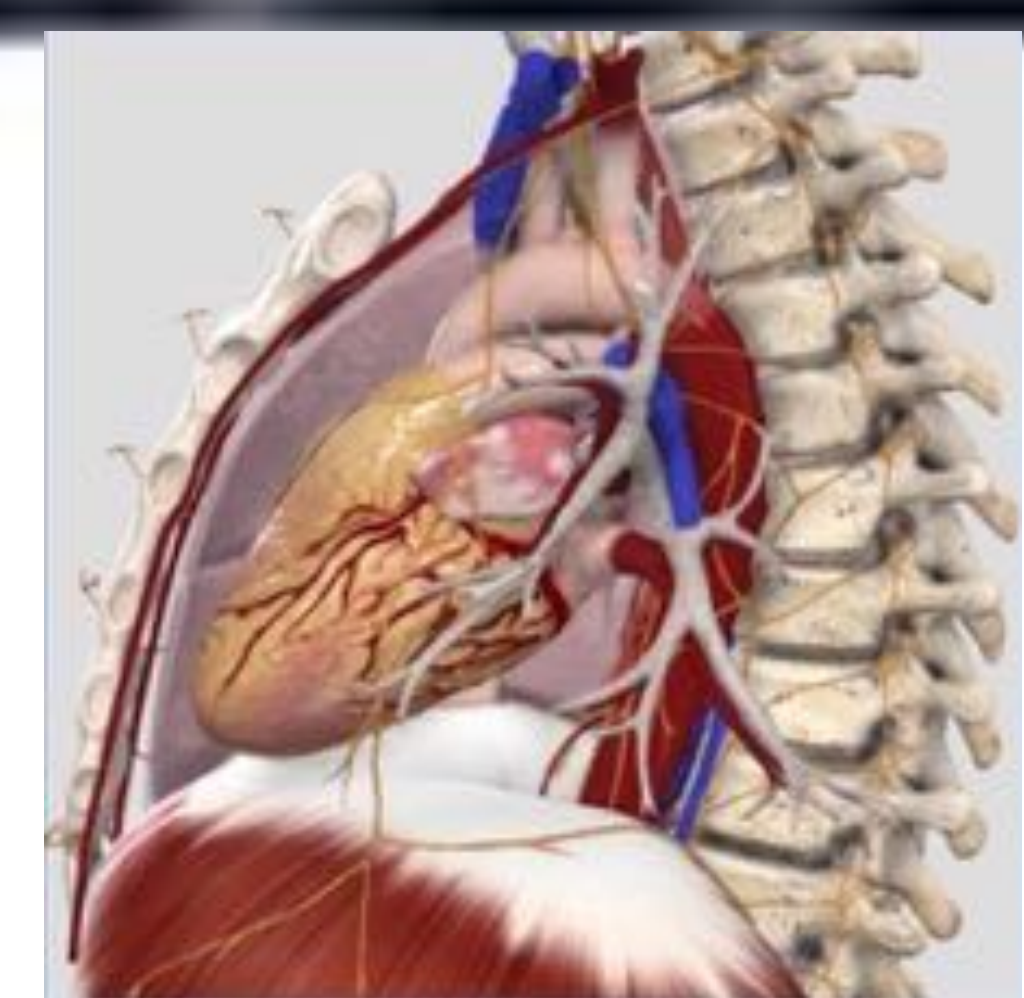
- N. Vago (X par craneal)
- Ramas Derecha e Izquierda
- Nervio Recurrente laríngeo izquierdo (rama del nervio vago izquierdo al nivel arco aórtico lateral)
- Nervios frénicos derecho e izquierdo.

5. Tejidos Mesenquimales

6. Pericardio

7. Grasa Mediastínica

4. REPASO ANATÓMICO



- Por un lado, su contenido de tejido laxo areolar facilita la rápida progresión de la infección. No obstante, al estar rodeada la cavidad mediastínica por pleura pulmonar (línea roja, Fig 1A), esto evita en un primer momento que la infección se extienda a los pulmones. Este efecto barrera, teóricamente beneficioso, en realidad lo que favorece es la formación de colecciones abcesificadas en un espacio cerrado que contiene numerosas estructuras vitales tales como el corazón, los grandes vasos, la tráquea o el esófago (Fig 1B).

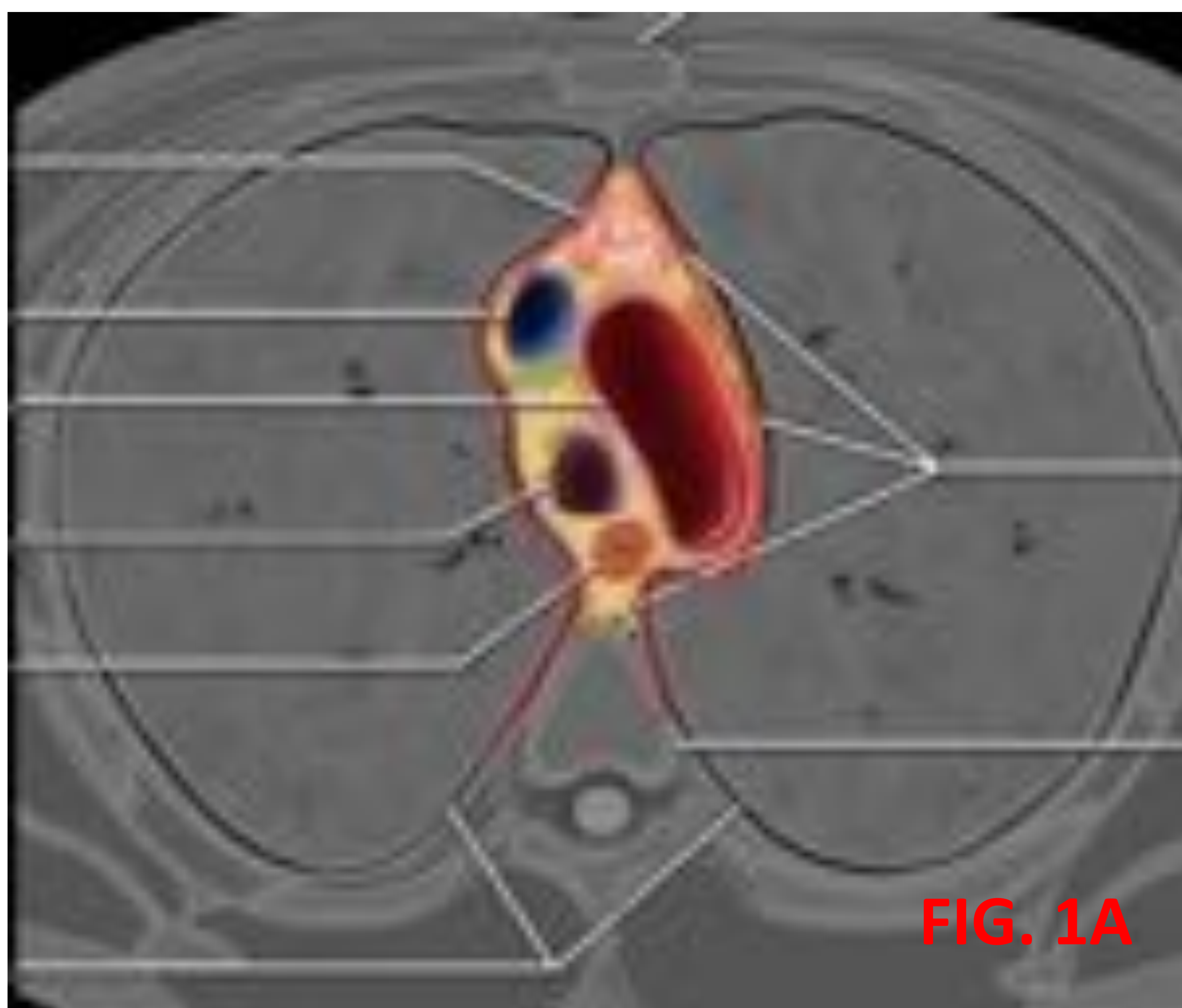


FIG. 1A

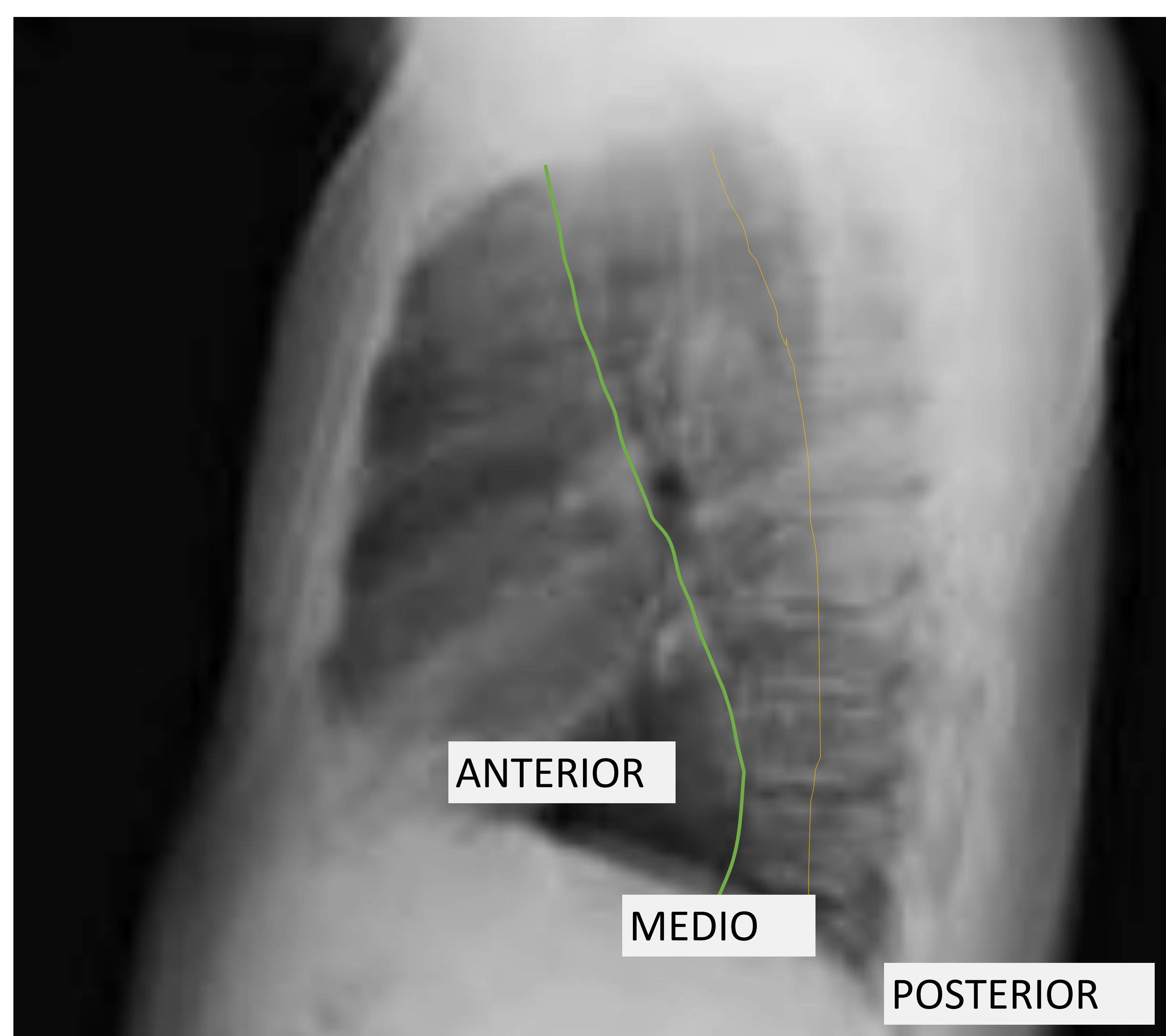
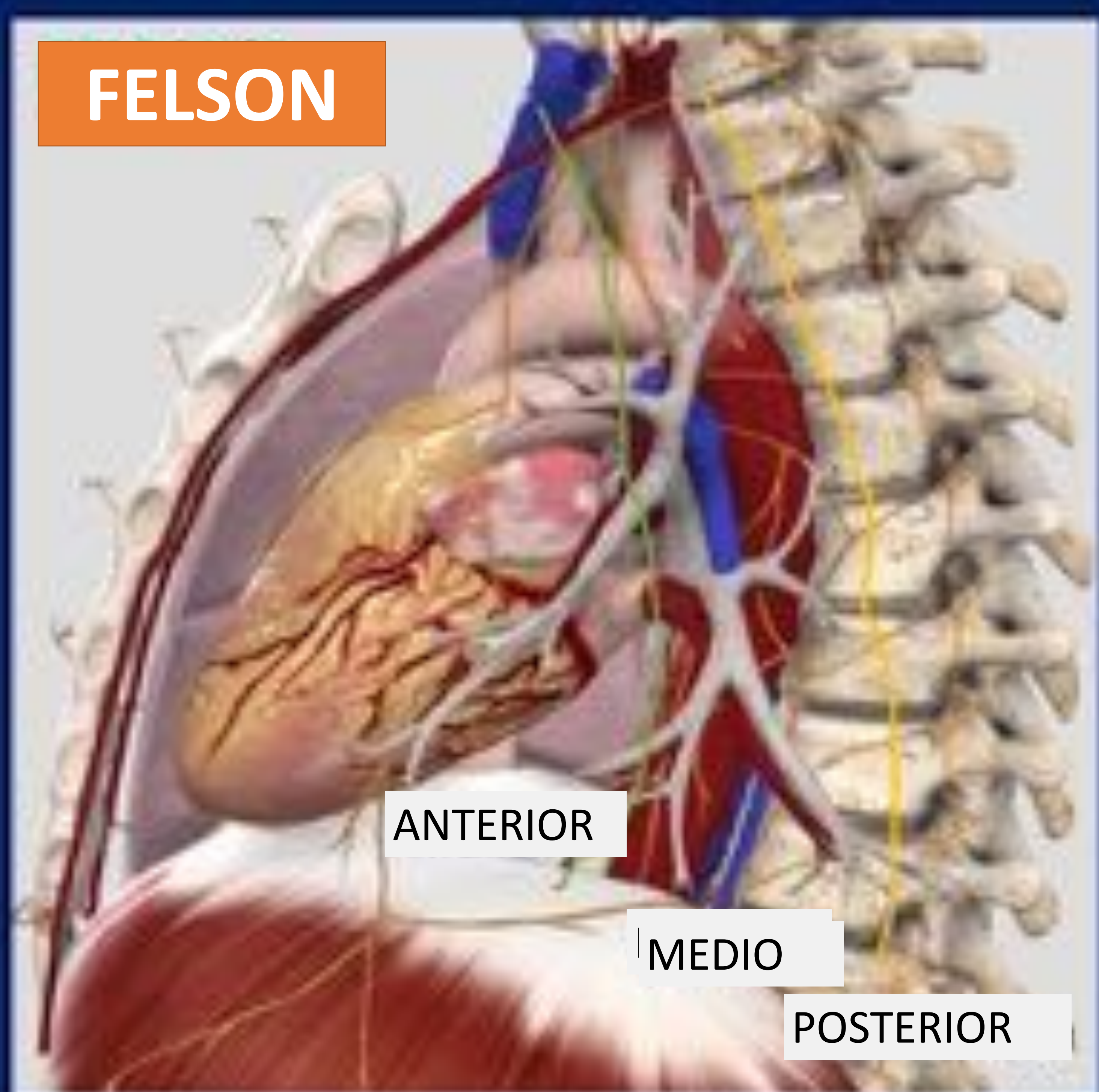


FIG. 1B

4. REPASO ANATÓMICO

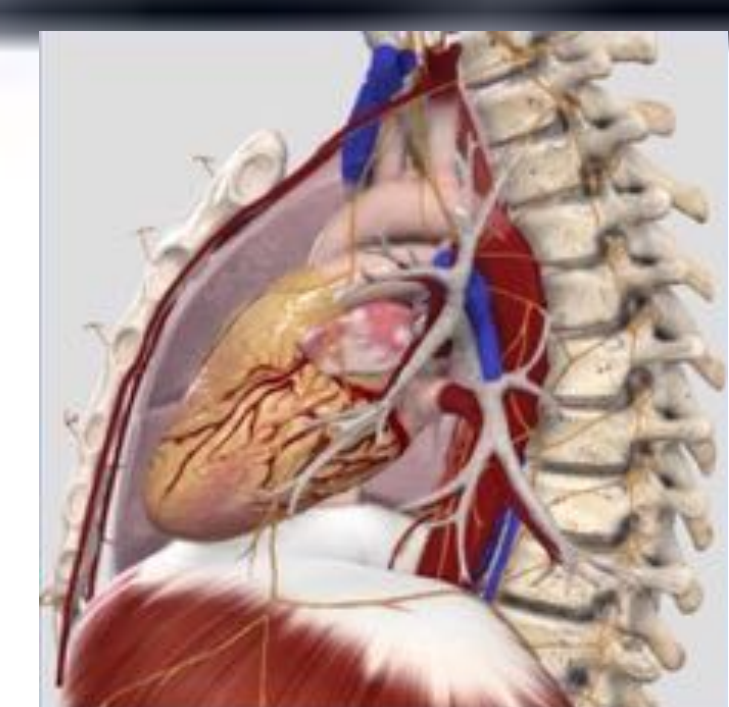


FELSON



DIVISIÓN DE FELSON

- La división del Mediastino en compartimentos de acuerdo a la metodología de Felson está basada en la radiografía lateral de tórax.
- De acuerdo a esta metodología, los compartimentos anterior y medio del Mediastino estarían divididos, con fines académicos, por una línea que se extendería desde el opérculo torácico superior hasta el diafragma. Transcurre anterior a la tráquea por la pared posterior del corazón (**línea verde**).
- Los compartimentos medio y posterior, estarían a su vez divididos por una línea que se situaría aproximadamente 1 cm. Por detrás de los cuerpos vertebrales. (**línea amarilla**).



