

ABSCESO DEL PULMÓN.

Dr.- Benito A. Saínez Menéndez (1)

1. Concepto.

1.1. Se define como una necrosis y cavitación del parénquima pulmonar a partir de su infección. Se trata de un área pulmonar localizada de supuración y cavitación > 2 cm, con paredes propias y nivel hidroaéreo. Puede ocurrir a partir de una infección distal a una obstrucción bronquial. Si múltiples pequeñas cavidades con un diámetro < 2 cm se denomina neumonía necrotizante.

1.2 Su origen puede ser:

- Tuberculoso, micótico, secundario a bronquiectasias, quistes infectados e incluso a infartos pulmonares que en su evolución se cavitan y abscedan. Las cavidades tuberculosas o micóticas al no retener líquido carecen de niveles hidroaéreos pero pueden contener detritus y micetomas (aspergillus).
- Están causados principalmente por microorganismos anaerobios (*Clostridium perfringens*, *septicum* y el peptoestreptococo), sin embargo son frecuentes infecciones mixtas en las que participan microorganismos de la flora orofaríngea.
- Los gérmenes aeróbicos ó facultativos más frecuentemente encontrados son *Staphylococcus Aureus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Nocardia sp.*, y organismos Gram.-negativos. Se pueden encontrar patógenos no bacterianos tales como hongos y parásitos.

2. Clasificación.

2.1, Por el tiempo de evolución de los síntomas:

- Agudo o crónico si tuviera menos o más de 8 semanas de evolución, respectivamente.

2.2 Por condiciones asociadas:

- Primario: pacientes propensos a la aspiración, previamente sanos.
- Secundario: pacientes que sufren estados comórbidos tanto locales (neumonía necrotizante por *Klebsiella*, enfermedades esofágicas, bullas de enfisema, neoplasia del pulmón, bronquiectasias, quistes broncogénicos, secuestros, cavidades Tb ó micóticas) y/o generales (enfermedades sistémicas que comprometen al sistema inmune (SIDA, transplantado de órganos), alcoholismo, después de extracciones dentales o amigdalectomías, diseminaciones hematógenas a partir de bacteriemias en insuficientes cardíacos o enfermedades debilitantes, ancianidad, uso de drogas IV, ingestión de esteroides.

2.3 Desde un punto de vista anatómico-patológico:

- Simple.
- Gangrenoso o pútrido.

3. Diagnóstico.

3.1 Antecedentes

- Infecciones del parénquima pulmonar: Neumonía, bronconeumonía y neoplasia pulmonar abscedada.
- Neumonitis por micro aspiraciones fisiológicas nocturnas procedentes de pacientes con enfermedades gingivo dentales o sepsis bucal con aumento de la densidad de la población bacteriana.
- Bronconeumonía por aspiración de cuerpos extraños o restos alimentarios en paciente inconsciente: epilepsia, alcoholismo, accidentes vascularesencefálicos, anestesia.

- En pacientes de edades avanzadas o con enfermedades sistémicas o malignas que deprimen la respuesta inmunológica a la infección en los que se aísla, además de los gérmenes ya mencionados, pseudomonas, proteus y klebsiellas.
- Bronquiectasias.
- Focos sépticos a distancia, tales como: sepsis de la orofaringe, sinusitis y piemia. En ocasiones siembra hematógena pulmonar complicando a endocarditis ó tromboflebitis sépticas.
- Focos sépticos por contigüidad como abscesos hepáticos y subfrénicos.
- Operaciones de las vías respiratorias altas. Uso de ventiladores a presión positiva y nebulizaciones hechas en condiciones de esterilización insuficiente.

3.2 Cuadro clínico

Semeja una neumonía, los pacientes se aprecian sépticos, sudorosos, febriles con tos y expectoración maloliente en ocasiones pútrida que puede estar precedida de vómica, a veces hemoptoica con dolor pleurítico y toma del estado general. En ocasiones se rompen contaminando cavidad pleural evolucionando hacia el pnoneumotórax. Halitosis marcada. Al examen físico de inicio los signos propios de la neumonía y una vez desarrollada la cavidad puede aparecer un soplo anfórico.

