

11227

130



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
NACIONAL "LA RAZA"

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO
DE MEDIASTINITIS SECUNDARIA A ABSCESO
DE CABEZA Y CUELLO

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE
ESPECIALISTA EN

M E D I C I N A I N T E R N A

P R E S E N T A:

DRA. LILIA LUNA GARCIA



ASESOR:
DR. RICARDO FIGUEROA DAMIAN

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



hospital de especialidades

DR ARTURO ROBLES PARAMO
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
DIVISION DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA

DR ALBERTO FRATTI M.
TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA

Ricardo Figueroa D.
DR. RICARDO FIGUEROA DAMIAN.
ASESOR.

Lilia Luna Garcia
DRA LILIA LUNA GARCIA
RESIDENTE DE MEDICINA INTERNA

No DEFINITIVO DE PROTOCOLO
98-693-0025

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

[Signature]
DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

AGRADECIMIENTOS

A DIOS, por haberme dado la vida y su amor

A mi madre, por su apoyo incondicional durante toda mi vida

A mis hermanas, por su confianza y apoyo

A Isafas, por su amor y ayuda

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

AGRADECIMIENTOS

Al DR RICARDO FIGUEROA, por su gran ayuda y apoyo para la realización de la tesis

A la DRA ELENA URDEZ, por su gran apoyo

A mis profesores, por todas su enseñanzas

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

RESUMEN

FACTORES DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE MEDIASTINITIS SECUNDARIA A ABSCESO DE CABEZA Y CUELLO.

OBJETIVO.

Identificar si la edad, la presencia de diabetes mellitus, el tiempo de evolución de la infección y el diagnóstico del absceso de cabeza y cuello, son factores de riesgo para el desarrollo de mediastinitis (MND).

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio de casos y controles en los pacientes atendidos en el HI CMR con el diagnóstico de mediastinitis. Todos fueron pacientes con una infección original de absceso de cabeza y cuello

RESULTADOS

Se encontraron 18 casos con diagnóstico de mediastinitis y 53 controles con absceso de cabeza y cuello

En la edad no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Con lo que respecta a la presencia de Diabetes Mellitus, se encontró en un 27.7% en los casos y en un 19.6% de los controles, sin diferencias estadísticamente significativas.

No se encontraron diferencias significativas en los días de evolución de la infección y el diagnóstico del absceso

La aterosclerosis, la cuenta plaquetaria menor de 200,000, el inicio de la infección de un absceso retrofaringeo y la presencia de *enterobacterias* y

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Pseudomona sp., como gérmenes causales de la infección, incrementan el riesgo de desarrollo de MND a partir de un absceso de cabeza y cuello

CONCLUSIONES

La mortalidad en este tipo de pacientes aun es mayor al 50% de los mismos

La identificación de los factores de riesgo, mejorarían el pronóstico y la sobrevivencia de estos pacientes

Palabra clave MND, DM

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ABSTRAC

RISK FACTORS OF MEDIASTINITIS FROM HEAD AND NECK ABSCESS

OBJECTIVE:

Identify if the age, DM, the evolution time of the infection and the diagnosis of a head and neck abscess are risk factors of mediastinitis

PATIENTS:

The case and control study was made to patients suffering from mediastinitis at IH CMR. All of them had a head and neck abscess.

RESULTS:

It was found that 18 patients had mediastinitis and 53 had a head and neck abscess.

There were not any important statistical differences between the 27.7% of cases and the 19.6% of controls which were patients with diabetes who had more or less the same age.

Any important differences were not found either between the development of the infection and the diagnosis of the abscess.

The atherosclerosis, platelets less than 200,000, the retropharyngeal abscess, enterobacteria and *Pseudomonas* sp, are factors that cause the infections and increase MND from a head and neck abscess.

CONCLUSIONS

The mortality in this type of patients is even greater than 50%.

It is very important to know the risk factors since this knowledge allows to improve the patients' prognosis as well as their survival.



