

Mediastinitis necrosante descendente con extensión retroperitoneal secundaria a infección orofaríngea

Juan Antonio Brito-Piris^{ID}, Pitter Francisco Cueto-Quintana, Ivan Coffin-Barahona, Anna Busquets-Pou

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Sant Joan de Reus, Reus, Tarragona, España

Recibido: 27/03/2026

Aceptado: 28/07/2026

En línea: 31/08/2026

Citar como: Brito-Piris JA, Cueto-Quintana PJ, Coffin-Barahona I, Busquets-Pou A. Mediastinitis necrosante descendente con extensión retroperitoneal secundaria a infección orofaríngea. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (agosto); 11(2): 61-63. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n2a6>.

Cite this as: Brito-Piris JA, Cueto-Quintana PJ, Coffin-Barahona I, Busquets-Pou A. *Descending necrotizing mediastinitis with retroperitoneal extension secondary to oropharyngeal infection*. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2026 (August); 11(2): 61-63. doi: <https://doi.org/10.32818/reccmi.a11n2a6>.

Autor para correspondencia: Juan Antonio Brito Piris. britopiris@gmail.com

Palabras clave

- ▷ mediastinitis
- ▷ infecciones profundas del cuello
- ▷ orofaringe
- ▷ tomografía computarizada de rayos X
- ▷ cuidados intensivos

Resumen

La mediastinitis necrosante descendente es una complicación infrecuente y potencialmente mortal de las infecciones cervicales profundas. Presentamos el caso de un varón de 50 años con infección orofaríngea que desarrolló mediastinitis necrosante con excepcional extensión retroperitoneal. El paciente presentó shock séptico, precisó ingreso en UCI, cuatro intervenciones quirúrgicas multidisciplinarias, ventilación mecánica, traqueostomía y soporte vasopresor. Los cultivos aislaron *Streptococcus anginosus* y *Prevotella buccae*, permitiendo ajustar el tratamiento antibiótico. Tras seis semanas de antibioterapia y control quirúrgico agresivo del foco, la evolución fue favorable. Este caso resalta la importancia del diagnóstico precoz y del abordaje multidisciplinar.

Keywords

- ▷ mediastinitis
- ▷ deep neck infections
- ▷ oropharynx
- ▷ X-ray computed tomography
- ▷ critical care

Abstract

Descending necrotizing mediastinitis is a rare but life-threatening complication of deep cervical infections. We report the case of a 50-year-old man with an oropharyngeal infection complicated by descending necrotizing mediastinitis with exceptional retroperitoneal extension. The patient developed septic shock requiring intensive care unit admission, four multidisciplinary surgical procedures, invasive mechanical ventilation, early tracheostomy, and vasopressor support. Surgical cultures grew Streptococcus anginosus and Prevotella buccae, allowing targeted antimicrobial therapy. Following six weeks of antibiotic treatment and aggressive surgical source control, the patient achieved a favourable clinical outcome. This case highlights the importance of early diagnosis, prompt surgical management, and a multidisciplinary approach.

Puntos destacados

- ▷ Mediastinitis necrosante descendente con extensión retroperitoneal, presentación excepcional.
- ▷ Evolución rápida con elevada morbimortalidad.
- ▷ Diagnóstico precoz mediante TC y control quirúrgico agresivo son determinantes pronósticos clave.

Introducción

La mediastinitis necrosante descendente constituye una urgencia quirúrgica e infecciosa por su rápida progresión a través de los planos fasciales cervicales profundos hacia el mediastino, con una elevada mortalidad incluso cuando se instaura tratamiento precoz¹⁻³. La diseminación ocurre principalmente a través del espacio retrofaríngeo y del denominado *danger space*, que actúan como vías anatómicas de baja resistencia^{4,7}.

