

P-36 - MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE, ¿AUMENTO DE INCIDENCIA EN TIEMPOS DE PANDEMIA?

Guadalupe Carrasco, Sebastián Sevilla, David S. Poveda y Antonio J. Bravo

Hospital Universitario Ciudad de Jaén, Jaén.

Resumen

Objetivos: La presencia de mediastinitis necrotizante descendente (MND) secundaria a infecciones cervicales requiere un tratamiento quirúrgico agresivo dada su elevada mortalidad (10-47%). Nuestro objetivo es evaluar el aumento de incidencia en nuestro centro, la mortalidad y factores de riesgo asociados.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 20 pacientes intervenidos de MND entre enero 2017 - diciembre 2022. Se analizan variables demográficas, comorbilidad, origen y agentes causantes de infección, localización (clasificación Endo), abordaje y técnica quirúrgica, evolución y mortalidad. Se realiza estudio descriptivo, análisis de supervivencia de Kaplan-Meier y estudio de regresión de Cox.

Resultados: Se intervinieron 12 hombres y 8 mujeres, con edad media de 60 años (± 14). El origen del absceso fue: amigdalino en el 65% ($n = 13$), odontógeno ($n = 3$), artritis séptica de la articulación esternoclavicular ($n = 2$), perforación esofágica ($n = 1$) y origen abdominal ($n = 1$). El 70% ($n = 14$) recibió antibioterapia empírica previa al diagnóstico, con una media de síntomas de 5 días. Al diagnóstico el 95% ($n = 19$) presentó leucocitosis con neutrofilia, el 100% ($n = 20$) proteína C reactiva (PCR) elevada, y solo el 40% ($n = 8$) procalcitonina elevada. Según la clasificación de Endo: fue tipo I el 45% ($n = 9$), tipo IIA el 20% ($n = 4$) y tipo IIB el 35% ($n = 7$), con afectación del hemitórax derecho en el 55% ($n = 11$) y derrame pleural al diagnóstico en el 45% ($n = 9$). Comparativamente se observó mayor incidencia de casos en el periodo 2020-2022 (70%, $n = 14$) frente al periodo 2017-2019 (30%, $n = 6$), sin hallar factores relacionados con dicho aumento. El 95% ($n = 19$) requirió cirugía por ORL/maxilofacial. En el 70% ($n = 14$) se realizó abordaje conjunto inicial del absceso primario y la MND; en el resto ($n = 6$) el desbridamiento mediastínico fue en un segundo tiempo por fracaso del tratamiento inicial del foco. En el 65% ($n = 13$) se optó por cirugía mínimamente invasiva, realizándose toracotomía en el 35% ($n = 7$) (tabla 1). Los abordajes fueron: cervicotorácico (35%, $n = 7$), torácico (30%, $n = 6$), transcervical (25%, $n = 5$), transcervical-subxifoideo (5%, $n = 1$) y cervicotomía con desbridamiento de pared torácica por extensión (5%, $n = 1$). Fue necesaria una segunda cirugía en 4 casos. La infección fue polimicrobiana en el 100% ($n = 20$), siendo los patógenos más frecuentes el *Streptococcus*, la *Prevotella* y el *Staphylococcus* (tabla 2). La tasa de mortalidad global fue del 25% ($n = 5$, tabla 3), sin diferencias estadísticamente significativas en las curvas de supervivencia entre períodos (test log-rank, $p = 0,561$), siendo la PCR elevada al diagnóstico el único factor de riesgo de mortalidad (HR = 1,009; IC95% 1-1,10; $p =$

0,046). El 75% (n = 15) tuvo evolución favorable con una estancia media en UCI de 22 (\pm 22) días y hospitalaria de 38 (\pm 30) días.

