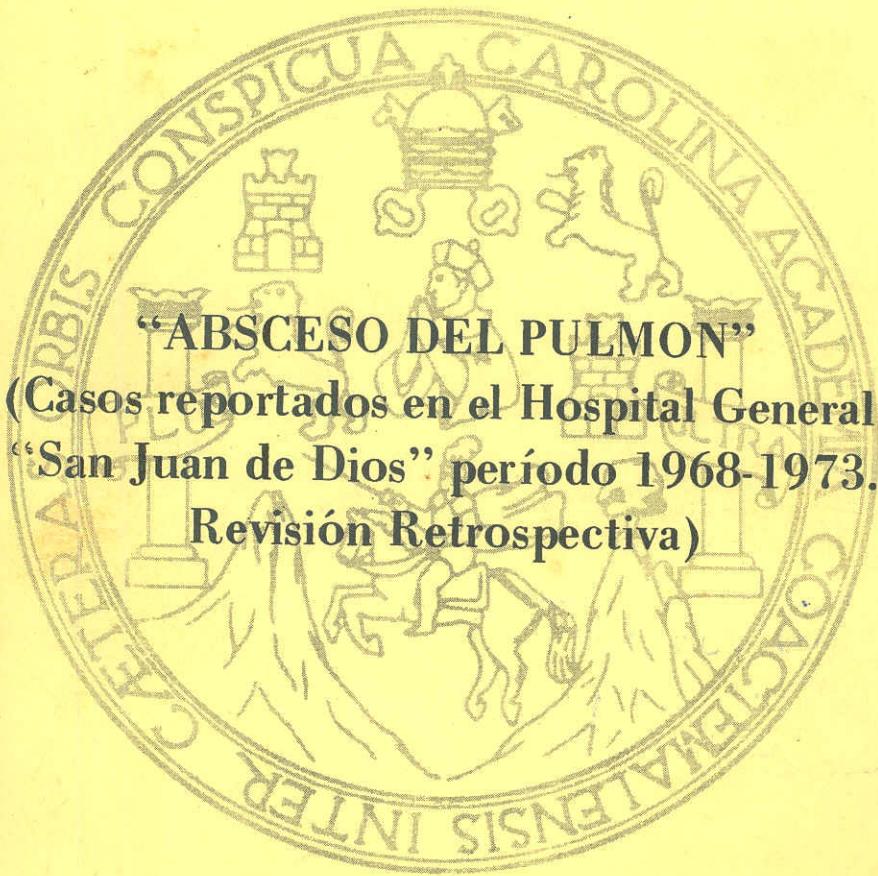


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



“ABSCESO DEL PULMON”
(Casos reportados en el Hospital General
“San Juan de Dios” período 1968-1973.
Revisión Retrospectiva)

CARLOS ENRIQUE CEREN FLORES

Guatemala, Octubre de 1973.

PLAN DE TESIS

- I INTRODUCCION
- II OBJETIVOS
- III MATERIAL Y METODOS
- IV RESULTADOS
- V DISCUSION
- VI CONCLUSIONES
- VII BIBLIOGRAFIA

I. INTRODUCCION

Las enfermedades infecciosas han constituido siempre para la humanidad un grande y destructor azote, contra el cual el hombre ha luchado con su capacidad creadora, inventando o evaluando la lucha misma que existe en la naturaleza para volverla a su favor y así destruir elementos que le son nocivos para su bienestar y no puede decirse menos, de su existencia.

Ha sido a través de muchos esfuerzos que el hombre ha logrado doblegar una tras otra, las enfermedades ante las cuales parecía que nada podría hacerse.

El presente trabajo, constituye un estudio a través del cual se trata un cuadro infeccioso específico como lo es el absceso pulmonar, tratando de valorar su frecuencia actual, las mejoras instituidas en el tratamiento a través de estos últimos años y en fin, evaluar con qué puede contar un paciente que se viese afectado por esta enfermedad, antes de gran frecuencia y causante de tanta mortalidad.

Consideré necesario realizar este trabajo, porque a pesar de ser un tema de mucha importancia, no parece haberse realizado ningún estudio anterior que evaluara la incidencia, tratamiento, causas precipitantes, evolución y pronóstico del absceso pulmonar en nuestro medio.

Realmente se puede considerar que la incidencia de absceso pulmonar es baja, representando más o menos el 3 a 5% de las afecciones respiratorias de origen infeccioso.

Como causa de muerte, directamente el absceso pulmonar es raro, aunque su frecuencia comparativamente con la mortalidad es más elevada, constituyéndose los nuevos y mejores antibióticos en efectores directos sobre la enfermedad, disminuyendo así aún más su presencia como entidad clínica y por consiguiente como causa de muerte. (17,20,22).

El absceso pulmonar se caracteriza por un curso prolongado a veces, poca recurrencia y baja mortalidad, puede presentarse a cualquier edad, tomando caracteres especiales los niños por la tendencia o facilidad con que pueden aspirar cuerpos extraños, aún así, la mayor tendencia a edad en que suele presentarse es entre la segunda y tercera década de la vida.

Afectando asimismo con mayor frecuencia a hombres que mujeres, quizás por el hecho de verse expuestos a diversos trances que predisponen a la enfermedad, por ejemplo: alcoholismo, tipo de trabajo,...etc. Hay que tomar en cuenta además que procedimientos quirúrgicos como amigdalectomías, infecciones de los senos paranasales y sepsis dental, toman mayor índice de los 20 a 30 años.

ETIOLOGIA

Como etiología del absceso pulmonar se han postulado una gran cantidad de circunstancias y agentes infecciosos; considerada de importancia es la neumonía, ya que un cuadro neumónico y absceso pulmonar van de la mano y que en ciertos casos puede existir neumonía con supuración leve, algunas producidas por un agente infeccioso específico parecen presentar ciertos caracteres predisponentes como la producida por estafilococos que tienen tendencia a ir asociada con distensiones pulmonares localizadas (pneumatoceles) (16); o la neumonía causada por infección mixta de neumococos y estreptococos que puede ocurrir en la neumonía lobar o bronconeumonía, en este caso los abscesos son pequeños y múltiples (20).

