

Absceso del pulmón

Dr. Benito Saíñz Menéndez¹

1. CONCEPTO

1.1. Se define como un área localizada de supuración y cavitación en el pulmón, mayor de dos centímetros, con paredes propias y nivel hidroaéreo en comunicación con un bronquio.

1.2 Pueden ser de origen:

- Tuberculoso, micótico, secundario a bronquiectasias, quistes infectados e incluso a infartos pulmonares que en su evolución se cavitan y abscedan.
- Están causados principalmente por microorganismos anaerobios (*Clostridium perfringens*, *septicum* y el *peptostreptococo*), sin embargo son frecuentes infecciones mixtas en las que participan microorganismos de la flora orofaríngea.
- Los gérmenes aeróbicos más frecuentemente encontrados son estafilococos, estreptococos hemolíticos y no hemolíticos y la *Escherichia coli*.

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 (enfisema, neoplasma del pulmón, bronquiectasia y otros) y/o generales (enfermedades sistémicas que comprometen al sistema inmune como, por ejemplo, el SIDA o el trasplante de órganos).

2.3 Desde un punto de vista anatómo-patológico:

- Simple.
- Gangrenoso o pútrido.

3. DIAGNÓSTICO

3.1 Antecedentes

3.1.1 Infecciones del parénquima pulmonar:

- neumonía, bronconeumonía y neoplasia pulmonar abscedada.
- neumonitis por microaspiraciones 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 cuerpo extraño o restos alimentarios en paciente inconsciente: epilepsia, alcoholismo, accidentes vasculares encefálicos, 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 klebsielas.
- bronquiectasias, etcétera.

3.1.2. Focos sépticos a distancia, tales como: sepsis de la orofaringe, sinusitis y piemia.

3.1.3 Focos sépticos por contigüidad como abscesos hepáticos y subfrénicos.

3.1.4 Operaciones de las vías respiratorias altas. Uso de ventiladores a presión positiva y nebulizaciones hechas en condiciones de esterilización insuficiente.

3.2 Cuadro clínico

3.2.1 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 torácico de tipo pleural y toma del estado general. En ocasiones se rompen contaminando cavidad pleural y evolucionando hacia el pnoneumotórax.

3.2.2 Al examen físico existe de inicio signos de consolidación pulmonar auscultando un soplo de características pleurales si existe participación pleural. Halitosis marcada.

3.3 Exámenes de laboratorio

- Hemocultivos: Pueden ser positivos en pacientes con infección por Staphylococcus Aureus y bacilos gramnegativos de diseminación hematogena.
- 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

3.4.1 Radiografía de tórax simple en posiciones AP y lateral.

3.4.2 Ultrasonografía.

3.4.3 Tomografía axial computarizada

3.5 Endoscopia

1.5.1 Broncoscopia, para descartar obstrucción bronquial por neoplasia o cuerpo extraño.

1.5.2 Obtención de muestras para estudios bacteriológico, citológico y micológico.

4. TRATAMIENTO

4.1 Profiláctico

4.1.1 Cuidados preoperatorio de la sepsis oral y de las enfermedades periodontales en general.

4.1.2 Tratamiento de las infecciones pulmonares, focos sépticos a distancia y de contigüidad.

4.1.2 Evitar la broncoaspiración en todo paciente anestesiado o inconsciente.

4.1.3 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

4.2.1 cobertura antibiótica lo antes posible :

- Prefiriéndose de inicio la penicilina G sódica a dosis de 4 millones de unidades cada 4 horas IV.
- La clindamicina, activa contra cocos Gram positivos incluyendo estafilococos penicilinoresistentes y anaerobios (0,7-0,9 g cada 8 horas IM/IV o 150-300 mg cada 6 horas O) .
- O la 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. La combinación de Penicilina y Metronidazol endovenoso a razón de 1,5 g diarios, al inicio, seguida de este último por la vía oral en tres tomas orales de un gramo, es otra alternativa para la infección pulmonar por anaerobios.
- Se cambiarán o mantendrán estos antibióticos de acuerdo con los resultados bacteriológicos de esputo o secreción purulenta del absceso y se continuarán por vía oral durante dos o tres semanas después de realizar el tratamiento por vía intravenosa.

4.2.2 En la infancia la neumonía estafilocócica puede conllevar la 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 broncodilatores.

4.2.5 Tratamiento endoscópico: Broncoscopía para remoción de cuerpos extraños y drenaje del absceso por aspiración a través el bronquio afecto.

4.2.6 Drenaje postural :

- En posición semisentada para los abscesos del lóbulo superior. En los abscesos del lóbulo medio o inferior: acostado sobre el lado afectado 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 mas 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.

4.3 Quirúrgico

4.3.1 Grandes abscesos, mayores de 6 cm, de paredes gruesas que no responden al tratamiento después de 6 a 8 semanas de antibiocioterapia o en casos de hemoptisis masivas.

4.3.2 Signos de malignidad:

4.3.2.1 Aumento de tamaño de la cavidad.

4.3.2.2 Configuración irregular de la cavidad.

4.3.3 signos de cronicidad

4.3.3.1 Abscesos satélites

4.3.3.2 Neumonitis crónica con atelectasia y fibrosis.

4.3.3.3 Bronquiectasia.

4.3.3.4 Empiema encapsulado.

4.3.3.5 Cavidad de paredes gruesas.

4.3.3.6 Hemorragia pulmonar repetida o incontrolable (tratamiento de urgencia).

4.3.3.7 Absceso pútrido o gangrenoso (operación precoz).

4.3.4 El tratamiento quirúrgico será exerético, de acuerdo con la envergadura de la lesión y el estado general del paciente:

4.3.4.1 Segmentectomía típica o atípica, lobectomía o neumonectomía.

4.3.4.2 Drenaje del absceso bajo control radiológico a través de catéteres colocados en su cavidad percutáneamente en pacientes con mal estado general y posteriormente, si es necesario y las condiciones lo permiten, cirugía exéretica.

Siempre se hará esta cirugía bajo anestesia endotraqueal con intubación bronquial selectiva, o en posición de Overholt.

1 Profesor Titular de Cirugía (Consultante), Facultad de Ciencias Médicas Salvador Allende, Especialista de II Grado en Cirugía General. Miembro del Grupo Nacional de Cirugía.