

Mediastiniti.

Rivedere anatomia del mediastino.

Il mediastino risulta essere spesso sede di processi infiammatori, le mediastiniti, in quanto estremamente ricco di adipe, il quale presenta le seguenti caratteristiche:

1. l'adipe è scarsamente vascolarizzato
2. la presenza di cellule immunocompetenti è scarsa

Queste caratteristiche dell'adipe fanno sì che spesso il mediastino sia sede di processi flogistici.

Le mediastiniti sono distinte in:

- acute
 1. da perforazione esofagea
 2. da mediastinite necrotizzante discendente
 3. post-sternotomia
- croniche
 1. granulomatose (TBC)
 2. fibrotiche

I sintomi sono:

- febbre
- dispnea
- dolore
- leucocitosi
- shock settico
- odinofagia (per compressione sull'esofago)

La perforazione esofagea è un'evenienza non molto frequente ma che presenta una mortalità compresa tra il 15-50% a seconda del momento della diagnosi.

La perforazione può essere:

- traumatica
- iatrogena (durante endoscopia)
- spontanea
- post-emetica (S. di Boerhaave)

Spesso si associa ad odinofagia, edema sottocutaneo e contrattura di difesa epigastrica.

Sindrome di Boerhaave: rottura post-emetica dell'esofago provocato da un brusco aumento della pressione intraluminale con mancato rilasciamento del muscolo crico-faringeo.

La terapia chirurgica si orienta verso la semplice sutura della lesione qualora la diagnosi venga effettuata entro le prime 24-48 ore dalla rottura. Viceversa, oltre tale tempo, quando si ha la comparsa di tessuto macerato, la terapia consiste nell'asportazione del tessuto malato e nella sostituzione con una protesi.

Mediastinite necrotizzante discendente.

Ha una mortalità del 40% ed è causata da Streptococco beta emolitico e stafilococco.

La sede di origine dell'agente infettivo è:

- odontogena
- cervicale
- orofaringea
- post-chirurgica

La terapia è medica basata su antibiotici e chirurgica con il posizionamento di un drenaggio.

Spasmex