

Manejo percutáneo del absceso pulmonar. Presentación de un caso.

Percutaneous drainage treatment of lung abscess. A case report.

VALDEZ JA*, RUBINI C**, ROJAS VMN***.

*Departamento de Radiodiagnóstico. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima-Perú

**Departamento de Cirugía de Tórax. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima-Perú

***Residente Especial del Departamento de Cirugía de Tórax. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Lima-Perú

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de los abscesos pulmonares presupone que, junto a un buen reflejo tusígeno, los bronquios estén permeables. Esto es ayudado por el empleo de antibióticos junto a un adecuado drenaje postural. En los casos refractarios al tratamiento descrito, resulta necesaria la limpieza broscópica de secreciones, así como la remoción de cuerpos extraños cuando estos están presentes. Finalmente, la resección quirúrgica del lóbulo afectado proporciona el tratamiento definitivo cuando todo lo anterior falla. Aún así, las tasas de mortalidad por abscesos pulmonares, incluyendo los casos tratados quirúrgicamente, continúan siendo altas, con rangos desde 9.3% hasta 28% (1).

Últimamente se ha empezado a publicar artículos describiendo la posibilidad de realizar drenajes percutáneos de abscesos pulmonares guiados radiológica o fluoroscópicamente (2, 3).

Se presenta una experiencia reciente con un paciente portador de un absceso pulmonar, definido como una colección de pus intraparenquimal, en el que el drenaje fue realizado enteramente con guía ultrasonográfica.

Caso Clínico

Se trata de un paciente varón, de 38 años, de edad, piloto de aviación civil, retirado desde un año previo al ingreso como consecuencia de un accidente profesional, por el que fue sometido a cirugía. Fumador crónico (1 cajetilla/día x 30 años)

Al momento de su hospitalización tenía un tiempo de enfermedad de un mes caracterizado por tos exigente con hemoptisis y pérdida de peso (11 Kg). El examen físico sólo reveló disminución del murmullo vesicular en la base pulmonar derecha. Fue hospitalizado con la presunción clínica de neoplasia maligna pulmonar. Lo único significativo en el laboratorio fue el hemograma (leucocitos 13500; S: Eosinófilos: 4%) y el hematocrito de 28%. Durante su hospitalización se realizaron radiografías, ecografías y tomografías axiales computadas las que mostraron una tumoración intratorácica, intraparenquimal, necrosada, dependiente del lóbulo inferior derecho, en contacto con el diafragma y con la pared torácico. Había extenso derrame pleural asociado ([Figura N°1](#)). También se realizó broncoscopia cuyo resultado no fue contributivo. Dado el mal estado general del paciente no pudo ser programado para cirugía.

Con los hallazgos anteriores se realizó punción de la lesión pulmonar con aguja fina y con guía ecográfica, obteniéndose material purulento, “achocolatado”, no maloliente, que fue remitido a patología y microbiología para su evaluación completa. Inmediatamente después se procedió a colocar, mediante la técnica de Seldinger y con guía ecográfica, un catéter Mueller Multipurpose F14 (Cook Inc. Bloomington, IN 47402 USA) ([Figura N°2](#)). El absceso fue drenado obteniéndose 400 cc del material previamente descrito. El catéter permaneció “in situ” 4 días durante los cuales el gasto disminuyó progresivamente. El cuadro clínico mejoró significativamente antes de las 24 hrs de instalado el catéter percutáneo. Los cultivos fueron todos negativos pero la serología para ameba fue positiva (1/64) por lo que se agregó metronidazol al tratamiento. El catéter fue retirado al 5to. día. Posteriormente, el paciente fue dado de alta permaneciendo en adecuadas condiciones hasta dos meses después, en que se realizó el último control en forma ambulatoria.

DISCUSION

El drenaje percutáneo de abscesos con guía radiológica resulta ser con frecuencia, el metodo preferido para el tratamiento de un amplio espectro de abscesos distribuidos en diferentes compartimientos del cuerpo. La seguridad, eficacia y facilidad del manejo percutáneo con guía radiológica ha revolucionado el tratamiento de los mismos (4, 5, 6).

El drenaje percutáneo obvia el uso de anestesia general y cirugía en la mayoría de los casos y por lo tanto beneficia ampliamente al paciente, logrando la satisfacción del internista o del cirujano (7).

No todos los pacientes con abscesos pulmonares requieren drenaje. Aquel paciente con un mecanismo tusígeno intacto y con el árbol bronquial permeable podrá curarse sólo con “toilet” bronquial y antibióticos. Series quirúrgicas previas informan sobre la necesidad de cirugía entre 11% y 21% de los pacientes con abscesos pulmonares (1). Sin embargo, en la actualidad, la indicación previa más común para cirugía en abscesos pulmonares-sepsis persistente y toxicidad en abscesos mayores de 4 cm puede manejarse en forma efectiva con catéteres colocados de forma percutánea y con guía radiológica, tal como en el caso descrito anteriormente.

