

Absceso del pulmón. Presentación de 15 casos

Por los Dres.:

RAFAEL PILA PEREZ,²¹ MANEL CARRO CABRERA,²² RAFAEL FELIX LEON²³

Pila Pérez, R. y otros *Absceso del pulmón. Presentación de 15 casos.* Rev Cub Msd 17: 5, 1978.

Las enfermedades supuradas siguen siendo un problema médico bastante frecuente, aunque no se conoce su verdadera frecuencia. Informes recientes indican que se observan cada año de 5 a 10 casos de absceso pulmonar en un hospital de más de 250 camas. Se investigan 15 pacientes, y de éstos, 10 pertenecían a la raza blanca, 3 a la negra y 2 eran mestizos. En cuanto al sexo no hubo predominio manifiesto. La sepsis oral, neumonía y alcoholismo fueron los factores etiopatogénicos más frecuentes, así como los síntomas fueron: tos, fiebre y expectoración. Los signos que resultaron prevalentes eran los estertores húmedos y la disminución del murmullo vesicular. Los datos de laboratorio, patológicos, de mayor incidencia fueron: anemia, leucocitosis y eritrosedimentación acelerada. Las frecuencias radiográficas más comunes fueron la imagen hidroaérea y la opacidad homogénea. El lóbulo superior derecho fue el más afectado. La penicilina es el antibiótico de elección por diferentes autores. Se compara la estadística con la que aparece en la literatura médica mundial.

INTRODUCCION

El término lesión pulmonar supurada se refiere a las infecciones destructivas de los pulmones, bronquios o ambos, acompañadas de pus.^{1,2}

Los procesos supurativos pueden afectar el parénquima pulmonar como en los casos de abscesos pulmonares primarios y secundarios, o los bronquios, como en las bronquiectasias sacciformes y mucoviscidosis.^{1,3,4}

Los abscesos del pulmón han disminuido mucho en los últimos años debido al empleo temprano de antibióticos contra las afecciones pulmonares.^{5,7} El cuadro clínico del absceso pulmonar está dado por fiebre, frecuentemente precedida por un episodio de pérdida del conocimiento, un exceso alcohólico, anestesia general, accidente vascular cerebral o traumatismo del cráneo en el absceso primario,^{8,9,3,4,21} o asociadas a otras entidades como neumonía, obstrucción o estenosis bronquial (neoplasias del pulmón, tromboembolias supurativas, etc.).

²¹ Especialista de I grado en medicina interna. Jefe del servicio de medicina. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

²² Residente de 2do. año de medicina interna. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

²³ Residente de 1er. año de radiología. Hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech", Camagüey.

Los síntomas principales son: tos, expectoración, hemoptisis, dolor torácico pleurítico y esputo pútrido copioso.^{10*11*8}

El inicio puede ser insidioso con poca tos, sin expectoración, algo de dolor torácico o hemoptisis^{11*8*1**4}

El propósito con este trabajo es presentar los casos de 15 pacientes de quienes revisaremos la etiopatogenia, cuadro clínico y tratamiento.

MATERIAL Y METODO

Se revisan los expedientes clínicos de 15 pacientes ingresados en el hospital provincial docente "Manuel Ascunce Domenech" en el año 1976. Se analizan: su edad, sexo y raza, así como su procedencia (cuadro I), antecedentes etio- patogénicos (cuadro II), síntomas y signos (cuadro III), datos de laboratorio (cuadro IV), imágenes radiográficas y distribución pulmonar (cuadros V y VI).

Se revisan los tratamientos y el valor de otros exámenes, tales como: esputos, broncoscopia y broncografía como diagnóstico de esta entidad.