La respuesta adecuada al uso de antibióticos, que de otra manera podrán evolucionar a un absceso (16) o por el contrario una falla o poca respuesta al tratamiento con un incremento en el esputo, fiebre y hemoptisis, sugerirá el diagnóstico clínico de absceso pulmonar (8).

Otra causa común es la aspiración de cuerpos extraños, principalmente en niños, (14,22) como perlas de collares, chicharros o semillas de frutas, ya que un cuerpo extraño aspirado probablemente lleve a la supuración en el área atelectásica (20), endocarditis de corazón derecho (13) el empleo de aparatos de respiración intermitente con presión positiva. El Dr. Thomas L. Petty describe un caso en relación a un hombre de 18 años de edad en el cual se asoció el empleo de este tipo de aparatos ya que el paciente se encontraba en buenas condiciones (padeciendo únicamente Status Asmático) y le fue aplicado IPPB, presentó este cuadro de absceso pulmonar comprobado radiológicamente (13) debido a esterilización inadecuada.

Otras causas de absceso pulmonar son: lesiones neurológicas de la faringe, acalasia esofágica, embolias infecciosas en casos de sepsis puerperal, osteomielitis, trombosis de senos craneanos (13,8,17), anestesia general, intervenciones quirúrgicas en boca y faringe (20), hemodialisis, períodos de inconciencia, (17), etilismo agudo y crónico, aspiración de vómito (22) y heridas penetrantes del torax.

Como agentes etiológicos más comunes encontramos, Stafilococos, Streptococos, Klebsiela, Hemophilus y Pseudomonas. (23,17,13) aunque otros autores consideran como agente más común Klebsiela (19), las infecciones mixtas son más comunes quizá que las producidas por un solo microorganismo, por el papel que desempeña la inhalación de substancias extrañas (14), la teoría de la inhalación está soportada por el hecho que organismos anaeróbicos y las espiroquetas encontradas en los focos sépticos en las encías y dientes, a menudo están presentes en el absceso del pulmón (20), por lo tanto en presencia de un absceso pulmonar es difícil determinar el agente patógeno, a menos que en el esputo y las secreciones bronquiales se desarrollen en forma predominante un germen (23), es pues muy importante como etiología de absceso pulmonar una pobre higiene oral (22).

ABSCESO PULMONAR

Definición y Clasificación:

El absceso pulmonar representa una inflamación supurativa circunscrita, asociada con la destrucción central del tejido. En la clasificación del absceso deben considerarse dos situaciones que son: Absceso pulmonar agudo (síntomas de menos de cuatro meses de duración) y el Absceso pulmonar crónico (síntomas de más de cuatro meses); estos períodos avanzaron a cuatro o seis semanas para el agudo y de cinco a siete semanas para la lesión crónica, con el advenimiento de mejores antibióticos y mejores procedimientos quirúrgicos.

Mucho más importante es la diferenciación del absceso pulmonar primario del absceso pulmonar secundario; considerando que el absceso primario resulta después de aspiración de material infectado, sin que presenten una significativa enfermedad secundaria como embolia pulmonar, neoplasia o radioterapia, en el absceso secundario está visto que el pronóstico está relacionado directamente con la enfermedad asociada, que con la terapia al propio absceso (26).

Factores que predisponen a un absceso primario:

Semi-inconciencias:

- Alcoholismo
- Epilepsia
- Coma diabético
- Terapia con electro-shock

Pobre higiene oral

- Piorrea, Gingivitis
- Manipulación dental

Infecciones del tracto respiratorio

- Faringitis
- Bronquitis
- Bronquiectasia
- Sinusitis
- Neumonías

Clasificación:

Enfermedades supuradas pulmonares con formación de abscesos.

I. Absceso simple con infección mixta: aguda y crónica

II. Infecciones específicas

- A) Tuberculosis
- B) Neumonía de Friedlander
- C) Actinomicosis
- D) Amebiasis
- E) Neumonía estafilocócica
- F) Coccidioidomycosis

III. Obstrucción bronquial resultante de:

- A) Carcinoma broncogénico
- B) Ganglio hipertrófico
 - a) Tuberculosis
 - b) Tumor
- C) Aneurisma
- D) Tumores mediastínicos
- E) Tapones de moco con atelectasias

IV. Debido a cuerpos extraños

- A) Aspiración durante un coma
 - a) anestesia
 - b) epilepsia
 - c) alcoholismo

- B) Despues de intervenciones quirúrgicas o drenaje de una empiema
- C) Despues de heridas penetrantes

V. Complicación de otras enfermedades

- A) Infarto pulmonar infectado
- B) Lesiones metastáticas durante una bacteriemia
- C) Quiste broncogénico
- D) Bronquiectasia

ref: 16

PATOGENESIS

El absceso pulmonar es un foco supurativo que tiene origen en el parénquima, el aparecimiento y el curso es usualmente agudo en la forma neumónica, pero el absceso puede tornarse crónico.

El papel de las bacterias en la formación de abscesos no está claro, parecen ser bastante importantes los factores no infectivos (19) como en el absceso pútrido por aspiración de material irritante e infeccioso hacia los segmentos bronco-pleurales (pulmonares) (muchas veces en pacientes que se encuentran en estado inconciente), la licuefacción se produce por los efectos combinados del jugo gástrico y agentes infecciosos (13).

Los microorganismos que causan el absceso pulmonar pueden llegar a los segmentos bronco-pulmonares de las diversas maneras: aspiración, diseminación hematógena, heridas penetrantes o extensión de un foco supurado adyacente (23), un absceso pulmonar puede tener su origen al ser expulsado de un área bronquiectásica, al toser material infectado un sitio lejano y aún el otro pulmón (20), el absceso pulmonar metastático como en trombo-embolia.