3.3 Exámenes de laboratorio.

- Hemocultivo: Puede ser positivo en pacientes con infección por Staphylococcus Aureus y bacilos gramnegativos de diseminación hematógena.
- Espudo: coloración de Gram y cultivo, tanto para gérmenes aerobios como anaerobios.
- Aislamiento hasta por métodos invasivos de los gérmenes descritos para su tratamiento específico: punción transtraqueal o transtorácica.

3.4. Estudios imagenológicos:

- Radiografía de tórax simple en posiciones AP y lateral.
 - Ultrasonografía.
 - Tomografía axial computarizada.
- Precozmente área redondeada de consolidación y más tarde nivel hidroaéreo en decúbito supino o en posición de pie, en segmentos posteriores de lóbulos superiores e inferiores. Lesiones cavitadas en lóbulo medio ó segmentos anteriores de lóbulos superiores deben hacer sospechar otra etiología, incluyendo tumores malignos.
- Los diagnósticos diferenciales incluyen: empiema tabicado, presencia de líquido en quistes o bullas preexistentes, divertículo epifrénico, cavidades Tb, micóticas o por cáncer de pulmón. La diferenciación por Rx simple de tórax entre un absceso periférico y un empiema localizado con fístula broncopleural es difícil y conlleva importantes implicaciones terapéuticas, lográndose usualmente por intermedio de la TAC.

3.5 Endoscopia.

- Broncoscopía, para descartar obstrucción bronquial por neoplasia, estenosis o cuerpo extraño (más frecuentes en el lado derecho).
- Obtención de muestras para estudios bacteriológico, citológico y micológico.

4. Tratamiento

4.1 Profiláctico.

- Cuidados preoperatorio de la sepsis oral y de las enfermedades periodontales en general.
- Tratamiento de las infecciones pulmonares, focos sépticos a distancia y de contigüidad.
- Evitar la broncoaspiración en todo paciente anestesiado o inconsciente.
- Observación estricta de las medidas de esterilización en intervenciones quirúrgicas de las vías respiratorias altas y en el uso de ventiladores y nebulizadores.

4.2 Médico.

Cuadros clínicos > 3 meses antes de iniciar tratamiento ó cavidades > 4-6 cm

tienen menos probabilidades de responder al tratamiento médico.

4.2.1 Cobertura antibiótica lo antes posible:

- De inicio penicilina G sódica (4 millones de unidades cada 4 horas IV), ó ampicilina ó amoxicilina. Asociar a metronidazol (500 mg IV cada 8h) para cubrir anaerobios y Gram negativos productores de betalactamasa.
- Dada la aparición de organismos productores de lactamasa hoy en día la Clindamicina es el antibiótico de elección, activa contra cocos Gram positivos incluyendo estafilococos penicilino- resistentes y anaerobios (0,7 -0,9 g cada 8 horas IM/IV o 150-300 mg cada 6 horas O).
- Asociación de amoxicilina con ácido clavulánico (dosis inicial 2 g cada 8 horas IV).
- Otras alternativas a la penicilina son las Cefalosporinas de primera y segunda generación como la Cefazolina a razón de 2 a 4 g al día dividido en dos o tres dosis.
- Se cambiarán estos antibióticos de acuerdo con los resultados bacteriológicos de esputo o secreción purulenta del absceso, y se mantendrán preferiblemente hasta la resolución total de la cavidad ó mejoría radiológica significativa, continuándose por vía oral durante 3-12 semanas después del tratamiento por vía IV.
- Después del tratamiento médico pueden persistir cavidades asépticas ó lesiones de fibrosis las que sólo se observarán a no ser que sean fuentes de complicación, tales como neumonías recurrentes o hemoptisis.