Edad	Años
Más joven	23
Más viejo	83
Promedio	47
Sexo	Casos
Femenino	7
Masculino	8
Raza	Casos
Blanca	10
Negra	3
Mestiza	2
Procedencia	Casos
Rural	13
Urbana	2

Anemia	6
TB	1
Neumonía	8
Neoplasia del pulmón	2
Alcoholismo	7
Déficit mental	2
Neumopatía obstructiva	4
Sepsis oral	10
Tromboembolismo pulmonar	1

Síntomas	
Tos	15
Expectoración	13
Fiebre	14
Anorexia	11
Astenia	11
Disnea	6
Dolor torácico	5
Hemoptisis	3
Fetidez de aliento	6
Signos	
Estertores	11
Disminución del MV	12
Matidez	3
Cianosis	5
Palidez	6

R.C.M.
SEPTIEMBRE-OCTUBRE, 1978

CUADRO IV

EXAMENES DE LABORATORIO	
Anemia < de 10 g de Hb	9
Leucocitosis > de 12 000	8
VSG > 50 mm	13
xPFH	5

x Bilirrubina, TPG; tiempo de protombina.

CUADRO V

IMAGEN RADIOLOGICA

Imagen hidroaérea	7
Opacidad homogénea	7
Opacidad con aclaramiento en su interior	1

CUADRO VI

LOCALIZACION ANATOMICA

Pulmón derecho	
LS	1
LM	1
LI	5
Pulmón izquierdo	
LS	2
LI	4
Casos múltiples	2

RESULTADOS

Para el diagnóstico de un absceso pulmonar hemos tenido presentes los siguientes criterios:

- Historia clínica apropiada, incluidas las circunstancias que favorecen la aspiración pulmonar.

- Síntomas de infección pulmonar aguda y crónica.
- Manifestaciones radiográficas compatibles.
- Tinciones características de gram y cultivo del esputo.

La edad de aparición más frecuente fue en la 3ra. y 5ta. décadas de la vida; con respecto al sexo encontramos 8 pacientes del masculino y 7 del femenino; la raza mostró elevado predominio de la blanca, con 10; le siguieron la negra con 3; y 2 mestizos.

Llama la atención que de los 15 pacientes, sólo 2 eran de zona urbana y el resto procedían de algún medio rural.

Entre los factores etiopatogénicos de mayor incidencia estuvieron: la sepsis oral, en 10 pacientes; neumonía, en 8, que las más frecuentes son las causadas por *Klebsiella*, estafilococo dorado y la estreptocócica, la cual es supurativa; desde el principio^{11,10,1-4} sólo encontramos las neumocócicas en ancianos asociadas a otras afecciones; alcoholismo, 7; y anemia, 6; en 2 de ellos con deterioro mental, que sufrían convulsiones, y que presentaron el cuadro del absceso sin una causa previa (primarios).

La neoplasia de pulmón está siendo informada cada vez con mayor frecuencia por diferentes autores,^{1,2} sin embargo, sólo aparece en 2 de nuestros pacientes.

Este proceso produce el absceso por obstrucción, de un bronquio o por un tumor voluminoso que sufre necrosis y cavidad.

En todos los pacientes han existido los síntomas respiratorios de tos y expectoración, acompañados de fiebre, que fueron los más frecuentes, seguidos en orden, por la anorexia y la astenia. En sólo 5 existió dolor torácico, al igual que disnea en 6, hemoptisis o expectoración hemoptoica en 3 de ellos y en 6 se detectó fetidez de aliento debido posiblemente a gérmenes anaerobios.

Entre los signos locales, estertores y disminución del murmullo vesicular; y entre los generales, palidez y cianosis fueron los más frecuentes.



Figura 1. Opacidad redondeada con nivel hidroaéreo, que ocupa el lóbulo inferior y medio con senos libres.



Figura 3. En una vista lateral derecha se observa gran imagen hidroaérea que ocupa el mediastino anterior; sus bordes son gruesos y no se distingue el limite superior.