A parte que existe predilección por el pulmón derecho 3:1 a pulmón izquierdo y 2:1 el lóbulo superior que el inferior, el 75% se encontró en la periferia (20).

Principales manifestaciones

Los síntomas clínicos del absceso pulmonar no se distinguen de los de una neumonía grave o bronquitis aguda (23,24), fiebre, tos, escalofríos y malestar general pueden ser los primeros síntomas en la mayoría de los casos (8), de manera insidiosa (17).

El dolor torácico es una manifestación predominante por la pleuritis que se produce sobre la zona de invasión pulmonar si el absceso es único pueden presentarse pocos signos de trastorno respiratorio (14,24).

Después de algunos días se produce espuma, algunas veces como pus, el cual en ocasiones tarda en aparecer, principalmente si el absceso es distal, por lo que la cantidad de espuma varía, según la naturaleza, localización y tamaño del absceso (17,24,23), y el masivo en los últimos estadios. (7).

La hemoptisis es frecuente en etapas tempranas de la enfermedad y ésta puede ser más o menos intensa, dependiendo de la gangrena que se produzca, al mismo tiempo se notará hedor en la respiración (22) y el olor del espuma acaba siendo insopportable (7,22).

Otras manifestaciones en un paciente pueden variar en gravedad, fiebre y disnea poco notable a disnea, ortopnea y deficiencia respiratoria intensa; además pérdida de peso, fuerza y anemia pueden ocurrir. Lo más común fue encontrar tos y dolor torácico.

ASPECTOS CLINICOS

Por lo regular un paciente que consulta por un cuadro de esta naturaleza, se observa al examen clínico, crónicamente enfermo, delgado, aunque también puede observarse agudamente enfermo.

La importancia de una inspección cuidadosa de encías y dientes, nunca está de más recordarla, ya que es una causa común de este cuadro (17,13), el aliento pútrido y ofensivo si está presente es dato característico.

El dolor torácico es una manifestación de básica importancia ya que se presenta más o menos en el 90% de los casos y señala la localización de la enfermedad (24), el aumento de esputos fétidos, toxémia indican que se ha producido fistula broncopleural (24,4).

Los signos físicos encontrados orientan más hacia un problema neumónico o consolidación que a un absceso, pero la historia nos orienta hacia el cuadro que se quiere descartar; la matidez es encontrada en la mayoría de los pacientes.

El diagnóstico debe de tratar de establecerse basándose en los siguientes conceptos:

- a) Historia clínica
- b) dientes cariados o encías infectadas
- c) examen de esputo
- d) especialmente las radiografías de torax ref(13,24)

Si la historia no es sugestiva de aspiración de material infectado (a,b), ni de origen embólico (13,8,17), y la lesión se presenta en un segmento bronquial, probablemente se trate de un tumor primitivo.

Espectoración de larga evolución, asociada purulenta puede provenir de bronquiectasias, pero puede provenir de un absceso crónico (23), una historia clínica bien tomada principalmente si se asocia con antecedentes de alcoholismo, afición a narcóticos, períodos de inconciencia en casos de enfermedad epiléptica, puede ser de incalculable valor.

Debe considerarse además la posibilidad, principalmente si existen cavitaciones pulmonares de un proceso tuberculoso ya que una tuberculosis pulmonar complicada, puede dar esputo purulento, por lo que hay que investigar bacilos ácido resistentes en el esputo (23,24).

En ayuda de un diagnóstico más preciso es necesario considerar una punción (con toda la técnica aséptica posible) al torax, en el área localizada del absceso pulmonar, con lo cual puede resolverse o confirmarse con una respuesta apropiada a un tratamiento específico, también está indicada la punción traqueal en la búsqueda del agente etiológico.

ASPECTOS RADIOLOGICOS

Los estudios radiológicos son la ayuda de mayor valor en cuanto a establecer el diagnóstico se refiere.

Las radiografías de torax, inicialmente suelen mostrar un infiltrado o densidad neumónica discreta de naturaleza, indeterminada, que después de licuefacción y expulsión del contenido necrótico, acaba por presentar una zona transparente central o varias; muchas veces con un nivel de aire y nivel líquido escaso. (13,24).

El aparecimiento de una cavidad en un pulmón con infarto, especialmente cuando existe nivel líquido, siempre hace sospechar la formación de un absceso, sin embargo, la ausencia de fiebre, leucocitosis, velocidad de sedimentación aumentada, así como también cultivo de esputo negativo, hace el diagnóstico inverosímil de un proceso aséptico (18).

La diferenciación de ambas cavidades: séptica y aséptica es difícil aunque hay que tener presentes características que nos ayudan:

1. La cavitación supurativa produce por lo regular una cavitación de bordes finos, regulares y siempre existe un nivel líquido debajo del aire al producirse la fístula bronquial con la cavidad.
2. En los casos de cavidad aséptica (no supurativa), los bordes de lo translúcido son irregulares y no hay evidencia definitiva de nivel líquido.

PRONOSTICO

El pronóstico del absceso pulmonar está gobernado por varios factores, los cuales pueden colocarse en orden de frecuencia de la manera siguiente:

1. Un diagnóstico temprano.
2. Edad del paciente: considerando que la vitalidad a una edad más temprana hace posible una mayor defensa contra el cuadro infeccioso. (17).
3. Estado general del paciente y estado de la enfermedad cuando el paciente consulta el hospital (el cual es más problemático si este tiempo es mayor de 6 semanas. (17).
4. El hallazgo pronto del agente etiológico y la especificidad del tratamiento administrado, es sin lugar a dudas uno de los parámetros más importantes en el pronóstico, ya que mientras más temprano se establezca el tratamiento, existirán menos secuelas.
5. La presencia de enfermedades intercurrentes, las cuales necesiten tratamiento específico que pueda predisponer a

que prolifere el proceso infeccioso, por ejemplo: la administración de esteroides en la diátesis bulosa, leucemia linfocítica crónica, necrosis hepática, pénfigos vulgaris y enfermedad de Weber Cristian. (21), bronquiostasias, anemia, carcinoma. (17).

