



Diagnóstico y Manejo del Absceso Pulmonar

**AUTORES: INTERNO. JOAQUIN RIVERA ORELLANA
PROF.DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ
DEPARTAMENTO DE CIRUGIA SUR
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE**

Introducción

El absceso pulmonar es una infección necrosante del pulmón caracterizada por un área circunscrita de pus o tejido necrótico en el parénquima pulmonar, que lleva a la formación de una cavidad con un nivel hidro-aéreo en su interior, repleta de pus. La aspiración desde la cavidad oral es considerada como la mayor causa de abscesos pulmonares, además de la higiene oral y dental deficiente. Anaerobios y Grampositivos de la secreción orofaríngea han sido indicados como los principales patógenos, pero debido a la falta de médicos entrenados en la aspiración pulmonar transtraqueal y transtorácica el diagnóstico etiológico es raro. En la era pre-antibiótica, la mortalidad por abscesos pulmonares era de un 75%. La mortalidad disminuyó en un 20-25% con el drenaje percutáneo y un 8.7% con la terapia antibiótica. Al mismo tiempo, el progreso de la higiene oral y dental disminuyó su incidencia. Globalmente, la tasa de mortalidad varía desde un 1% a un 20%, dependiendo del estudio y de la historia de los pacientes (1).

El objetivo del presente trabajo es presentar información actual sobre los distintos métodos utilizados para el diagnóstico y el tratamiento de pacientes en los que se sospecha un absceso pulmonar, realizando una revisión bibliográfica de la literatura publicada durante los últimos años tanto a nivel nacional como internacional.

Materiales y métodos

Para recopilar la información aquí descrita se realizó una revisión bibliográfica en diferentes buscadores y revistas científicas disponibles de forma online, siendo los motores de búsqueda utilizados: PubMed, Scielo, UptoDate.

Los términos utilizados para la búsqueda información fueron: [lung abscess diagnosis] [lung abscess treatment] [absceso pulmonar Chile].

Se realizó una revisión del abstract de los artículos encontrados y se incluyeron artículos correspondientes a revisiones sistemáticas y series de casos de pacientes con diagnóstico de absceso pulmonar. Se utilizaron filtros temporales, privilegiando publicaciones realizadas desde el año 2000 hasta la fecha actual. Se utilizaron filtros de idioma, privilegiando publicaciones en inglés y español.

Resultados

Un artículo publicado en 2015 señala que los signos tempranos de un absceso pulmonar (fiebre, tos, diaforesis, disnea, baja de peso, fatiga, dolor torácico y anemia) son indiferenciables de una neumonía. Por el contrario, la vómica (tos productiva) luego de la comunicación con un bronquio sería el signo clásico de absceso pulmonar (1).

La tos y fiebre son los síntomas más comunes de absceso pulmonar. En un estudio del 2018 la tos estuvo presente en un 91% de los casos y la fiebre en un 83%. En cuanto al diagnóstico radiológico, el mismo estudio señala que la radiografía de tórax es útil tanto para identificar los abscesos como para determinar su ubicación, mientras que el TAC de tórax es utilizado cuando hay confusión en diferenciar abscesos pulmonares de hidro neumotórax loculado (2).

En un reporte de caso en paciente pediátrico publicado el 2018, se hace referencia a los distintos métodos de diagnóstico imagenológico. Comparado a la radiografía de tórax, el TAC es superior en demostrar enfermedad del parénquima pulmonar y es usado para la planificación terapéutica. El ultrasonido es usado generalmente luego de una radiografía de tórax para confirmar la presencia de una colección, y es superior al TAC en detectar septos (3).

La broncoscopia diagnóstica es parte del protocolo de diagnóstico para confirmar la causa del absceso. El examen de esputo es útil para identificar agentes microbiológicos o confirmar un carcinoma bronquial. Más del 90% de los casos de absceso pulmonar son polimicrobianos (1). Los gérmenes más frecuentes son los anaerobios, aunque hay presencia de *S. aureus*, *S. millieri* y *Klebsiella*. Si el paciente presenta factores de riesgo de hongos o micobacterias en su historia, se deben solicitar cultivos específicos (4).

La terapia empírica estándar para el absceso pulmonar es la clindamicina. Aproximadamente el 15-20% de las bacterias anaerobias que son responsables de la formación de abscesos pulmonares son resistentes a la penicilina, por lo que una alternativa es la combinación de β -lactámicos con inhibidores de β -lactamasa (ampicilinasulbactam, amoxicilina + ácido clavulánico, piperacilina-tazobactam), cloranfenicol, imipenem o meropenem o cefalosporinas de segunda generación. Para MRSA, se recomienda usar linezolid o vancomicina. La amoxicilina + ácido clavulánico es el fármaco de elección para los antibióticos por vía oral para el absceso pulmonar (1).

Una review publicada el 2020 desaconseja el uso de clindamicina como tratamiento empírico para el absceso pulmonar debido al riesgo de infección por *Clostridium difficile*, pero sigue siendo una alternativa para los pacientes alérgicos a la penicilina (4).

La respuesta a la antibioterapia se puede evaluar en 3-4 días. Si no hay mejoría clínica o radiológica es necesario buscar otro factor etiológico y cambiar de antibiótico. La duración de la terapia depende de la respuesta clínica y radiográfica del paciente, generalmente entre 5-21 días para tratamiento EV y luego completar 28 a 48 días con tratamiento oral (1).

