

Tratamento conservador de mediastinite necrotizante descendente

JEFFERSON LESSA SOARES DE MACEDO¹, MANOEL XIMENES NETTO²

É relatado um caso raro de mediastinite necrotizante descendente secundária a abscesso submandibular não traumático. Embora vários autores enfatizem que o tratamento cirúrgico é imperativo nessa doença, este caso teve excelente evolução apenas com cuidados intensivos. Portanto, mesmo os casos complicados de mediastinite necrotizante descendente podem evoluir sem necessidade de operação.

(*J Pneumol* 1998;24(3):167-170)

Non-surgical treatment of descending necrotizing mediastinitis

A rare case of descending necrotizing mediastinitis secondary to a non-traumatic submandibular abscess is reported. Although most reports emphasize surgical treatment as indispensable in this disease, this case had an excellent outcome using only intensive care. Thus, even complicated descending necrotizing mediastinitis can be treated by non-surgical procedures.

Descritores – Mediastinite. Sepsis.

Key words – Mediastinitis. Sepsis.

INTRODUÇÃO

As infecções dos espaços cervicais profundos tiveram a incidência acentuadamente diminuída com o advento dos antibióticos. Entretanto, a mortalidade dessas infecções permanece elevada devido à ocorrência de complicações letais, tais como: obstrução das vias aéreas superiores, pneumonia de aspiração, tromboflebite da jugular interna, hemorragia da artéria carótida interna e mediastinite necrotizante descendente. Essa é uma das formas mais letais de mediastinite, devendo sempre ser considerada em todos os pacientes com infecções de face ou orofaríngeas que desenvolvam quadro toxêmico⁽¹⁾. O tratamento recomendado para esse tipo de mediastinite é a administração de antibióticos contra organismos aeróbicos e anaeróbicos associada à drenagem cirúrgica invasiva e precoce⁽²⁻⁴⁾.

Este trabalho tem por objetivo apresentar um caso de mediastinite necrotizante descendente que evoluiu de forma satisfatória sem tratamento cirúrgico, sendo o segundo rela-

to na literatura médica sobre o tratamento não invasivo nesses casos⁽⁵⁾.

RELATO DO CASO

Paciente de 20 anos, soldado, natural de Princesa Isabel (Paraíba), residente em Goiânia (Goiás), admitido no Hospital das Forças Armadas (Brasília, DF), com história de aumento do pescoço havia dois meses, associado à dificuldade de abrir a boca, febre e astenia. Não apresentava doenças associadas, porém com história de procedimentos dentários havia 70 dias.

Ao exame físico, estava em mau estado geral, hipocorado (++/4), desidratado (+/4), febril (38,5°C), dispnéico (++/4), com enfisema subcutâneo em região do trigono anterior direito do pescoço e trismo. O exame da cavidade oral e faringe revelou eritema e abaulamento em faringe à direita, sem outras alterações. À ausculta pulmonar, havia abolição do murmúrio vesicular em bases pulmonares. Os exames laboratoriais revelaram leucocitose de 24.600/mm³ com seis bastões e dois metamielócitos, velocidade de hemossedimentação de 94mm/h, função renal e hepática normais. A sorologia para HIV foi negativa. A gasometria arterial revelou hipoxemia associada a alcalose respiratória (pH = 7,5, PaO₂ = 50mmHg, PaCO₂ = 29mmHg, BE = -2,1). A radiografia dos seios paranasais apresentava-se normal, enquanto a radiografia de tórax evidenciou derrame pleural bilateral, associado a enfisema subcutâneo em região cervical à direita e alargamento do mediastino superior (figura 1). A tomografia computadorizada do pescoço revelou tumoração ocupando as regiões submandibular e parafaríngea direitas, es-

1. Residente da Clínica Cirúrgica do Hospital das Forças Armadas (HFA), Brasília-DF.

2. Chefe da Unidade de Cirurgia Torácica do HFA.

Endereço para correspondência – Jefferson Lessa Soares de Macedo, SQS 102, Bloco H, ap. 106 - 70330-080 - Brasília, DF.

Recebido para publicação em 19/11/97. Reapresentado em 1/6/98. Aprovado, após revisão, em 7/7/98.

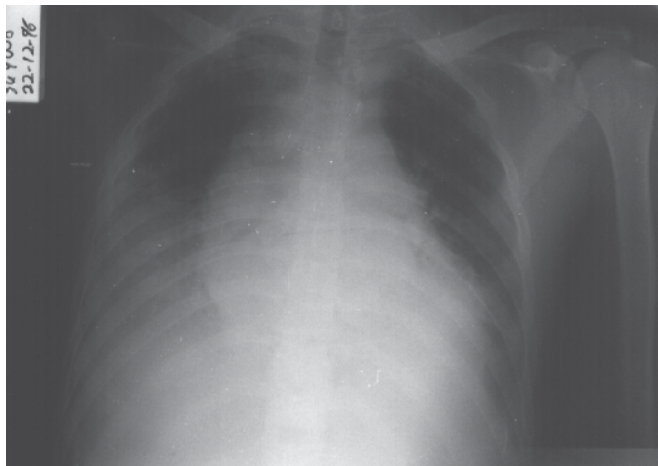
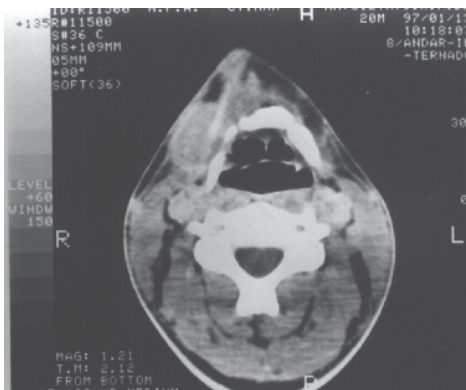


Figura 1 – Radiografia do tórax mostrando o derrame pleural e pericárdico bilateral associado a alargamento do mediastino

Figura 2
Tomografia
computadorizada
do pescoço
revelando o
abscesso em
regiões
submandibular e
parafaríngeas
direitas



tendendo-se para a fossa supraclavicular homolateral, com contornos imprecisos, sugestiva de abscesso em formação (figura 2). A tomografia computadorizada do tórax mostrou derrame pleural bilateral, mais extenso à direita, associado a coleção líquida no mediastino, com pequenas bolhas de ar de permeio, estendendo-se pelo mediastino anterior até 2cm abaixo do nível da bifurcação da traquéia, sugestiva de abscesso mediastinal (figuras 3A e 3B). Além disso, observavam-se sinais de derrame pericárdico.

Na admissão foi realizada punção do líquido pleural e iniciada antibioticoterapia (vancomicina 500mg IV de 6/6h, metronidazol 500mg IV de 8/8h e imipenem 500mg IV de 6/6h), com posterior encaminhamento para unidade de terapia intensiva. A cultura do líquido pleural evidenciou crescimento de *Peptostreptococcus prevotii* e *Enterobacter cloacae* sensíveis aos antibióticos usados. O paciente evoluiu com eliminação de grande quantidade de material purulento pela boca durante cinco dias, tendo a endoscopia digestiva alta mostrado a presença de perfuração de 0,5cm de diâmetro na região faringolaríngea drenando pus e várias ulcerações superficiais no duodeno. Após esses episó-



Figura 3A
Tomografia
computadorizada
do tórax
mostrando o
abscesso
mediastinal em
região
pré-traqueal

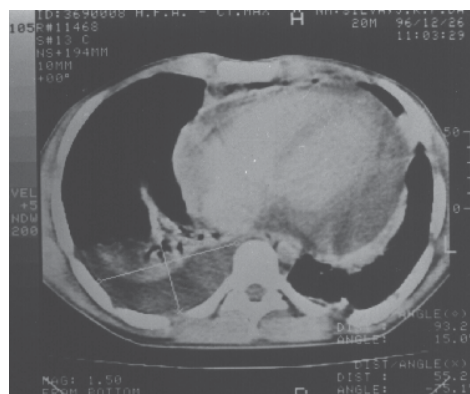


Figura 3B
Tomografia
computadorizada
do tórax
revelando o
derrame pleural,
principalmente à
direita, associado
a derrame
pericárdico

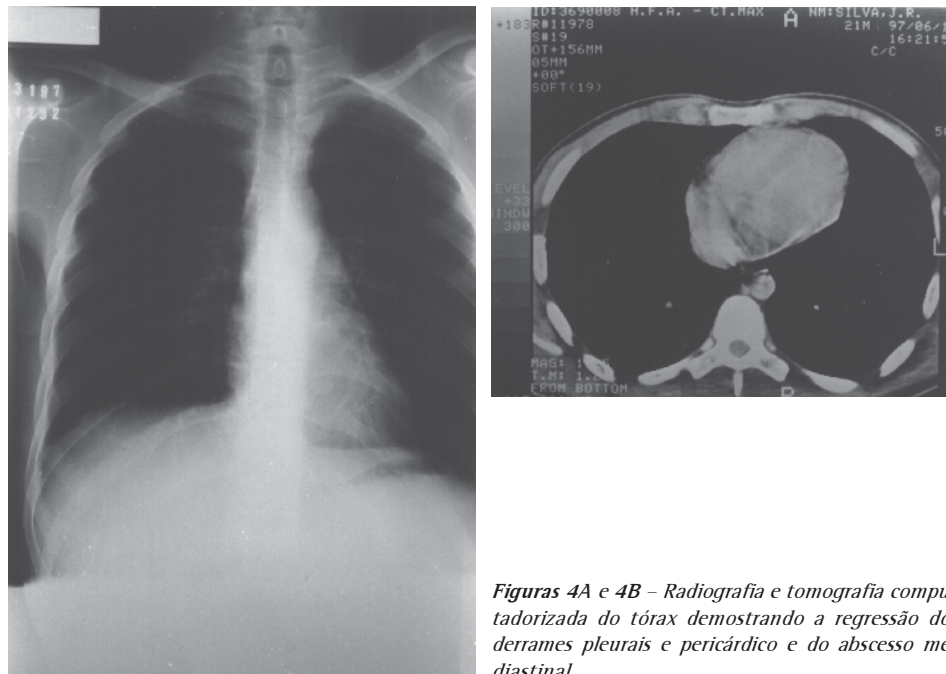
dios de drenagem espontânea de pus houve melhora progressiva do quadro séptico e respiratório, tendo o paciente recebido alta da unidade de terapia intensiva no nono dia de internação.

Na enfermaria, o paciente evoluiu com melhora progressiva do derrame pleural, redução do abaulamento do pescoço e sem febre. Foi mantida a antibioticoterapia por 28 dias. A radiografia simples e a tomografia computadorizada do tórax realizadas após 28 dias de antibioticoterapia mostraram regressão total do quadro de mediastinite necrotizante descendente, sem sinais de abscessos residuais. A ecocardiografia realizada após o tratamento não revelou derrame pericárdico.

O paciente recebeu alta do hospital no 32º dia de internação hospitalar, sem queixas. Após seis meses de acompanhamento ambulatorial não se evidenciou qualquer alteração clínica ou radiológica (figuras 4A e 4B).

DISCUSSÃO

A maioria dos casos de mediastinite é secundária à esternotomia mediana para cirurgia cardíaca ou após perfuração esofágica. A mediastinite secundária à infecção orofaríngea, mediastinite necrotizante descendente, é rara e associada com prognóstico ruim, sendo a mortalidade de 42%^(1,6,7). A



Figuras 4A e 4B – Radiografia e tomografia computadorizada do tórax demonstrando a regressão dos derrames pleurais e pericárdico e do abscesso mediastinal

raridade da doença, o pouco conhecimento sobre sua fisiopatologia e o fato de o atendimento inicial dos pacientes usualmente ser feito em centros não especializados são fatores que retardam o diagnóstico e pioram o prognóstico. Em sete dos 21 pacientes acompanhados por Estrera *et al.*⁽⁷⁾ o diagnóstico foi feito na necropsia.

Os critérios para o diagnóstico da mediastinite necrotizante descendente foram descritos por Estrera *et al.*⁽⁷⁾ e são: a) manifestações clínicas de infecção grave; b) documentação de infecção mediastinal necrotizante (abscesso mediastinal com ou sem derrame pleural e pericárdico); e c) associação com infecção orofaríngea (infecção dentária ou abscesso cervical). Clinicamente, esse diagnóstico deve ser suscitado nos pacientes com abscesso ou celulite cervical que desenvolvam sintomas respiratórios, tais como dor torácica ou dispnéia. A radiografia de tórax geralmente revela as seguintes alterações: alargamento do mediastino superior, pneumomediastino ou abscesso obliterando o espaço retrocardíaco ou retroesternal⁽⁸⁻¹⁰⁾.

No caso descrito, o paciente apresentava história de procedimento dentário anterior e posteriormente desenvolveu um abscesso que ocupava a região submandibular e parafaríngea direitas, estendendo-se para o mediastino anterior associado a derrame pleural e pericárdico. À admissão, o paciente apresentava-se em sepse e com sintomas respiratórios importantes.

De 1960 a 1996 foram relatados 110 casos de mediastinite necrotizante descendente na literatura médica, geralmente secundários a infecções dentárias do segundo ou terceiro molar e mais raramente secundários a abscessos retro-

faríngeos e paramigdalíneos. Os pacientes podem apresentar fatores predisponentes à sepse, tais como história de diabetes, alcoolismo ou uso de corticosteróides. Essas infecções alcançam o mediastino através de planos musculares profundos do pescoço, principalmente via região retrofaríngea ou parafaríngea, que é limitada pelas fáscias cervicais⁽¹¹⁻¹⁴⁾.

A camada visceral ou média da fáscia cervical profunda adere ao pericárdio parietal e à pleura parietal mediastinal, o que explica a ocorrência de derrames pericárdico e pleural associados a mediastinite necrotizante descendente. Outras complicações graves desse tipo de mediastinite, como a erosão da aorta, o aneurisma aórtico, a osteomielite costal e a ruptura do tronco braquiocéfálico arterial, são descritas^(7,12,13).

A flora microbiana da mediastinite necrotizante descendente é mista e inclui tanto bactérias aeróbicas quanto anaeróbicas, refletindo a flora da cavidade oral e da faringe. A simbiose de bactérias gram-negativas aeróbicas e anaeróbicas causa o curso letal dessa mediastinite. A potencialização da ação das bactérias envolvidas em infecções polimicrobianas tem sido estudada e várias hipóteses têm sido propostas para explicar tal ação microbiana, tais como a proteção mútua da fagocitose e da morte celular, assim como a produção de fatores de crescimento^(13,15,16).

A tomografia computadorizada é útil para determinar a localização e extensão da doença, assim como avaliar a resposta ao tratamento. Estrera *et al.*⁽⁷⁾ recomendam o uso desse exame em todos os pacientes com infecções cervicais importantes para determinar a presença de acometimento do mediastino.

De acordo com vários autores, somente a drenagem cirúrgica ampla associada a antibioticoterapia de largo espectro é capaz de tratar a mediastinite necrotizante descendente^(11,12,14).

Neste caso, como a mediastinite se estendia abaixo da bifurcação traqueal, seria recomendada drenagem mediastinal superior por meio de acesso cervical associada a drenagem transtorácica e a antibioticoterapia de largo espectro^(5,7,12). Entretanto, o presente caso evoluiu para a cura sem tratamento cirúrgico e um dos fatores que certamente contribuíram para essa evolução favorável foi o fato de o paciente ter desenvolvido fistula em região faríngea, que permitiu a drenagem espontânea do pus. Devido à melhora do quadro clínico do paciente, foi mantido o tratamento conservador, ou seja, a antibioticoterapia de largo espectro, havendo regressão total do derrame pleural e do abscesso cervicomedial. Marie *et al.*⁽⁵⁾ relataram quatro casos de pacientes com infecção na região parafaríngea que evoluíram com mediastinite necrotizante descendente e que foram tratados sem terapêutica cirúrgica invasiva, sendo completamente curados.

Em situações especiais, a mediastinite necrotizante descendente pode excepcionalmente evoluir sem necessidade de operação. Entretanto, o tratamento padrão para a mediastinite necrotizante descendente é a drenagem cirúrgica com toracotomia.

REFERÊNCIAS

1. Bonapart IE, Stevens HPJD, Kerver AJH, Rietveld AP. Rare complications of an odontogenic abscess: mediastinitis, thoracic empyema and cardiac tamponade. *J Oral Maxillofac Surg* 1995;53:610-613.
2. Kruyt PM, Boonstra A, Fockens P, Reeders JWAJ, Lanschot JJB. Descending necrotizing mediastinitis causing pleuroesophageal fistula: successful treatment by combined transcervical and pleural drainage. *Chest* 1996;109:1404-1407.
3. Takao M, Ido M, Hamaguchi K, Chikusa H, Namikawa S, Kusagawa M. Descending necrotizing mediastinitis secondary to a retropharyngeal abscess. *Eur Respir J* 1994;7:1716-1718.
4. Watanabe M, Ohshika Y, Aoki T, Takagi K, Tanaka S, Ogata T. Empyema and mediastinitis complicating retropharyngeal abscess. *Thorax* 1994;49:1179-1180.
5. Marie S, Tjon A, Tham RTO, Van Der Mey AGL, Meerdink G, Van Furth R, Van Der Meer JWM. Clinical infection and nonsurgical treatment of parapharyngeal space infections complicating throat infection. *Rev Infect Dis* 1989;9:75-982.
6. Ely EW, Stump TE, Hudspeth AS, Haponik EF. Thoracic complications of dental surgical procedures: hazards of the dental drill. *Am J Med* 1993;95:456-465.
7. Estrera AS, Landay MJ, Grisham JM, Sinn DP, Platt MR. Descending necrotizing mediastinitis. *Surg Gynecol Obstet* 1983;157:545-552.
8. Ruiz CC, Labajo AD, Vilas IY, Panniagua J. Thoracic complications of deeply, situated serous neck infections. *J Craniomaxillofac Surg* 1993; 21:76-81.
9. Straalen HCM, Jansveld KAF, Michels LFE, Tham RTOT. Mediastinitis with fistula formation to the left main bronchus: a complication of wisdom tooth extraction. *Chest* 1994;106:623-624.
10. Swensen SJ, Aughenbaugh GL, Brown LR. Chest case of the day: mediastinal abscess. *Am J Roentgenol* 1993;160:1318.
11. Brunelli A, Sabbatini A, Catalini G, Fianchini. Descending necrotizing mediastinitis: cervicotomy or thoracotomy? *J Thorac Cardiovasc Surg* 1996;111:485-486.
12. Marty-Ane CH, Alauzen M, Alric P, Serres-Cousine O, Mary H. Descending necrotizing mediastinitis advantage of mediastinal drainage with thoracotomy. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1994;107:55-61.
13. Wheatley MJ, Stirling MC, Kirsh MM, Gago O, Orringer MB. Descending necrotizing mediastinitis: transcervical drainage is not enough. *Ann Thorac Surg* 1990;49:780-484.
14. Esgaib AS, Ghefter MC, Lyra RM, Guidugli RB, Trajano ALC, Ferreira SMA. Mediastinitis after cervical suppuration. *Rev Paul Med* 1992;110: 227-236.
15. Brook I, Frazier EH. Microbiology of mediastinitis. *Arch Intern Med* 1996; 156:333-336.
16. Durazzo MD, Pinto FR, Loures MSR, Volpi EM, Nishio S, Brandão LG, Cordeiro AC, Ferraz AR. Os espaços cervicais profundos e seu interesse nas infecções da região. *Rev Assoc Med Bras* 1997;43:119-126.