6. El pronóstico depende también de la extensión de la lesión producida por la licuefacción del parénquima pulmonar y la cavidad consiguiente que empobrece el pronóstico si es mayor de 6 centímetros. (17).
7. Desde 1950, los antibióticos han alterado dramáticamente el pronóstico del absceso pulmonar y el porcentaje de curas alcanza el 66o/o.

Tomando en cuenta los anteriores factores de pronóstico, el médico debe considerar las indicaciones de cirugía, las cuales por cierto cada vez son menos, siendo quizás lo más importante recordar que todo absceso debe ser resecado si se sospecha que su causa original sea un carcinoma. (17).

TRATAMIENTO:

El tratamiento del absceso pulmonar debe dirigirse específicamente a su causa etiológica: proceso infeccioso, cuerpo extraño, masa (Ca.) y la consiguiente obstrucción bronquial.

Recomendarse en primer grado realizar lo más pronto posible un examen broncoscópico (18,23), con lo cual se determinará la causa etiológica, considerándose como único procedimiento quirúrgico a practicar en estos pacientes, ya que en las décadas anteriores se recurrió al drenaje temprano y resecciones pulmonares; actualmente debiera recurrirse a una quimioterapia específica agresiva y reservar la cirugía para aquellos casos en que persista a pesar de un tratamiento médico prolongado, una cavidad importante, complicaciones pleurales o abscesos pulmonares co-existentes con otras entidades como carcinoma pulmonar.

La importancia de la Broncoscopía temprana deriva en su utilidad por cuatro cosas:

- a) retirar cualquier cuerpo extraño inhalado,
- b) para comprobar si existe o no una neoplasia obstructiva
- c) para aplicar aspiración al bronquio de drenaje
- d) determinar agente etiológico

Para establecer tratamiento quimioterápico es necesario efectuar primordialmente estudios que puedan indicarnos cuál es el agente infeccioso implicado y sin esperar resultados debe establecerse tratamiento con penicilina G. en dosis de 20 millones de unidades al día, se puede asociar un antibiótico de amplio espectro como una penicilina semisintética resistente a los estafilococos productores de penicilinasa, se recomienda Meticilina, Nafcicina o Cloxacilina 8 gramos al día. (8,13).

Al aislar el germe causal es necesario administrar el antibiótico indicado, omitiendo los demás (13,23,24). Algunos autores indican que en casos que no son sobre-agudos, una respuesta favorable se ha obtenido con la administración de penicilina procaina en dosis de 600,000 unidades IM cada 6 horas u 800,000 unidades IM cada 12 horas.

Como hemos visto, una respuesta satisfactoria puede obtenerse aún con el uso único de penicilina (como en otros casos supurativos pulmonares) pero la indicación en procesos severos como lo es el absceso pulmonar, en el cual existe parenquima destruido, el tratamiento debe prolongarse a veces hasta por 3 meses, siguiendo la evolución por estudios radiológicos sucesivos que revelen mejoría.

En un estudio efectuado por C. Seftel, M.C., evaluando resultados con el uso comparativo de Cefaloridina y uso combinado de penicilina y estreptomicina, de los cuales concluyó

que los resultados fueron esencialmente similares y que en relación al uso de penicilina la única contra-indicación estandarizada en Africa Sur y Estados Unidos, era la alergia a ésta y que aunque la Cefaloridina había resultado efectiva, no era la alternativa ideal por posible sensibilidad cruzada con la penicilina (19).

En relación al tratamiento quirúrgico, hay que tomar como guía que éste raramente es de urgencia y no deberá intentarse hasta que no haya fracasado netamente el tratamiento médico, tomando en cuenta también si el absceso pulmonar es simple o complicado, el estado del paciente, etc. (17).

La cirugía no debe considerarse si los problemas residuales no son importantes y pueden salir con tratamiento médico; ahora la cronicidad sola es una indicación para cirugía en un absceso no complicado (17,25). Pero está visto que no es opinión de todos, ya que estudios efectuados por el Dr. Weiss W. (5) consideran que la tradicional indicación de intervención quirúrgica en un absceso pulmonar no complicado que no ha resuelto después de seis semanas de terapia no es ya usada, ya que estos autores han notado que cavidades con valla (membrana) delgada eventualmente curan después de seis semanas sin ninguna otra terapia médica y está reportado por otro autor el caso de un absceso cerrado después de un año y medio de haberse egresado del hospital. (17,5,25).

Otra experiencia es casi similar, ya que de 23 pacientes descargados del hospital clínicamente bien, pero con una lesión cavitaria persistente en el pulmón, todos fueron seguidos y localizados con cierre del absceso y clínicamente bien. (17,6).

Otras medidas para el tratamiento como drenaje postural y ésta es de poco valor, a menos que el paciente pase la mayoría de su tiempo en posición de mejor drenaje (8), transfusiones de sangre, regulación de líquidos y electrolítos, así como su nutrición y vitamino-terapia es de vital importancia.

DISTRIBUCION PULMONAR

Se ha visto que existe gran predilección para afectar el pulmón derecho en relación de tres veces más que al izquierdo y en relación al lóbulo, dos veces más el inferior que el superior, en 75% de los casos se vió que se encontraban en la periferia y envolvían la pleura, según una tabla publicada por Wagley P. F. (22).

LOCALIZACION	CASOS
Lóbulo superior derecho	25
Lóbulo inferior derecho	16
Lóbulo medio derecho	5
Lóbulo superior izquierdo	5
Lóbulo inferior izquierdo	21
Desconocido	1

Brock (17,16), ilustra la tendencia del absceso pulmonar de presentarse en el segmento posterior, del lóbulo superior derecho.

COMPLICACIONES:

Las complicaciones del absceso pulmonar pueden variar de acuerdo a qué fenómeno sea el que se produzca, ya sea en un absceso ya reconocido o en una enfermedad intercurrente en el cual no se sospechaba su existencia.