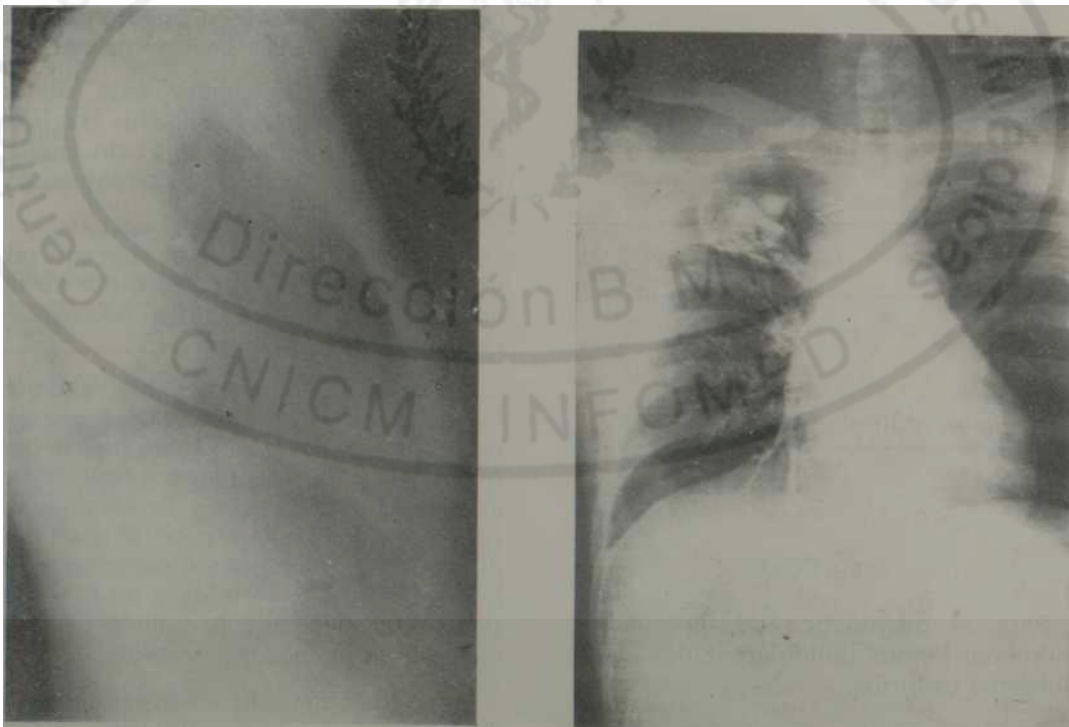


Figura 2. Vista lateral del caso anterior, mostrado en la figura 1, donde se comprueba que es posterior.

Figura 4. Broncografía donde se comprueba la comunicación de bronquios con un absceso primario.

Los datos de laboratorio estuvieron representados por la anemia de menos de 10 g% de Hb en 9 pacientes; la leucocitosis mayor de 12 000 leucocitos la encontramos en 8; y la VSG mayor de 50 mm/h en 13; las PFH se alteraron en 5 pacientes.

La imagen radiográfica con nivel hidroaéreo se observó en 7 pacientes, al igual que la opacidad homogénea; la opacidad con aclaramiento en su interior sólo se observó en uno solo de los 15 pacientes.

En cuanto a la distribución pulmonar, el pulmón derecho fue afectado en 7, el izquierdo en 6 y casos múltiples, 2.

Los segmentos más afectados fueron los inferiores de ambos pulmones, en 9 pacientes.

La broncoscopia se consideró un complementario de rutina en los pacientes con abscesos; a muchos de nuestros pacientes se les realizó broncoscopia en 2 ocasiones, pues no existían pruebas que ofrecieran un logro diagnóstico o terapéutico, ya que al realizarla en los primeros 7 días evidenció hiperemia y drenaje purulento del segmento afecto; generalmente se pudo obtener información de la muestra de pus para esputo bacteriológico. La broncoscopia se indica cuando existe drenaje inadecuado del absceso del pulmón, y ello se manifiesta clínicamente por fiebre elevada, disminución en la producción de esputo e incapacidad de drenar la cavidad comprobada por Rx, de allí su valor terapéutico.

La tomografía fue otra prueba de interés y ayuda diagnóstica en nuestros pacientes. Los esputos citológicos resultaron positivos en 2

pacientes; las pruebas de BAAR, positiva en 1 de ellos. Los gérmenes que más frecuentemente encontramos en el examen de esputo fueron: estafilococo dorado, *Klebsiella*, estreptococo hemolítico y abundantes detritus necróticos y flora mixta.

