

ABSCESO PULMONAR

Amy Nicole Montes Figueroa

Med. Interno

2021



DEFINICION

- Colección supurada rodeada de una zona necrótica del parénquima pulmonar.
- Material purulento sale a través del árbol bronquial → Cavidad y un nivel hidroaéreo en su interior visible en rx de tórax



ETIOLOGIA

TABLA 1. Microbiología general del absceso pulmonar

Bacterias	Anaerobios
	<i>Streptococcus</i>
	<i>Burkholderia pseudomallei</i>
	<i>Staphylococcus aureus</i>
	<i>Klebsiella pneumoniae</i>
	<i>Haemophilus influenzae</i> tipo B
	<i>Nocardia</i>
	<i>Legionella</i>
	<i>Actinomices</i>
Parásitos	<i>Paragonimus westermani</i>
	<i>Entamoeba histolytica</i>
Hongos	<i>Aspergillus</i>
	<i>Cryptococco neoformans</i>
	<i>Histoplasma capsulatum</i>
	<i>Blastomyces dermatitidis</i>
	<i>Coccidioides immitis</i>
Micobacterias	<i>M. tuberculosis</i>
	<i>M. kansasii</i>

Adaptado de Finegold SM. Aspiration pneumonia, lung abscess, and empyema. In: *Diagnosis and Management* 3^a Edition. New York: Raven Press Ltd; 1994. p

TABLA 2. Etiología bacteriana del absceso pulmonar

Microorganismos	Número de casos (% de los casos)
Total de casos	
Sólo bacterias aeróbicas	10 (11 %)
Sólo bacterias anaeróbica	43 (46 %)
Flora mixta	40 (43 %)
Microorganismos aislados aerobios	
<i>Staphylococcus aureus</i>	13 (4 %)
<i>Escherichia coli</i>	9 (0 %)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	7 (3 %)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	7 (1 %)
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	6 (1 %)
Anaerobios	
<i>Peptostreptococcus</i>	40 (12 %)
<i>Fusobacterium nucleatum</i>	34 (5 %)
<i>Prevotella</i>	32 (1 %)

Adaptado de Bartlett, JG. Anaerobic bacterial infections of the lung. *Chest* 1987; 91: 901.

ANATOMIA PATOLÓGICA

AGUDO <4-6 semanas

CRONICO > 6 semanas

- ✓ Alveolo lleno de exudado
- ✓ Vasos trombosados
- ✓ Favoreciendo la necrosis y sobreinfección del tejido
- ✓ Pleura participa de inmediato produciendo adherencias laxas
- ✓ La cavidad del absceso es anfractuosa, paredes blandas , edema en la desembocadura de los bronquios
- ✓ Cavidad con pus

- ✓ Pared engrosada –fibrótica
- ✓ Bronquios dilatados de manera cilíndrica o multiforme
- ✓ Fibrosis avanzada en parénquima pulmonar vecino
- ✓ Adherencias pleurales firmes y fibrosas
- ✓ Retraccion de estructuras vecinas



CLASIFICACION

PRIMARIO

- 80%
- Post aspiración
- Post neumonía aspiratoria

SECUNDARIO

- 20%
- Enfermedad respiratoria pre-existente
- Compromiso primario infeccioso extratoracico

INFECCIOSAS

Absceso postqx, infecciones extrapulmonares, endocarditis infecciosa, tbc, empiemas, osteomelitis

NO INFECCIOSAS

Broncoectasias, vasculitis, embolismo pulmonar, neoplasias pulmonates



PATOGENIA

ASPIRATIVAS

- Etilismo, drogadicción, epilepsia, boca séptica, coma, ecv, miastenia gravis, intubación, extracción de piezas dentarias
- Neumonitis que progresa a necrosis después de 7-14 días → absceso pulmonar → infiltraciones y lesiones cavitadas

NO ASPIRATIVAS

- Osteomielitis, endocarditis tricúspideas, catéteres intravenosos infectados, tromboflebitis supurativa yugular, aborto séptico.



