



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ" LS.S.S.T.F.

ABSCESO PULMONAR EN ADULTOS. REPORTE DE CASOS

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA INTERNA

PRESENTA:

DR. GUILLERMO VELAZOUEZ GAONA

ASESOR DE TESIS: DR. HECTOR ARREOLA MUCINO

Facultad de Medicina



TESIS CON FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D.F.

1995-1999

2003





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTOMONA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL" DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"
I.S.S.S.T.E.

ABSCESO PULMONAR EN ADULTOS, REPORTE DE CASOS

TESIS
QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE :
MEDICINA INTERNA
PRESENTA
DR. GUILLERMO VELAZQUEZ GAONA

ASESOR DE TESIS: DR. HECTOR ARREOLA MUCIÑO

MEXICO, D.F.

1995-1999

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

7



DRA. MA. EUGENIA ESPINOSA PEREZ COORDINADORA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION HOSPITAL GENERAL "DR FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ" S.S.S.T.E

DR. RODOLFO PRADO VEGA

SECRETARIO DE LA COMISION DE INVESTIGACION HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ

I.S.S.S.T.E.

DR. SERGIO S. VALDES ROJAS COORDINADOR DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ" I.S.S.S.T.E

DR MECTOR ARREOLA MUCIÑO

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA ASESOR DE TRABAJO DE INVESTIGACION

HOSPITAL GENERAL "DR FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"

1. S. S. S. Y. E. CHECKECOON GENERAL MEDICA

SUBDIRECGION GENERAL MEDICA

FIG. DR. FERNANDO QUIROZ GTZ.

NOV. 11 1998

COORD OF ENSEWHER

ABSCESO PULMONAR EN ADULTOS. REPORTE DE CASOS

DR. GUILLERMO VELAZQUEZ GAONA
RESIDENTE DE CUARTO AÑO EN LA ESPECIALIDAD MEDICINA INTERNA
HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"
I.S.S.S.T.E.

DR. HECTOR ARREOLA MUCIÑO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO MEDICINA INTERNA
HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"
I.S.S.S.T.E.

Felipe Angeles y Canario Col. Bellavista Delegación Alvaro Obregón México, D.F.

> TESIS CON FALLA DE COIGEN

RESUMEN:

Se reportan, las características clinicas, radiológicas, bacteriológicas de 6 pacientes con absceso pulmonar, que fueron manejado en nuestro hospital en el periodo comprendido entre el 1o. de enero de 1995 al 30 de octubre de 1998.

El predominio fue en el sexo masculino, todos los sujetos en edad productiva, llama la atención que en solo dos pacientes existian factores predisponentes uno con inmunocompromiso por ingesta de esteroides y aziatropina, además de padecimiento neurológico, el otro paciente portador de diabetes mellitus y daño renal Los datos clínicos más frecuentes fueron tos, expectoración purulenta, dolor torácico fiebre.

Los gérmenes más frecuentes fueron estreptococo 50%, estafilococo 16.6.%, y en dos pacientes no se reporto aislamiento.

La evolución fue egreso por mejoría en el 83.3% de los pacientes y solo 16.6% defunción

Palabras clave: Absceso pulmonar, Manifestaciones clínicas, Germen causal.



SUMMARY:

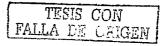
We report, the clinical, radiologicalbacteriological characteristics, of 6 patient with pulmonary abscess, that was managed in our hospital in the period understood between the 1o. from January of 1995 at 30 of October of 1998

The prevalence was in the masculine sex, all the subjects in productive age, attract attention that in only two patient exist predispose factors, one with immunocompromis for intake of steroids and aziatropin, besides suffering neurologic process, the other patient payee of diabetes mellitus and renal damage. The clinical data more frequent was cough, purulent sputum, toracic pain and fever.

The most frequent germ was streptococcus 50%, stafilococcus 16 6.%, and in two patient not yet isolation.

The evolution was improvement in the 83.3% of the patient and only 16.6% death

Keywords: Pulmonary abscess, Clinical manifestations, Causal germ.