Tabla 1. Abordaje quirúrgico

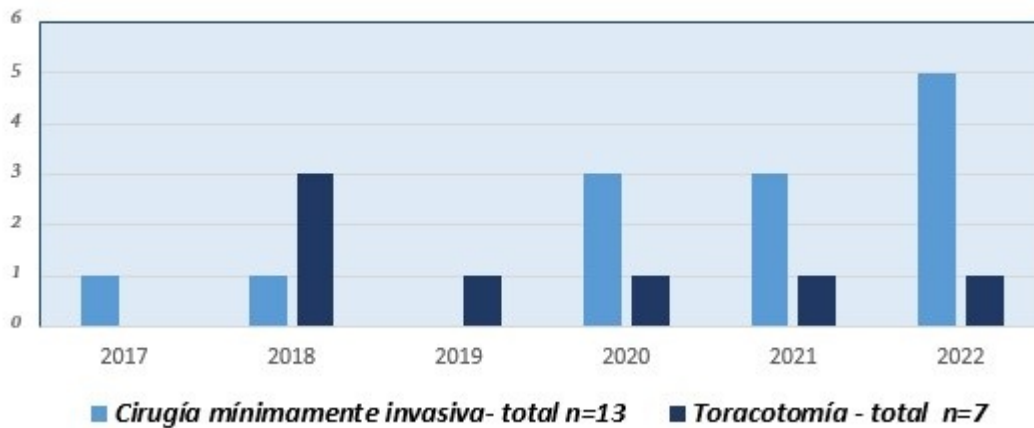
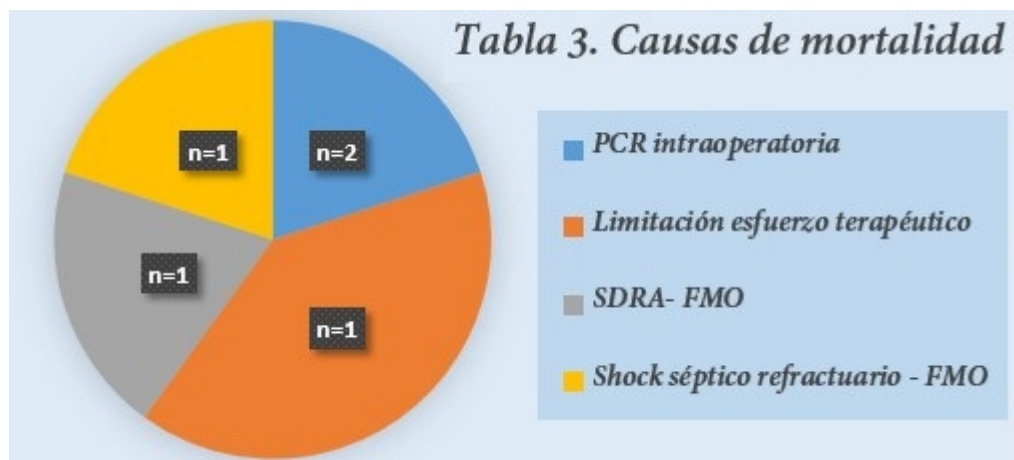


Tabla 2. Aislamiento microbiológico – absceso

Aislamiento microbiológico	Frecuencia (n)
<i>Streptococcus</i> (<i>constellatus</i> , <i>anginosus</i> , grupo <i>viridans</i> , <i>intermedius</i> , <i>pyogenes</i> , <i>oralis</i>)	10
<i>Prevotella</i> (<i>baroniae</i> , <i>intermedia</i> , <i>oris/buccae</i> , <i>melaninogenica</i> , <i>nigrescens</i> , <i>disiens</i>)	7
<i>Staphylococcus</i> (<i>aureus</i> , <i>hominis</i> , <i>epidermidis</i>)	6
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	3
<i>Stenotrophomona maltophilia</i>	3
<i>Bacteroides fragilis</i> , <i>Bacterioides sp</i>	2
<i>Candida Albicans</i>	1
<i>Actinomyces turiscensis</i>	1
<i>Pseudomonas</i> (<i>fluorencens</i> , <i>putida</i>)	1
<i>Serratia</i>	1
<i>Enterococcus faecalis</i>	1
<i>Eikenella Corrodens</i>	1
<i>Haemophilus influenzae</i>	1

Tabla 3. Causas de mortalidad



Conclusiones: La MND presenta elevada mortalidad, requiere alta sospecha clínica, cirugía precoz y abordaje multidisciplinar. Se observa una tendencia al abordaje mínimamente invasivo, predominando la afectación de mediastino superior (tipo I), siendo la vía transcervical idónea en

estos casos. La tasa de reintervención fue baja (20%), optando por el mismo abordaje inicial. Objetivamos que niveles de PCR elevados al diagnóstico, en el contexto de shock séptico, confieren un factor de riesgo de mortalidad.