Habitualmente se origina en infecciones odontogénicas u orofaríngeas y presenta una etiología polimicrobiana, lo que dificulta su manejo. La tomografía computarizada constituye la prueba de elección para confirmar la extensión de la infección y planificar el tratamiento quirúrgico urgente^{1,3}.

Presentamos un caso de mediastinitis necrosante descendente con extensión retroperitoneal, una manifestación excepcional que refleja la agresividad de esta enfermedad y la importancia del diagnóstico y tratamiento precoces.

Caso clínico

Antecedentes, enfermedad actual y exploración física

Varón de 50 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipemia mal controlada, fumador de medio paquete diario y consumo habi-

tual de 2–3 cervezas al día. No presentaba alergias medicamentosas conocidas ni antecedentes de inmunodepresión. Consultó por fiebre y odinofagia progresiva de varios días de evolución, inicialmente manejado de forma ambulatoria como infección del tracto respiratorio superior.

En las siguientes 24 horas presentó empeoramiento clínico con aparición de trismus, disfonía y dolor cervical intenso, con progresiva incapacidad para la ingesta oral.

A su llegada a Urgencias presentaba hipotensión arterial (79/45 mmHg), taquicardia de 112 lpm, temperatura de 37,6 °C, saturación de oxígeno del 92 % con gafas nasales a 2 L/min y un tiempo de relleno capilar de 4 segundos, hallazgos compatibles con hipoperfusión sistémica.

A la exploración física se objetivó limitación marcada de la apertura oral y dolor cervical profundo a la palpación, sugestivos de afectación de los espacios fasciales profundos, sin signos cutáneos inflamatorios en fases iniciales. En la exploración cardiorrespiratoria presentaba taquicardia, con murmullo vesicular conservado y sin hallazgos patológicos relevantes en la auscultación pulmonar. La exploración abdominal mostraba molestias difusas a la palpación, sin signos de irritación peritoneal ni otros hallazgos patológicos de interés.

Pruebas complementarias

En la analítica inicial destacaban leucocitosis de 14.000/ μ L con neutrofilia (12.340/ μ L), proteína C reactiva de 12 mg/dL y procalcitonina de 36,7 ng/mL. La gasometría arterial evidenció acidosis metabólica (pH 7,30; HCO_3^- 19 mmol/L) con lactato de 3,2 mmol/L. La función renal y hepática estaban conservadas (creatinina 0,76 mg/dL; bilirrubina total 0,2 mg/dL), con INR de 1,12 y trombocitopenia (102.000 plaquetas/ μ L). La puntuación SOFA al ingreso fue de 4 y el APACHE II de 23.

La tomografía computarizada cervicotorácica con contraste mostró enfisema en el espacio retrofaríngeo con extensión a los planos fasciales laterocervicales profundos (figura 1) y colecciones aéreas descendentes hacia el mediastino compatibles con mediastinitis necrosante descendente (figura 2). Además, se identificó gas en el retroperitoneo (figura 3), indicativo de una diseminación anatómica extensa y excepcional.

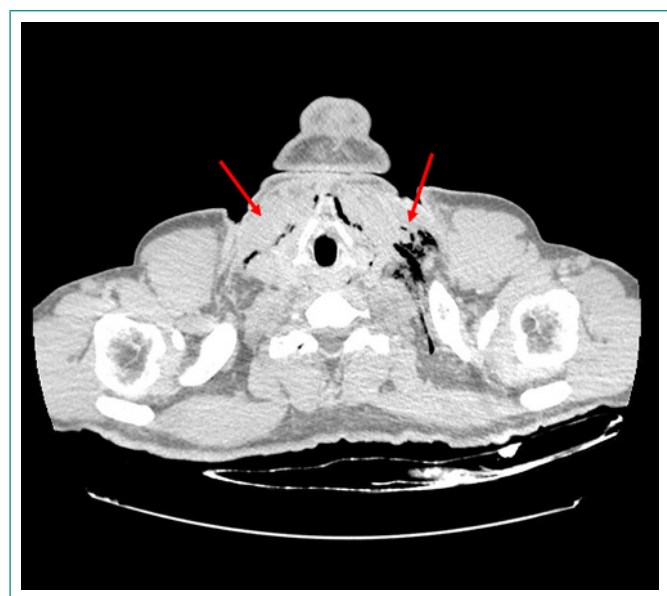


Figura 1. Tomografía computarizada cervical con contraste que muestra enfisema en el espacio.