LOCALIZACIONES

ASPIRACIONES

Segmentos posteriores de los lóbulos superiores

Segmentos apicales de los inferiores

VIA HEMATOGENA

Múltiples y pequeños

Lóbulos inferiores

OBSTRUCCION BRONQUIAL

Lobulo medio y lingula



CLINICA

INFECCION PULMONAR POR BACTERIAS ANAEROBIAS

- ✓ Fiebre
- ✓ Tos
- ✓ Expectoración productiva

SINTOMAS DE ENF. CRONICAS

- ✓ Sudores nocturnos
- ✓ Pérdida de peso
- ✓ Anemia

ETAPA INICIAL

- 1 semana
- Síntomas generales: Fiebre, escalofríos, anorexia y decaimiento
- Síntomas locales: tos seca inicial y disnea
- Por anaerobios: subagudo y mal estado general → pérdida de peso, fiebre y sudoración (2-3 semanas)

APERTURA O VOMICA

- 2-3ra semana
- Tos → productiva y puede ser hemoptoica
- Esputo aumenta progresivamente, purulento y fetido
- Expectoración: aguda, abundante, náuseas

SUPURANTE

- TTO no es eficaz o no tratado (cuando se abre el absceso)
- Sépticos, sudorosos, febriles, tos y expectoración fétida, puede estar precedida de vomica, hemoptoica con dolor torácico tipo pleural
- Pionemotorax: ruptura del absceso contaminando cavidad pleural
- Examen físico: consolidación pulmonar, halitosis



DIAGNOSTICO

RADIOLOGICO

- Lesión pulmonar: masa única o múltiples, cavidades, aisladas o en el seno de una consolidación parenquimatosa
- Nivel hidroaéreo
- Consolidación parénquima adyacente
- Bordes internos: lisos, irregulares (15%)
- Espesor de la pared: 5-15 mm

TABLA 3.

Infecciones

Bacterias at

Otras bacte

Enterobacte

H. influenza

Mycobacter

Hongos

Aspergillus,

Cryptococcu



Sarcoidosis

Histiocitosis X



TOMOGRAFIA

- lesión redondeada, radioluminiscente, de paredes engrosadas con márgenes irregulares, y poco diferenciados del resto del parénquima pulmonar, con ángulo agudo en relación con la pared torácica
- Zonas declives del pulmón derecho, por la anatomía bronquial
- Aspiración de pie: lóbulo inferior
- Aspiración decúbito supino: segmentos apicales y posteriores de lobulos superiores



MICROBIOLOGICO

- Aspirado transtraqueal, el aspirado con aguja transtorácica, una muestra de líquido pleural o los hemocultivos
- La única infección anaeróbica del pulmón que es probable que tenga confirmación bacteriológica es la asociada al empiema
- Alternativas: broncoaspirado o lavado broncoalveolar , con fibrobroncoscopia

Leucocitosis : polimorfonucleares
Anemia: casos graves
Vsg elevado
Pcr reactivo



TRATAMIENTO

Clindamicina

600mg iv /8h +150-300
mg vo

Amoxicilina+acido
clavulánico

2gr+200mg iv /6 horas → a
vo 1gr+125mg /8h

Alternativa:

Cefalosporinas de 1ra o 2da
generación

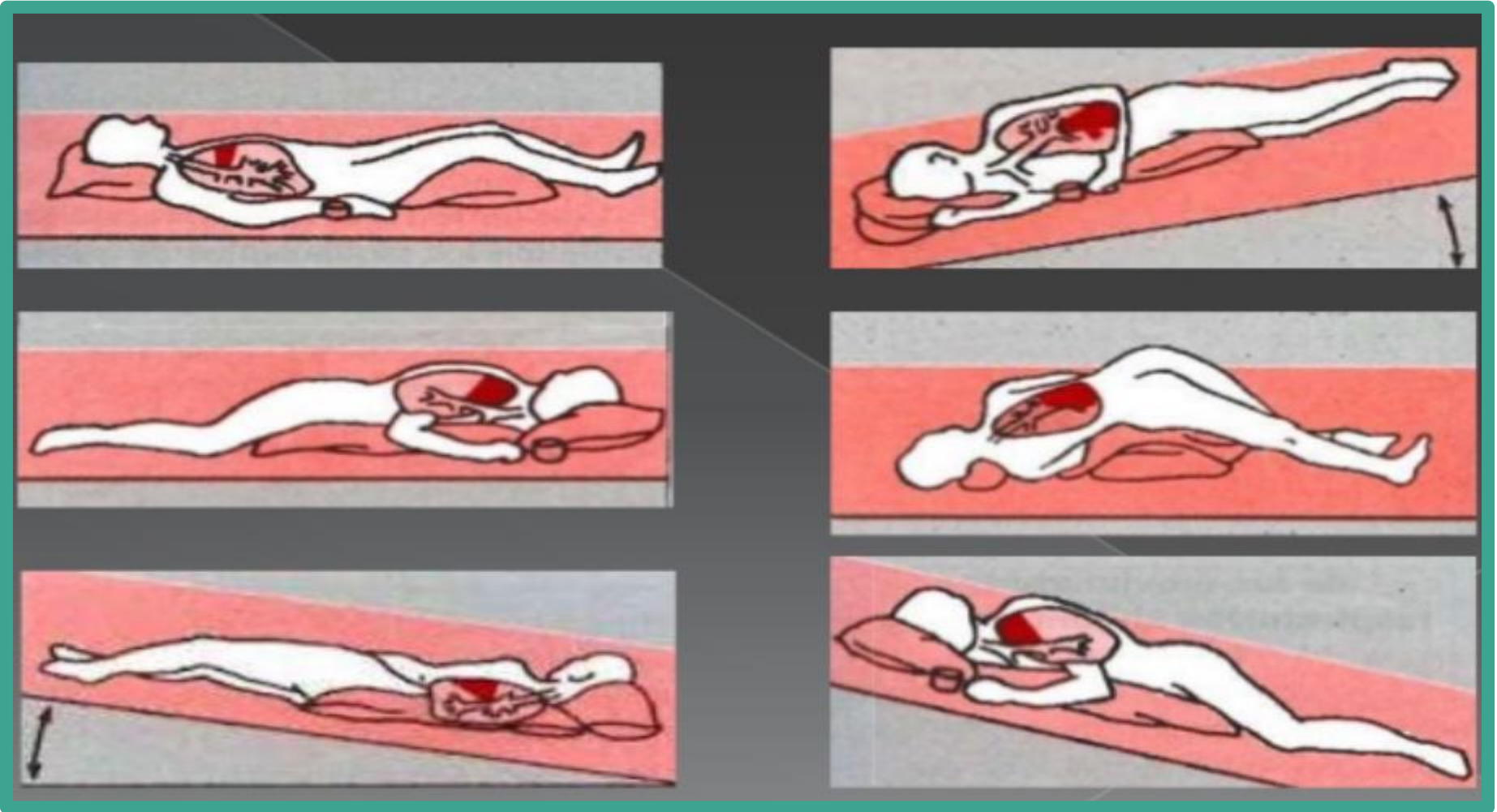
Penicilina + metronidazol iv
DI: 1,5 gr diarios y vo 1g en
3 tomas