ANTECEDENTES

Las infecciones orofaciales piógenas son comúnmente de origen odontogénico, aunque estas infecciones son generalmente autolimitadas y confinadas a su espacio, el material purulento puede, en forma ocasional, hacer una cavitación en los espacios o planos faciales desde el sitio de inicio (1)

En la era pre-antibiótico ocurrían complicaciones faciales de las mismas, después de una inadecuada higiene dental. En la actualidad estas complicaciones son raras, no obstante, continúan ocurriendo.

La prevalencia de las infecciones orofaciales piógenas es baja, lo más importante para evitar sus complicaciones es el diagnóstico temprano y establecer un tratamiento agresivo (2)

Las secuelas graves que se pueden presentar después de una infección profunda en el cuello fueron descritas por Von Ludwig desde 1836; no obstante, descripciones de obstrucción de la vía aérea, de forma insidiosa causada por este tipo de infecciones fueron realizadas por Hipócrates, Galeno, Areteus y Paulus de Aegina en la época antigua (3).

La mediastinitis supurativa es común que sea secundaria a la perforación esofágica, esofagoscopia, erosión por infiltración tumoral o cirugía cardíaca (4)

La mediastinitis aguda ocasionalmente puede ocurrir como consecuencia de una infección odontogénica o infección profunda del cuello, la cual ha sido descrita como mediastinitis necrotizante descendente (MND)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

En la era pre-antibiótico Pearse reportó una mortalidad por MND del 50 %

Durante la era post-antibiótico la mortalidad reportada es cercana al 40% (5,6,7)

El origen de la infección odontogénico, con mayor frecuencia es la afectación del 2º y el 3er molar(6)

Los criterios que fueron adoptados para el diagnóstico de MND fueron hechos por Estreza y col, y consisten en:

1. -manifestaciones clínicas de infección severa
2. -demostración de alteraciones radiológicas
3. documentación de infección mediastínica durante la cirugía o examen post mortem
- 4 -establecer una relación estrecha entre la infección de la orofaringe y el desarrollo de MND

En la literatura médica de habla inglesa, desde 1966 hasta 1983, se había reportado 21 casos de MND (6,8)

La presentación clínica más común fue la inflamación del cuello, disnea, dolor torácico, crepitación e hipoxia. Las radiografías de tórax mostraron aumento del volumen del mediastino con o sin evidencia de pneumomediastino (9,10).

La vía anatómica más común de diseminación, de la infección del cuello, es por el espacio lateral faríngeo, al espacio retrofaríngeo inferior y de aquí al mediastino (10-12)

La microbiología de la MND es compleja, Chow y cols, realizaron un estudio de 31 pacientes con infección orofacial odontogénica, 88% de los cultivos

mostraron el aislamiento de mas de 2 microorganismos, 94% anaerobios obligados y 52% anaerobios y aerobios

Los anaerobios más comunes fueron *Bacteroides*, *Fusobacterium*, *Peptoestreptococcus sp*; de los aerobios incluían *Streptococcus* y bacilos Gram negativos, en especial *Pseudomonas aeruginosa* (9,13)

Dado que la terapia de antibióticos sola, no es un tratamiento suficientemente eficaz en la MND, la intervención quirúrgica es una de las piedras angulares del tratamiento

Algunas series reportan que el manejo con cirugía agresiva comprendiendo la toracotomía y la incisión cervical con drenajes, incrementan de forma importante la sobrevivida de los pacientes (14,15)

Hasta el momento no se han estudiado factores de riesgo, pruebas prospectivas que puedan ayudar a los médicos a identificar que pacientes tienen el riesgo de desarrollar complicaciones fulminantes de una infección dental (9)

MATERIAL Y METODOS

Se identificaron, los pacientes que fueron atendidos en el Hospital de Infectología del Centro Médico la Raza (HI CMR), en el periodo del 1° de enero de 1997 al 15 de octubre de 1998 con el diagnóstico de egreso de mediastinitis, se revisaron los expedientes clínicos y se corroboró que la infección inicial del paciente fue un absceso de cabeza y cuello

Estos pacientes se identificarón como casos y se obtuvieron los datos de interés para el estudio de su expediente

De los pacientes atendidos en el HI CMR, en el mismo periodo que tenían el diagnóstico de egreso de absceso de cabeza y cuello sin complicaciones de mediastinitis, se consultaron sus expedientes y estos se seleccionaron de acuerdo a la edad y sexo a los casos y se identificaron como controles