El antibiograma del esputo en estos pacientes sirvió para la terapéutica específica;^{11,12} el antibiótico más utilizado fue la penicilina, por un período que osciló entre 2 a 7 semanas con dosis de 2 a 4 millones diarios por vías parenteral u oral, y 10 de nuestros pacientes resolvieron con esta terapéutica. Basados en la experiencia de varios autores^{12,13} usamos la dosis antes señalada; otros comienzan con grandes dosis^{12,14} en enfermos muy graves. En 3 de ellos con alergia a la penicilina, se emplearon la gentamicina, eritromicina y kanamicina; y 2 de ellos, en quienes no existió mejoría clínica ni comprobada radiográficamente se decidió la intervención quirúrgica después de dos semanas de tratamiento por sospecha de un cáncer de pulmón como causa de origen.

Debemos tener presente que la mejoría clínica la comprobamos por una disminución de la producción o un cambio favorable en el esputo, aumento de apetito, sensación de bienestar, aumento de peso, corrección de la anemia y en ciertos casos retorno de los leucocitos y la VSG a valores normales.

La mejoría radiográfica incluyó desaparición del infiltrado neumónico, la redacción en el tamaño de la cavidad y el nivel líquido; o sea, el Rx de tórax nos sirvió para valorar evolutivamente el resultado de la terapéutica.

SUMMARY

Pila Pérez, R. et al. *Lung abscess. Report of 15 cases.* Rev Cub Med 17: 5, 1978.

Pyogenic diseases are still an enough frequent medical problem though their true frequency is not known. Recent reports indicate that 5 to 10 cases of lung abscess are seen annually in a hospital with more than 250 beds. Fifteen patients (10 white, 3 negroes and 2 mestees) were studied. A sex predominance was not found. Most frequent causal factors were oral sepsis, pneumonia and alcoholism, and most frequent symptoms were cough, fever and expectoration. Humid sounds as well as a decreased vesicular murmur were prevalent signs. Most frequent laboratory findings included anemia, leukocytosis and accelerated erythrocyte sedimentation. Most common radiographic findings were hydroaerial images and homogeneous opacities. The right upper lobe was most commonly compromised. Several authors use penicillin as the drug of election for treatment. Our statistical figures are compared to those appeared in the world medical literature.

RESUME

Pila Pérez, R. et al. *Abcés du poumon. A propos de 15 cas.* Rev Cub Med 17: 5, 1978.

Les maladies suppurées sont encore un problème médical assez fréquent. quoique sa fréquence réelle ne soit pas connue. Des rapports récents indiquent que chaque année il y a entre 5 et 10 cas d'abcés pulmonaire dans un hôpital de plus de 250 lits. Une étude portant sur 15 patients, dont 10 de la race blanche, 3 de la race noire et 2 métis, est réalisée. En ce qui concerne le sexe il n'y a pas eu de prédominance manifeste. La sepsie orale, la pneumonie et l'alcoolisme ont été les facteurs étiopathogéniques les plus fréquents, de même que les symptômes comme la toux, la fièvre et l'expectoration. Les signes prédominants ont été la respiration stertoreuse humide et la diminution du bruit vésiculaire. Les données de laboratoire pathologiques ayant la majeure incidence ont été: l'anémie, la leucocytose et l'érythro-sédimentation accélérée. Les fréquences radiographiques les plus communes ont été l'image hydro-aérique et l'opacité homogène. Le lobe supérieur droit a été le plus touché. La pénicilline a été l'antibiotique choisi par différents auteurs. La statistique est comparée avec celle qui est rapportée dans la littérature médicale mondiale.

PE3JQME

[te]jía llepec, P. h jro.