En abscesos de más de 6 cm de diámetro (o si los síntomas duran más de 12 semanas con la terapia adecuada) se debe considerar la terapia quirúrgica. El drenaje endoscópico se recomienda para los pacientes con mal estado general, coagulopatías y para los abscesos con localización central. El drenaje percutáneo por sonda transtorácica es un procedimiento quirúrgico fácil de realizar con anestesia local, está indicado en un 11-21% de los pacientes después del fracaso de la terapia con antibióticos. El drenaje con sonda torácica está presente en aproximadamente el 84% de los pacientes, con una tasa de complicación de aproximadamente el 16% y mortalidad de aproximadamente el 4%. No se recomienda el uso de agentes fibrinolíticos intracavitarios debido a la posibilidad de que se produzca una fístula broncopulmonar o broncopleural. La resección quirúrgica de un absceso pulmonar es la terapia de elección para alrededor del 10% de los pacientes, principalmente aquellos con hemoptisis, sepsis prolongada, fístula broncopleural, rotura de absceso en cavidad pleural con empiema, absceso pulmonar tratado sin éxito durante más de 6 semanas, sospecha de cáncer, cavidad mayor de 6 cm y leucocitosis a pesar de antibióticos. Los procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos, como la toracoscopia asistida por video, son un método de elección para abscesos pulmonares de localización periférica y sin adherencias pleurales ni fibrotórax. La mortalidad general en el tratamiento de abscesos pulmonares es de aproximadamente 2.0-38.2% (1).

Dentro de los estudios revisados, un estudio retrospectivo publicado durante el año 2021, analiza los factores pronósticos de los abscesos pulmonares piogénicos. Se incluyeron 64 hospitalizados entre los años 1998-2021 con al menos 1 absceso piogénico. Todos los pacientes recibieron antibióticos por un tiempo promedio de 5 semanas. 30 pacientes recibieron ATB por menos de 6 semanas y 34 por más de 6 semanas. La proporción de enfisema fue mayor en el grupo tratado por menos de 6 semanas (37% versus 9%). El riesgo de poor outcome fue menor en pacientes que recibieron tratamiento ATB por más de 6 semanas (OR 0.31). Se realizó drenaje percutáneo en un 14% de los pacientes y quirúrgico en un 3%, sin un impacto significativo en el outcome (2).

En cuanto a la literatura nacional, se revisó un reporte de 12 casos de absceso pulmonar en población pediátrica publicado el 2001. Todos recibieron tratamiento con 1 o más antibióticos por 3-6 semanas, 5 requirieron drenaje pleural y 2 requirieron lobectomía. Al alta todos continuaron con tratamiento con antibióticos orales por 7-26 días. Todos evolucionaron a mejoría (5).

Discusión

El absceso pulmonar es una infección necrosante del pulmón caracterizada por una lesión cavitaria repleta de pus. En esta revisión bibliográfica se comparan diferentes datos de reviews, reportes de caso y estudios retrospectivos. Se mencionaron aspectos del diagnóstico clínico, radiológico, etiológico y medidas de tratamiento médico y quirúrgico.

Coinciden la mayoría de los artículos revisados en que los principales síntomas son fiebre y tos, siendo la vómica el síntoma característico. En todos los estudios se menciona la radiografía de tórax y el TAC como los exámenes imagenológicos de elección, mientras que uno de los estudios señala a la ecografía como superior al TAC para detectar septos. En relación con el tratamiento, reviews del 2018 y del 2020 entregan indicaciones similares para el tratamiento antibiótico y el manejo quirúrgico. Uno de los estudios revisados demostró que el riesgo de poor outcome guarda importante relación con la duración del tratamiento antibiótico.

Conclusión

Durante la presente revisión se pudo concluir la importancia del tratamiento médico, principalmente antibiótico, en el manejo del absceso pulmonar. Se deben conocer las distintas herramientas disponibles para realizar un adecuado diagnóstico clínico, imagenológico y etiológico; las distintas opciones de tratamiento antibiótico y los abordajes quirúrgicos en caso de presentar complicaciones o una mala respuesta al tratamiento inicial. Es importante destacar la escasez de publicaciones nacionales recientes dedicadas al tema del absceso pulmonar.

Bibliografía

1. Kuhajda I, Zarogoulidis K, Tsirgogianni K, et al. Lung abscess-etiology, diagnostic and treatment options. *Ann Transl Med.* 2015; 3(13):183. doi:10.3978/j.issn.2305-5839.2015.07.08
2. Mohapatra MM, Rajaram M, Mallick A. Clinical, Radiological and Bacteriological Profile of Lung Abscess - An Observational Hospital Based Study. *Open Access Maced J Med Sci.* 2018;6(9):1642-1646. Published 2018 Sep 23. doi:10.3889/oamjms.2018.374
3. Kraft C, Lasure B, Sharon M, Patel P, Minardi J. Pediatric Lung Abscess: Immediate Diagnosis by Point-of-Care Ultrasound. *Pediatr Emerg Care.* 2018; 34(6):447-449. doi:10.1097/PEC.0000000000001547
4. Sabbula BR, Rammohan G, Akella J. Lung Abscess. [Updated 2020 Aug 10]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555920/?report=classic>
5. Nomberra L., José Antonio, Acuña G., Rossana, Navarro M., Héctor, Caussade L., Solange, Zúñiga R., Sergio, García B., Cristián, & Sánchez D, Ignacio. (2001). Doce casos de absceso pulmonar en pediatría: revisión clínica. *Revista chilena de pediatría*, 72(2), 128-134. <https://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062001000200007>