Se realizó un estudio observacional, retrolectivo, transversal, comparativo de casos y controles

Los criterios de inclusión fueron el ser pacientes con absceso de cabeza y cuello, con diagnóstico clínico, radiológico y tomográfico de mediastinitis, el haber documentado la infección mediastinica durante la cirugía, post morten o ambas y que fueran pacientes atendidos en el HI CMR

Los criterios de no inclusión fueron la cirugía torácica o cardiovascular previa a la mediastinitis, traumatismo torácico, politraumatizado y perforación de la porción cervical del esófago, previa a la mediastinitis por trauma o intubación traumática

Los criterios de exclusión fue los pacientes que se desconoció su evolución y resultado final de la mediastinitis, por abandono del hospital, alta voluntaria o traslado

El tamaño de la muestra fueron el total de pacientes complicados con MND, atendidos en el HI CMR en el periodo descrito, así como 3 pacientes con absceso de cabeza y cuello no complicados con MND, por cada uno de los controles.

Las variables independientes fueron la diabetes mellitus, tiempo transcurrido en días entre el inicio de la sintomatología y el diagnóstico y el tiempo transcurrido en días entre el diagnóstico y el tratamiento quirúrgico. La variable dependiente fue la complicación con mediastinitis. La variable de confusión fue enfermedades debilitantes

Se utilizó estadística descriptiva para la caracterización de los pacientes con mediastinitis y los controles, posteriormente se realizaron análisis bivariados, para la evaluación de variables nominales, se utilizaron pruebas de chi cuadrada o exacta de Fisher y para la cuantificación de riesgos se calcularon la razón de momios (OR)

RESULTADOS

En el periodo de estudio se diagnosticaron 18 pacientes con mediastinitis 13 hombres (17.5%) y 5 mujeres (27.5%), el promedio de los pacientes fue 48.8 ± 19.1 años con una mediana de 42 y un intervalo de 18 a 76 años

Nueve de los pacientes tenían enfermedades crónicas de base, las más comunes fueron Diabetes Mellitus tipo 2 (27.7%), Hipertensión arterial sistémica (16.6%) y aterosclerosis 16.6%; el total de enfermedades crónicas de base en estos pacientes se muestra en la TABLA I

La infección de origen, fue un absceso odontogénico en 13 pacientes (72.5%); en 3 (6.6%) la infección primaria fue una absceso retrofaríngeo, un paciente presentó como origen un absceso de la glándula salival submaxilar y otro paciente originalmente presentó un traumatismo en la región mentoniana. El tiempo de evolución entre el inicio de la infección y el ingreso al HI CMR fue en promedio de 10.6 ± 6.7 días para los pacientes con absceso odontogénico, de 7.6 ± 0.5 días para los pacientes con absceso retrofaríngeo. El paciente con absceso de glándula salival tuvo una evolución de dos días y el paciente con traumatismo de 4 días

El promedio de días transcurridos entre el ingreso al HI CMR y el establecimiento del diagnóstico de mediastinitis fue de 2.9 ± 3 días, con una mediana de un día y un intervalo de 1 a 12. Los datos clínicos iniciales de los absceso de cabeza y cuello fueron fiebre, odontalgia, aumento de volumen de la

TABLA I
ENFERMEDADES CRONICAS DE BASE EN PACIENTES CON
MEDIASTINITIS

ENFERMEDADES	No de PACIENTES	%
DIABETES MELLITUS TIPO 2	5	27.7
HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA	3	16.6
ATEROESCLEROSIS	3	16.6
CARDIOAPTIA ISQUEMICA	2	11.1
ARTRITIS REUMATOIDE	2	11.1
INSUF. RENAL CRONICA	1	5.5

*Total de pacientes con enfermedad crónica de base 9 (50%), algunos de ellos con 2 o más enfermedades.

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

región, odinofagia, disfagia, dolor no específico de la región y ataque al estado general; el total de signos y síntomas se muestra en la TABLA II

Los síntomas más comunes de mediastinitis fueron dificultad respiratoria, disfagia e hipotensión; el total de signos y síntomas se muestran en la TABLA III.