4. REPASO ANATÓMICO

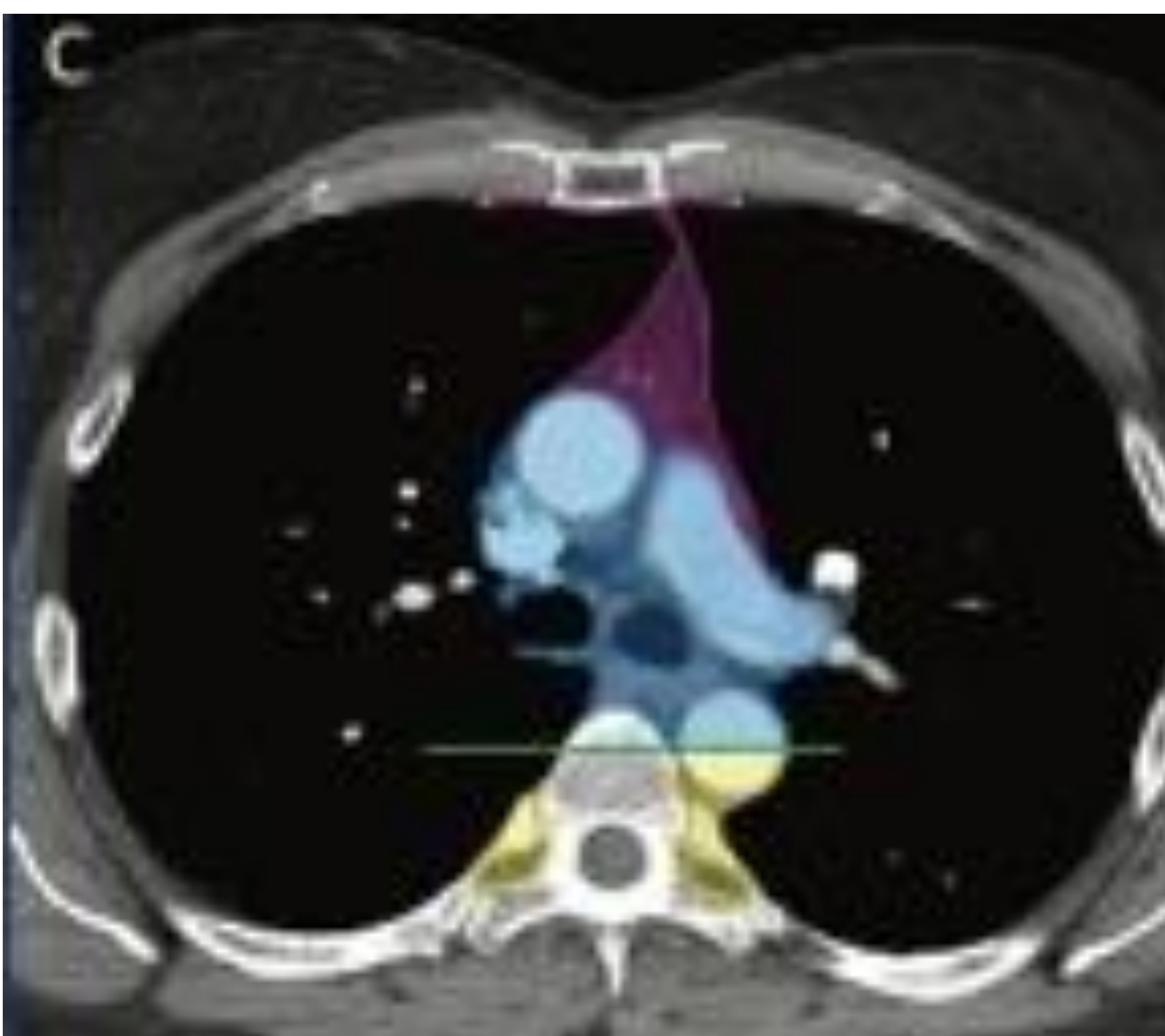
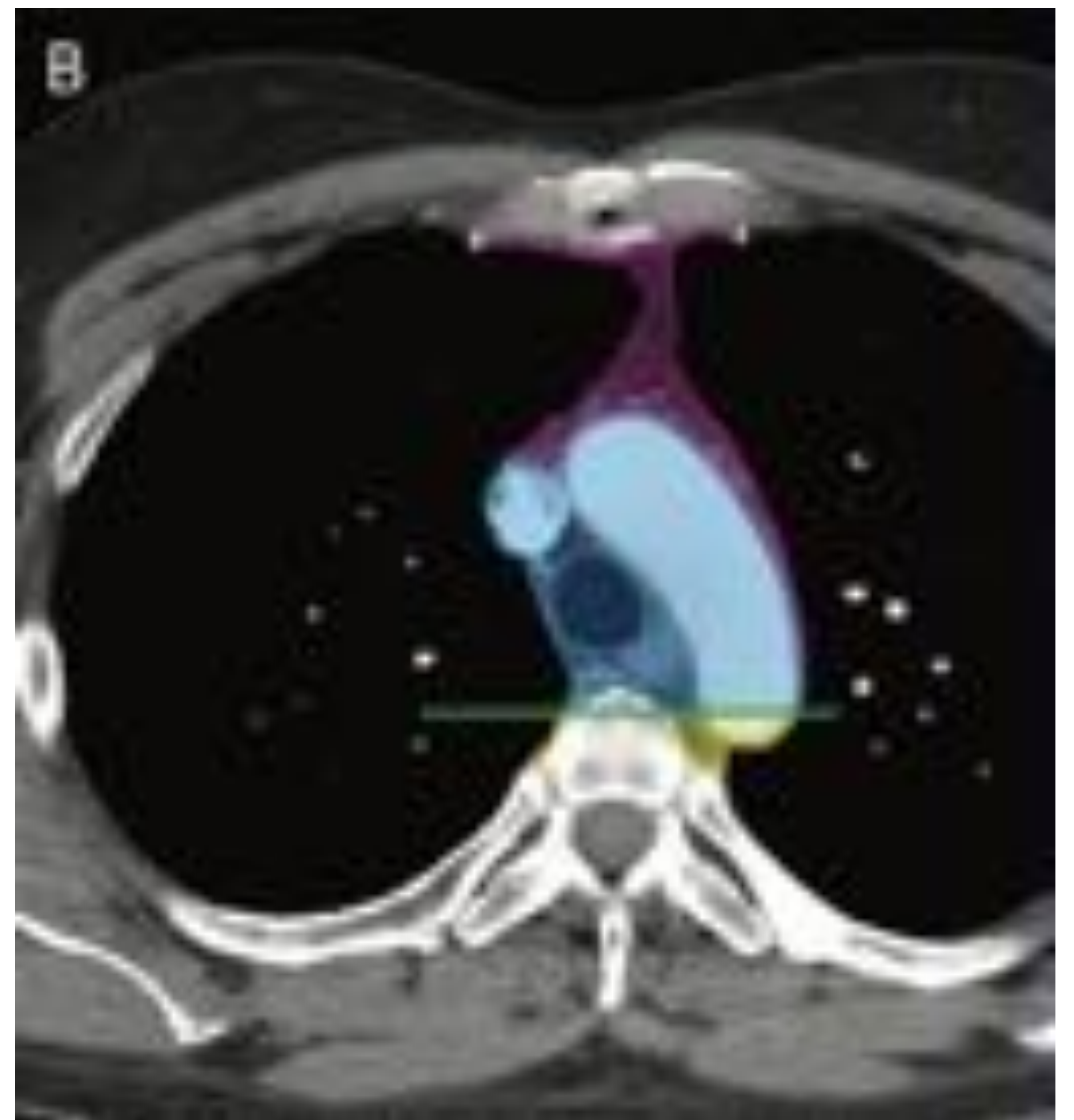
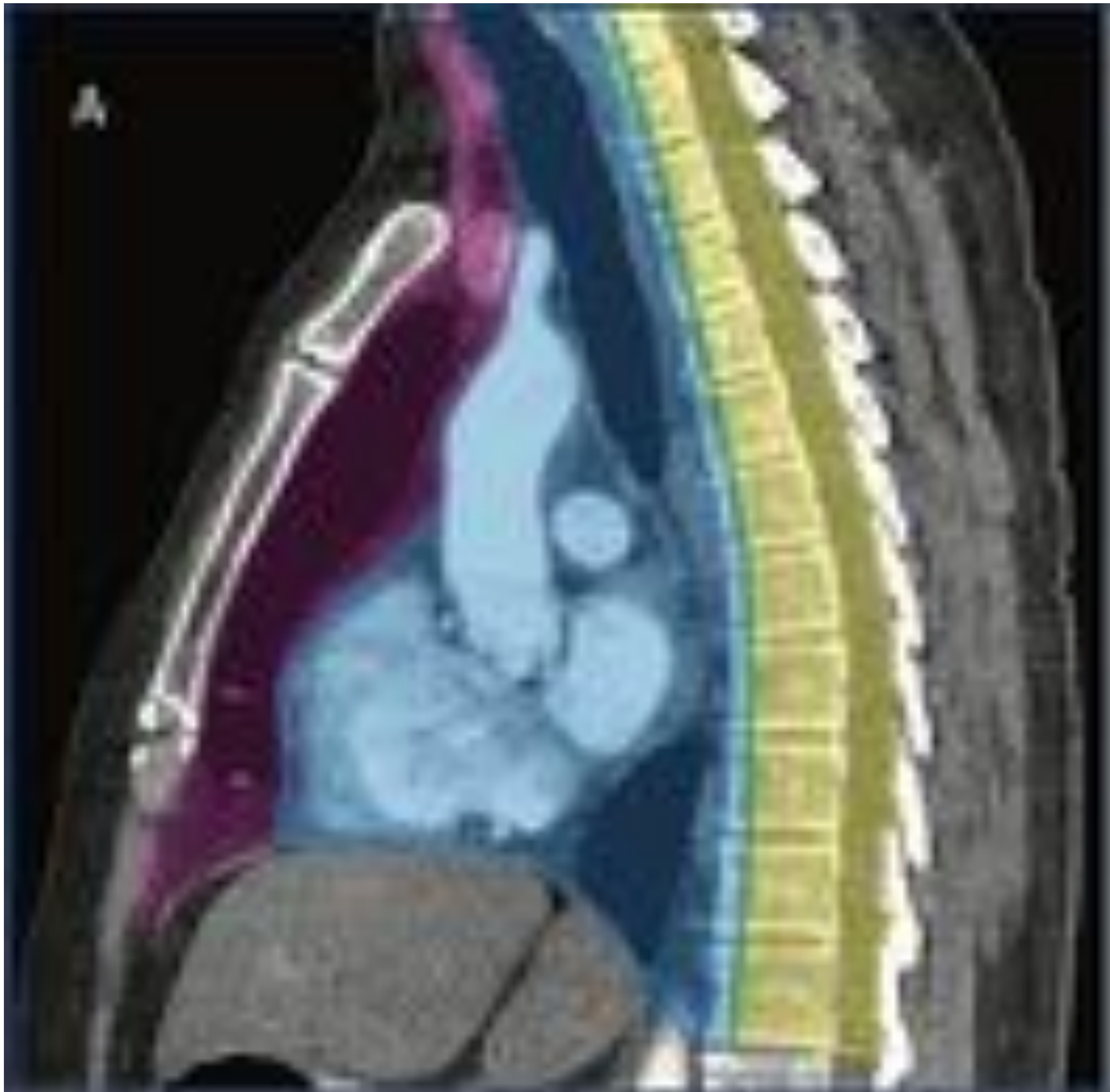
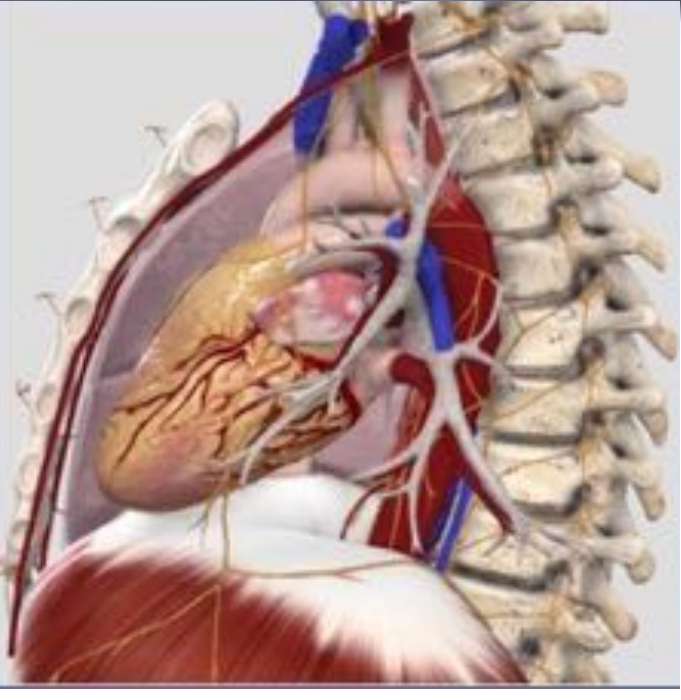
CLASIFICACIÓN DEL ITMIG DE LOS COMPARTIMENTOS MEDIASTÍNICOS DE BASADO EN EL TC MULTIDETECTOR25

Compartimentos	Límites	Principales Contenidos
PREVASCULAR	<ul style="list-style-type: none"> •Superior: opérculo torácico superior •Inferior: diafragma •Anterior: esternón •Lateral: pleura parietal mediastínica •Posterior: margen anterior del pericardio siguiendo su contorno curvilíneo según envuelve el corazón. 	<ul style="list-style-type: none"> •Timo •Grasa •Ganglios linfáticos •Vena braquiocefálica izquierda.
VISCERAL	<ul style="list-style-type: none"> •Superior: opérculo torácico superior •Inferior: diafragma •Anterior: límite posterior del espacio prevascular •Posterior: línea vertical que pasa por los cuerpos vertebrales aproximadamente 1 cm posterior a su margen anterior. 	<ul style="list-style-type: none"> •No-vasculares: tráquea, carina, esófago y ganglios linfáticos. •Vasculares: corazón, aorta torácica ascendente y descendente, arco aórtico, vena cava superior, arterias pulmonares intrapericárdicas y conducto torácico.
PARAVERTEBRAL	<ul style="list-style-type: none"> •Superior: opérculo torácico superior •Inferior: diafragma •Anterior: límite posterior del compartimento visceral. •Posterolateral: línea vertical que pasa por el margen posterior de la pared torácica y por el margen lateral de las apófisis transversas de las vértebras torácicas. 	<ul style="list-style-type: none"> •Segmento torácico de la columna vertebral •Tejidos blandos paravertebrales.

DIVISIÓN DEL ITMIG

- La división del Mediastino en compartimentos basado en el TC Multidetector de acuerdo a la metodología del ITMIG (Thymic Malignancy Interest Group) se considera actualmente el nuevo estándar de clasificación.
- Define tres compartimentos: **prevascular**, **visceral** y **paravertebral**, descritos a mayor detalle en la tabla acompañante.

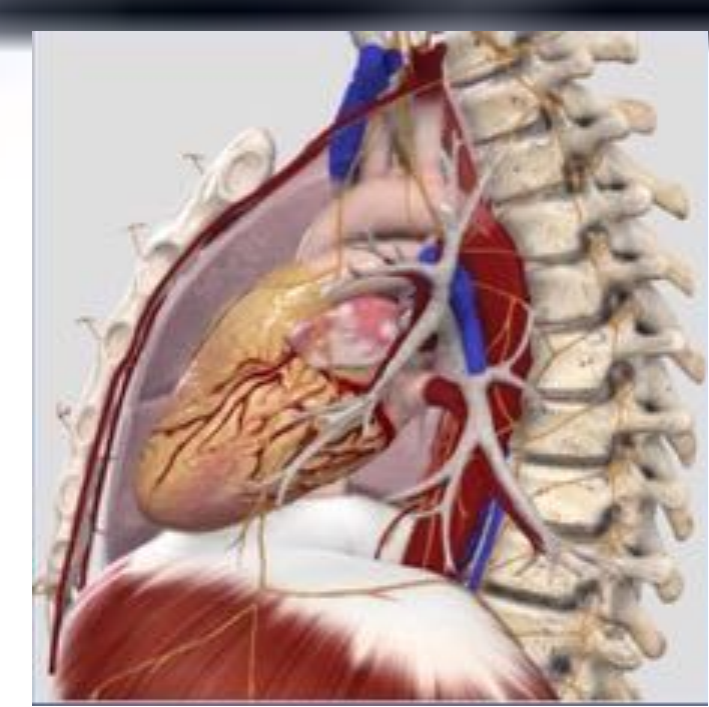
4. REPASO ANATÓMICO



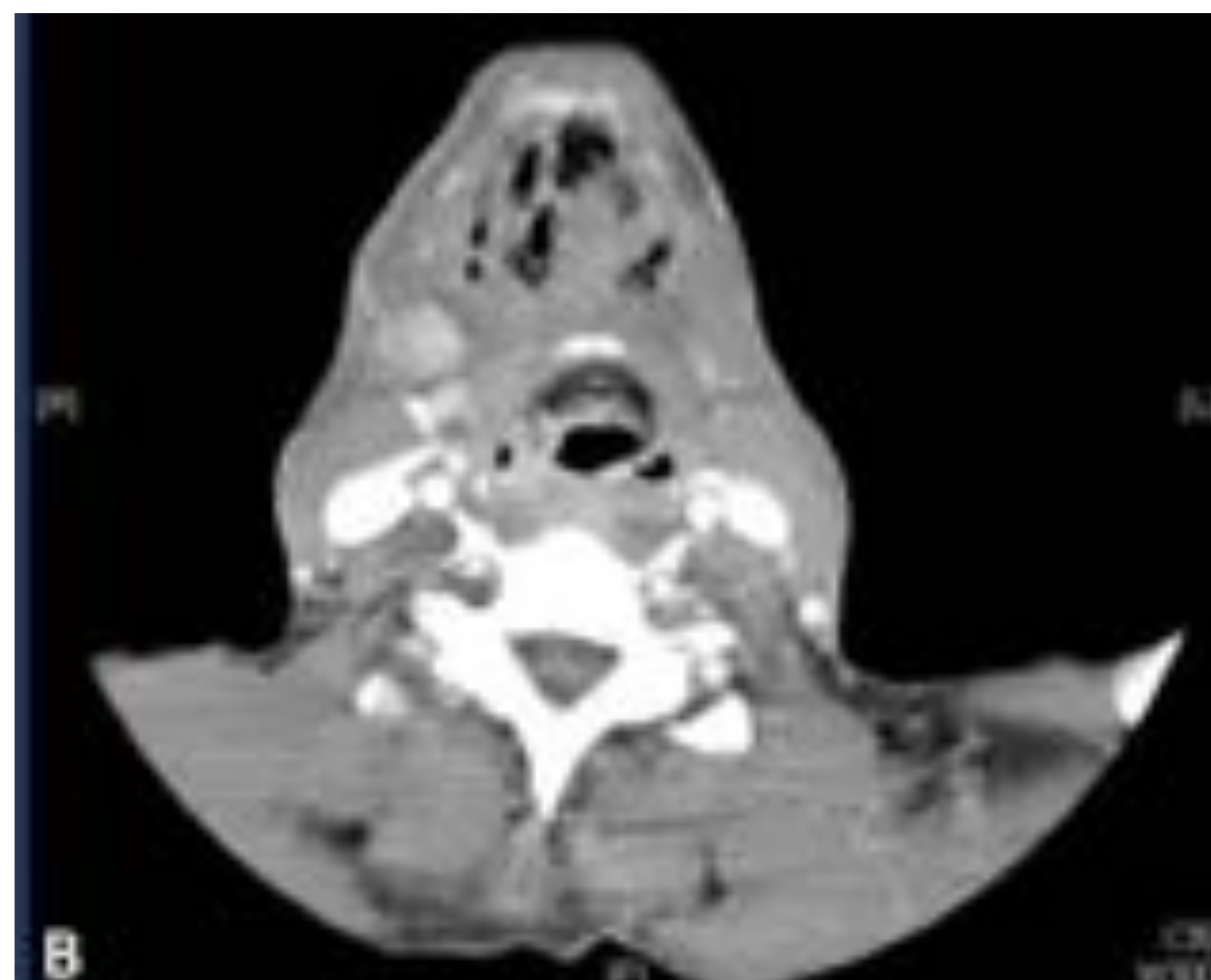
DIVISIÓN DEL ITMIG

- El compartimento **prevascular (púrpura)** se dispone rodeando el margen anterior del corazón y el pericardio, que se localizan en el compartimento **visceral (azul)**. El compartimento **paravertebral**, que se localiza 1 cm por detrás del margen anterior de los cuerpos vertebrales (**línea verde**) está señalado en **amarillo**.

