

CASO CLÍNICO

**EPIGLOTITIS AGUDA POR PREVOTELLA BUCCAE
COMPLICADA CON MEDIASTINITIS.**
ACUTE EPIGLOTTITIS BY *PREVOTELLA BUCCAE* COMPLICATED
WITH MEDIASTINITIS.

Vicente Pino Rivero*, Ángel Vega Cuadri**, Mónica Marcos García***, Carlos Montero García*, Tamara Keitqwa Yáñez*,
Alfonso Ambel Albarrán**** y Antonio Blasco Huelva*****

RESUMEN:

Presentamos el caso de un varón de 46 años diagnosticado de una epiglotitis aguda por *Prevotella buccae* complicada con una mediastinitis que precisó ingreso en UCI, con posterior traqueotomía, apertura cervical bilateral y toracotomía para el drenaje de la colección purulenta. Se trata de una complicación inusual que debe sospecharse ante la presencia de síntomas torácicos. Requiere un diagnóstico y tratamiento precoces para lograr una evolución favorable siendo fundamental en primer lugar asegurar la vía aérea.

PALABRAS CLAVE:

Epiglotitis Aguda. *Prevotella buccae*. Mediastinitis. Traqueotomía. Toracotomía.

SUMMARY:

We are reporting the case of a 46 years old male diagnosed as an acute epiglottitis by *Prevotella buccae* complicated with mediastinitis which required admission in UCI, tracheostomy later, bilateral neck opening and thoracotomy in order to drain the purulent collection. This is an unusual complication that must be suspected if thoracic symptoms are present. An early diagnosis and treatment are essential to get a successful evolution, being crucial to preserve the airway at first place.

KEY WORDS:

Acute Epiglottitis. *Prevotella buccae*. Mediastinitis. Tracheostomy. Thoracotomy.

Dr. Vicente Pino Rivero

Avda. Antonio Masa 3, 5ºG · 06005 BADAJOZ · Espanha
Email: vicentepinarivero@terra.com

INTRODUCCIÓN

La epiglotitis aguda es un cuadro clínico más frecuente en niños de 2 a 7 años que puede ser primaria o secundaria a infecciones de cavidad oral-faringe y traumatismos.

En la población adulta existe una mayor diversidad de microorganismos responsables y la mediastinitis como complicación, vía descendente, constituye una rareza.

Prevotella buccae es el germen anaerobio que se aisló en el caso del paciente que presentamos y que se caracteriza por dar lugar a burbujas aéreas, intensa fetidez en las colecciones purulentas y extensa gravedad de la infección.

Aportamos imágenes de los TAC cervical y torácico que se solicitaron y que confirmaron el diagnóstico de sospecha clínico.

Conviene hacer énfasis en la necesidad de un diagnóstico precoz con un tratamiento médi-

* Facultativo Especialista de O.R.L. Hospital Infanta Cristina.
** F.E.A. de O.R.L. Hospital Virgen del Puerto.
*** Médico Residente de O.R.L.
**** Adjunto de O.R.L.
***** Jefe de Servicio O.R.L.

co-quirúrgico apropiado para que la evolución sea lo más favorable posible.

Realizamos una breve revisión bibliográfica al respecto de esta asociación.

CASO CLÍNICO

Varón de 46 años de edad que consulta en su hospital comarcal por síndrome febril ($T^{\circ} > 39^{\circ}$), dolor faringeo, disfagia, voz engolada y discreta disnea.

A la exploración inicial por laringoscopia indirecta visualizan una epiglotis muy edematosa color rojo cereza y con varios puntos purulentos en su superficie.

Con diagnóstico de epiglotitis aguda el paciente es ingresado y tratado con ceftazidima y corticoides intravenosos sin precisar intubación.

A las 48 h de su ingreso comienza con dolor torácico constante y es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de nuestro Hospital de referencia, donde se constata entonces una hipoxemia severa y signos clínicos de sepsis.



FIGURA 1: RX DE TÓRAX PA QUE MUESTRA UN EVIDENTE ENSANCHAMIENTO MEDIASTÍNICO Y OCUPACIÓN DE HEMITÓRAX DERECHO QUE CORRESPONDÍA A COLECCIÓN PURULENTO.

La Rx de tórax urgente practicada mostraba un evidente ensanchamiento mediastínico (Figura 1), por lo que se completó el estudio con TAC cervical (Figura 2) y torácico (Figura 3) donde existían burbujas aéreas que disecaban planos musculares profundos y signos de mediastinitis.

El diagnóstico definitivo fue de epiglotitis complicada con mediastinitis por lo que, tras instaurar antibioticoterapia de amplio espectro

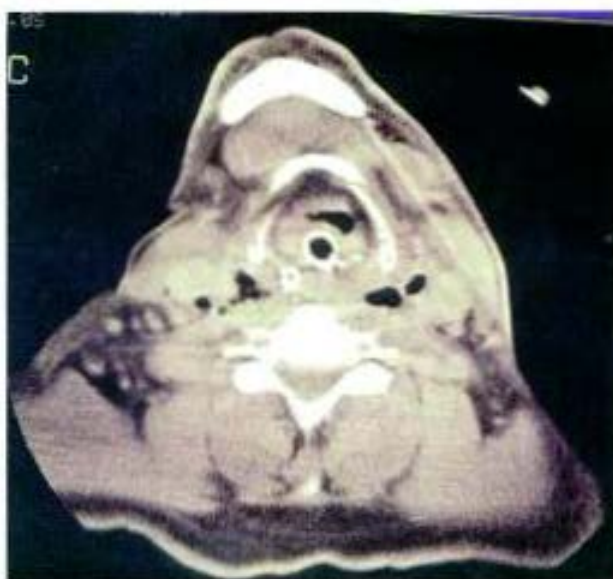


FIGURA 2: TAC CERVICAL QUE MUESTRA LAS BURBUJAS AÉREAS QUE DISECAN PLANOS MUSCULARES.



FIGURA 3: TAC TORÁCICO (CORTE AXIAL) QUE CONFIRMA LA MEDIASTINITIS.

para cubrir aerobios y anaerobios, procedimos primeramente a traqueotomía seguida de cervicotomía o apertura cervical bilateral y drenaje bajo anestesia general.

Además fue necesario combinar en el mismo acto quirúrgico una toracotomía derecha obteniéndose gran cantidad de pus maloliente.

Se envió una muestra del mismo para estudio microbiológico cuyo resultado fue el aislamiento de *Prevotella buccae*.

Tras la cirugía continuamos la administración de la antibioticoterapia IV que traía de UCI para, una vez comprobada la desaparición del edema supraglótico y la no formación de nuevo pus a nivel cervicotorácico, proceder a la decanulación y cierre progresivo de la traqueotomía.

La estancia final hospitalaria del paciente fue de 2 meses aproximadamente y los controles posteriores fueron rigurosamente normales.

DISCUSIÓN

Los casos de epiglotitis aguda complicada con mediastinitis son bastante infrecuentes en nuestro medio hoy día^{1,2}.

Mientras que en la población pediátrica es el *Haemophilus influenzae tipo b* la bacteria o patógeno responsable de la mayoría de las infecciones, en adultos la etiología es más variada incluyendo gérmenes aerobios y anaerobios.

Entre estos últimos destacamos las especies de *Prevotella*, *Porfiromonas*, *Peptoestreptococos* y *Bacteroides*^{3,4}.

Las mediastinitis, incluyendo las formas necrotizantes descendentes^{1,5}, son secundarias habitualmente a infecciones profundas cervi-

cales originadas a partir de un foco localizado a nivel de la cavidad oral (odontógeno, lingual) o de la faringe⁶.

Más raramente el origen es supraglótico (epiglotis) pudiéndose formar abscesos localizados a dicho nivel y edemas importantes con compromiso de la vía aérea, en ocasiones de forma brusca o inesperada^{7,8}.

El diagnóstico debe hacerse por la clínica, la exploración física y se apoyará en pruebas complementarias, especialmente el TAC cervicotorácico^{9,9}.

Si diagnosticamos una epiglotitis y a pesar del tratamiento inicial aparecen síntomas torácicos, deberemos descartar una mediastinitis asociada.

En nuestro paciente la infección pudo diseminarse al espacio parafaríngeo, luego al retrofaríngeo y desde ahí al mediastino.

Otra vía posible pudo ser la vaina yúgulo-carotídea. Las imágenes tomográficas pusieron de manifiesto la presencia de burbujas aérea con disección de planos musculares y la afectación mediastínica que ya se sospechaba con la radiografía simple.

El tratamiento debe ser lo más precoz posible, asegurando en primer lugar la vía aérea comprometida, y requiere combinar antibioticoterapia de amplio espectro por vía endovenosa con una actuación quirúrgica sobre el cuello y tórax^{9,10} con drenaje de la colección purulenta hallada y toma de muestra para cultivo microbiológico y antibiograma.

En nuestro caso se aisló *Prevotella buccae* y es típico de los gérmenes anaerobios como éste la intensa fetidez, burbujas y extensa gravedad del cuadro clínico.

Afortunadamente la evolución fue satisfactoria y en controles sucesivos constatamos la normalidad de las regiones anatómicas afectadas.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Tateya I, Fujiki N, Kurata K, Hasegawa S, Kojima H. Descending necrotizing mediastinitis following acute epiglottitis: a case report. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2003; 260 : 128-30
- 2 Chong WH, Woodhead MA, Millard FJ. Mediastinitis and bilateral thoracic empyemas complicating adult epiglottitis. *Thorax.* 1990; 45 : 491-2
- 3 Strausbaugh LJ. Haemophilus influenzae infections in adults: a pathogen in search of respect. *Postgrad Med.* 1997; 101: 191-200
- 4 Brook I, Frazier EH. Microbiology of mediastinitis. *Arch Intern Med.* 1996; 156: 333-6
- 5 Iyoda A, Yusa T, Fujisawa T, Mabashi T, Hiroshima K, Ohwada H. Descending necrotizing mediastinitis: report of a case. *Surg Today.* 1999; 29: 1209-12
- 6 Berger G, Landau T, Berger S, Finkelstein Y, Bernheim J, Ophir D. The rising incidence of adult acute epiglottitis and epiglottic abscess. *Am J Otolaryngol.* 2003; 24 : 374-83
- 7 Ejdys R, Grabania J, Jarocki J, Kocbach P, Marszalek A et al. The case of purulent epiglottitis complicated by the cervical mediastinum phlegmon with septic shock. *Otolaryngol Pol.* 1997; 51: 345-8
- 8 Bishop MJ. Epiglottitis in the adult. *Anesthesiology.* 1981; 55: 701-2
- 9 Brunelli A, Sabbatini A, Catalini G and Fianchini A. Descending necrotizing mediastinitis. Surgical drainage and tracheostomy. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg.* 1996; 122 : 1326-9
- 10 Mashimoto H, Suyama N, Araki J, Asai S, Koga H, Kokno S, Hara K. A case of mediastinitis and bilateral pyothorax, following acute epiglottitis with concurrent Aspergillus infection. *Kansenshogaku Zasshi.* 1992; 66 : 648-52