Cjiy^ae. Eev Cub Med 17i5» 1978

Atícnecc Jiéncoro. üpeflCTaBJieHHe 15

3aóojieBaHHH, cBH3aHane c HarHoeraeM npojuojixanT hbjlsth Mejig UHHCKoñ rpotijieMoS, ^ojojteho naTo BCTpew>meBcH-, xoth a He- H3BecTHa eé HacTOHman nacTora. HeflaBHaa aHtjiopManaa yitaBUBa- »t, hto Kaauniñ ro« Hatí^BflaeToa o'teHth ao aecHTB cjiynaeb. jié- ronaoro atícHecca b rocnaTajie, r^e HMeeTca óojiee 250 KoeK. - Oócjie^yBTCü 15 ciojiñhx nanaeHTOB, H3 kotopux othochtm k tie jioñ pace 10 nauaeHTOB, k -qépHoñ pace 3 nanaeHTa a 2 Méncia. Hto ace Kacaet^H pa3Hanu ^ihcjioBoS b oTHomeHaa nojia, to 3flecb He Hac5jooflajioci> OT<M>epeHra. Pojiocobo2 cencac, Bocnajieuae jiér khx h ajiKorojiH3M Ohum sTaonaToreHaqecraiMa \$aKTopaMn Haaócme'e naTo npoHBjiHBniHMHC; a chmutomh CJieporoma: Ka;uejn>, no^ BumeHHaH TewuepaTupa a OTxapKUBaHae. 3HaKa, KOTopte npaoó- jia^asa npa stom 6um BjaKHue xpann e noHaseme BH3aKyjiKpH0 ro inyMa. «aTo jio ran e c kiimk jiaóopaTopHHMB aaHHMH oneHt tocto noBTopfBmzMHCFI óujib: aneMaH, jieBK0naT03 a noBameHHaH spaT- poaeOTMeHTaaaH. Pajtaorpaijia'ie erase naCTOTa naHÓOJiee oómae <5n m B0AH0- B03flyMH0e asoópasenae a roMoreHHoe noMyTHenae. Sep xhhh naCTB npaBoro Jiéncoro tñjia chjibho nopasena. B btom C.JI; Tjae neHaujuiBH don aHTBOHOTHKOM, oToópaHHHM pa3JnreHHM2 aBTO— pam. CpaBHabaDTCH pe3yjn>TaTti, nojiy^eHHae naMa, c pe3yjn>Ta- TaMH, ooHapuseHHHMB b MeajtyHapofIHoa MejtaitaHCKoa JUtTepaType.

BIBLIOGRAFIA

1. Petty, L. T.; Mitchell, R. S. Lesiones pulmonares supuradas. Pág. 529-540. Clínicas Médicas de Norteamérica. Ed. Revolucionaria, 1967.
2. Schweppe, H. I. et al. Lung abscess. N Engl J Med 265: 1039, 1961.
3. Robbins, S. L. Tratado de Patología. Ed. Revolucionaria, pág. 661-662, 1970.
4. Rumbough, I. F.; Prior, J. A. Lung abscess: a review of fortyone-cases. Ann Intern Med 2 223, 1961.
5. Barrett, T. B.; Herring, C. L. Lung abscess, initial and late results of medical therapy. Arch Intern Med 127: 217-227, 1971.
6. Weiss, W.; Flippin, H. F. Treatment of acute nonspecific primary lung abscess, use of orally administrated penicillin G. Arch Intern Med 120: 8-11, 1967.
7. Weiss, W. W.; Cherniack, N. S. Acute non specific lung abscess; acontrolled study comparing orally and parenterally adminis- tered penicillin G. Chest 66: 348-351, 1974.
8. Martínez, F.; Celayo, M. Supuraciones pulmonares. Patología Médica de BISI, pág. 297- 310, 1943. Reimpreso por Isidro Fernández.
9. Collis, Guest; D. Primary lung abscess. J Thorac Cardiovasc Surg 47: 383, 1964.
10. Murray, NAndersen, M. D. Pronostic fac- tors and results of treatment in piogenic pulmonary abscess. J Thorac Cardiovasc Surg 39: 573, 1960.
11. Abernat'ny, R. S. Antibiotic therapy of lung abscess: effectiveness of penicillin. Dis Chest 53: 592-598, 1968.
12. Ebert, R. U. Espacios aéreos anormales. Tratados de Medicina Interna. Cecil Loeb. Ed. Interamericana 13^a Ed. Pág. 940-941, 1972.