5. SIGNOS CLÍNICOS



- **Los síntomas clínicos de las Mediastinitis Aguda pueden incluir:**
 - Dolor Torácico agudo (retroesternal/interescapular)
 - Fiebre alta, escalofríos, taquipnea y leucocitosis
 - Disfagia, dolor de garganta
 - Edema cervical, enfisema subcutáneo
 - Derrame pleural/empiema
 - Eritema de la piel pre-esternal.



- La presencia de disfagia, edema cervical y eritema de la piel pre-esternal son signos clínicos de infecciones cervicales profundas. **(A)**
- La persistencia de estos síntomas así como la progresión de los mismos en sentido descendente debe alertar al Clínico del posible desarrollo de una Mediastinitis necrotizante descendente.
- En estas circunstancias es mandatorio la realización de un TC cérvico-torácico que permite valorar la extensión de la infección así como las posibles complicaciones asociadas. **(B)**

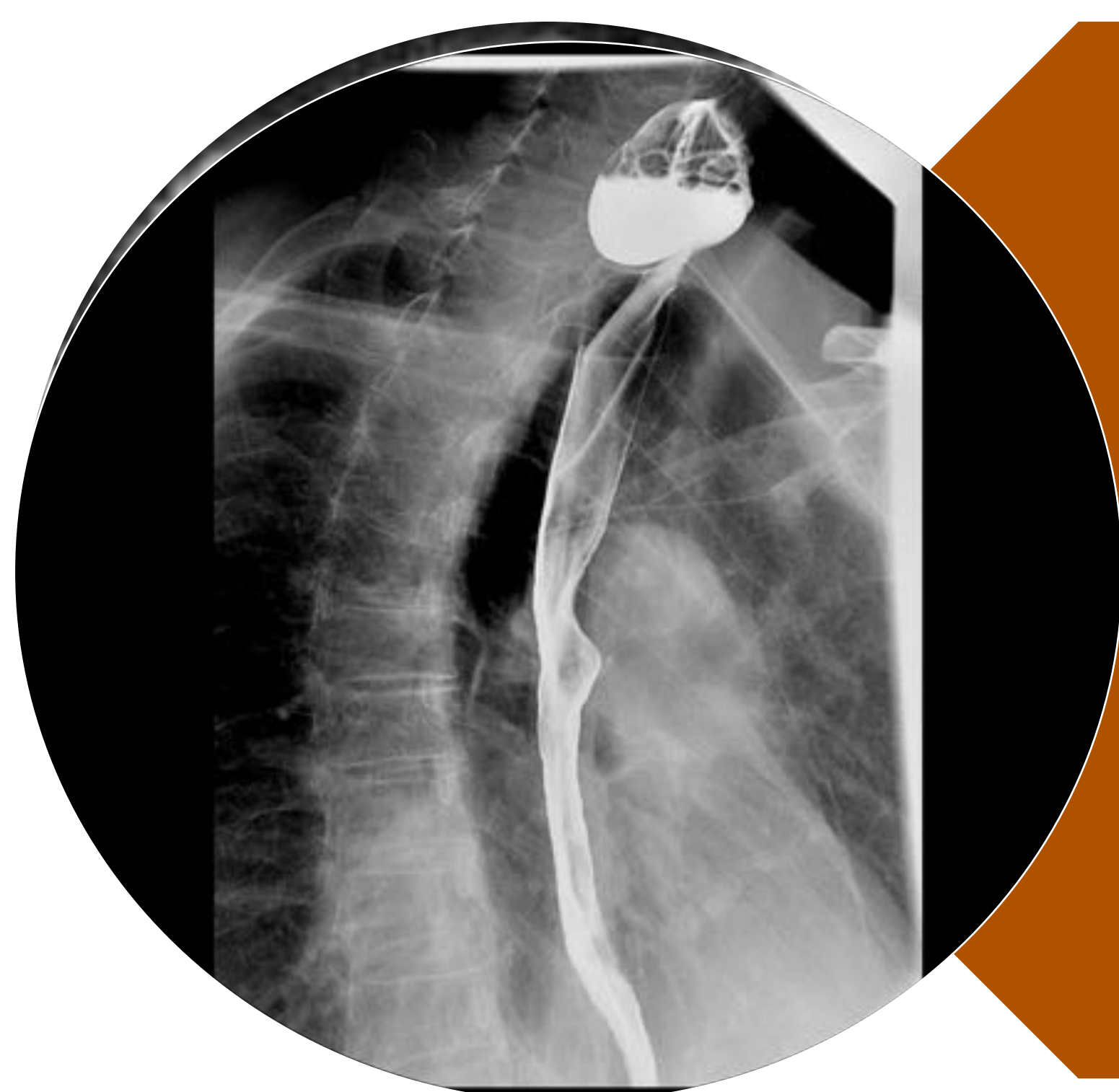
6. TÉCNICAS DE IMAGEN



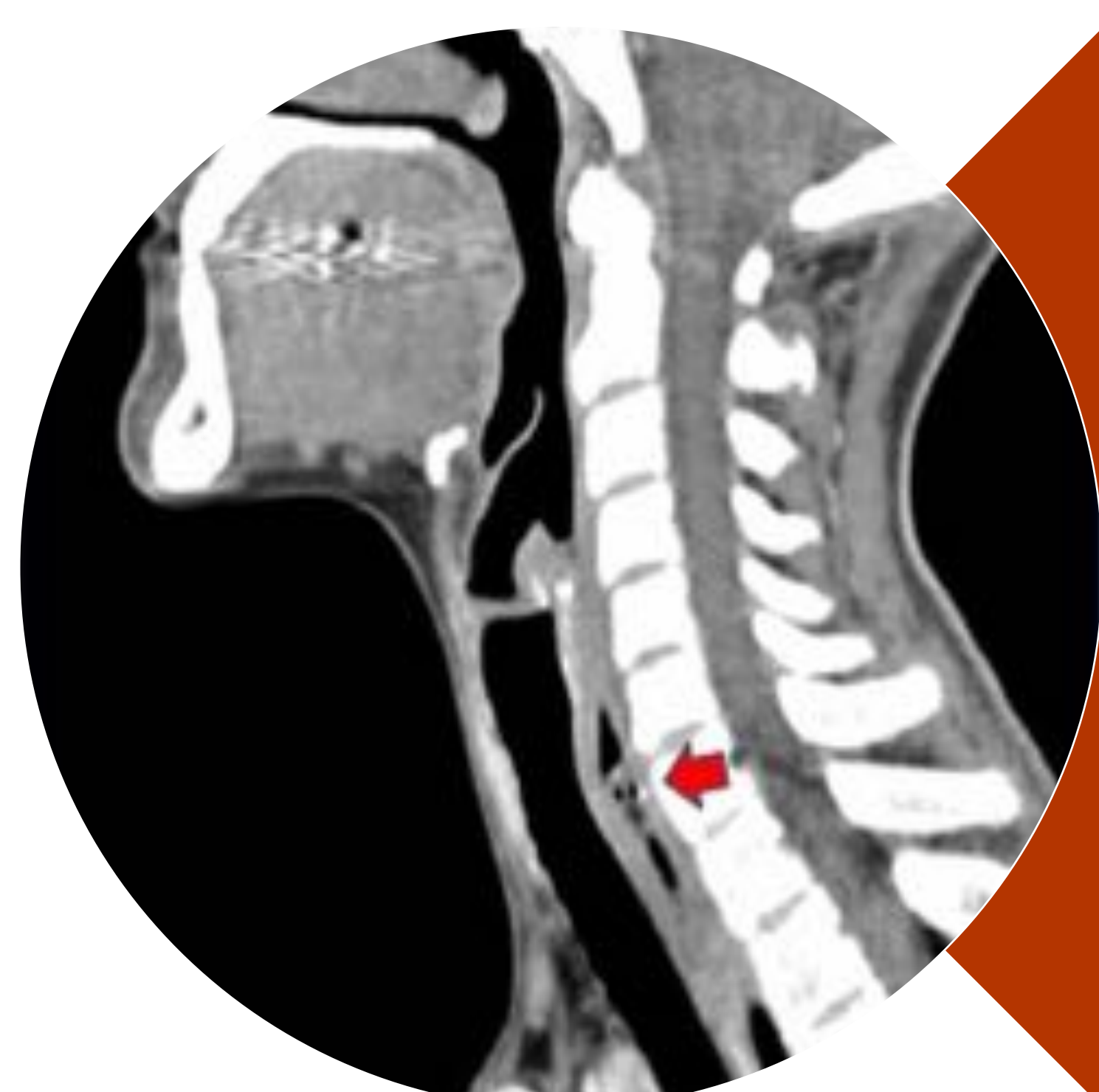
Radiografía de Tórax



Radiografía Cervical Simple



Esofagograma



TC

6. TÉCNICAS DE IMAGEN

6.1 Radiografía de Tórax

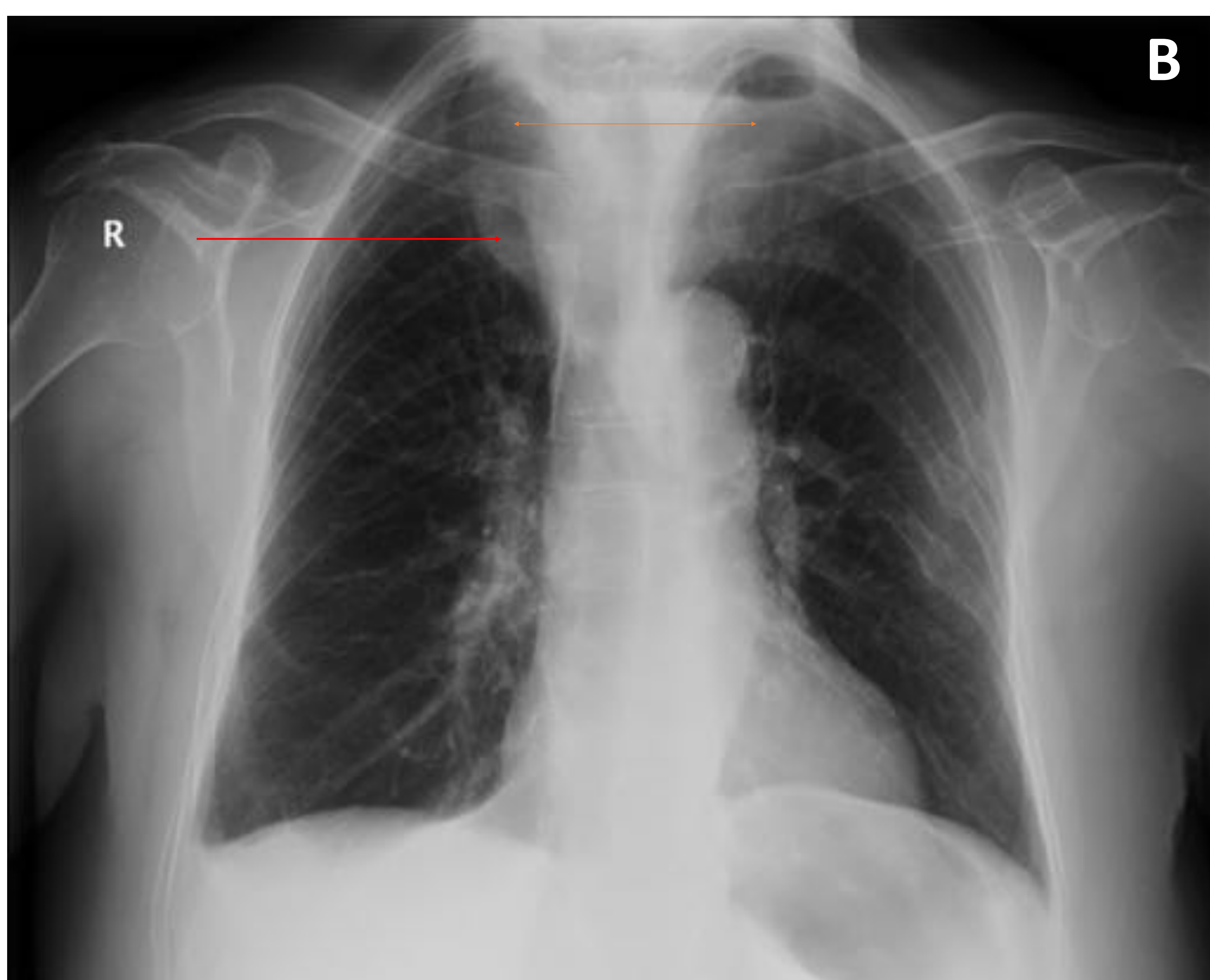


- Debe ser la primera prueba a realizar en pacientes con sospecha de patología mediastínica.
- Se deben obtener proyecciones PA y Lateral.
- Se consideran diagnóstico, en presencia de cuadro clínico de sospecha, la presencia de neumomediastino o neumopericardio, aunque puede ser difícil de valorar el componente a tensión en la Rx de Tórax.



A: Rx de Tórax, proyección PA.
Se aprecia ensanchamiento mediastínico, neumopericardio (flecha roja) y enfisema subcutáneo (flecha verde).

B: Rx de Tórax, proyección PA.
Se aprecia ensanchamiento mediastínico y aire extraluminal (flecha roja) debido a una perforación de un divertículo de Zenker.



6. TÉCNICAS DE IMAGEN

6.2 Radiografía Cervical



- Puede señalar la presencia de:
 - **enfisema subcutáneo**
 - **edema de los tejidos blandos prevertebrales**
 - **ensanchamiento del mediastino superior.**



A: Rx lateral de cuello muestra la presencia de edema de los tejidos blandos prevertebrales (**flecha naranja**) y presencia de burbujas de aire ectópico (**flecha roja**) en los tejidos prevertebrales. Ambos signos son altamente sugestivos de infección en el espacio “ de peligro” de Grodzinsky.

B: Rx lateral de cuello. Se aprecia una gran cantidad de aire extraluminal (**flecha roja**) en el espacio retrofraíngeo secundario a dehiscencia del muñón de un divertículo de Zenker intervenido



B

6. TÉCNICAS DE IMAGEN

6.2 Radiografía Cervical

- Puede señalar la presencia de:
 - **enfisema subcutáneo**
 - **edema de los tejidos blandos prevertebrales**
 - **ensanchamiento del mediastino superior.**



A: Rx lateral de cuello muestra la presencia de edema de los tejidos blandos prevertebrales (flecha roja) y presencia de burbujas de aire ectópico en los tejidos prevertebrales (asterisco). Ambos signos son altamente sugestivos de infección en el espacio “de peligro” de Grodzinsky.

B: Mismo paciente, al que con los hallazgos de la Rx se realizó TC cervico-torácico. En reconstrucción MPR sagital se aprecia una gran aire extraluminal (flecha roja) en el espacio retrofraíngeo secundario a perforación por material radiodenso en el tercio medio del esófago. El espécimen quirúrgico demostró la presencia de un hueso de pollo.



6. TÉCNICAS DE IMAGEN

6.3 Faringoesofagograma de Contraste



- Aunque el TC es la técnica de imagen de elección en el contexto de la patología urgente, las técnicas clásicas de contraste baritado (**en este caso, deberemos utilizar siempre contraste hidrosoluble**) también pueden ser de utilidad en caso de sospecha no demostrada con otras técnicas de perforación esofágica, fístula esófago-respiratoria o sospecha de complicación postquirúrgica.



A: Esofagograma que demuestra la presencia de un Divertículo de Zenker.

B: Esofagograma, 4 días postop de la reparación de una perforación esofágica en el contexto de un Síndrome de Boerhaave.



B

6. TÉCNICAS DE IMAGEN



6.4 TC Multidetector

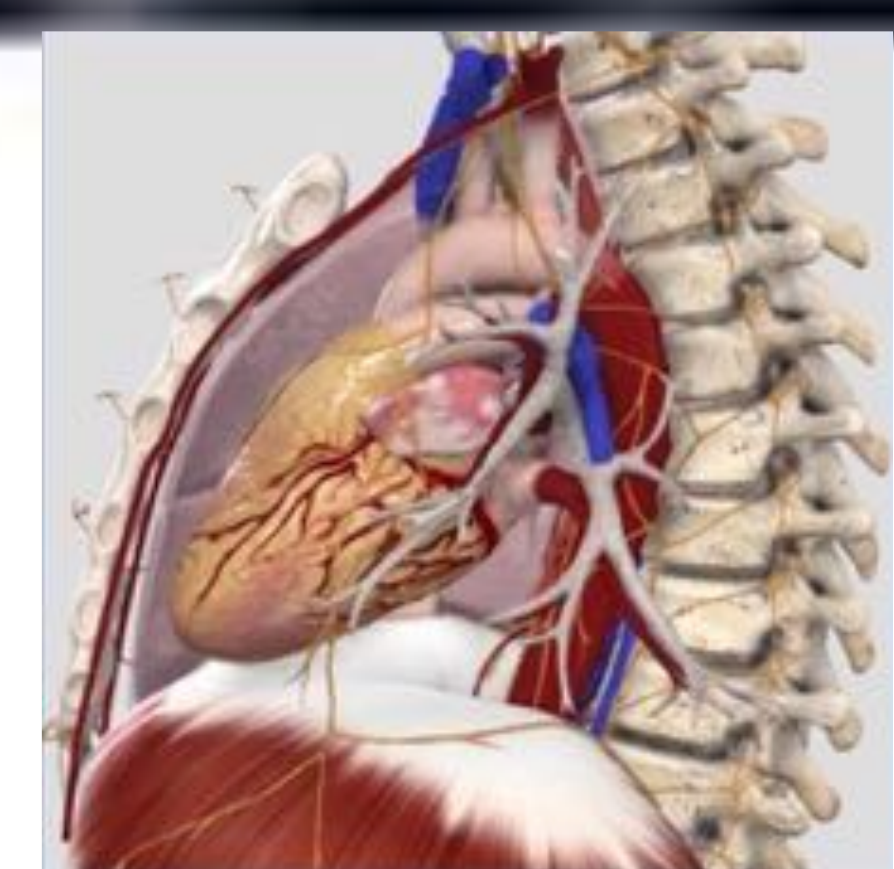
- **El TC Multidetector es la técnica de imagen de elección.**
- Tiene una alta disponibilidad, es rápida, no-invasiva “fácil de realizar” y normalmente muy útil en la detección de las diferentes modalidades de urgencias mediastínicas.
- La sensibilidad y especificidad del TC Torácico para el diagnóstico de Mediastinitis aguda en pacientes postoperados de Cirugía cardiotorácica se considera de aproximadamente un 100% y un 30% respectivamente, en los primeros quince días postQX y de un 100% y un 90% , a partir de la segunda semana.
- En los pacientes con sospecha de Mediastinitis Necrotizante Descendente, la sensibilidad oscila entre un 90-100%.
- Ante la sospecha de clínica de perforación esofágica, la S y E son superiores al 90%.
- **Vemos por tanto que en términos generales, independiente de la causa la S y E de la Tc es muy elevada para la detección de complicaciones mediastínicas.**

• PROTOSCOLOS DE ESTUDIO:

- El protocolo de TC para valorar patología mediastínica debería ser de 1,5 mm de grosor con reconstrucciones a intervalos de 3 mm y a 140Kvp y 160 mA.
- La administración de contraste intravenoso se debe realizar de forma rutinario (en casos de sospecha de síndrome vascular, emplear en su lugar protocolos de Angio-TC de Aorta).
- Para los parámetros de CIV, se recomienda el empleo de aproximadamente 100 ml de contraste no-iónico con una velocidad de infusión de aproximadamente 2-4 ml/s y un retraso de 30-35 seg.
- Si se sospecha una Mediastinis Necrotizante Descendente, el FOV debe incluir desde el diafragma a la base del cráneo.
- La utilización de contrastes orales hidrosolubles puede ser de utilidad en caso de sospecha de perforación esofágica como causa de la medistinitis.
- Se deben incluir reformateos coronales y sagitales para mejor caracterización de los hallazgos