La más común que puede ocurrir consiste en la ruptura hacia el espacio pleural, produciendo empiema (13), septicemia, difusión broncogena de la infección, absceso cerebral. Posteriormente bronquiectasia o neumonitis crónica sin resolución.

La complicación bastante temida es la poca respuesta a la terapéutica establecida.

Se ha considerado que la muerte por absceso del pulmón es menor del 10% (8). Sin embargo, con enfermedades intercurrentes o bien con tratamientos específicos para otras enfermedades ésta puede elevarse severamente, como en casos de absceso pulmonar oculto complicado por tratamiento con esteroides (21). El absceso pulmonar puede tener un aparecimiento insidioso enmascarado por el tratamiento con corticosteroides.

La perforación o ruptura hacia la pleura que produce adherencias que requerirán posteriormente cirugía.

Entre otras complicaciones se tienen las bronquiectasias, la persistencia de espuma abundante y espeso, la persistencia de una cavidad fibrótica, la producción de fistula bronco-esofágica (1), la diseminación de la infección de un mismo pulmón e incluso hacia el pulmón sano (otro hemitorax), hemoptisis.

II. OBJETIVOS

El presente trabajo se realizó con el fin de conocer la incidencia del absceso pulmonar en el Hospital General "San Juan de Dios", durante los años 1968 a 1973, inclusive.

A pesar de los nuevos métodos asépticos quirúrgicos, el advenimiento de nuevos y mejores antibióticos, incluyendo además los mejores métodos diagnósticos, ha existido diversidad de opiniones y criterios para diagnosticar y diferenciar el absceso pulmonar de otras entidades supurativas pulmonares, por lo que se tratará de evaluar tan importantes aspectos como lo son: epidemiología, antecedentes, hábitos, medio de vida, lugar de origen; así como características clínicas que no pueden ser pasadas por alto, ya que por su especificidad, para este cuadro en especial, orientan en gran forma hacia su diagnóstico.

III. MATERIAL Y METODOS

Para la realización del presente trabajo se efectuó una revisión retrospectiva de 5 años, en los servicios de Medicina y Cirugía, hombres y mujeres, así como protocolos de autopsias efectuadas en el Departamento de Anatomía Patológica, del Hospital General "San Juan de Dios", recabados en el período de 1968 a 1973 inclusive, entre los que se encontraron veintiún casos reportados como absceso del pulmón.

El estudio se realizó de la manera siguiente, una primera parte, en la cual se investigó: edad y sexo, procedencia, residencia habitual de los enfermos, motivo de consulta, hallazgos del examen físico de ingreso, diagnóstico de ingreso, tratamiento médico, tratamiento quirúrgico, afección pulmonar principal. Una segunda parte que incluye estudios bacteriológicos efectuados, radiológicos, las condiciones de egreso y el tiempo de hospitalización requerida.

Para el estudio clínico se contó con veintiún casos, habiendo sido necesario eliminar algunos que presentaban diagnóstico equivocado como: absceso de la pared costal, etc.

IV. RESULTADOS

Resultados de los veintiún casos de pacientes con historia clínica conocida.

Edad y Sexo:

La gráfica No. 1, ilustra la edad y sexo de nuestros pacientes, con absceso pulmonar. Como podemos observar, la mayor parte de nuestros casos estuvieron comprendidos entre la segunda y cuarta década de la vida, con 5 casos (23%), el paciente de menor edad fue de 15 años y el de mayor edad de 73 años.

En cuanto al sexo, obtuvimos 8 pacientes del sexo femenino, que hacen un 38% de los casos investigados y 13 del sexo masculino, que hacen un 61%, con relación de hombres: mujeres, así: 2:1.

Procedencia y Residencia:

El cuadro No. 2, ilustra la procedencia de nuestros pacientes y el cuadro No. 3 la residencia habitual de los mismos; podemos observar que, es el Departamento de Guatemala el que ocupa la primera posición y en cuanto a residencia habitual, es el mismo el que ocupa el primer lugar. Este efecto quizás sea producido por ser el Departamento más poblado y la exposición a causas precipitantes sea de mayor grado.

Motivo de consulta:

El cuadro No. 4 registra el motivo de consulta al Hospital, de los pacientes afectados por absceso pulmonar, analizado en este estudio. Podemos apreciar que las molestias principales eran: tos, fiebre, dolor torácico, astenia; estos síntomas fueron referidos por 11 pacientes (52%), presentando además otros síntomas como: expectoración sanguinolenta (7.33%), pérdida de peso, disnea y sudoración.

La evolución de los síntomas fue variable. De estos casos, uno al cual se había dado egreso, reconsultó de nuevo por dolor torácico, fiebre y "mal aliento".

Hallazgos de examen físico:

Los hallazgos notados a la exploración física de ingreso, se resumen en el cuadro No. 5, en el cual se aprecia nuevamente la presencia de tos, fiebre y matidez, siendo este último de mayor incidencia a 12 casos que corresponden al 61%. Encontrándose además asociada con otros problemas tales como mal estado general (tóxico) 10 casos (47%), regular estado, 7 casos (33%), estertores, edema de miembros inferiores, hepatomegalia, ictericia y disnea. De los casos registrados, 11 fueron encontrados únicamente sin fiebre, pero presentaban síntomas como estado tóxico, matidez, edema de miembros inferiores y hepatomegalia, infiriéndose su poca reacción al cuadro infeccioso por su mal estado general.

De los 21 casos de absceso del pulmón revisados en este trabajo, únicamente se hizo el diagnóstico clínico correcto a su ingreso a 5 casos, (23%); en los restantes, el diagnóstico más frecuente fue neumonía basal, 6 casos (28%); otros diagnósticos fueron: Empiema, Ca. del pulmón, desnutrición, Neuroma y otros casos ingresados por cuadros diferentes, haciendo posteriormente un absceso pulmonar, como: herida penetrante del torax, Ca. gástrico, traumatismo con fractura y un aborto séptico. Todos se resumen en el cuadro No. 6.