El hallazgo radiológico de mediastinitis fue el ensanchamiento de mediastino, mientras que el dato tomográfico más común fue la presencia de gas en mediastino. La totalidad de datos radiológicos y tomográficos se muestran en las TABLAS IV Y V

En todos los pacientes el tratamiento fue médico quirúrgico. En promedio se utilizaron 9.4 ± 1.8 antibióticos por paciente, con una mediana de 3 y un intervalo de 2 a 8 antibióticos. Amikacina, metronidazol y cefotaxima, fueron los antibióticos más utilizados seguidos por penicilina sódica y clindamicina. El tiempo transcurrido entre el diagnóstico de mediastinitis y las intervenciones quirúrgicas fue en promedio de 30.8 ± 23.1 horas, con una mediana de 24 y un intervalo de 5 a 96 horas. El tipo de procedimiento quirúrgico realizado consistió en toracotomía y drenaje en 13 pacientes (72.2%), toracotomía y drenaje más traqueotomía en 4 pacientes (22.2%) y toracotomía y drenaje más laparotomía en un paciente (5.5%). Los hallazgos quirúrgicos fueron: material purulento en mediastino en 15 pacientes (82.5%), tejido necrótico en 3 casos (16.6%), gas en mediastino en dos pacientes (11.1%), mediastino congelado en 1 paciente (5.5%) y taponade en 1 caso (5.5%). En promedio se realizaron 3.2 ± 1.6 cirugías por pacientes. Los

TABLA II
 DATOS CLINICOS INICIALES EN 18 PACIENTES CON
 MEDIASTITINIS

SIGNOS Y SINTOMAS	No PACIENTES	%
FIEBRE	14	77.7
AUMENTO DE VOLUMEN DE CUELLO	11	61.1
ODONTALGIA	9	50
ATAQUE AL ESTADO GENERAL	6	33.3
DISFAGIA	5	27.7
ODINOFAGIA	5	27.7
DOLOR DE LA REGION	5	27.7
TRISMUS	4	22.2
DIFICULTAD RESPIRATORIA	3	16.6
DISFONIA	2	11.1
OTALGIA	1	5.5
PROTUCION DE LA LENGUA	1	5.5

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

TABLA III
SIGNOS Y SINTOMAS DE 18 PACIENTES CON MEDIASTINITIS

DATOS CLÍNICOS *	NO PACIENTES	%
DIFICULTAD RESPIRATORIA	11	61.1
DISFAGIA	6	33.3
HIPOTENSION	4	22.2
FIEBRE	3	16.6
TAQUICARDIA	3	16.6
DOLOR TORACICO	3	16.6
ATAQUE AL ESTADO GENERAL	1	5.5
TOS CON ESPECTORACION	1	5.5
DIAFORESIS	1	5.5
INQUIETUD	1	5.5

*algunos pacientes con dos o más síntomas

TABLA IV
HALLAZGOS RADIOGRAFICOS EN 16*PACIENTES CON
MEDIASTINITIS

HALLAZGOS **	No PACIENTES	%
ENSANCHAMIENTO DE MEDIASTINO	15	93.7
DERRAME PLEURAL	5	31.2
GAS EN MEDIASTINO	2	12.5
NEUMONIA BASAL	1	6.2

*a dos pacientes no se les realizó Rx de tórax

**algunos pacientes con dos o más anomalías radiográficas

9-13

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA V
HALLAZGOS TOMOGRAFICOS EN 13* PACIENTES CON
MEDIASTINITIS

HALLAZGOS**	No. DE PACIENTES	%
GAS EN MEDIASTINO	9	69.2
ENSANCHAMIENTO DE MEDIASTINO	5	38.4
COLECCIÓN EN MEDIASTINO	2	15.3
DERRAME PLEURAL	1	7.6

* a 5 pacientes no se les realizó TAC

**algunos pacientes con dos o más hallazgos tomográficos

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

aislamientos microbiológicos de las muestras tomadas durante la toracotomía, se muestran en la TABLA VI no se realizó cultivo para bacterias anaerobias

El promedio de estancia hospitalaria en estos pacientes fue de 36.1 ± 29.7 días, con una mediana de 30 y un intervalo de 2 a 103 días de hospitalización. Todos los pacientes se manejaron durante su fase crítica en la unidad de cuidado intensivo del HI CMR; en promedio de estancia en la UCI fue de 21 ± 18.5 días con una mediana de 16 y un intervalo de 1 a 75 días. Las complicaciones observadas en estos pacientes se muestran en la TABLA VII.