6. TÉCNICAS DE IMAGEN

6.4 TC Multidetector

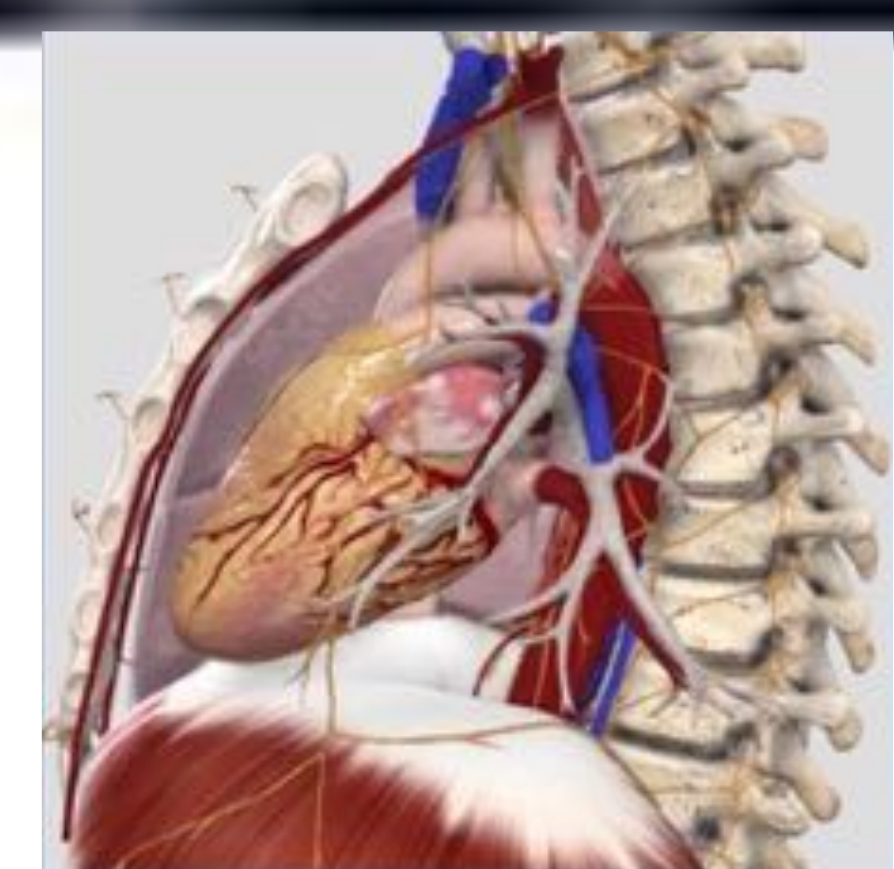


- Los hallazgos en TC más frecuentes en la Mediastinitis Aguda son.
 - **Estriación de la grasa mediastínica**, que está presente en prácticamente el 100% de casos, especialmente cuando ya están evolucionados. Así en una perforación esofágica muy reciente estos cambios inflamatorios pueden no estar instaurados todavía.
 - **Colecciones líquidas mediastínicas**, en un 55%.
 - **Burbujas de aire ectópico** en un 57%.
 - Aumento de tamaño de los **ganglios linfáticos** mediastínicos en un 35%.
 - **Derrame pericárdico** en un 27%.
 - **Derrame pleural/Empiema** en un 85%.
 - **Infiltrados pulmonares** en un 35%.
 - **Dehiscencia esternal** en un 40% (de casos postquirúrgicos) y **fístula pleuropulmonar** en un 2,5%.



- TC de Tórax con CIV en un varón de 75 años. 15 postop de Cirugía cardíaca. Los hallazgos de Mediastinitis Aguda presentes incluyen: dehiscencia esternal (flecha); derrame pleural (asterisco); y estriación de la grasa mediastínica (estrella).

7. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS



7.1 Infecciones Postoperatorias

- Los hallazgos en TC del mediastino en las primeras 2-3 semanas postcirugía son bastante similares a los que esperaríamos encontrar en un caso convencional de Mediastinitis Aguda y pueden no normalizarse hasta que hayan pasado 2 meses tras la cirugía.
- No obstante, la presencia de burbujas de aire ectópico y de colecciones líquidas más allá de 15 días postop son muy indicativas de Mediastinitis Aguda.

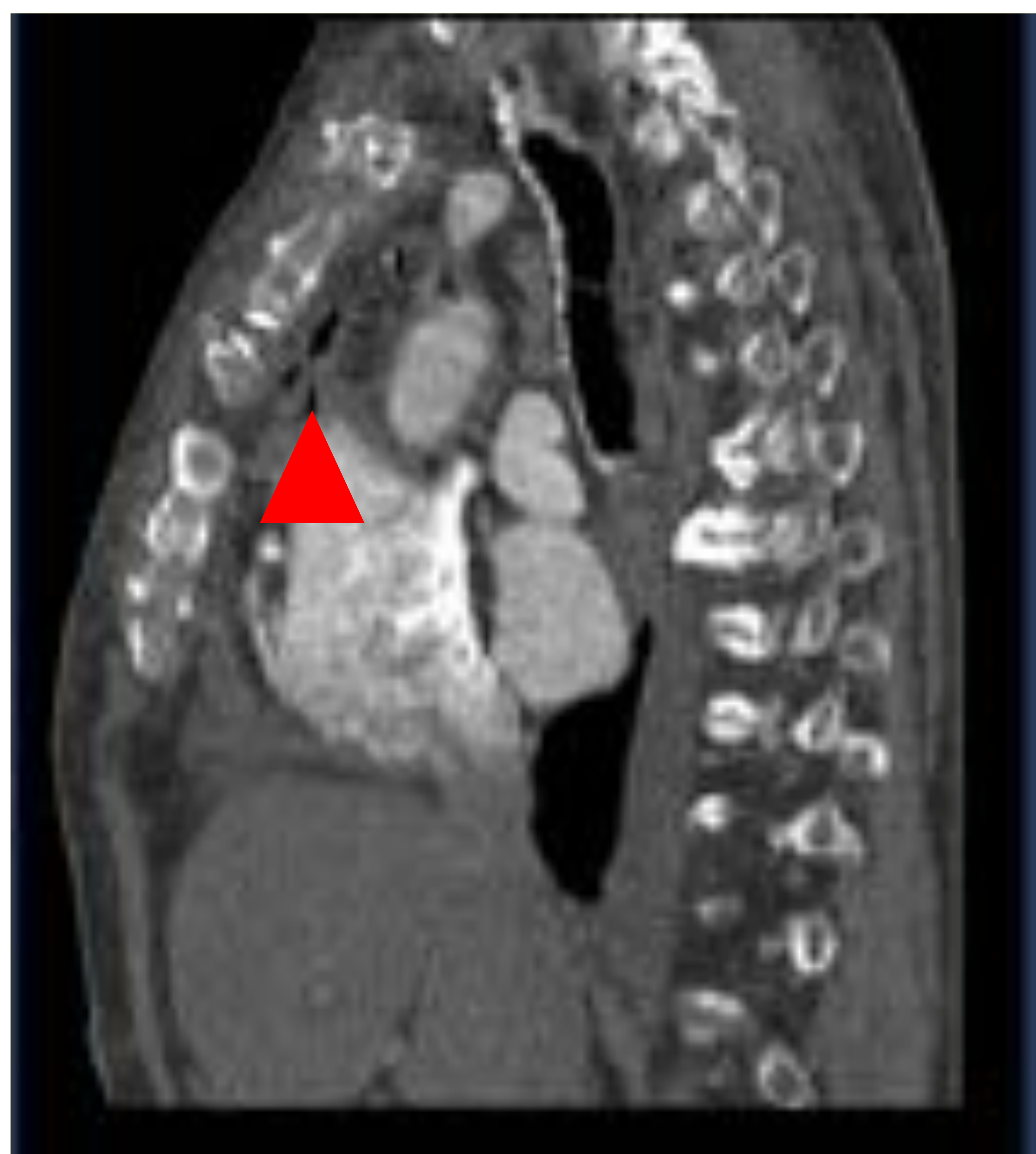
Hallazgos en TC de Postoperatorio de Cirugía Cardiorádica en MA

Dehiscencia esternal

Desplazamiento, rotación y fractura de los alambres esternales

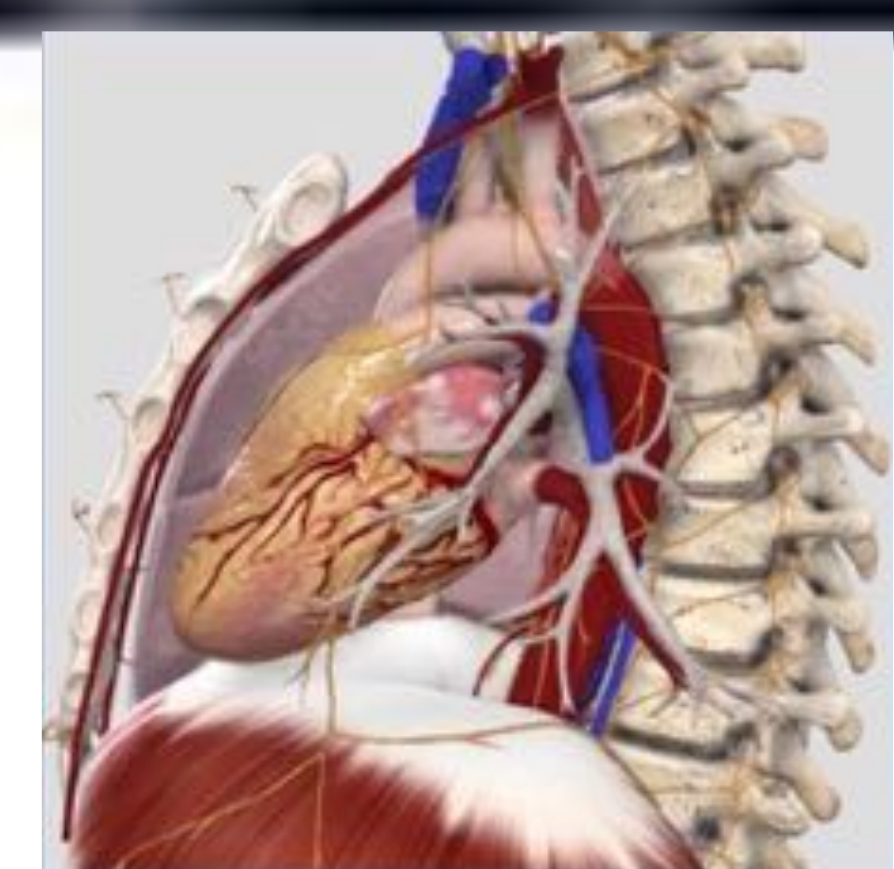
Banda radioluciente medioesternal >3 mm en TC

Burbujas de aire ectópico y colecciones líquidas >14 días postop



- TC de Tórax con CIV en un varón de 69 años. 17 días postop de Cirugía cardíaca. Los hallazgos de Mediastinitis Aguda presentes incluyen: dehiscencia esternal (flecha); derrame pleural (asterisco), estriación de la grasa mediastínica (estrella). Burbujas de aire ectópico (triángulo) y fístula cutáneo-mediastínica (flecha doble)

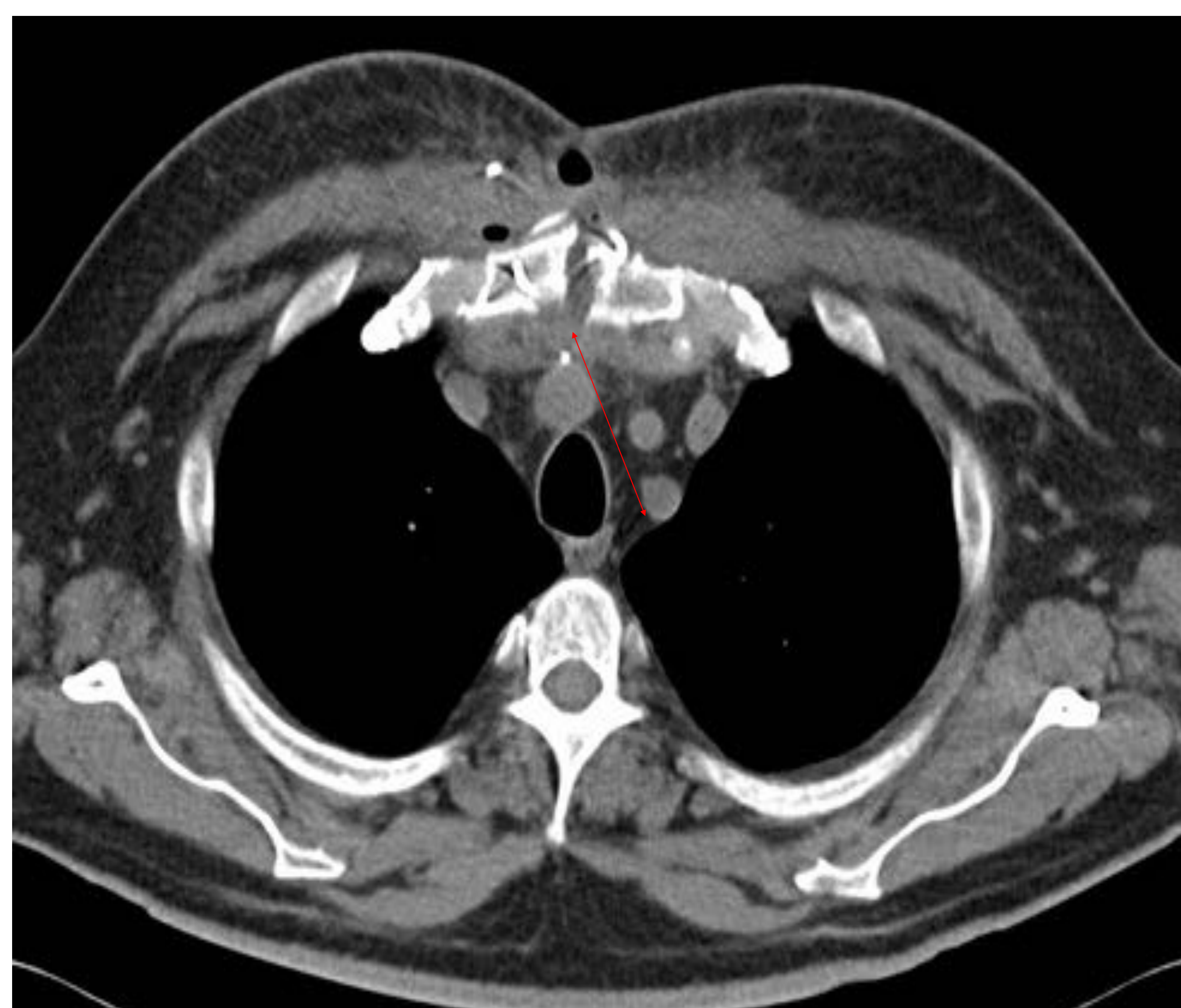
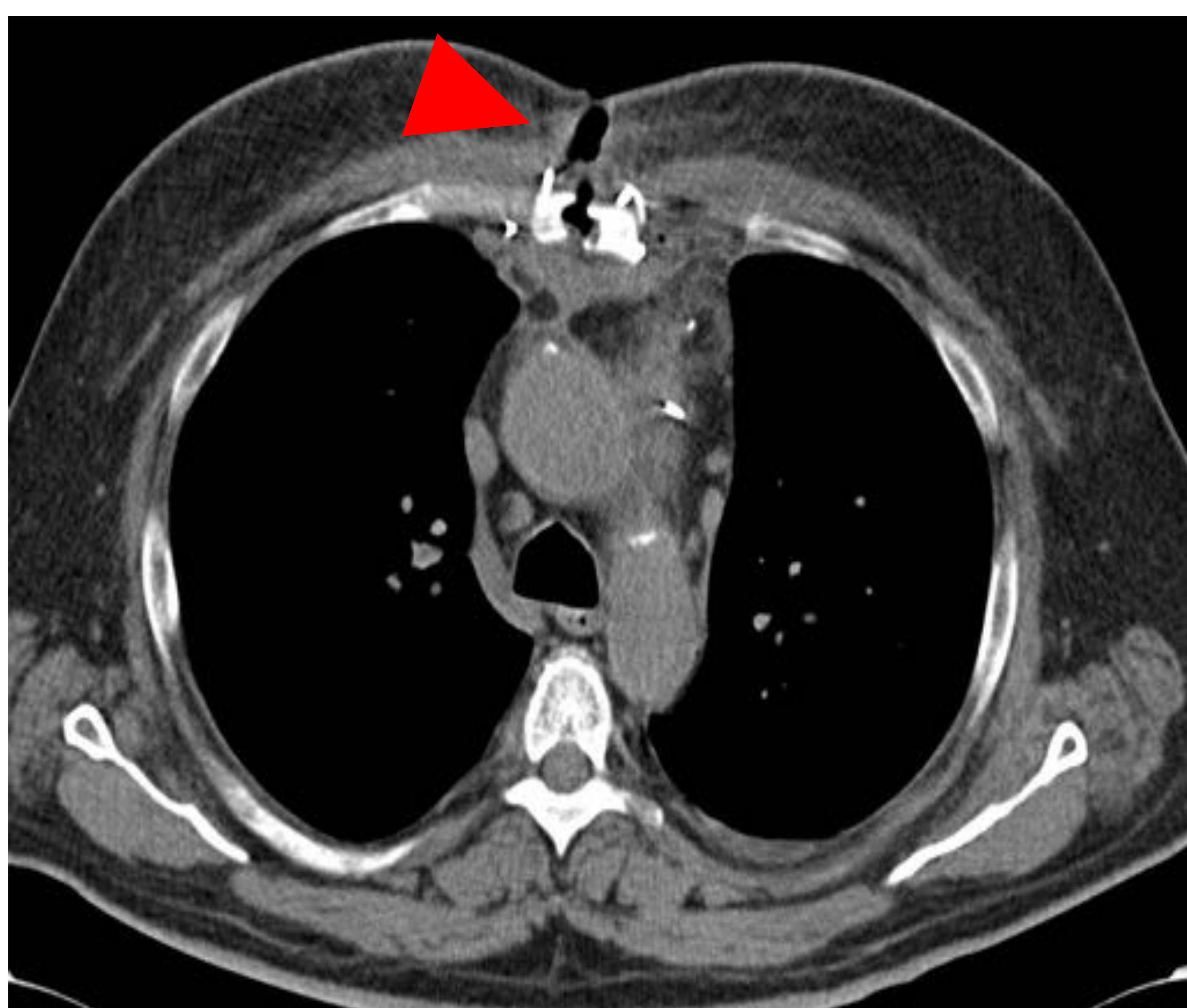
7. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS



7.1 Infecciones Postoperatorias

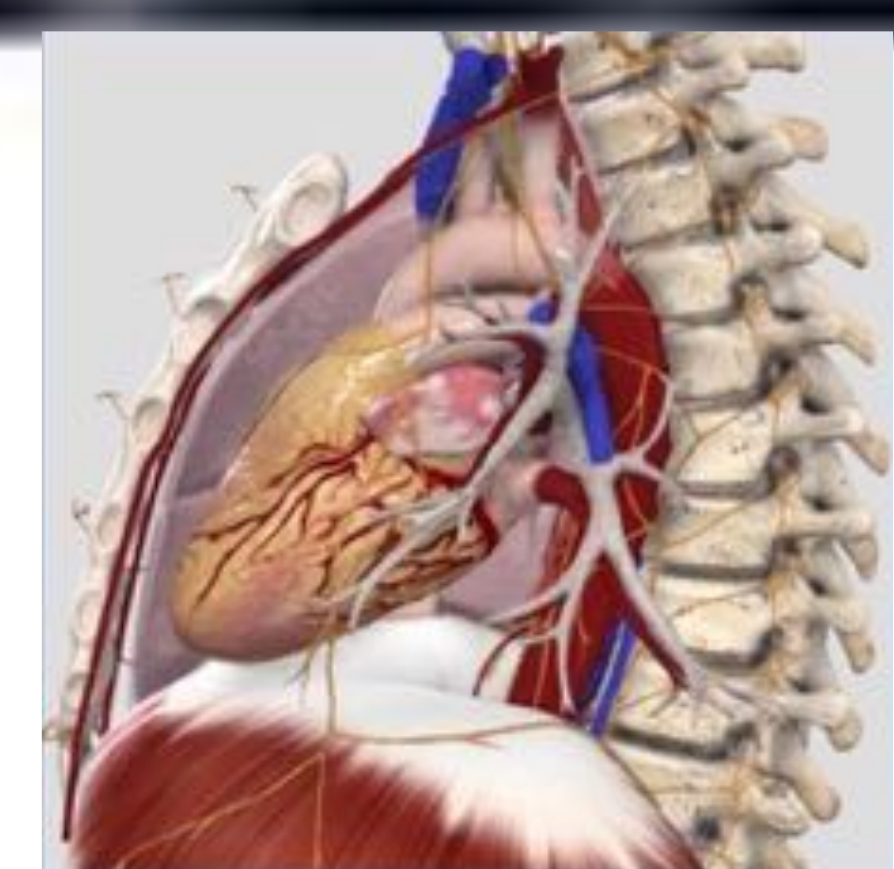


- TC de Tórax con CIV en una mujer de 79 años. 30 días postop de Cirugía cardíaca. Los hallazgos de Mediastinitis Aguda presentes incluyen: dehiscencia esternal con strip >3mm (**flecha**) y fístula traqueomediastínica (**cabeza de flecha**)

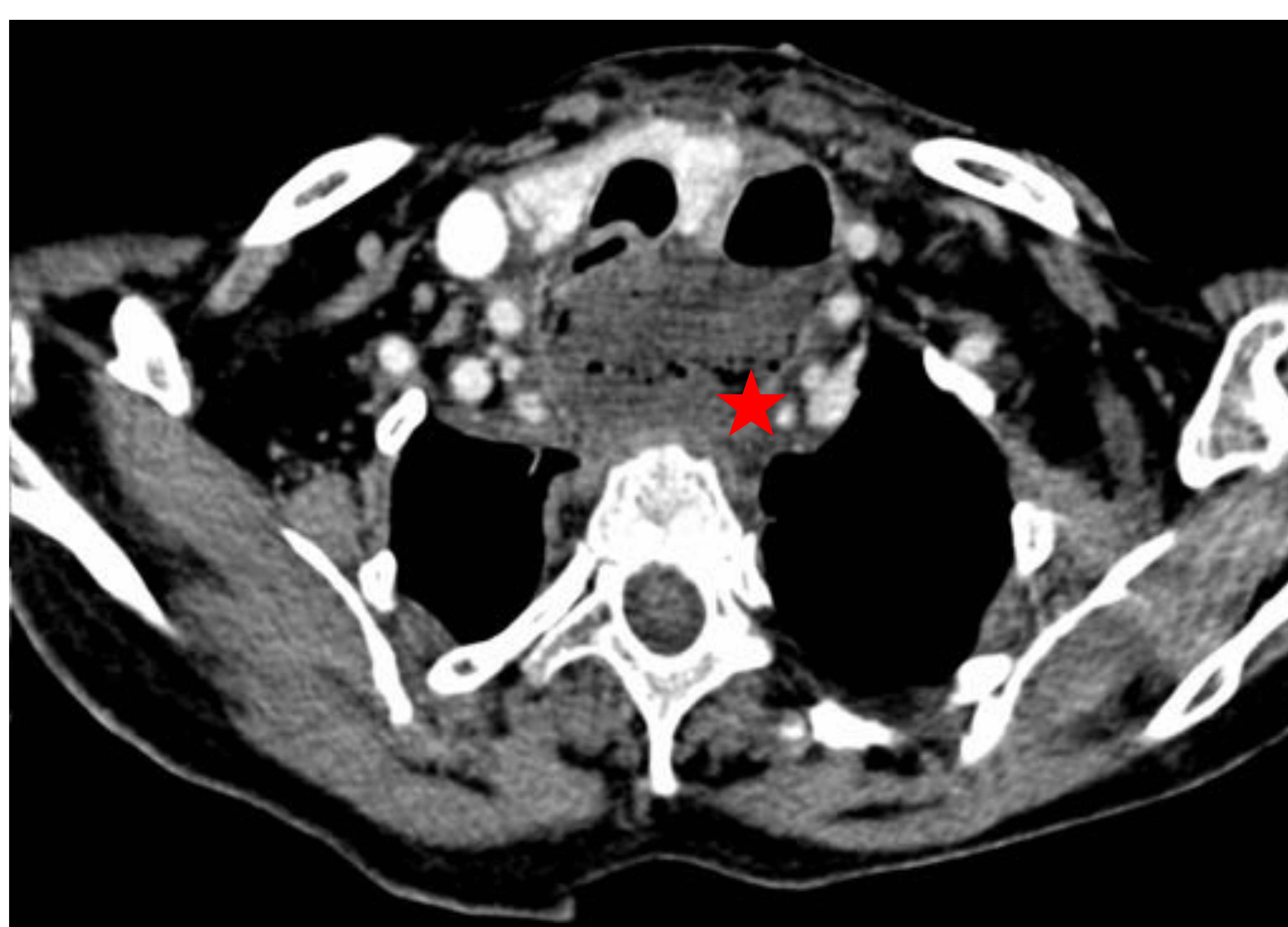
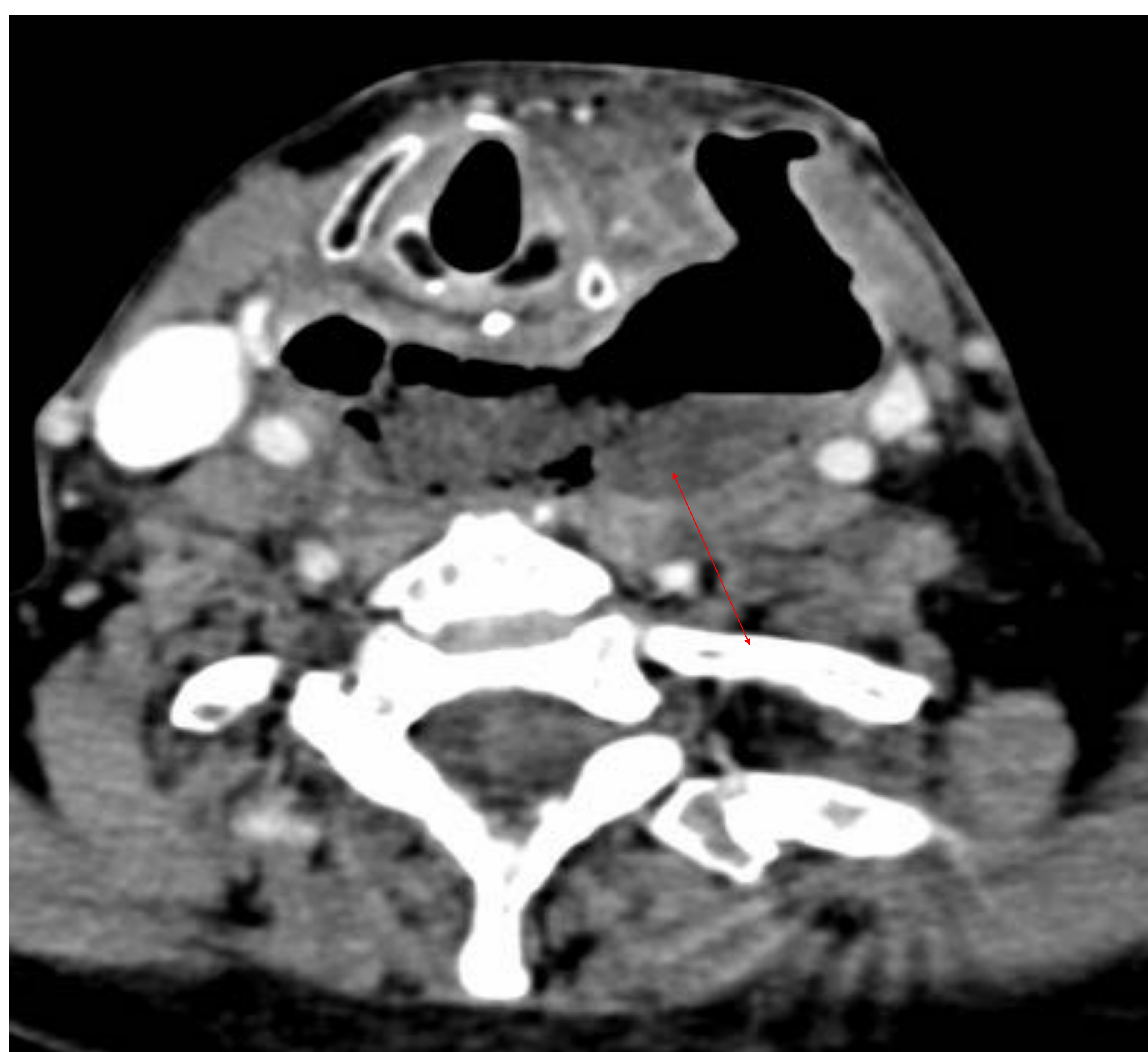


- TC de Tórax sin CIV en un varón de 74 años. 13 días postop de Cirugía cardíaca. Los hallazgos de Mediastinitis Aguda presentes incluyen: dehiscencia esternal con strip >3mm (**flecha**) y fístulacutáneo-mediastínica (**cabeza de flecha**)

7. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS



7.2 Rotura Esofágica



- TC de Tórax con CIV en un varón de 64 años. Dolor torácico y fiebre en postop de excisión de Divertículo de Zenker (**flecha**) . Los hallazgos en TC muestran estriación de la grasa mediastínica (**estrella**) y abundantes burbujas de aire ectópico en mediastino medio y espacio retrofaríngeo (**cabeza de flecha**)

Hallazgos en TC de la MA secundaria Rotura Esofágica

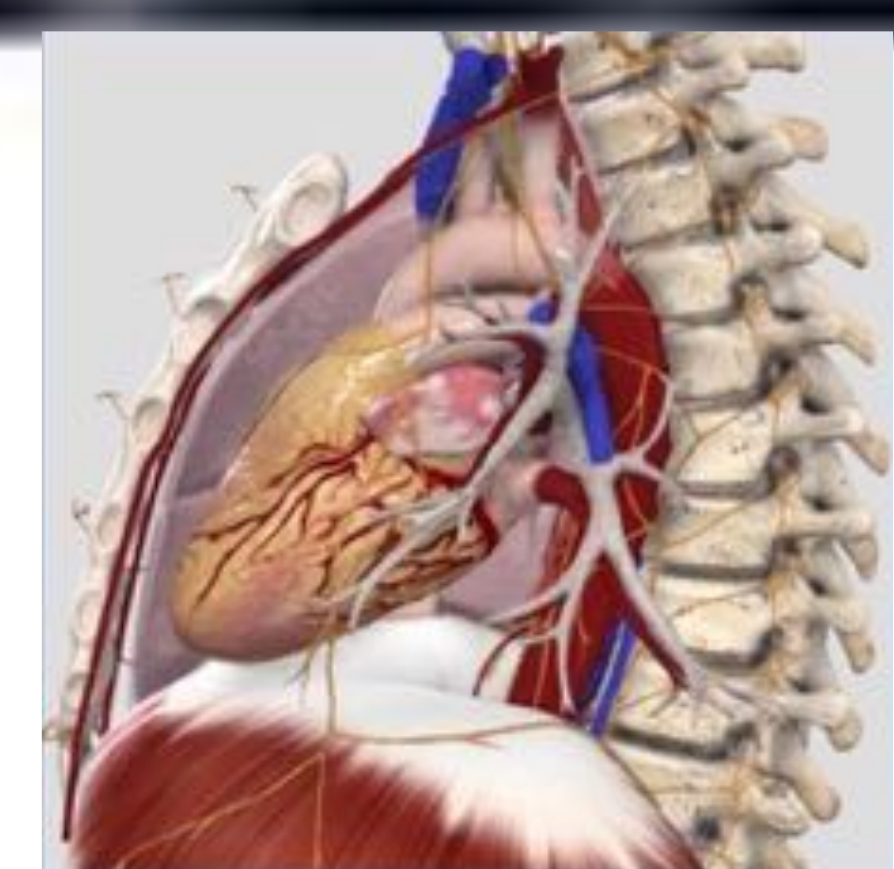
Engrosamiento parietal focal esofágico

Colecciones líquidas periesofágicas

Aire ectópico mediastínico

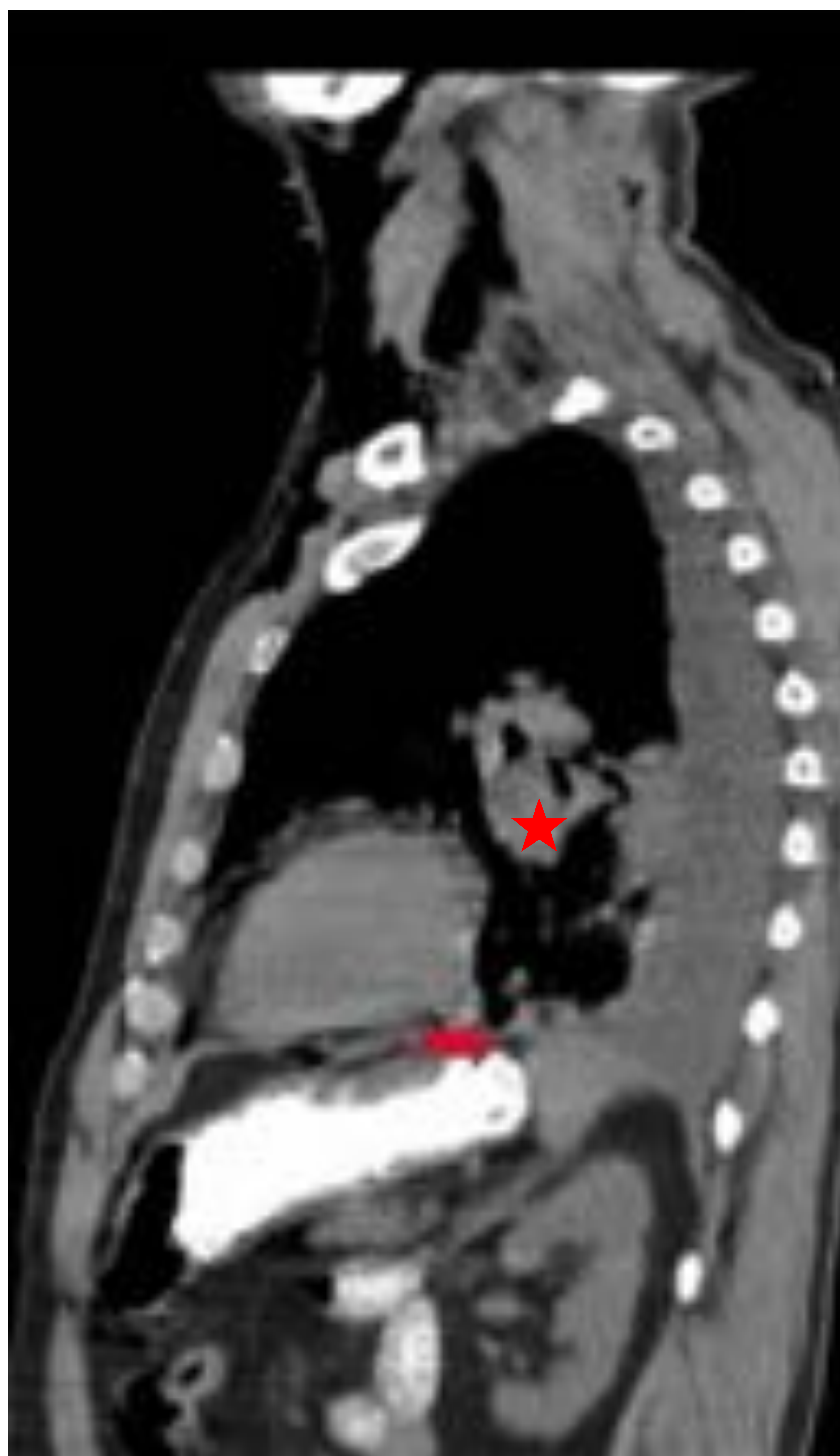
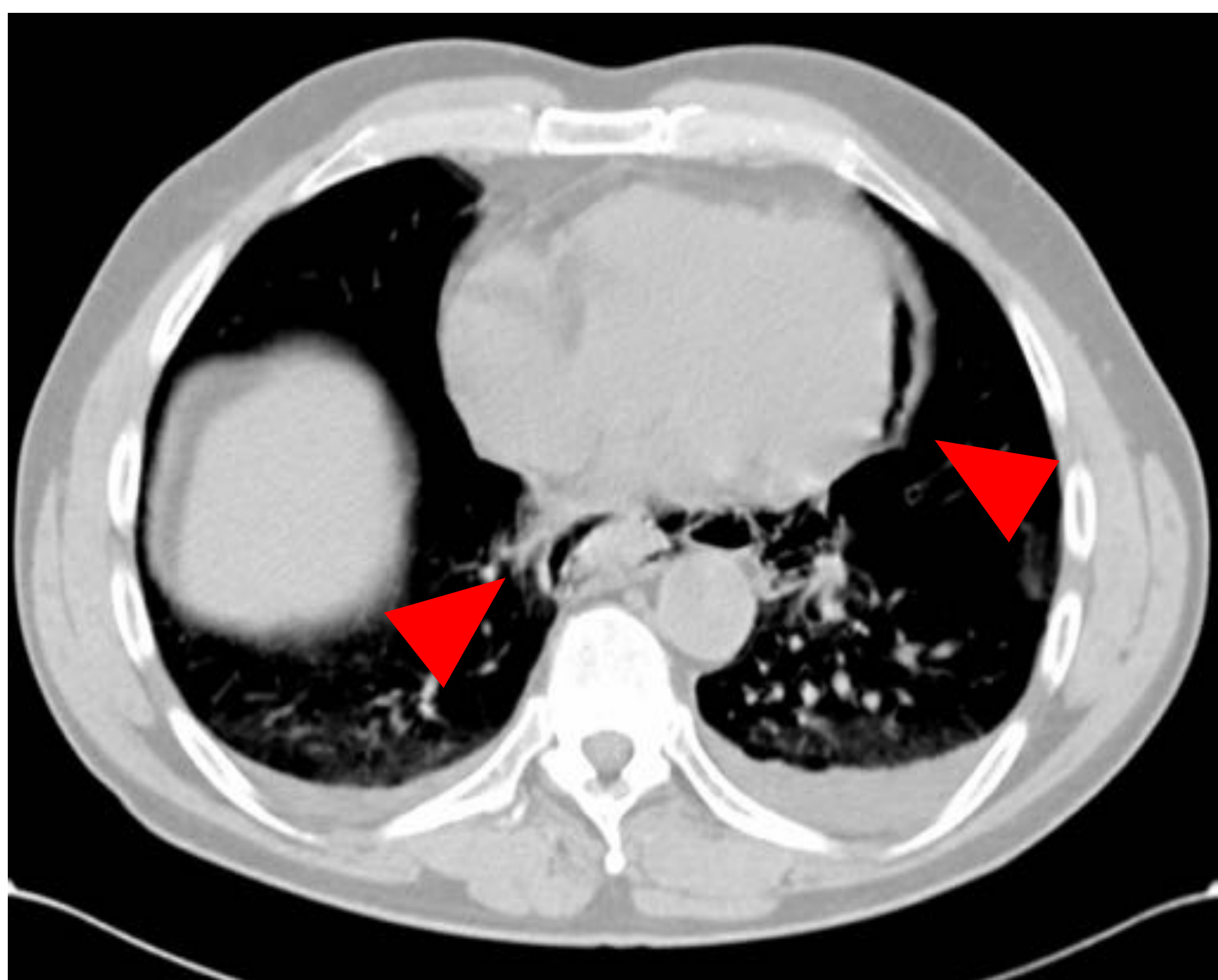
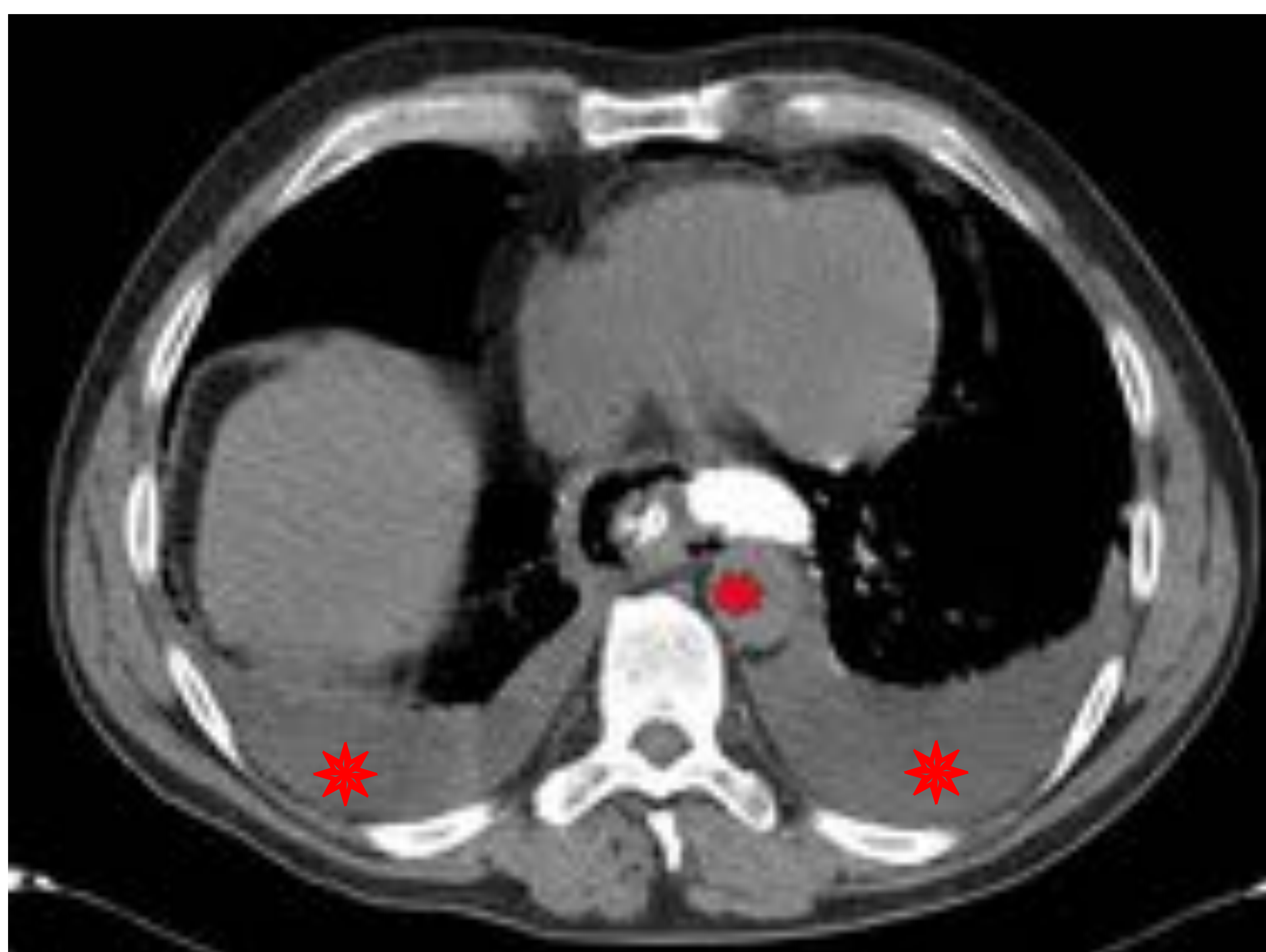
Fuga de contraste oral al mediastino o al espacio pleural

7. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS



7.2 Rotura Esofágica

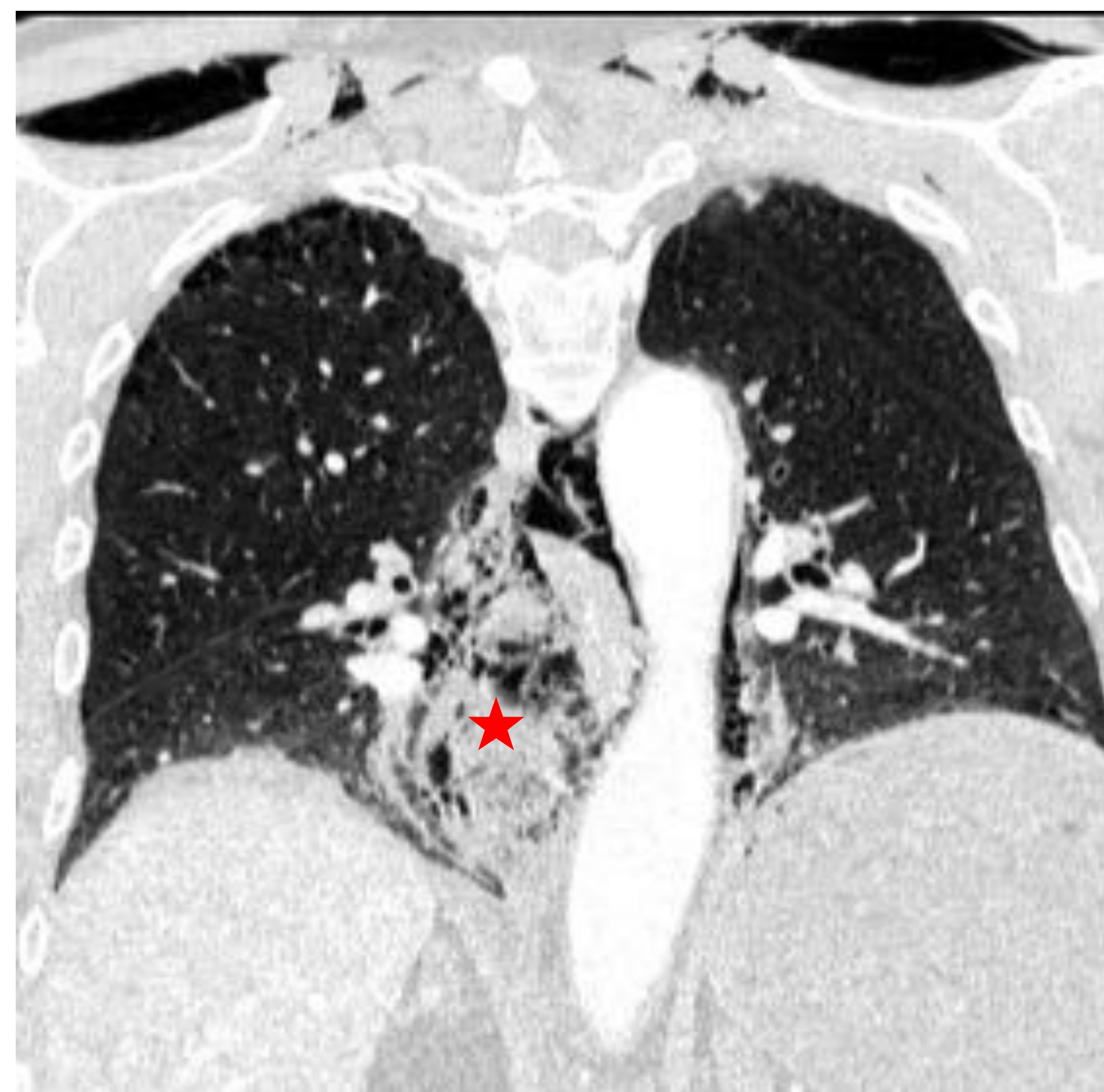
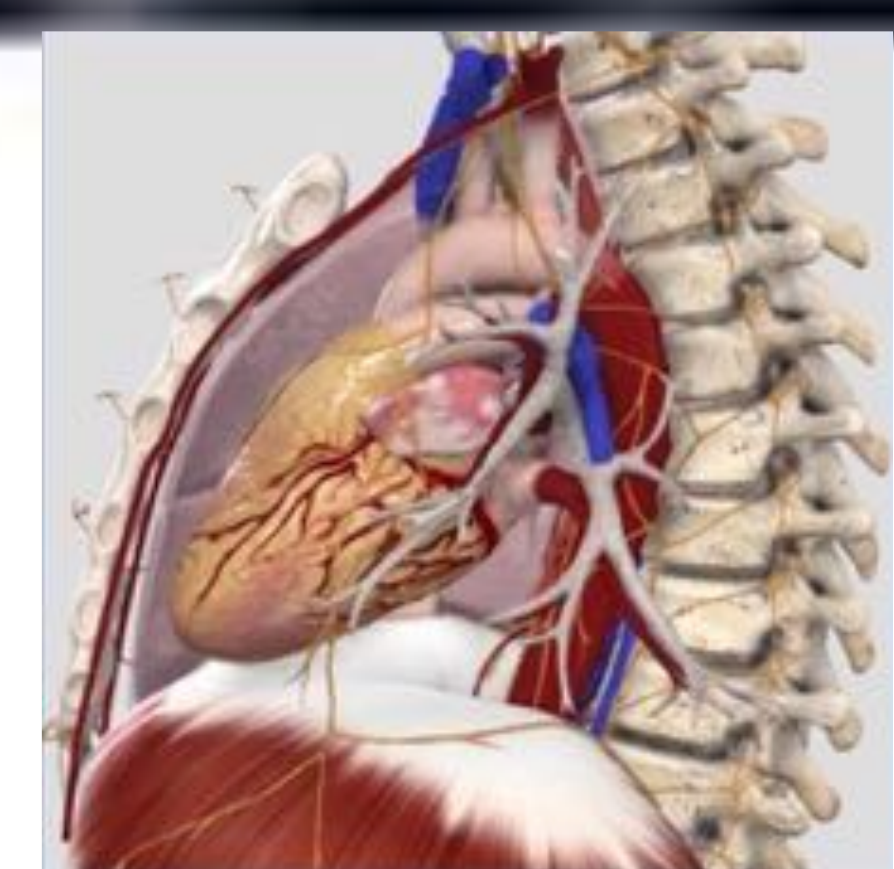
- Síndrome de Boerhaave:
- Es una perforación espontánea del esófago que con mayor frecuencia es debida a un desgarramiento de espesor total de la pared esofágica debida a un súbito incremento de la presión intraesofágica combinada con una relativa presión negativa intratorácica causada por náuseas o vómitos.
- La clásica tríada de Mackler, presente en sólo un 14% de pacientes con Sd de Boerhaave incluye la presencia de dolor torácico + vómitos + enfisema subcutáneo.



- TC de Tórax sin CIV pero con contraste oral en un varón de 43 años. Dolor torácico y múltiples vómitos. TC muestra la presencia de signos precoces de Mediastinitis aguda incluyendo: derrame pleural bilateral (asterisco); estriación de la grasa mediastínica (estrella) y abundantes burbujas de aire ectópico en mediastino medio y neumopericardio (cabeza de flecha). Fuga de contraste oral en la vertiente infero-izquierda del esófago. (flecha gruesa). Dg de Sd de Boerhaave.

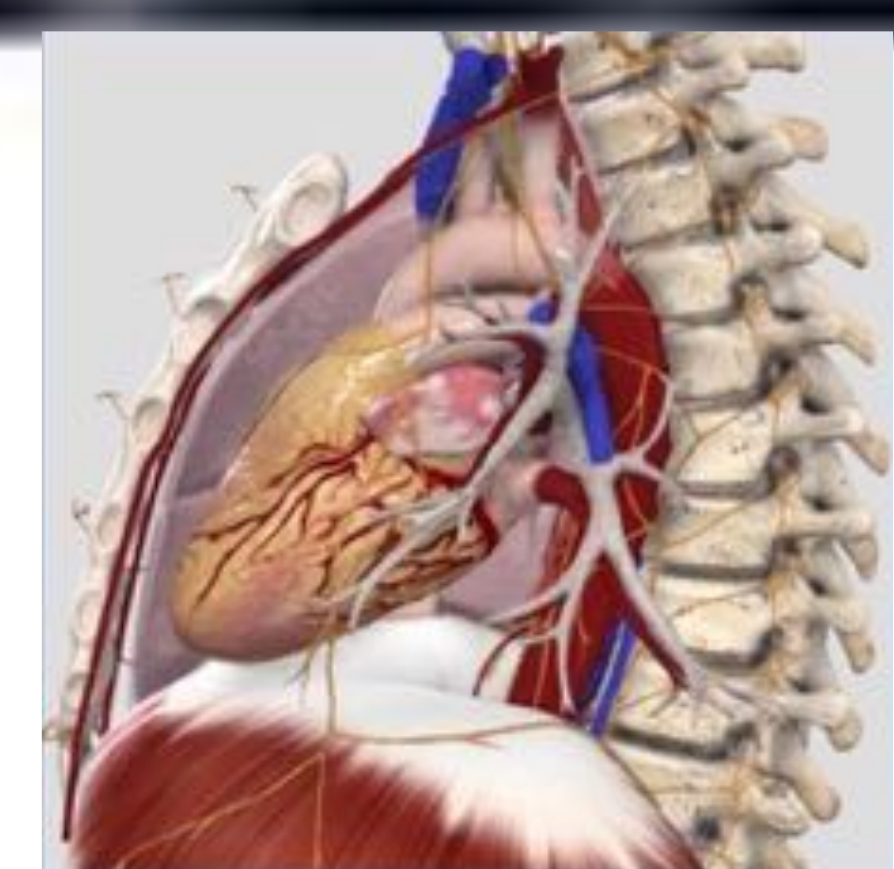
7. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

7.2 Rotura Esofágica



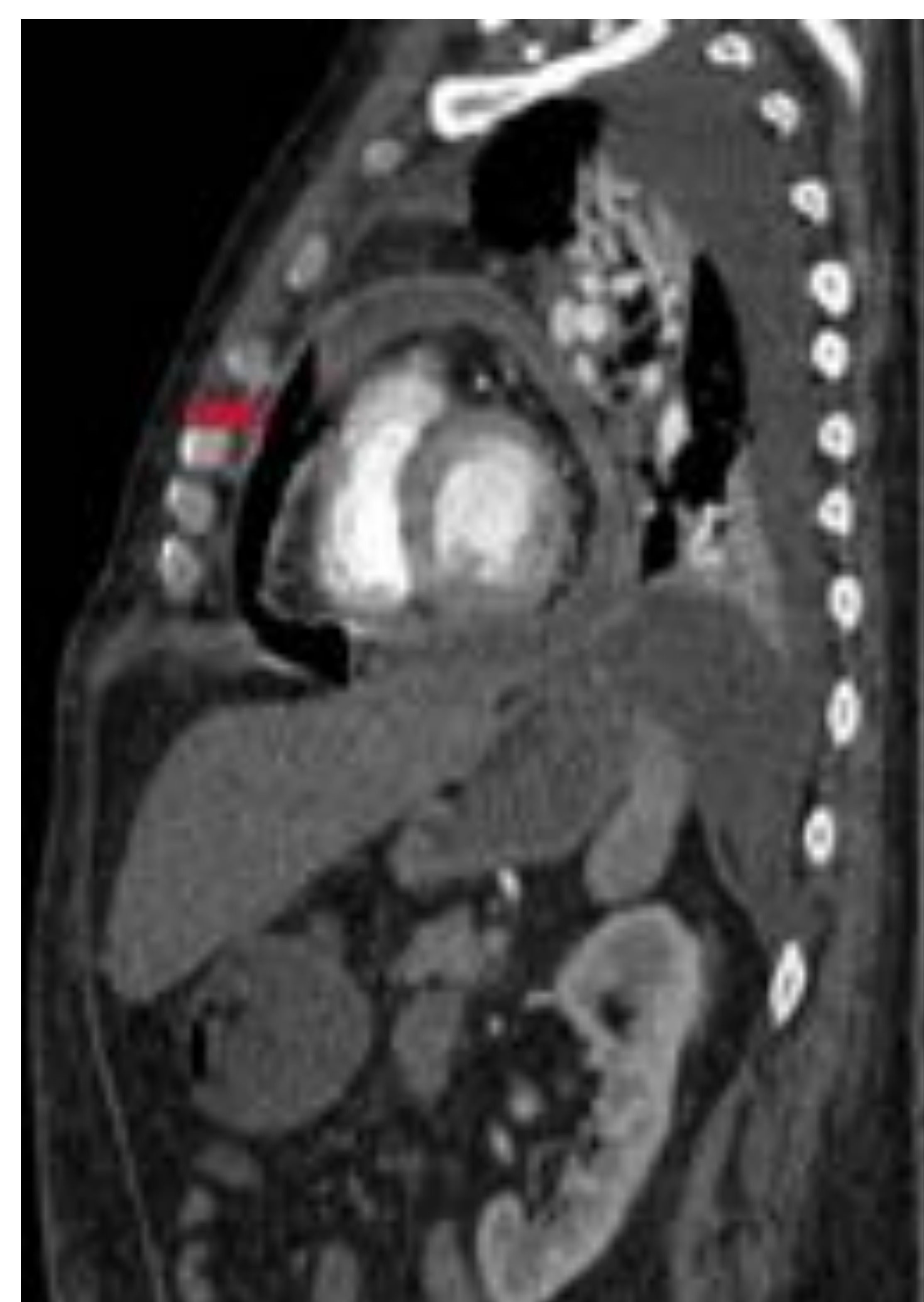
- TC de Tórax con CIV en un varón de 68 años. TC muestra la presencia de signos de Mediastinitis aguda incluyendo: estriación de la grasa mediastínica (**estrella**); perforación esofágica tras migración distal de un stent esofágico (**asterisco**); y burbujas de aire ectópico mediastínicas (**cabeza de flecha**) colocado el día anterior por vía endoscópica en un paciente diagnosticado de carcinoma estenótico del esófago distal.

7. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS



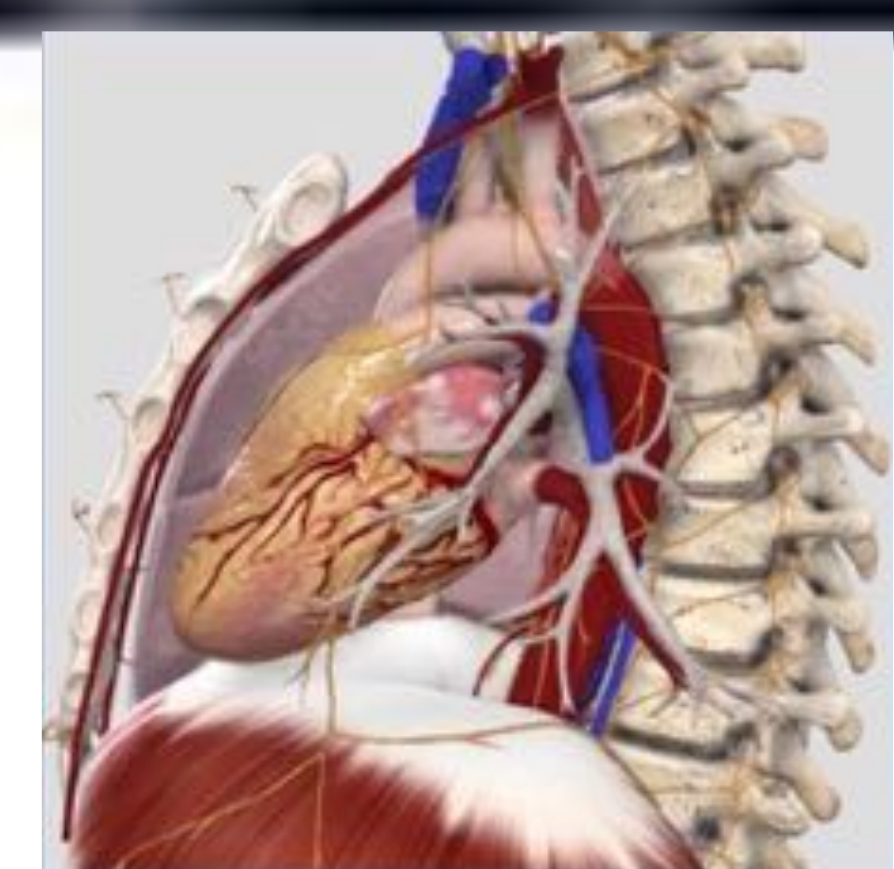
7.2 Rotura Esofágica

- **La detección precoz de la rotura esofágica es crucial.**
- En la mayor parte de estudios se recoge que una demora del tratamiento médico/quirúrgico >24 h repercute severamente sobre el pronóstico global. Al contrario, **reparaciones quirúrgicas en las primeras 24h se relacionan con tasas de supervivencia cercanas al 80%.**
- EL TC es vital para dicho diagnóstico precoz. Aquellos pacientes que desarrollan una Mediastinitis Aguda secundaria a perforación esofágica presentaban ya en las primeras 24h signos radiológicos de MA tales como: estriación de la grasa mediastínica, burbujas de aire ectópico y colecciones líquidas.
- La presencia de una fístula esófago-pleural que demuestre la presencia de una fuga extraluminal es un hallazgo muy específico pero que no siempre está presente.
- **Cuando la perforación esofágica tiene lugar en los 2/3 superiores, suele ser debida a la ingestión de cuerpos extraños. Las localizadas en el tercio inferior suelen tener un origen yaotrogénico o por un Sd. De Boerhaave.**



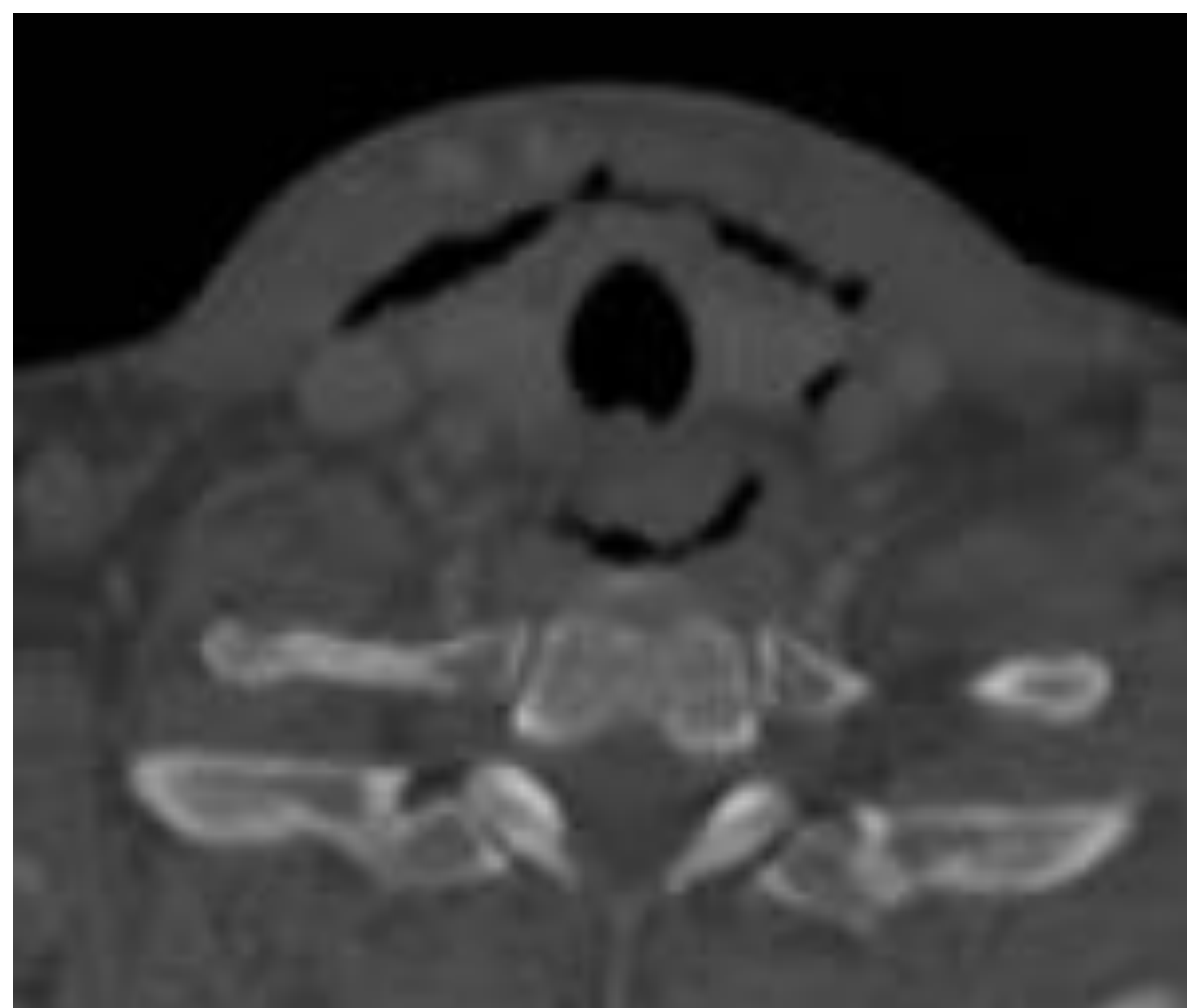
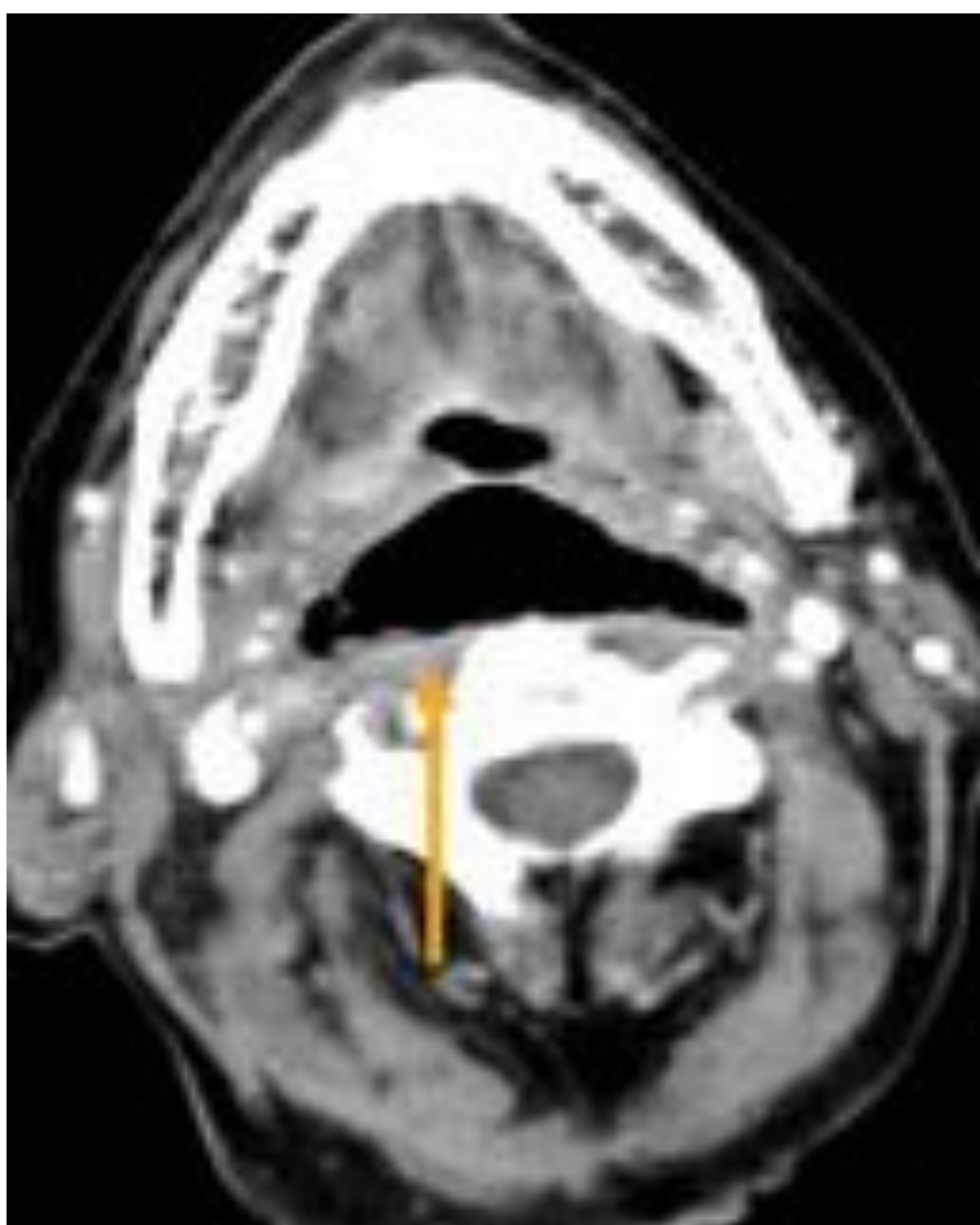
- **TC de Tórax con CIV en un varón de 59 años.** Durante ingreso preqx en paciente con diagnóstico reciente de Ca de esófago, aparición súbita de dolor torácico e hipotensión. En TC se evidencian signos de Mediastinitis Aguda + neumopericardio masivo (**flecha**) y una fístula esófago-pericárdica (**asterisco**). El paciente falleció escaso tiempo después del TC.

7. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS



7.3 Mediastinitis Necrotizante Descendente

- La Mediastinitis Necrotizante Descendente es un proceso agudo infeccioso polimicrobiano , rápidamente progresivo cuyas tasas de mortalidad oscilan entre el 30 y el 50%.
- La diseminación de la infección desde focos distantes se cree que es debida a una combinación de factores entre los que se incluyen; vías de drenaje cervicales en el mediastino; presión intratorácica negativa y crecimiento bacteriano sinérgico.
- EL TC es se considera la técnica de imagen para su diagnóstico porque claramente delimita la localización y extensión del proceso patológico. .



- TC de Tórax con CIV en un varón de 38 años. Infección cervical descendente a partir de un absceso periamigdalino con extensa afectación del espacio retrofaríngeo “de peligro” (flecha) y presencia de abundante aire ectópico secundaria infección polimicrobiana con presencia de gérmenes anaerobios. Afectación secundaria del mediastino superior y medio .

7. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS



7.3 Mediastinitis Necrotizante Descendente

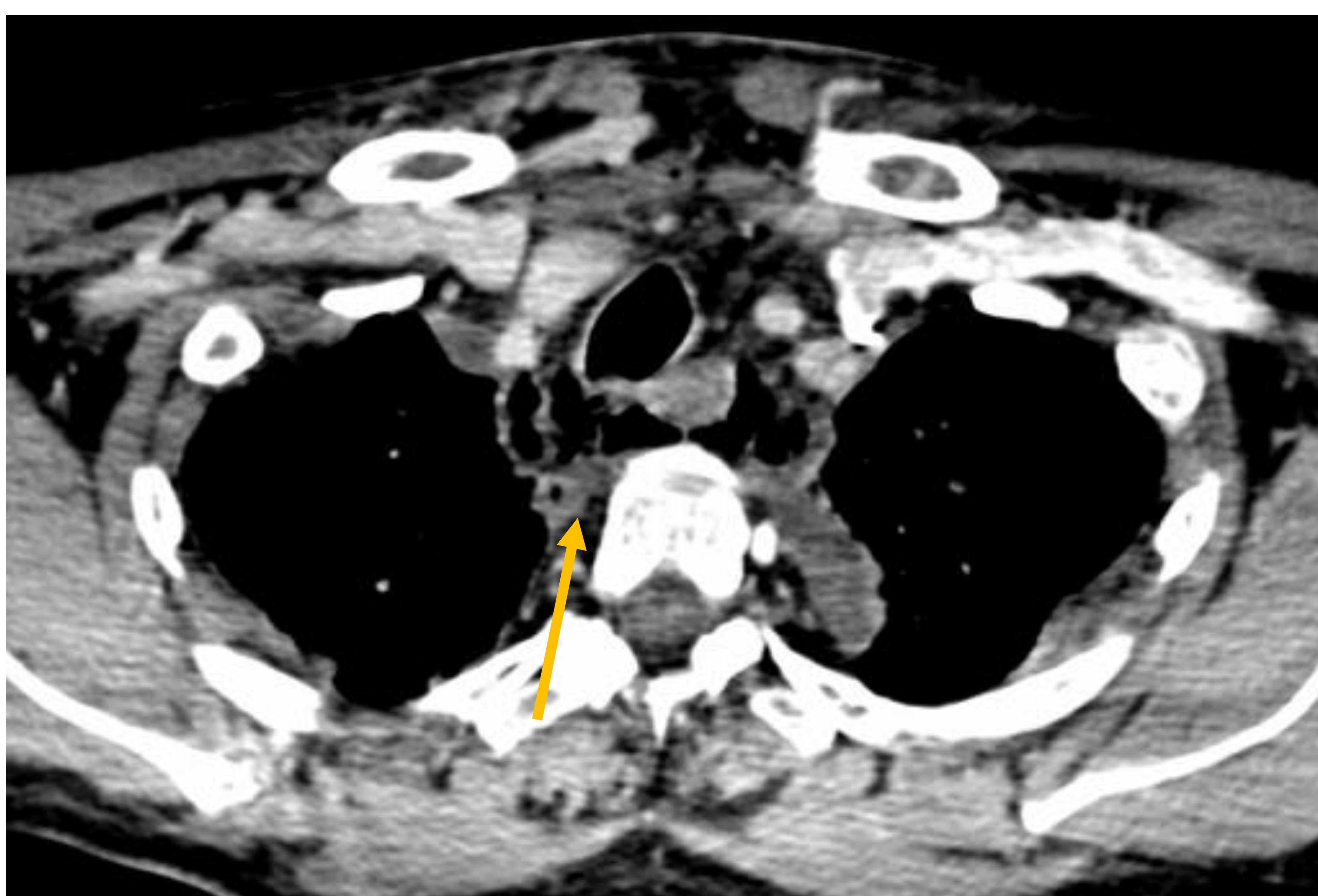
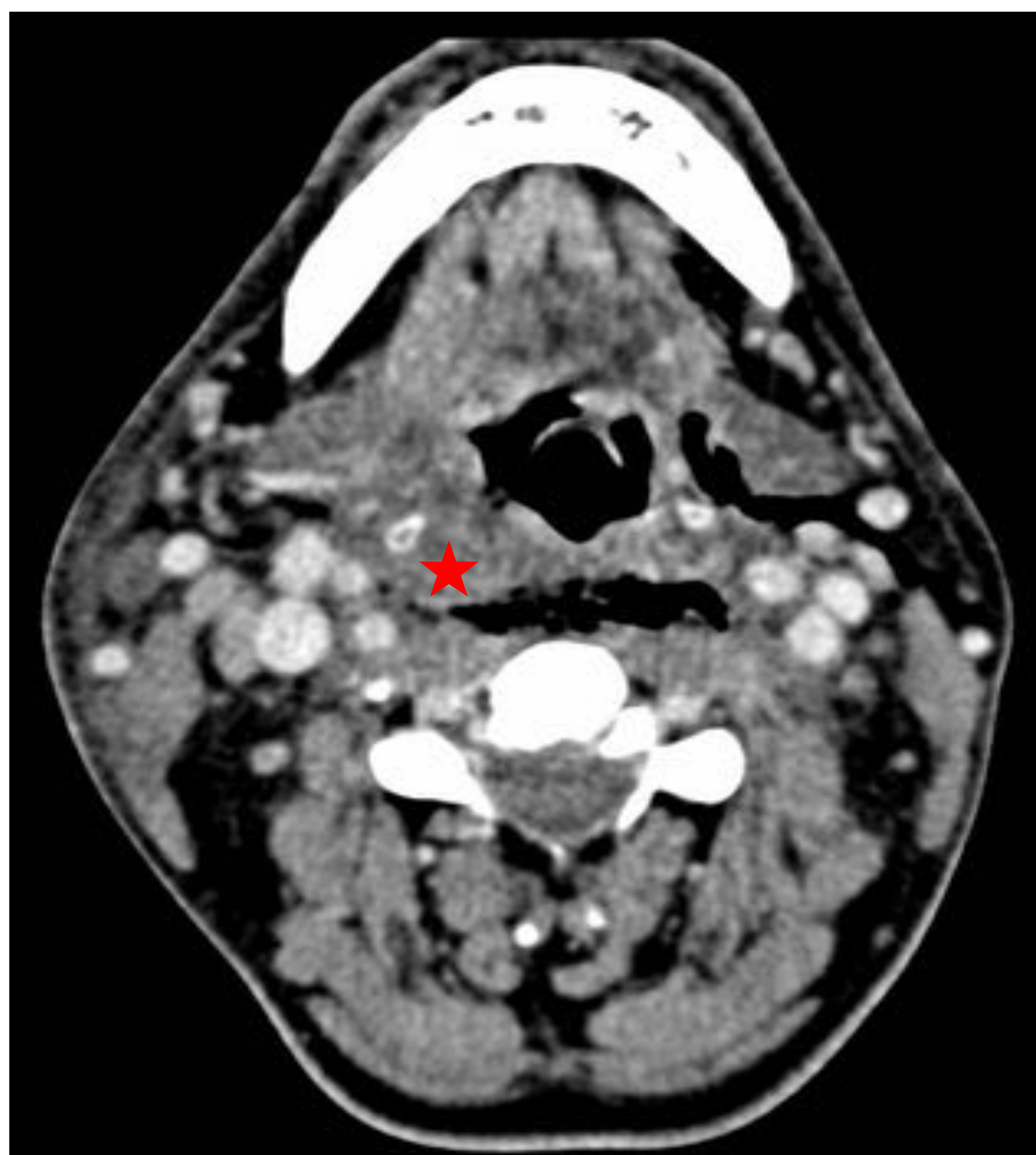
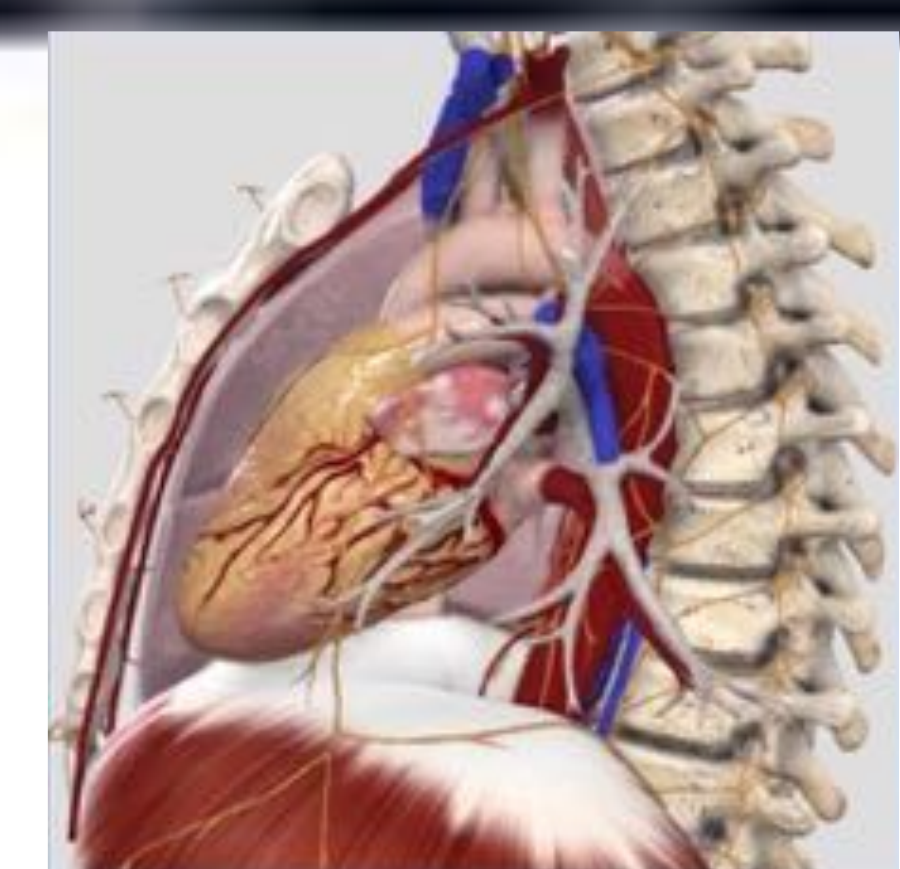
- La TC puede asistir al Clínico en la toma de decisiones respecto si a un paciente diagnosticado de Mediastinitis Necrotizante Descendente puede ser tratado de forma conservadora o requiere de drenaje quirúrgico.
- **La Clasificación ENDO de TC contribuye a esta toma de decisiones.**
- Debido a la persistente elevada mortalidad de la DMN, numerosos autores enfatizan la recomendación de realizar una TC ante la mínima sospecha de desarrollo de esta entidad.