Exámenes de Laboratorio:

Los exámenes realizados fueron los rutinarios establecidos por el Hospital General "San Juan de Dios", como: hematología, heces, orina, vdr.; los que se efectuaron en todos los pacientes estudiados. Los valores de hemoglobina oscilaron entre 10.5 y 11 gramos y el hematocrito entre 32 y 34%.

Los exámenes de heces reportaron parasitismo intestinal en la mayoría de los casos, consistentes en Ascaris, Tricocéfalo y ulcerarias; leucocitosis y velocidad de sedimentación aumentada fue encontrada en la totalidad de los casos.

Proteínas totales y relación a/g fue efectuada en 8 de los pacientes estudiados, encontrándose valores que oscilaron de 5 a 6.8 gramos o/o.

Los estudios realizados para investigación del cuadro pulmonar incluyeron: baciloscopías de esputo seriadas, cultivos de esputo. baciloscopías investigando bacilo de Koch fueron realizadas en todos los casos, obteniéndose resultado positivo para un caso, lavados gástricos con la misma finalidad con ningún resultado positivo, aspiración de secreción bronquial en 2 casos, obteniéndose cultivo *Pseudomonas aeruginosa*, amebas en un examen simple de esputo en 1 caso, (*baciloscopía de esputo BK en un paciente originario de San José del Golfo); Estafilococo dorado hemolítico coagulasa positivo en 6 casos, (28.5%), Klebsiela en 5 casos (23.8%).

Los estudios radiológicos se efectuaron en todos los casos estudiados, de estos únicamente 3 casos fueron interpretados como absceso pulmonar, otros 7 casos como neumonías (33.3%), 1 como derrame pleural enquistado, 2 casos como tuberculosis pulmonar, 1 caso como absceso hepático drenado al torax y 1 reportado como derrame pleural y colapso pulmonar.

TRATAMIENTO

De los 21 casos estudiados, todos los pacientes recibieron tratamiento, el cual fue de 2 tipos:

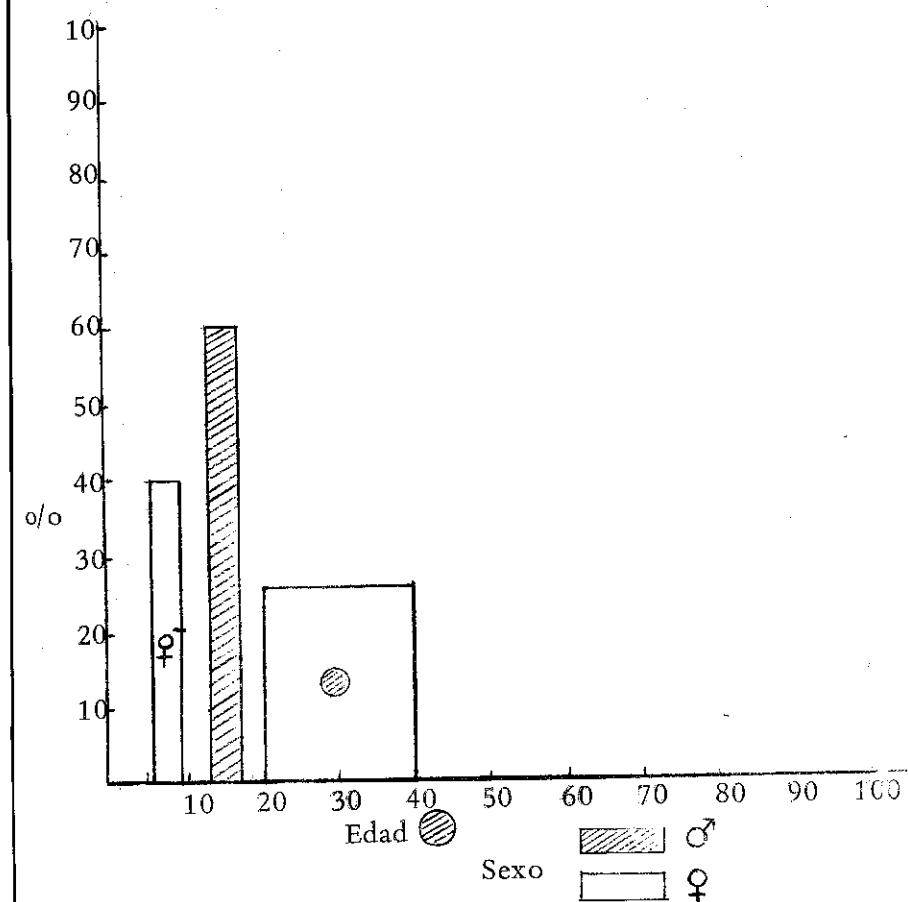
- a) Médico
- b) Quirúrgico

Tratamiento médico en 21 casos (100%) recibiendo 10 de ellos tratamiento mixto, ya que fue necesario realizar después del tratamiento médico, drenaje de absceso y decorticación pleural por poca respuesta al tratamiento establecido (antibióticoterapia).

El tratamiento médico osciló desde el uso de penicilina únicamente en 2 casos, penicilina/kanamicina en otros 2; los demás variaron desde el uso de penicilina cristalina, penicilina procaína, estreptomicina, prostafilina y un caso en que después de utilizar la gran variedad de antibióticos fue necesario recurrir al drenaje abierto.

El tratamiento quirúrgico administrado fue: Broncoscopia en 3 casos, drenaje de absceso en 5 casos y en 2 casos se realizó drenaje de absceso y decorticación pleural.