Nueve pacientes fallecieron, que representó una letalidad del 50 %; en 8 (88.8%) de estos pacientes la causa de muerte fue el proceso infeccioso, en 4 de ellos fue en fase de choque séptico.

En cuanto a la edad, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de casos y el de controles

Con lo que respecta a la enfermedad crónica de base, se encontró la presencia de Diabetes Mellitus en un 27.7% en los casos y en un 19.6% en los controles, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. En cuanto a Hipertensión arterial sistémica se encontró el 16.6% en los casos y 7.8% en los controles sin diferencias estadísticamente significativas.

Solo se encontró que el 16.6% de los casos eran portadores de aterosclerosis y ninguno en los controles encontrándose una $p=0.01$.

De acuerdo al origen de la infección, se encontró que la debida a un absceso odontogénico se presentó en 13 casos (72.2%) y en 48 (94.1%) de los controles

TABLA VI
AISLAMIENTO MICROBIOLÓGICO EN 18 PACIENTES CON
MEDIASTINITIS SOMETIDOS A TORACOTOMIA

MICROORGANISMO*	No AISLAMIENTOS	%
Streptococcus α hemolítico	6	33.3
Staphylococcus coag.negativo	6	33.3
Pseudomonas aeruginosa	4	22.2
Staphylococcus aureus	3	16.6
Klebsiella pneumoniae	3	16.6
Enterobacter aerogenes	3	16.6
Escherichia coli	2	11.1
Streptococcus intermedius	2	11.1
Citrobacter freundii	2	11.1
Pseudomonas sp	2	11.1
Enterococcus sp	2	11.1
Acinobacter sp	1	5.5

*algunos pacientes con dos o mas bacterias aisladas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

TABLA VII

COMPLICACIONES EN 18 PACIENTES CON MEDIASTITITIS

COMPLICACIONES *	No PACIENTES	%
CHOQUE SEPTICO	5	27.7
NEUMONIA	5	27.7
SIRPA	4	22.2
PERICARDITIS CON DERRAME PERICARDICO	3	16.6
TRASTORNOS METABOLICOS	3	16.6
LESION VASCULAR DE CUELLO	3	16.6
TRASTORNOS DEL RITMO	2	11.1
FISTULA TRAQUEOESOFAGICA	2	11.1
ENCEFALOPATIA ANOXOISQUEMICA	2	11.1
INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	1	5.5
STDA	1	5.5
IVU	1	5.5
FISTULA FARINGOCUTANEA	1	5.5
PAQUIPLEURITIS	1	5.5

*Algunos pacientes con dos o más complicaciones

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

con una $p=0.05$. Si el origen era un absceso retrofaríngeo, se encontró en 3 casos (16.6%) y en 1 control (2%) con una $p=0.05$. El origen de la infección debido a trauma se presentó en 1 caso (5.5%) y en 2 controles (4%) sin diferencias estadísticamente significativo.

No se encontraron diferencias significativas entre los días de evolución de la infección y el diagnóstico del absceso.

En cuanto a los exámenes de laboratorio, se observó que en los casos tenían una cifra de plaquetas de $161,500 \pm 80,500$ y en el grupo de controles de $254,364 \pm 121,087$ con una $p > 0.001$, en el resto de parámetros de laboratorio no se encontraron diferencias significativas como se muestra en la TABLA VIII.

Con respecto al tiempo que transcurrió entre el ingreso de los pacientes al hospital y la intervención quirúrgica, fue de 30.8 ± 23 hrs en los casos y de 29.3 ± 15 hrs en los controles sin encontrar diferencias estadísticamente significativas.

No se encontró diferencias en cuanto a los días de hospitalización.

En lo que se refiere al número de pacientes que requirieron internamiento a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), se encontró que 18 (100%) de los casos ingresaron y 8 (15.6%) de los controles con una $p > 0.001$ y el promedio de días en la misma fue de 21 ± 18.5 días en los casos y de 8 ± 13 días en los controles con una $p > 0.001$.