El tamaño del absceso es considerado una indicación para cirugía o para drenaje percutáneo, algunos autores recomiendan cirugía para abscesos mayores de 4-8 cm (8, 9),

siendo la causa usual del gran volumen del absceso la obstrucción bronquial. Otra indicación para el manejo percutáneo es la de aquellos pacientes que carecen de un adecuado reflejo tusígeno. El desarrollo contralateral de neumonía, demostrada radiologicamente, en un paciente con absceso pulmonar, suele sugerir este problema (10).

Diferenciar entre un absceso pulmonar y algunas condiciones relacionadas puede resultar imposible en algunos casos. Un pneumatocele traumático o post infeccioso sobreinfectado, una fistula broncopleural, una bula, un secuestro, un empiema yuxtapuesto a la pleura (11). Probablemente la clave terapéutica en las situaciones mencionadas sea que cualquier paciente portador de una colección adyacente a la pleura y que permanezca en sepsis, no obstante estar en un régimen antibiótico apropiado, debiera ser sometido a drenaje a la brevedad posible (10).

Si bien la ecografía posee limitaciones importantes en el tórax, tales como parénquimas pulmonar lleno de aire y estructuras óseas en la pared, resulta bastante útil en la evaluación del espacio pleural y el parénquima pulmonar adyacente. Probablemente la tomografía computada resulte más segura para realizar procedimientos percutáneos, pero la disponibilidad de la ecografía en nuestro medio, así como su versatilidad y facilidad que presenta para monitorizar continuamente el procedimiento, terminan haciendo de ésta una posibilidad muy atractiva para pacientes, como el que se presenta, en el que la lesión es lo suficiente superficial como para ser adecuadamente visualizada con este método.

Es necesario mencionar que se ha informado de fallas terapéuticas en casos drenados percutáneamente. Esto ocurre en absceso multiloculados, cavidades pobremente delimitadas o en casos de cavidades de paredes gruesas que no se colapsan no obstante un buen drenaje. De cualquier manera, la tasa de éxito descrita para el procedimiento percutáneo esta en el orden del 85% a 100%. Además, la tasa de complicaciones mayores, incluyendo sangrado y pneumotórax, es del 5% (12, 13, 14).

Para el paciente adecuadamente seleccionado, portador de absceso pulmonar, la posibilidad de realizar el drenaje de manera percutánea con guía radiológica, obviando el uso de anestesia general y cirugía, abre una nueva frontera en el tratamiento de esta afección.

Correspondencia:

Juan Antonio Valdez

Instituto de Enfermedades Neoplásicas. Departamento de Radiodiagnóstico. Av. Angamos Este N° 2520. Surquillo. Lima 34, Perú. Telef: (51-14)499137, anexo 1606

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.Hagan JI, Ardí JD. Luna abscess revisited: a survery of 184 cases. Ann Surg 1983; 197:755-762.
- 2.Lorenzo RL, Bradford BF, Black J, Smith JD. Lung Abscess in children: diagnostic and therapeutic needle aspiration. Radiology 1985;157:79-80.

3. Aronberg DJ, Sagel SS, Jost RG, Lee JI. Percutaneous drainage of lung abscess. *AJR* 1979; 132:282-283.
4. VanSonnenberg E, Ferrucci JT Jr, Mueller PR, Wittenberg J, Simeone J. Percutaneous drainage of abscesses and fluid collections: techniques, results and applications. *Radiology* 1982; 142:1-10.
5. VanSonnenberg E, Mueller PR, Ferrucci JT Jr. Percutaneous drainage of abdominal abscesses and fluid collections in 250 cases. I results, failures and complications. *Radiology* 1984; 151:337-341.
6. VanSonnenberg E, Mueller PR, Ferrucci JT Jr. Percutaneous drainage of abdominal abscesses and fluid collections in 250 cases II. Current procedural concepts. *Radiology* 1984;151:343-347.
7. VanSonnenberg E, D'Agostino HB, Casola G, Halasz NA, Sanchez RB, Goodacre BW. Percutaneous abscess drainage: Current concepts. *Radiology* 1991; 181:617-626.
8. Mengoli L. Giant lung abscess treated by tube thorostomy. *J Thorac Cardiovas Surg* 1985;90:186-194.
9. Rice TW, Ginsberg RJ, Todd TRJ. Tube drainage of lung abscesses. *Ann Thorac Surg* 1987;44:356-359.
10. VanSonnenberg E, D'Agostino HB, Casola G, Wittich GR, Varney RR, Harker C. Lung Abscess: CT-guided Drainage. *Radiology* 1991; 178:347-351.
11. Dean NC, Stein MG, Stulbarg MS. Percutaneous drainage of an infected lung bulla in a patient receiving positive pressure ventilation. *Chest* 1987;91:928-930.
12. VanSonnenberg E, Nakamoto S, Mueller PR, et al. CT and Ultrasound-guided catheter drainage of empyemas after chest tube failure. *Radiology* 1984;151:349-353.
13. Silvermann SG, Mueller PR, Saine S, et al. *Radiology* 1988;169:5-9.
14. Ball WS Jr, Bisset GS III, RB. Percutaneous drainage of chest abscesses in children. *Radiology* 1989; 171:431-434.