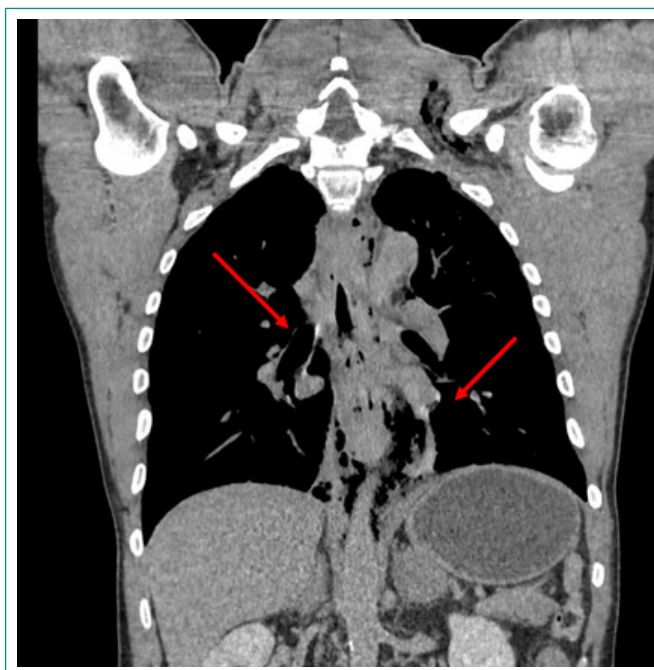


Figura 2. Tomografía computarizada que evidencia diseminación de enfisema a través de los planos fasciales laterocervicales hacia el mediastino.

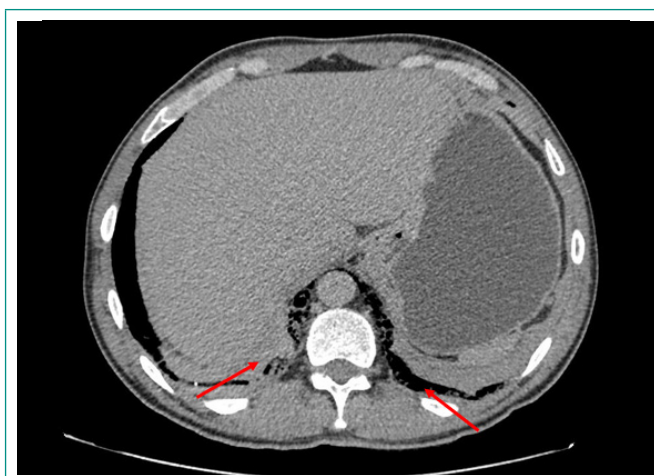


Figura 3. Tomografía computarizada abdominal que muestra extensión de enfisema al retroperitoneo.

Evolución

Se realizó drenaje quirúrgico urgente de los espacios cervicales afectados y se inició antibioterapia empírica con ceftriaxona y metronidazol. Ante el rápido deterioro clínico, con desarrollo de shock séptico, se amplió de forma precoz la cobertura antimicrobiana a meropenem, linezolid y anidulafungina, con el objetivo de proporcionar cobertura empírica de amplio espectro frente a los microorganismos habitualmente implicados en las infecciones cervicofaciales profundas y la mediastinitis necrosante descendente, incluyendo bacterias aerobias, anaerobias y hongos oportunistas. Esta pauta se mantuvo durante cuatro días, hasta disponer de los resultados microbiológicos.

El paciente requirió ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos, donde precisó ventilación mecánica invasiva y soporte vasopresor con noradrenalina a partir del segundo día de ingreso, alcanzando una dosis máxima de 0,23 μ g/kg/min. Debido a la previsión de ventilación mecánica prolongada, se realizó traqueostomía precoz al segundo día.

Debido a la evolución tórpida, se realizaron múltiples reintervenciones para el control del foco infeccioso. En total fueron necesarias cuatro intervenciones quirúrgicas, realizadas de forma multidisciplinar por los servicios de Otorrinolaringología, Cirugía Torácica y Cirugía General. La primera consistió en un drenaje cervical urgente con colocación de drenajes pleurales. Posteriormente se realizó un segundo drenaje cervical con desbridamiento de los tejidos afectados. Ante la persistencia de colecciones mediastínicas, se efectuó una videotoracoscopia asistida por vídeo (VATS) para drenaje mediastínico y, finalmente, una cuarta intervención para limpieza cervical con extensión al mediastino y nuevo desbridamiento del foco infeccioso.

Los hemocultivos fueron negativos. Sin embargo, los cultivos obtenidos durante las dos primeras intervenciones, tanto del material purulento como del líquido pleural, aislaron *Streptococcus anginosus* y *Prevotella buccae*, confirmando el origen polimicrobiano de la infección. Con estos resultados se desescaló el tratamiento a ceftriaxona y metronidazol, completando seis semanas de antibioterapia junto con un adecuado control quirúrgico del foco.

El paciente permaneció 43 días en la Unidad de Cuidados Intensivos y 58 días hospitalizado. Requirió 38 días de ventilación mecánica invasiva y cinco días adicionales de oxigenoterapia a través de la cánula de traqueostomía antes de la decanulación. La evolución se complicó con miocardiopatía séptica con disfunción biventricular grave, lesión renal aguda con un pico de creatinina de 3,4 mg/dL, que evolucionó favorablemente sin necesidad de terapias de reemplazo renal, y miopatía del paciente crítico que precisó rehabilitación. Tras la decanulación, se aisló en el cultivo del esputo *Stenotrophomonas maltophilia*, instaurándose tratamiento con cotrimoxazol. Finalmente, el paciente presentó resolución de la infección y recuperación progresiva, siendo dado de alta hospitalaria.

Diagnóstico

Mediastinitis necrosante descendente secundaria a infección orofaríngea con extensión a espacios cervicales profundos, mediastino y retroperitoneo en contexto de sepsis grave.

Discusión y conclusiones

La presentación clínica de la mediastinitis necrosante descendente suele ser inespecífica en las fases iniciales, lo que puede retrasar el diagnóstico. La presencia de odinofagia, dolor cervical intenso, fiebre, trismus o signos de respuesta inflamatoria sistémica debe hacer sospechar esta entidad y motivar una evaluación urgente mediante tomografía computarizada.

La tomografía computarizada continúa siendo la herramienta clave para evaluar la extensión anatómica de la infección, identificar colecciones profundas y planificar la estrategia quirúrgica^{1,3}. En pacientes con progresión clínica o persistencia de colecciones, la reevaluación radiológica resulta fundamental para garantizar un adecuado control del foco infeccioso.

La naturaleza polimicrobiana de la infección, habitualmente con participación de *Streptococcus* y bacterias anaerobias, contribuye a la necrosis tisular y la formación de gas, favoreciendo la diseminación rápida y sistémica^{2,5}. Estos factores microbiológicos explican la necesidad de un control quirúrgico temprano y amplio, combinado con antibioterapia de amplio espectro de forma precoz.

El drenaje quirúrgico urgente y suficientemente amplio constituye el principal determinante modificable del pronóstico^{1,6}. En los casos con afectación mediastínica extensa, el drenaje exclusivamente cervical suele ser insuficiente y requiere con frecuencia abordajes combinados o técnicas videoasistidas, como la videotoracoscopia, además de reintervenciones para conseguir un adecuado control del foco infeccioso^{1,7}.