El aislamiento de *enterobacterias* se observó en 10 (55.5%) de los casos y en 8 (15.7%) de los controles con una $p=0.001$. *Pseudomona sp*, se encontró en 6

TABLA VIII
LABORATORIOS EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO

	CASOS	CONTROLES	P
Hb	12.7 ± 2.4	12.8 ± 2.3	NS
leucos	15,522 ± 7,435	12,202 ± 4,541	NS
plaquetas	161,500 ± 80,500	254,364 ± 121,087	> 0.001
glucosa	171 ± 99	148 ± 85.6	NS
creatinina	1.6 ± 1.5	1.07 ± 0.3	NS
sodio	143 ± 7.6	144 ± 6.4	NS
potasio	3.7 ± 0.4	3.8 ± 0.7	NS

TABLA IX
AISLAMIENTOS EN AMBOS GRUPOS DE ESTUDIO

AISLAMIENTOS	CASOS	CONTROLES	P
Enterobacterias	10 (55.5%)	8 (15.7%)	0.001
Pseudomonas sp	6 (33.3%)	1 (1.9%)	>0.001
snc	6 (33.3)	12 (23.5)	NS
S. aureus	3 (16.6)	6 (11.7)	NS
Enterococcus sp	2 (11.1)	3 (5.8)	NS

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

(33.3%) de los casos y en 1 (1.9%) de los controles con una $p > 0.001$. El resto de gérmenes no se encontró diferencias significativas se muestra en la TABLA IX.

En cuanto a mortalidad, esta se presentó en 9 (50%) de los casos y en 2 (3.9%) de los controles con una $p > 0.001$

Por lo que respecta al análisis de riesgo para el desarrollo de mediastinitis los pacientes que eran portadores de aterosclerosis tuvieron un razón de momios (OR) de 13 IC 95% (1.35-124.8).

En cuanto al origen de la infección la odontogénica tuvo un OR de 0.16 (IC 95% 0.03-0.77), mientras que el absceso retrofaríngeo tuvo el OR 10 con (IC 95% 1-103). Cuando los pacientes tuvieron una cuenta de plaquetas menor de 200,000 el riesgo de mediastinitis tuvo OR de 5.75 (IC 95% 1-34.8). Aquellos pacientes en que la infección participaron *enterobacterias* tuvieron un riesgo mayor de desarrollar mediastinitis con un OR de 6.7 con (IC 95% 2.03-22.25) y en aquellos en participó la *pseudomona sp en la etiología de la infección* el riesgo tuvo un OR 25 (IC 95% 2.75-227.6).

La mediastinitis representó un riesgo aumentado de morir, representado con un OR de 24.5 (IC 95% 4.5 a 132.6) se muestra en la TABLA X

TABLA X
 CALCULO DEL RIESGO PARA EL DESARROLLO DE
 MEDIASTINITISEN PACIENTES CON ABSCESO DE CABEZA Y
 CUELLO

VARIABLE	OR	IC 95%
Ateroesclerosis	13	1.35-124.8
Origen odontogénico de la infección	0.16	0.03-0.77
Absceso retrofaringeo	10	1-103
de 200,000 plaquetas	5.75	1-34.8
aislamiento de enterobacterias	6.7	2.03-22.25
aislamiento de Pseudomona sp	25	2.75-227.6

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

DISCUSION

Pearse en 1983 reportó una de las primeras series de mediastinitis secundaria a absceso de origen odontogénico (2,4,8) En nuestro estudio, el origen más común de la MND fueron abscesos de cabeza y cuello de origen odontogénico, de los 18 pacientes, 13 fueron de origen odontogénico, en 3 fue un absceso retrofaríngeo, en otro un absceso de la glándula salival y en el último un traumatismo

En algunas series se menciona que el diagnóstico temprano, previene la expansión de la infección (1) Nosotros encontramos que el promedio de días desde el ingreso hospitalario y el diagnóstico de MND fue de 2.9 ± 3 días