CLASIFICACIÓN ENDO POR TC DE LA MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE

I	La infección está circunscrita al mediastino superior por encima del nivel de la carina.	Puede ser tratada de forma conservadora
IIA	Infección del mediastino antero-inferior (espacio prevascular de la clasificación ITMIG ya descrita previamente)	Requiere drenaje quirúrgico: drenaje mediastínico subxifoideo sin esternotomía
IIB	Infección del mediastino antero-inferior, medio y posterior (espacios prevascular, visceral y paravertebral)	Requiere drenaje quirúrgico: drenaje mediastínico completo mediante toracotomía

7. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

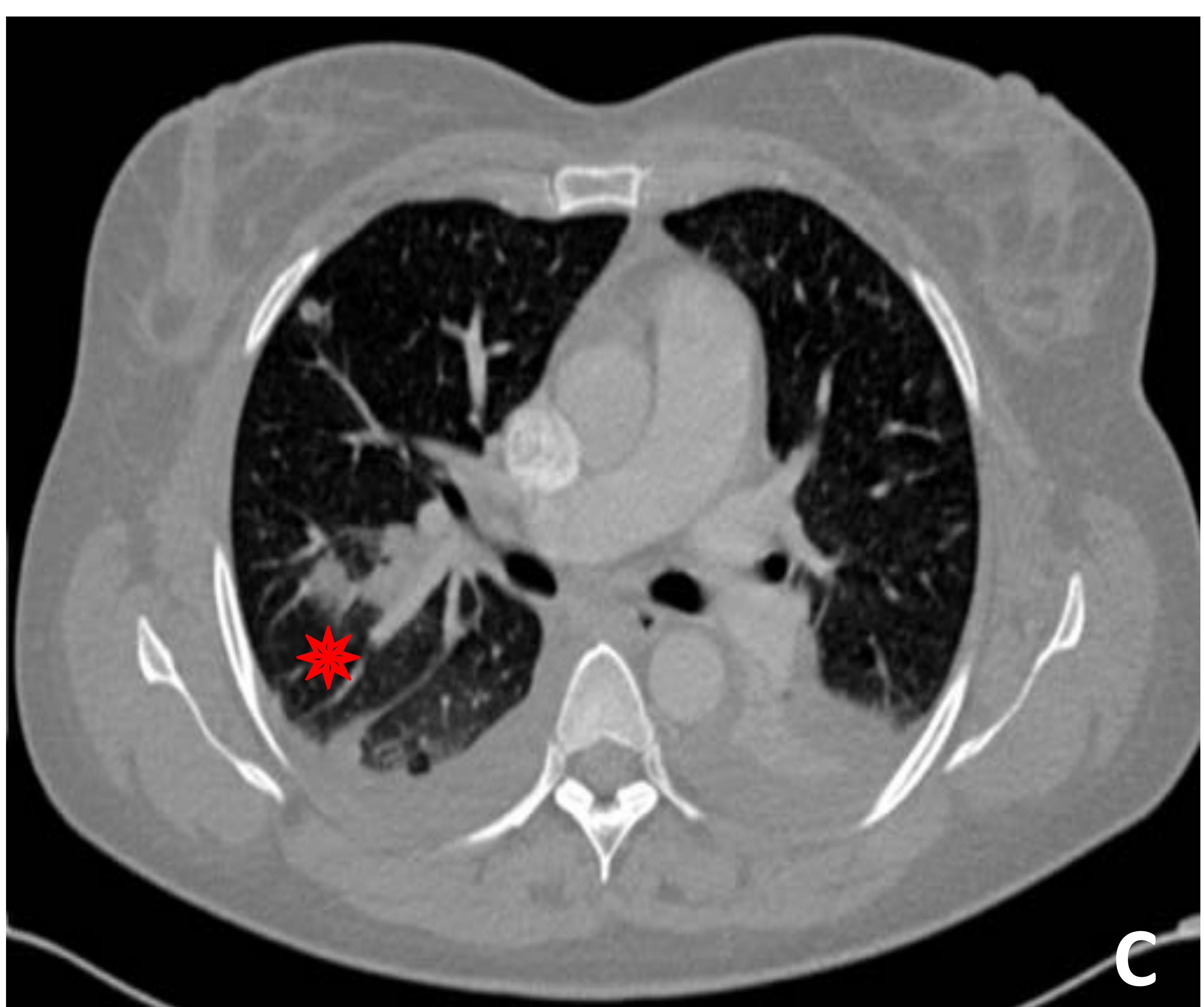
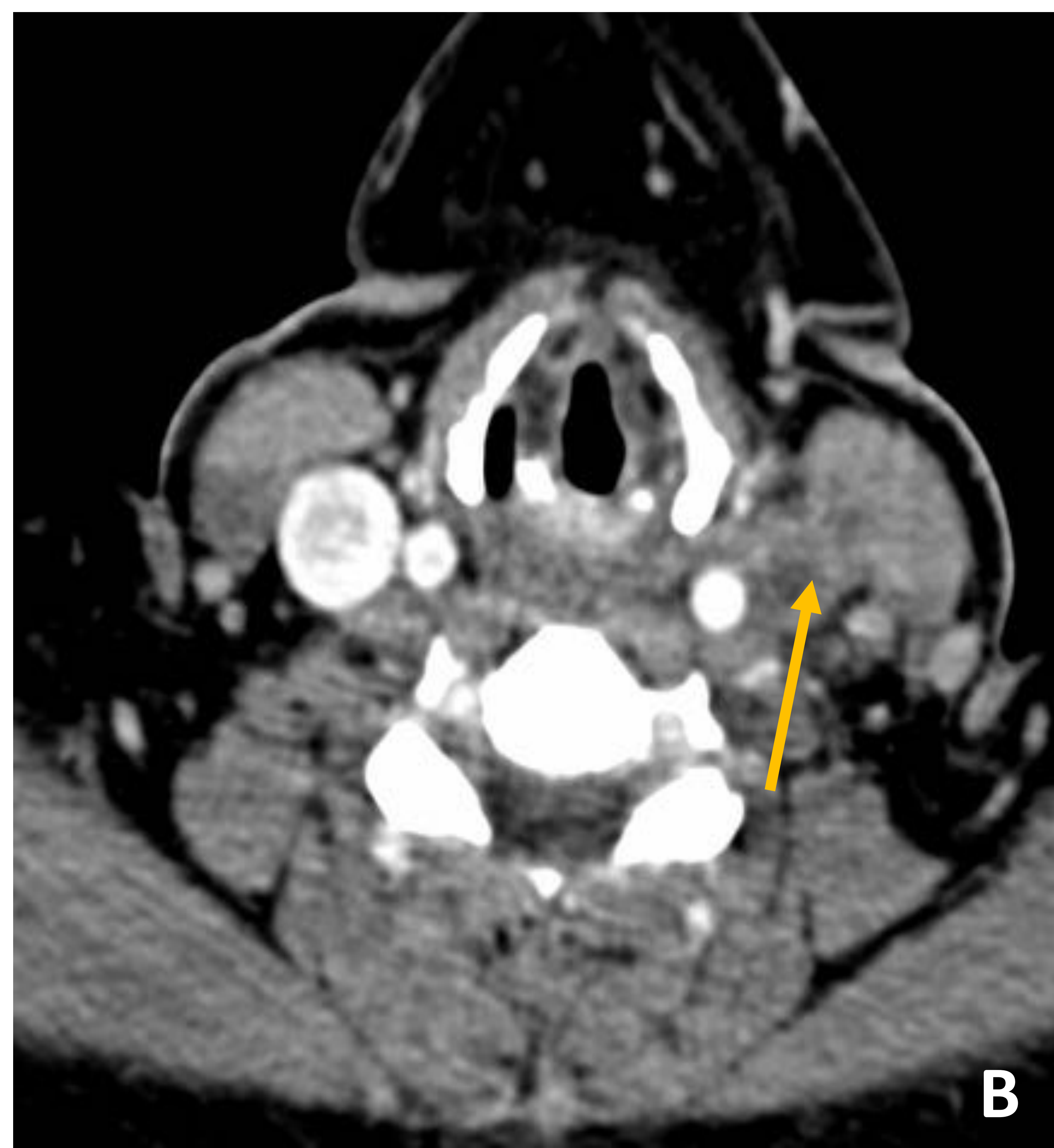
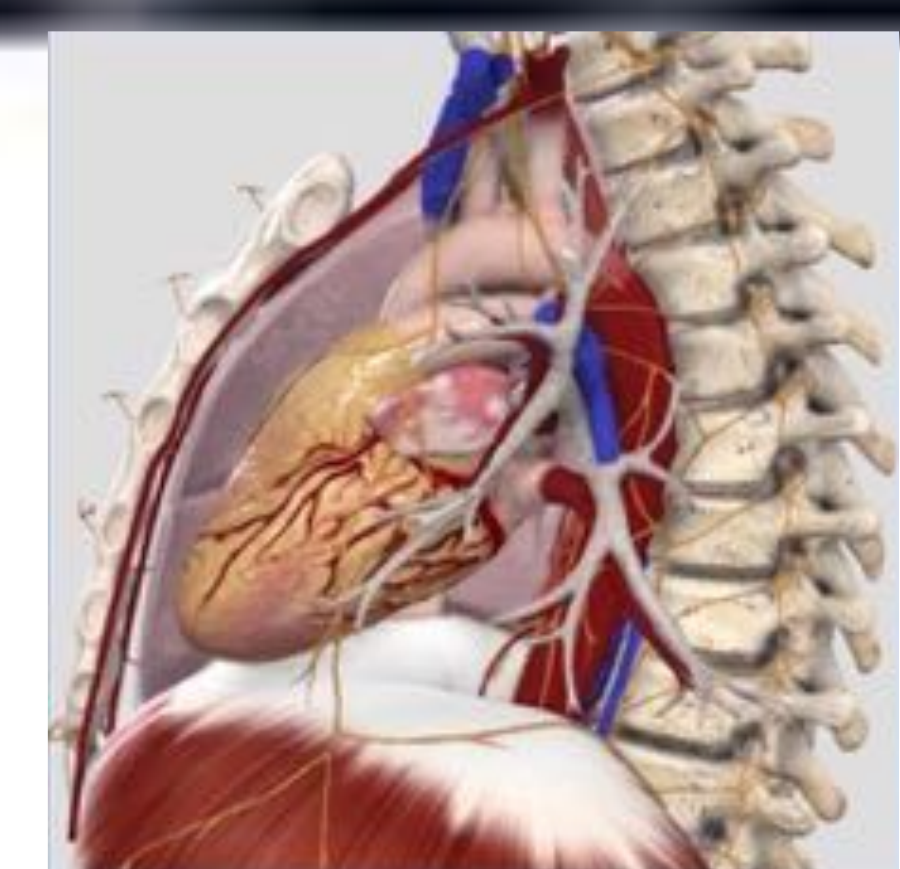
7.3 Mediastinitis Necrotizante Descendente



- TC de Tórax con CIV en una mujer de 33 años. Infección cervical descendente a partir de un absceso periamigdalino (estrella) con extensa afectación del espacio retrofaringeo “de peligro” (flecha) y presencia de abundante aire ectópico secundaria infección polimicrobiana con presencia de gérmenes anaerobios. Afectación secundaria del mediastino superior y medio (flecha) tipo Endo IIB que requirió traqueotomía, y múltiples drenajes cervicales y mediastínicos con toracotomía.

7. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

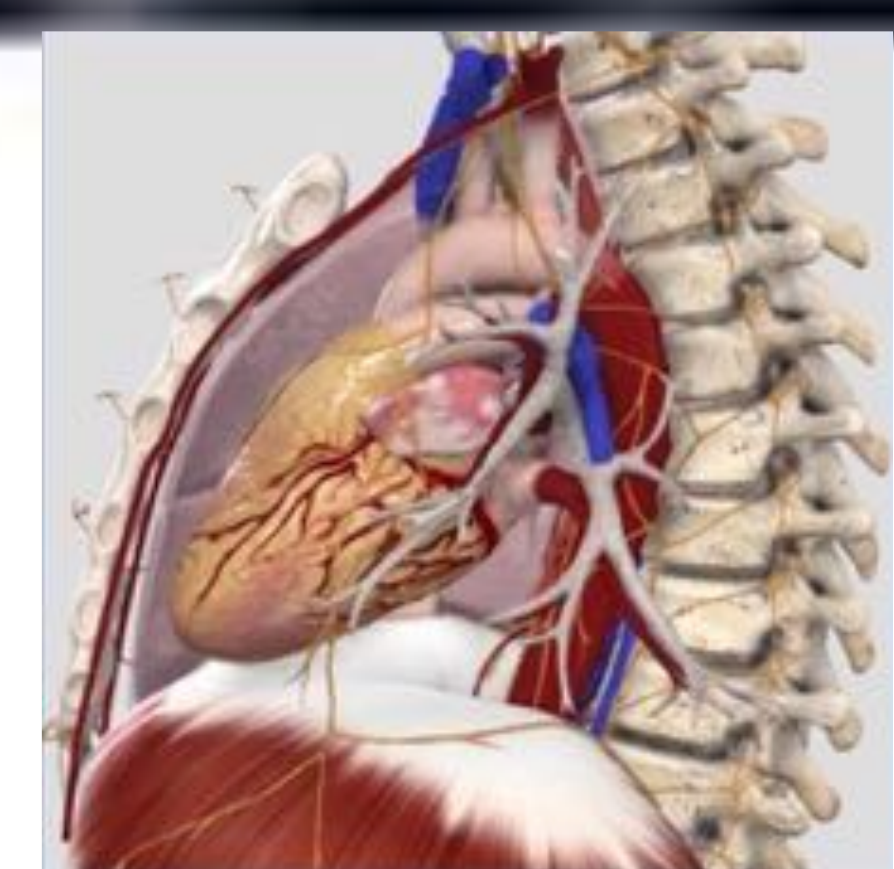
7.3 Mediastinitis Necrotizante Descendente



- TC de Cuello + Tórax con CIV en una mujer de 29 años. Absceso periamigdalino izquierdo (estrella) de evolución tórpida con empeoramiento a los 4 días y aparición de dolor torácico. TC muestra trombosis de la vena yugular interna izquierda (flecha). En parénquima pulmonar, se objetiva la presencia de múltiples lesiones cavitadas en diferentes estadios evolutivos y derrame pleural bilateral. La paciente fue finalmente diagnosticada de Sd. De Lemierre con embolismos sépticos al parénquima pulmonar (asterisco).

7. REVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

7.4 Otras causas menos frecuentes de MA



- TC de Tórax con CIV en un varón de 80 años con diagnóstico previo de Artritis Reumatoide.
- Hallazgos radiológicos de Mediastinitis Aguda con estriación de la grasa mediastínica (**asterisco**), derrame pericárdico (**estrella**). El origen se localizó en una artritis séptica de la articulación externo-clavicular izquierda (**flecha**).

8. CONCLUSIONES



El papel del radiólogo de Urgencias es fundamental en el diagnóstico de la Mediastinitis Aguda.

Así, un diagnóstico precoz de Mediastinitis Aguda, basado fundamentalmente en el TC urgente, es vital para instaurar el tratamiento adecuado (médico o quirúrgico) de forma precoz.

Conocer las últimas clasificaciones de los compartimentos del Mediastino (ITMIG) y las diferentes etiologías posibles relacionadas con el desarrollo de Mediastinitis Aguda son de extraordinaria importancia a la hora de producir un informe radiológico de calidad.