4.2.2 En la infancia la neumonía estafilocócica puede conllevar la formación de neumatoceles caracterizados por cavidades de paredes finas acompañadas de derrames pleurales, empiemas y pnoneumotórax que con tratamiento específico pueden ir a la resolución total sin dejar secuelas.

4.2.3 Medidas generales: reposo en cama, dieta hiperproteica, vitaminoterapia tratamiento de la anemia y de las enfermedades concomitantes.

4.2.4 Se valorará según corresponda el uso de ejercicios respiratorios, tos asistida, expectorantes, mucolíticos, descongestionantes y broncodilatadores.

4.2.5 Tratamiento endoscópico:

- Broncoscopia para remoción de cuerpos extraños, drenaje del absceso por aspiración directa o por cateterización transbronquial de la cavidad ó ante la sospecha de carcinoma endobronquial.

4.2.6 Drenaje postural:

- En posición semisentada para los abscesos del lóbulo superior. En los abscesos del lóbulo medio o inferior: acostado y en posición de Trendelenburg.
- En general, el paciente deberá adoptar la posición en que el absceso drene por gravedad de acuerdo con su localización y en la que la expectoración sea más fácil y abundante.
- Se recomienda por dos periodos al día, de preferencia en la mañana y poco antes de retirarse a dormir, antes de las comidas; debe durar de 20 a 30 minutos.
- Si el paciente no puede toser ó la tos es inefectiva para movilizar las secreciones bronquiales se impone su remoción por aspiración nasotraqueal, pudiendo incluso requerirse de intubación endotraqueal.

4.3 Quirúrgico.

Necesario en < 10% de los casos. Usualmente drenan espontáneamente a través del árbol traqueobronquial.

- En cavidades persistentes > 2cm de paredes gruesas en los que no logra controlarse la sepsis después de 8 semanas de tratamiento médico.
- En casos de hemoptisis masivas.
- En la necesidad de excluir el .cáncer de pulmón.
- Otras posibles indicaciones incluyen: no respuesta al tratamiento médico ó su incremento de tamaño, abscesos a tensión, contaminación pulmonar contralateral, infección necrotizante con múltiples abscesos, rupturas, pnoneumotórax.

4.3.1 Signos de malignidad:

- Aumento de tamaño de la cavidad.

- Configuración irregular de la cavidad.

4.3.2 Signos de cronicidad:

- Abscesos satélites.
- Neumonitis crónica con atelectasia y fibrosis.
- Bronquiectasias.
- Empiema encapsulado.
- Cavidad de paredes gruesas.
- Hemorragia pulmonar repetida o incontrolable (tratamiento de urgencia).
- Absceso pútrido o gangrenoso (operación precoz).

4.3.3 El tratamiento quirúrgico será exéretico, de acuerdo con la envergadura de la lesión, estado del parénquima circunvecino y estado general del paciente:

- Puede contemplar desde la segmentectomía típica o atípica hasta la neumonectomía. Se hará preferiblemente lobectomía, sobre todo en casos de sangramientos ó pnoneumotórax.
- En pacientes con mal estado general se hará drenaje del absceso bajo control radiológico a través de catéteres colocados en cavidad por vía percutánea y posteriormente, si es necesario y las condiciones lo permiten, cirugía exerética.
- Siempre se hará esta cirugía bajo anestesia endotraqueal con protección del pulmón contralateral: tubo de doble luz, intubación bronquial selectiva contralateral, bloqueador bronquial ó posición de Overholt.
- Si ruptura del absceso en cavidad pleural, drenar mediante toracostomía con sonda y tratar empiema y posible fístula broncopleural.
- En pacientes en estado crítico puede requerirse, en caso de haberse producido una sínfisis pleural, el drenaje externo percutáneo del absceso a través de un tubo de toracostomía, drenaje percutáneo ó cavernostomía quirúrgica.