Cuadro No. 1



Cuadro No. 2

ABSCESO DEL PULMON
ESTUDIO CLINICO DE 21 CASOS
PROCEDENCIA

DEPARTAMENTO	No. de casos	o/o
Guatemala	7	33
San Pedro Ayampuc	1	4
Jutiapa	4	19
Tecpán	1	4
Teculután	1	4
Quiché	1	4
Santa Rosa	1	4
Escuintla	2	9
Cobán, Alta Verapaz	2	9
Jalapa	1	4

Cuadro No. 3

ABSCESO DEL PULMON
ESTUDIO CLINICO DE 21 CASOS
RESIDENCIA

DEPARTAMENTO	No. de casos	o/o
Guatemala	16	76
Santa Rosa	1	4
Escuintla	2	9
Jutiapa	1	4
San Pedro Ayampuc	1	4

Cuadro No. 4

ABSCESO DEL PULMON
ESTUDIO CLINICO DE 21 CASOS
MOTIVO DE CONSULTA

MOTIVO DE CONSULTA	No. de casos	o/o
Fiebre	13	61
Tos	11	52
Espectoración purulenta	8	38
Pérdida de Peso	4	19
Disnea	3	13
Anorexia	9	42
Dolor torácico	9	42
Espectoración sanguinolenta	7	33
Astenia	9	42
Sudoración	4	19
Aborto séptico	1	4
Traumatismo	1	4

Cuadro No. 5

ABSCE SO DEL PULMON
ESTUDIO CLINICO DE 21 CASOS
HALLAZGOS DE EXAMEN FISICO

HALLAZGOS	No. de casos	o/o
Mal estado general	10	47
Regular	7	33
Fiebre	11	52
Afebril	5	23
Sepsis oral	8	38
Matidez	13	61
Esterores	8	38
Disnea	4	19
Hepatomegalia	3	13
Ictericia	2	9
Tos persistente	6	28
Edema de miembros inferiores	4	19
Baja higiene	6	28

Cuadro No. 6

ABSCESO DEL PULMON
ESTUDIO CLINICO DE 21 CASOS
DIAGNOSTICO DE INGRESO

DIAGNOSTICO DE INGRESO	No. de casos	o/o
Absceso del pulmón	5	23
Neumonía basal	6	28
Desnutrición	4	19
Empiema	1	4
Neuroma	1	4
Herida penetrante al torax	1	4
Ca. gástrico	1	4
Aborto séptico	1	4
Fractura femur	1	4
Broconeumonía	4	19

Cuadro No. 7

**ABSCESO DEL PULMON
ESTUDIO CLINICO DE 21 CASOS
TRATAMIENTO MEDICO**

ANTIBIOTICO	No. de casos	o/o
Penicilina cristalina y Procaina	11	52
Ampicilina	5	23
Kanamicina	5	23
Peni / Kanamicina	2	9
Gentamicina	1	4
Prostafilina	3	13
Lincocin	1	4
Tetraciclina	1	4
Estreptomicina	2	9
INH	1	4
Enterquinol	1	4
Aralen	1	4
Emetina	1	4

Cuadro No. 8

**ABSCESO DEL PULMON
ESTUDIO CLINICO DE 21 CASOS
TRATAMIENTO QUIRURGICO**

TRATAMIENTO	No. de casos	o/o
Drenaje	5	23.8
Decorticación pleural	2	9.
Broncoscopía	3	13.8

Cuadro No. 9

**ABSCESO DEL PULMON
ESTUDIO CLINICO DE 21 CASOS
DIAGNOSTICO RADIOLOGICO**

DIAGNOSTICO	No. de casos	o/o
Absceso pulmonar	3	13.8
Neumonía	7	33.
Derrame pleural enquistado	1	4
Tuberculosis	2	9
Bronconeumonía	5	23
Colapso pulmonar y derrame	2	9
Absceso hepático drenado al torax	1	4

Cuadro No. 10

**ABSCESO DEL PULMON
ESTUDIO CLINICO DE 21 CASOS
BACTERIOLOGIA**

MICRO-ORGANISMO	No. de casos	%
Pseudomonas aeruginosa	3	13.8
Klebsiela	5	23.8
Estafilococo dorado hemolítico coagulasa positivo	6	28.5
Coli-bacilo	2	9.5
Escherichia freundii	1	4.7
Entamoeba Hystolitica	1	4.7
Negativo	2	9.5

Cuadro No. 11

**ABSCESO DEL PULMON
ESTUDIO CLINICO DE 21 CASOS
AFECCION PULMONAR**

PULMON	No. de casos	%
Derecho	14	66
Superior	4	
Medio	5	
Inferior	5	
Izquierdo	6	28
Superior	3	
Inferior	3	
Bilateral	1	4
TOTAL:	21	100

V. DISCUSION

Las características clínicas de los pacientes revisados en esta serie son bastante similares a las reportadas por otro tipo de trabajos, es decir tomando en cuenta diferente medio de vida, encontrándose semejantes causas precipitantes para el absceso primario del pulmón e iguales complicaciones que produjeron un absceso secundario; por lo que los hallazgos pueden ser aplicables generalizadamente. Las que lo produjeron y los agentes etiológicos encontrados estuvieron en casi un 90% de los reportados en otros países; encontrándose como agente de mayor influencia al Estafilococo dorado coagulasa positivo y Klebsiela, además de la gran predisposición que representa un cuadro pulmonar agudo como del tipo de neumonía, el cual fue diagnosticado en 6 casos en este trabajo, asociándose un mal estado general, desnutrición y alcoholismo.

En cuanto al tratamiento proporcionado a los casos de esta serie, quizás pueda considerarse inapropiado, ya que de 21 pacientes que recibió tratamiento médico, fallecieron 7 pacientes (33%), en otros 7 fue necesario recurrir al tratamiento quirúrgico, consistente en drenaje y decorticación; lo cual deja con tratamiento médico efectivo apparente a otros 7, lo cual comparado con los reportes, nos da una mortalidad menor del 10% y el porcentaje de curaciones aún después de un año y sin establecer mayor tratamiento médico y sin recurrir a la cirugía se encontraba casi 100%. Parece ser además que los tratamientos establecidos no son continuados por el tiempo y forma adecuada, sino que existe la tendencia a intercambiar tratamientos en corto plazo, lo cual no da tiempo a evaluar una evolución adecuada y sea también esto causa de complicaciones, llevando quizás esta misma tendencia a caer muy pronto en el tratamiento quirúrgico.