Este tipo de patología se ha reportado en pacientes diabéticos y no diabéticos (2,12), nosotros encontramos que el 27.7% de nuestros casos, cursó con esta enfermedad de base, sin embargo no encontramos diferencias estadísticamente significativas con los controles

Para el diagnóstico de mediastinitis, Estera y col, desarrollo criterios diagnósticos (2,4,10)

Nosotros encontramos que la sintomatología más común, coincide con la reportada en otras series (2)

Las características radiológicas más comun encontradas fue el ensanchamiento mediastinal y el tomográfico fue el gas en mediastino (9,10,11)

Los reportes en cuanto al tratamiento mencionan que el tratamiento agresivo con cirugía, mejoraba el pronóstico y la supervivencia de los pacientes (12,14,15) En la mayoría de estos pacientes se requiere de un manejo en la unidad de cuidados intensivos

La mediastinitis ocurre frecuentemente por descenso de una infección de la cabeza y cuello, las cuales tienen como origen, la mayoría de las veces, una flora mixta de anaerobios y aerobios. En el estudio aislaron a las *enterobacterias* en 55% de los casos y a *Pseudomonas sp* en 33 % de los mismos (9,13)

Cabe mencionar que en nuestro medio hospitalario, no se contó con los medios adecuados para el aislamiento de gérmenes anaerobios, así como con la técnica adecuada para los mismos.

Se reporta en series recientes que la mortalidad en este tipo de pacientes es menor al 40%, sin embargo nosotros encontramos una mortalidad del 50%. (5,6,7)

Las únicas variables que encontramos en nuestro estudio como factores de riesgo para el desarrollo de mediastinitis fueron la presencia de aterosclerosis, una cuenta de plaquetas menor de 200,000 y el aislamiento de *enterobacterias* y *pseudomonas sp* como gérmenes causales de la infección, así como el origen de la misma desde un absceso retrofaríngeo

Es importante mencionar que la literatura reciente menciona una mortalidad menor al 40% y nosotros encontramos que la mortalidad fue del 50%, probablemente esto se deba a que no se logró el aislamiento del germen causal, por las consideraciones antes mencionadas y por lo tanto los pacientes no

recibieron el tratamiento específico de la infección, requiriendo en la mayoría de las veces más de 3 antibióticos

Sugerimos el apoyo a este tipo de hospitales con medios de cultivo para el aislamientos de gérmenes anaerobios y de esta manera poder recibir un tratamiento más específico

Dentro del estudio encontramos algunas limitantes, iniciando con el diseño del mismo el cual tiene como desventajas la recolección de la información, en la cual nosotros tuvimos como limitantes, el no poder encontrar algunos expedientes en el archivo, así como no contar con la información requerida en todos los casos, no encontrar en otros con los estudios complementarios de laboratorio, rayos x y de tomografía

CONCLUSIONES

En cuanto a los factores de riesgo que nosotros habíamos propuesto para el desarrollo de mediastinitis como la edad, la presencia de diabetes mellitus y el tiempo que había transcurrido entre el inicio de la sintomatología del absceso y el desarrollo de mediastinitis, no encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos de estudio

Sin embargo, sin encontramos una relación estrecha entre la presencia de aterosclerosis, la cuenta baja plaquetaria, y la presencia de enterobacterias y pseudomonas sp como germen causal y el inicio de la infección desde un absceso retrofaringeo y el desarrollo de mediastinitis secundaria a absceso de cabeza y cuello

CASUS MEDIASTINITIS

No. _____ NOMBRE _____ Cedula _____
 EDAD _____ SEXO _____ OCUPACION _____
 LUGAR RESIDENCIA _____ MEDIO SE _____
 ANTECEDENTES PATOLOGICOS _____

TABAQUISMO _____ ALCOHOLISMO _____ DROGADICCION _____

ENFERMEDAD DE BASE _____

TIEMPO DE LA ENFERMEDAD _____

TRATAMIENTO _____ LO SIGUE EL PACIENTE SI _____ NO _____

INFECCION ORIGEN _____ EVOLUCION ANTES INGRESO (TIEMPO) _____

TX ANTES INGRESO _____

DATOS CLINICOS INICIALES _____

LABORATORIO _____

TIEMPO EVOLUCION AL DX MEDIASTINITIS _____

DATOS CLINICOS _____

DATOS GABINETE _____

LABORATORIO _____

TRATAMIENTO.