El enfoque multidisciplinario es esencial. La coordinación entre intensivistas, cirujanos torácicos, otorrinolaringólogos, radiólogos y especialistas en enfermedades infecciosas resulta fundamental para optimizar los resultados^{2,6}.

Finalmente, la extensión retroperitoneal observada en este caso es excepcional y resalta la importancia de realizar evaluaciones radiológicas completas desde fases tempranas. La rapidez en el diagnóstico, el control quirúrgico adecuado y la intervención terapéutica coordinada constituyen los pilares esenciales para modificar el curso clínico y reducir la mortalidad asociada en la mediastinitis necrosante descendente¹⁻⁷.

En conclusión, la mediastinitis necrosante descendente continúa siendo una entidad de elevada morbilidad cuyo pronóstico depende del reconocimiento precoz, la realización temprana de estudios de imagen, un control quirúrgico agresivo, incluyendo reintervenciones cuando sean necesarias, y un abordaje multidisciplinario coordinado.

Financiación, conflicto de intereses y consentimiento informado

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro. Los autores declaran carecer de conflicto de intereses y disponen de la autorización o consentimiento informado de los involucrados en este caso y la identidad de la paciente ha sido mantenida en el anonimato a lo largo del informe.

Bibliografía

1. Reuter TC, Korell V, Pfeiffer J, Ridder GJ, Ketterer MC, Becker C. Descending necrotizing mediastinitis: etiopathogenesis, diagnosis, treatment and long-term consequences-a retrospective follow-up study. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2023; 280(4): 1983-90. doi: <https://doi.org/10.1007/s00405-022-07769-x> (último acceso ago. 2026).
2. Parjia CP, Sievert M, Haj Khalaf MA, Ihmsen H, Higaze M, Gehrking M, et al. Management and Outcomes of Descending Necrotizing Mediastinitis: A 15-Year Experience. J Clin Med. 2025; 14(5): 1593. doi: <https://doi.org/10.3390/jcm14051593> (último acceso ago. 2026).
3. Prado-Calleros HM, Jiménez-Fuentes E, Jiménez-Escobar I. Descending necrotizing mediastinitis: systematic review on its treatment in the last 6 years, 75 years after its description. Head Neck. 2016; 38(Suppl. 1): E2275-E2283. doi: <https://doi.org/10.1002/hed.24183> (último acceso ago. 2026).
4. Guan X, Liang X, Liang X, Wang F, Qian W, Zhang W. A new classification of descending necrotizing mediastinitis and surgical strategies. Ann Transl Med. 2021; 9(4): 356. doi: <https://doi.org/10.21037/atm-21-121> (último acceso ago. 2026).
5. Venegas Pizarro MDP, Martínez Téllez E, León Vintró X, Quer Agustí M, Trujillo-Reyes JC, Liberos-Niño A, et al. Descending necrotizing mediastinitis: key points to reduce the high associated mortality in a consecutive case series. Mediastinum. 2023; 8: 8. doi: <https://doi.org/10.21037/med-23-32> (último acceso ago. 2026).
6. Ramos-Hinojosa ZI, Álvarez-Maldonado P, Hernández-Ríos G, Hernández-Solís A, Reding-Bernal A, Andrade-Chávez R, et al. Descending necrotizing mediastinitis complicating deep neck abscesses: clinical features and prognostic assessment in 45 ICU patients. Eur Arch Otorhinolaryngol. 2025; 282(5): 2617-25. doi: <https://doi.org/10.1007/s00405-024-09179-7> (último acceso ago. 2026).
7. Sugio K, Okamoto T, Maniwa Y, Toh Y, Okada M, Yamashita T, et al. Descending necrotizing mediastinitis and the proposal of a new classification. JTCVS Open. 2021; 8: 633-647. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jxon.2021.08.001> (último acceso ago. 2026).