Cafalosporinas de 3ra
generación

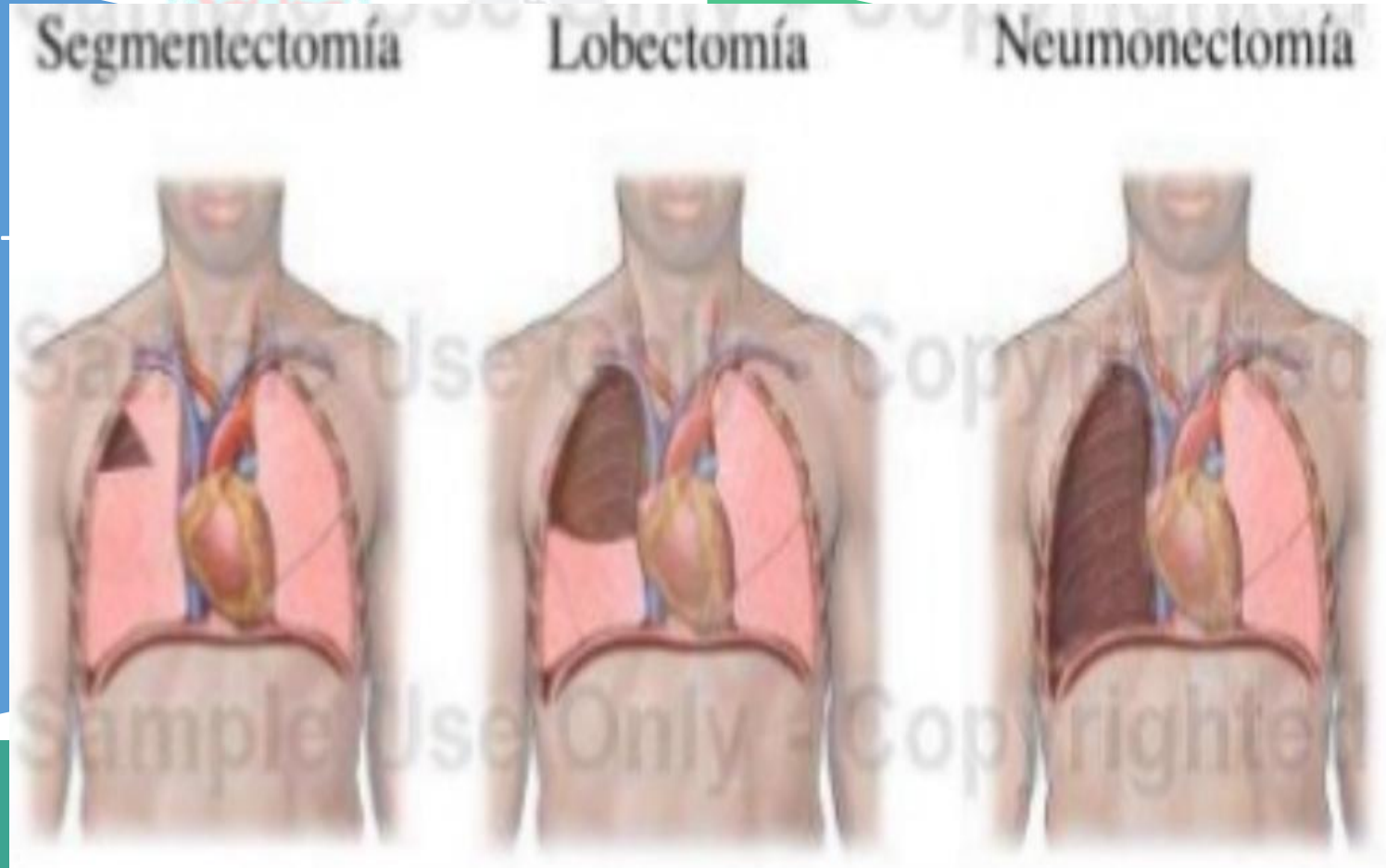
Infecciones polimicrobianas
anaerobios+ aerobios gran
-

Tratamiento endoscópico:
Broncoscopia para remoción
de cuerpos extraños y
drenaje del absceso por
aspiración