ANTIBIOTICO

DOSIS

DURACION

COMBINACION

ANTIBIOTICO	DOSIS	DURACION	COMBINACION
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

TIEMPO ENTRE DX Y TX QUIRURGICO _____ HALLAZGOS GX _____

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO _____

No. CIRUGIAS _____

DIAS ESTANCIA HOSPITALARIA _____ DIAS EN LA UCIN _____

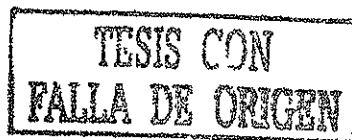
MICROORGANISMOS AISLADOS _____ ESPECIMEN _____ SENSIBILIDAD _____

MICROORGANISMOS AISLADOS	ESPECIMEN	SENSIBILIDAD
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN**

BIBLIOGRAFIA

- 1 Mohamed I and Dhanarajani P CERVICAL CELLULITIS AND MEDIASTINITIS CAUSED BY ODONTOGENIC INFECTIONS J Oral Maxillofac Surg 1995,53 203-8
- 2 Bonapart I , Stevens H , Kerver A , et al RARE COMPLICATIONS OF AN ODONTOGENIC ABSCESS J Oral Maxillofac Surg 1995,53 610-13
- 3 Blomquist I and Bayer A LIFE THREATENING DEEP FASCIAL SPACE INFECTIONS OF THE HEAD AND NECK Infect Dis Clin North Am 1988,2(1) 237-262
- 4 Levine T ,Wurster C and Krespi Y MEDIASTINITIS OCURRING AS COMPLICATION OF ODONTOGENIC INFECTIONS Laryngoscope 1986,96 747-50
- 5 Brunelli A, Sabbatini A , et al.DESCENDING NECROTIZING MEDIASTINITIS Arch Otolaryngol Head Neck Surg 1996,122 1326-29
- 6 Estrera A, Landay M, et al DESCENDING NECROTIZING MEDIASTINITIS Surg Gynecol Obstet 1983;157:545-52
- 7 Zachariades N, Mezitis M, et al MEDIASTINITIS, THORACIC EMPYEMA, AND PERICARDITIS AS COMPLICATIONS OF A DENTAL ABSCESS J Oral Maxillofac Surg 1988,46 493-495
8. Nielsen T, and Andreassen C MEDIASTINITIS A RARE COMPLICATION OF A PERITONSILLAR ABSCESS. The J Laryngol Oncol 1996;110:175-176



- 9 Haraden B, and Zwemer F DESCENDING NECROTIZING
 MEDIASTINITIS COMPLICATION OF A SIMPLE DENTAL INFECTION Ann
 Emerg Med 1997,29(5) 683-86
- 10 Rubin M, and Cozzi G FATAL NECROTIZING ,EDIASTINITIS AS A
 COMPLICATION OF AN ODONTOGENIC INFECTION.J Oral Maxillofac Surg
 1987,45 529-533
- 11 Chow A LIFE THREATENING INFECTIONS OF THE HEAD AND NECK.Clin
 Infect Dis 1992,14 991-1004
- 12 Vaisanen C, and Finegold S PERITONSILLAR ABSCESS,
 RETROPHARYNGEAL ABSCESS, MEDIASTINITIS, AND NONCLOSTRIDIAL
 ANAEROBIC MYONECROSIS Clin Infect Dis 1993,16(Suppl 4) S299-303
- 13 Murray P, an Finegold S ANAEROBIC MEDIASTINITIS Rev Infect Dis
 1984,6(Suppl 1) S123-27
- 14 Lawani A, and Kaplan M MEDIASTINAL AND THORACIC COMPLICATIONS
 OF NECROTIZING FASCIITIS OF THE HEAD AND NECK Head and Neck
 1991,13 531-39
- 15 Brunelli A, Sabbatini A et al DESCENDING NECROTIZING
 MEDIASTINITIS CERVICOTOMY OR THORACOTOMY? J Thorac
 Cardiovasc Surg 1996 , 111 486-7

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN