



## Clínica cotidiana

# Signos radiológicos de mediastinitis

Ganna Ogorodnyk Zhurakhivska<sup>a,\*</sup>, Manuel Tadio Lopez<sup>b</sup>, Sara De Antonio Feu<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Centro de Salud Buitrago de Lozoya. Buitrago de Lozoya, Madrid. <sup>b</sup>Centro de Salud Ciudad San Pablo. Coslada, Madrid.

<sup>c</sup>Centro de Salud Virgen del Cortijo. Madrid.

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 31 de diciembre de 2025

Aceptado el 9 de enero de 2026

On-line el 19 de mayo de 2026

#### Palabras clave:

Disfagia

Mediastinitis

Dolor torácico

#### Keywords:

Dysphagia

Mediastinitis

Chest pain

### R E S U M E N

La mediastinitis aguda es una entidad de difícil sospecha dada su poca frecuencia y los síntomas variados que puede presentar. Se aborda un caso que supuso un real reto diagnóstico dado que la paciente no tenía antecedentes ni factores de riesgo para presentar esta patología. Además, repasaremos la lectura básica de la radiografía de tórax y los signos radiográficos de la mediastinitis.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por E-Medfarma 2020, S.L.

### Radiological signs of mediastinitis

### A B S T R A C T

Acute mediastinitis is a difficult condition to diagnose due to its rarity and the varied symptoms it can present. We will discuss a case that posed a real diagnostic challenge, as the patient had not risk factors for this pathology. In addition, we will review the basic interpretation of chest X-rays and the radiographic signs of mediastinitis.

© 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by E-Medfarma 2020, S.L.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [ganna.ogorodnyk@salud.madrid.org](mailto:ganna.ogorodnyk@salud.madrid.org) (G. Ogorodnyk Zhurakhivska ).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2026.S1.100>

2254-5506 / © 2026 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

## Descripción del caso clínico

Mujer de 54 años sin antecedentes de interés. Acude a consulta por notar de forma progresiva desde hace 24 horas, leve dificultad para deglutir, dolor cervical anterior y en hemitórax derecho junto con febrícula. No recuerda haber ingerido alimentos duros o con espinas que puedan haberse impactado. La última manipulación dentaria fue hace 2 meses. A la exploración física la paciente se encuentra con excelente estado general, eupneica, estable hemodinámicamente y las constantes son normales. El cuello y la faringe no presentan anomalías, la auscultación cardiopulmonar es normal.

Se remite a urgencias hospitalarias y en las pruebas complementarias destaca leucocitosis ( $21 \times 10^9$ ) con elevación de proteína C reactiva (PCR 134 mg/L). En la radiografía de tórax se aprecia desviación traqueal (figura 1) y en ventana de parénquima (figura 2) se observa burbuja de gas con nivel hidroaéreo y edema de partes blandas. Tras realización de tomografía axial computarizada (TAC) se establece el diagnóstico de mediastinitis, realizándose cirugía urgente: cervicotomía y toracotomía exploradoras con lavado y drenaje.

La causa de la mediastinitis no pudo ser establecida. La paciente presentó buena evolución con recuperación completa de la enfermedad.

## Comentario

La mediastinitis se define como la inflamación aguda o crónica de las estructuras mediastínicas. Habitualmente se debe a una infección del tejido conectivo localizado en la cavidad torácica media.

La causa aguda más frecuente es tras una esternotomía. La perforación esofágica es la segunda causa más frecuente originándose la infección en la flora orofaríngea común. La mediastinitis necrotizante descendente es la tercera causa, siendo el 60 % de las veces de foco odontógeno y el microorganismo causante es *Streptococcus*  $\beta$ -hemolítico en el 71,5 % de los casos<sup>1</sup>.

Otras causas de infecciones profundas del cuello son las infecciones amigdalinas, infecciones de la piel y partes blandas, patología parotídea, tuberculosis ganglionar, traumatismos, otitis media complicada, quiste tirogloso infectado o catéter central infectado.

Es esencial sospecharlo mediante la anamnesis y la exploración física. Los síntomas y signos iniciales son: fiebre, escalofríos, taquicardia, disnea y tos. La presentación puede variar dependiendo del foco de la infección. Los abscesos cervicales pueden producir, además de lo previo, disfagia, odinofagia o disfonía, mientras que los abscesos odontogénicos cursan con dolor, aumento de partes blandas, supuración o masa purulenta en arcadas dentales o resto de estructuras de la boca. El compromiso de trayectos nerviosos se manifiesta como trismus (limitación para abrir la boca). La afectación del mediastino superior provoca dolor retroesternal y se irradia hacia el cuello; en la afectación de mediastino inferior el dolor suele ser interescapular y se irradia hacia el tórax.