Otros hallazgos similares a las otras series son la distribución del absceso en las áreas pulmonares, teniendo gran incidencia en el pulmón derecho y más aún en el lóbulo inferior y lóbulo medio.

VI. CONCLUSIONES

1. Una pobre higiene oral es lo más frecuente que predispone para el absceso pulmonar.
2. En la mayoría de los pacientes está presente otra enfermedad crónica que facilita la implantación de un absceso pulmonar, predisponiendo en gran parte el alcoholismo, la desnutrición y los hábitos de higiene.
3. Los síntomas principales del absceso pulmonar incluyen: escalofríos, hemoptisis y grandes cantidades de esputo purulento.
4. Los abscesos pulmonares del lado derecho son tres veces más frecuentes que las lesiones en el pulmón izquierdo.
5. La Penicilina a altas dosis, hidratación, alimentación y una pronta broncoscopía, constituyen una terapia adecuada.
6. La resección quirúrgica es solamente necesaria cuando se sospecha carcinoma o persiste una cavidad quística recidivante de importancia.
7. El tratamiento administrado a los casos que nos ocupan en este estudio ha sido bastante deficiente, ya que se administra con gran variedad de antibióticos sin orden e impacientemente y se recurre muy pronto a la cirugía.
8. La incidencia de absceso pulmonar es como en otros lugares del mundo, con predominancia de hombres a mujeres 2:1.

VII. BIBLIOGRAFIA

1. Aguado Matorras, A. et. al. A case of cross infection followed by multiple pulmonary abscess. Rev. Esp. Anestesiol Reanim. 18: 56-75, Oct. 71.
2. Barnet, B., Thomas and Charles L. Herring. Lung abscess; initial and late results of medical therapy. Arch. Int. Med. 127: 217-227, February 1971.
3. Belzer I. S. Primary lung abscess, a review of current concepts with an illustrative case. S. Dakota - J. Med. 23: 7-8, Jun. 70.
4. Block, Aj., Wagley P. F. and A. M'Fis er. Delayed closure in lung abscess. A re-evaluation of the indications for surgery. Johns Hopkins Med. J. 125: 19-23, 1969.
5. Bohrer, S. P. Right lower lobe abscess in a nigerian. Chest. 61: 379-80. Agosto 1970.
6. Brock, R.C. Lung abscess. England, Black-Well Scientific Publications. 1962. pp. 220-5.
7. Hiushaw, H. Corvin. Diseases of the chest. 3a. Ed. Philadelphia. WB. Saunders Company. Sept. 1969. 197-210.
8. Knipping, H. W. and H. Rink. Clínica de enfermedades pulmonares. Buenos Aires, Ed. Científica Médica, 1967. pp.493-96.
9. Lepercq, G., et. al. Gaseous swelling, during pleuro pulmonary suppuration in infants. Ann Pediatr (París) 19:43-8, 2 Jan./72.

10. Levin, M.L. Recurrent pulmonary abscess with bronchoesophageal fistula Sout Med. J. 65:1128-30. Sept. 72.
11. Misra, M. I. C., et. al. Bronchectasis and lung abscess a study of surgically resected case. Indian J. Chest Dis. 11:200-6, Oct. 69.
12. Perlman, L.V. Lerner E. and D. Esopo. Clinical classifics and analysis of 97 cases of lung abscess. Amer Rev. Respt. Dis. 99:390, 1969.
13. Petty, Thomas L. and Roger S. Mitchell. Lesiones pulmonares supuradas. Clínicas Médicas de Norte América. Marzo 1967. pp.529-36.
14. Robbins, S.I. Tratado de Patología con aplicación clínica. 2a. ed. trad. por Alberto Folch y Homero Vela Treviño, México. Interamericana, 1963. pp.960-980.
15. Rubin, P. et. al. No especific lung abscess: a perspective. Geriatrics 27:125-36, Feb. 72.
16. Rubin, El. H. y R. Morris. Enfermedades del torax. Trad. Amigo Rocca. Barcelona. Ed. Toray, S.A. 1971. pp.415-30.
17. Rulliére, R., et. al. Treatment of lung abscess caused by cannon phiogenic bacteria. Therapeutique 48:139-41. Feb. 72.
18. Scharf, J. et. al. Aseptic cavitariion in pulmonary infaction. Chest. 59:456-8, Apr. 71.
19. Seftel, C., M.C. Kew and J. L. Levy. Comparison of Cephaloridine with a combination of penicillin and Streptomycin in the treatment of lung abscess. Post. Grad. M. J. 46 (supp): 121-123. October 1970.
20. Shanks. S. Cochrane and Peter Kerley. Lung abscess. A text-book of x-ry diagnosis. 2nd. ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1952. pp.379-91.
21. Stein, K.M. et. al. Occult lung abscess complicating heigh-dosage corticosteroid therapy. Post. Grad. Med. 51:97-101, Apr. 72.
22. Thoms, N. W. et. al. Life-threatesing hemophysis in primary lung abscess. Ann Thorac Surg. 14:347-50. Oct. 72.
23. Tratado de Medicina Interna de Cecil Loeb. Ed. por Paul Beeson y Walsh McDermott. 13a. ed. Trad. por Alberto Folch y Pi. México. Interamericana, 1971. pp.526-28.
24. Vida, J. et. al. Pulmonary abscess a mimma. Mars. Med. 108:655-9, 1971.
25. Wagley, P. F. et. al. Primary pulmonary abscess. Trans Ann Clin. Climatol. Asocc. U. 81:51-6, 1970.
26. Weiss, W. Delayed closure in acure no specific primary lung abscess. Amer J. Med. Sci. 255:313-19, 1969.

Vo.Bo. Ruth R. de Amaya.
Bibliotecaria

Carlos E. Ceren Flores

Dr. Carlos Ar agon Díaz
Asesor

Dr. Julio Guirola
Revisor

Dr. Julio De León
Director de Fase III

Dr. Carlos Bernhar
Secretario

Dr. César Vargas
Decano