TRATAMIENTO QUIRURGICO

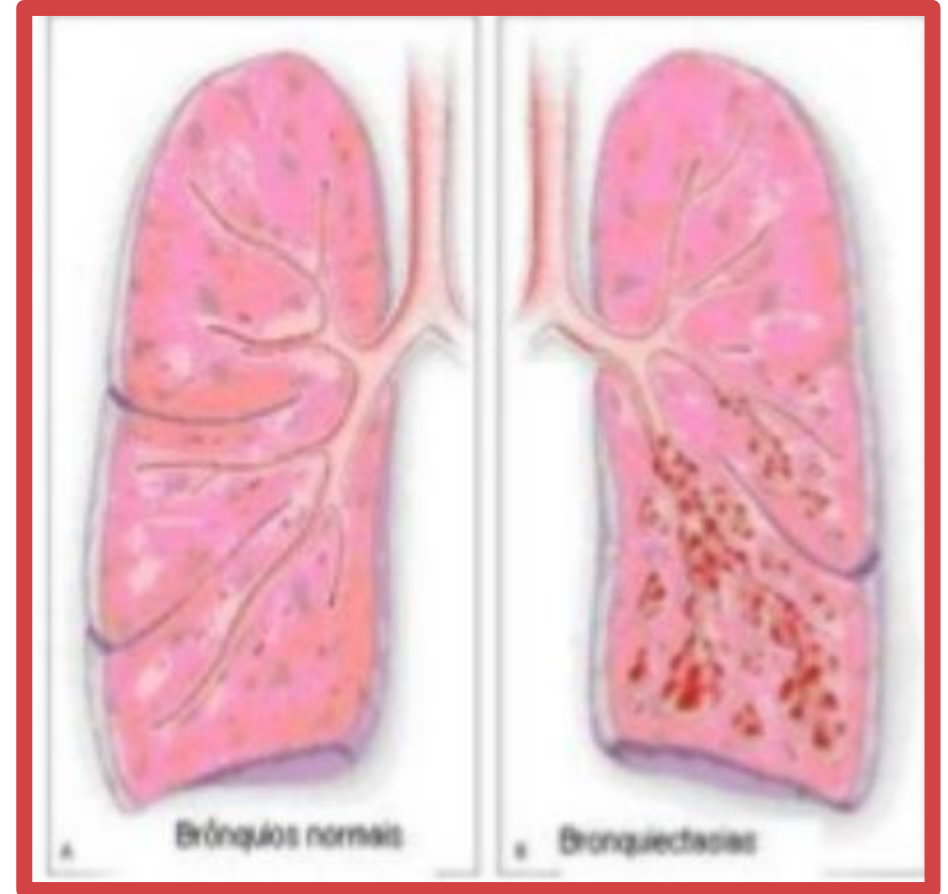


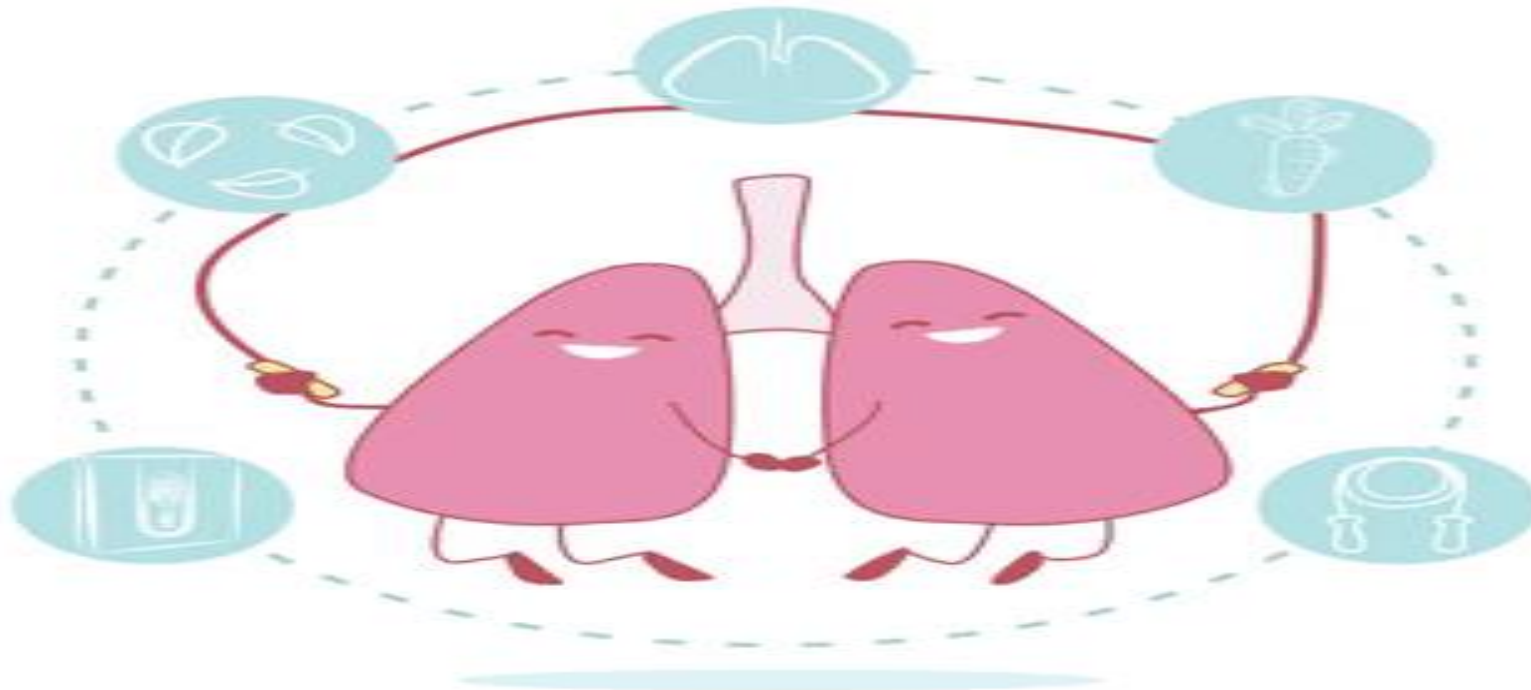
- Lobectomia
- Neumectomia



COMPLICACIONES

- Diseminación broncogena al mismo pulmón o al contralateral
- Formación → Empiema
- Hemoptisis
- Diseminación hematógica → abscesos cerebrales
- Secuelas: bronquiectasias y cavidad residual





GRACIAS