La prueba diagnóstica inicial en el paciente estable es la radiografía de tórax. Se deben obtener proyecciones PA (posteroanterior) y lateral. En presencia de un cuadro clínico com-

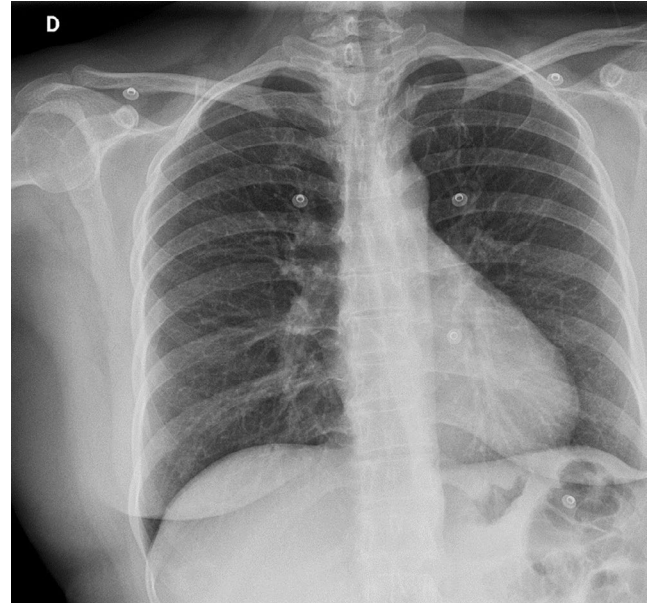


Figura 1 – Desviación de tráquea visible en la radiografía de tórax.



Figura 2 – Burbuja de gas con nivel hidroaéreo y edema de partes blandas visibles en la radiografía de tórax.

patible, se puede establecer un diagnóstico ante la presencia de signos radiográficos sugestivos de mediastinitis aguda (tabla 1). En algunos casos se puede plantear también ampliar el estudio con una radiografía cervical anterior y lateral.

El pronóstico de la mediastinitis depende en gran medida de la rapidez del diagnóstico y el inicio del tratamiento médico y/o quirúrgico. Entre los factores de mal pronóstico se encuentran la edad avanzada, la diabetes mellitus, la desnutrición y el uso de esteroides de forma crónica<sup>2</sup>.

En atención primaria, ante la sospecha de mediastinitis, se deben buscar síntomas y factores de riesgo, antecedentes

**Tabla 1 – Puntos clave para la interpretación de una radiografía de tórax.**

Puntos clave para interpretación de una radiografía de tórax <sup>5</sup>	
Determinar la proyección	Posteroanterior (PA), lateral (L), anteroposterior (AP)
Determinar la calidad	Rotación, inspiración, penetración
Análisis sistemático	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tejidos blandos</li> <li>• Esqueleto</li> <li>• Mediastino (masa, ensanchamiento, catéteres), diafragma, pleura</li> <li>• Pulmones: vía aérea (tráquea, bronquios, carina), parénquima (vértices pulmonares, lóbulos, hilios)</li> <li>• Silueta cardíaca e índice cardiotorácico</li> </ul>
Signos radiológicos de mediastinitis en radiografía de torax	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensanchamiento mediastínico, neumopericardio y enfisema subcutáneo</li> <li>• Desplazamiento de las estructuras mediastinales adyacentes a la lesión como la tráquea, los bronquios principales o el corazón</li> </ul>	
Signos radiológicos de mediastinitis en radiografía cervical	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfisema subcutáneo</li> <li>• Edema de los tejidos blandos prevertebrales y ensanchamiento del mediastino superior</li> <li>• Presencia de burbujas de aire ectópico</li> </ul>	
Fuente: Gimenez Palleiro AM. Información básica de la Rx de tórax. <i>Medi Respir.</i> 2017;10(3):25-39.	

de perforación esofágica, cirugía torácica, manipulación odontológica o probabilidad de ingestión de alimentos con espinas.

La dificultad para deglutir o hablar y la presencia de enfisema subcutáneo pueden indicar una extensión de la infección desde el cuello. Dada su gravedad, se debe derivar al paciente a un servicio de urgencias para pruebas de imagen como radiografía de tórax o TAC y confirmar el diagnóstico, ya que la mediastinitis requiere tratamiento inmediato<sup>3,4</sup>.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Martínez Vallina P, Espinosa Jiménez D, Hernández Pérez L, Triviño Ramírez A. Mediastinitis. *Arch Bronconeumol.* 2011;47(Supl 8):32-6.
2. Salinas Miranda E, Sifuentes KL, Vélez JG, Pinzon BA. Enfoque inicial de las alteraciones mediastinales: revisión de sus referencias anatómicas radiológicas. *Rev Colomb Cardiol.* 2018;25(6):380-95.
3. Tarelo-Saucedo JM, Ruiz Funes-Molina AP, Meza-Carmona J, Miranda-Villasanac JE, Tolentino-Camposc O, Uribe-Camposc A, et al. Mediastinitis necrosante descendente: reporte de caso y revisión de la literatura. 2021;28(2):106-12.
4. Geka K, Obuchi T. Mediastinitis aguda. *Toracic Surg.* 2022; 75(10):859-6.
5. Giménez Palleiro AM. Información básica de la Rx de tórax. *Med Respir.* 2017;10(3):25-39.