INTRODUCCIÓN:

El absceso pulmonar, es una infección supurada que comprende la destrucción del parenquima pulmonar hasta producir una o más cavidades con niveles hidroaeréos ^{1,2}. SE asocia frecuentemente con la presencia de broncoaspiración, y las bacterias anaerobias constituyen los principales microorganismos involucrados, siendo la presencia de estos gérmenes el factor básico para el desarrollo de absceso pulmonar ^{1,2,3} En los sujetos adultos la secreción orofáringea contiene aproximadamente ¹⁰⁷ bacterias arobias y ¹⁰⁸ bacterias anaerobias por mililitro ³. El absceso pulmonar se observa principalmente asociado a alteraciones del estado de alerta ¹, perdida de los mecanismos de defensa del tracto respiratorio, disfagia debida a enfermedad esofágica o trastornos neurológicos, obstrucción intestinal, amigdalectomia, extracción dentaria El 70% de los pacientes con deterioro del sensorio y ^{45%} de los sujetos en sueño fisiológico profundo presentan broncoaspiración ¹

Después de la broncoaspiración, el siguiente factor condicionante para el desarrollo de absceso pulmonar es la infección periodontal o gingivitis ^{1,2} En personas desdenndas, la presencia de absceso pulmonar, obliga a descartar la posibilidad de carcinoma broncogenico asociado al proceso infeccioso ^{2,4}. Otros procesos incluyen bronquiectasias, embolismo con infarto, embolos sépticos, bacteremia, aerosoles infectados, infección intraabdominal, obstrucción bronquial, pacientes con tratamiento innunosupresor ^{1,2,1,4}

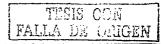
El Estreptococo neumonie, se encuentra aproximadamente en el 60% de los individuos condicionando alrededor del 89-90% de los procesos infecciosos pulmonares, siendo raro como agente etimológico de absceso pulmonar. El Estafilococo aureus, se encuentra presente en aproximadamente 20% de los adultos sanos a nivel nasal y faringeo, frecuentemente se asocia con el desarrollo de absceso pulmonar por broncoaspiración Los gérmenes gram (-), como la Klebsiella neumonie. Escherichia coli, Pseudomona aeruginosa, Hemofilus influenza y Proteus, producen frecuentemente empiema y abscesos pulmonares ⁴ Y se presentan con mayor frecuencia en sujetos bajo tratamiento antiácido y con bloqueadores H₂, saí como en aquellos con úlcera gástrica y hemorragia de tubo digestivo alto ^{13,4}

Las manifestaciones clínicas en términos generales se encuentran presentes por lo menos durante dos semanas, e incluyen fiebre, ataque al estado general, perdida de peso, anemia, tos, expectoración fétida (50% o), y en ocasiones hemoptoica, adenopatía mediastinica, dolor torácico, dolor pleuritico, cianosis y acropatía ^{1,7}

Los auxiliares de diagnóstico, como los rayos X muestran a nivel de la placa de tórax, la presencia de niveles hidroacreos, o neumonitis con múltiples excavaciones pequeñas en declive. Las muestras para estudios bacteriologicos deben ser obtenidas mediante una técnica distinta al cultivo de expectoración, a partir de la presencia de flora colonizadora del tracto respiratorio superior y boca, y se recomienda la aspiración por punción de liquido de empiema o absceso, hemocultivos, aspiración transtraqueal percutánea (2.1.4.7)

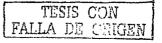
El tratamiento antimicrobiano, depende del germen etiológico aislado. En términos generales, se observa una respuesta adecuada al tratamiento médico, sin embargo hasta un 10-15% de los casos son meritorios de manejo quirúrgico. ².

El pronóstico varia en base a la velocidad de instalación del tratamiento adecuado, la mortalidad cuando la etiología es anerobia es del 15%, cuando la etiología es estafilococo aureus, klesiella neumonie, u otro



gram (-), anaerobios facultativos se reporta una mortalidad mayor 1,2,3,8.

Reportamos 6 casos de pacientes con absceso pulmonar, manejados en nuestro hospital en el periodo comprendido del 1o. de enero de 1995 al 30 de octubre de 1998



CASO 1:

Hombre de 59 años, ocupación servicio de limpieza, con antecedente de neumonía hace 20 años, cuadros de hemoptisis repetitivos, tabaquismo y etilismo aproximadamente desde los 20 años. Cuadro clinico ataque al estado general, escalofrios, fiebre de 38.5°c, hemoptisis, tos, dolor torácico derecho. Rx de tórax opacidad de lóbulo medio derecho, nivel hidroaeréo. Fibrobroncospia variante anatómica del lóbulo superior derecho, secreción purulenta en segmento anterior de lóbulo inferior derecho. Laboratorio leucocitos (Leu) 13 400, linfocitos (l) 17%, neutrófilos (n) 83%, segmentados (s) 83%, hemoglobina (Hb) 14.2 gr/dl, Hematocrito (Hto) 42, cultivo estreptococo β hemolítico, candida albicans. Tratamiento Clindamicina 600 mg c/8 hrs. Pefloxacina 400 mg c/12 hrs., ketoconazol 200 mg c/12 hrs. por 15 dias. Motivo de egreso mejoria.

CASO 2:

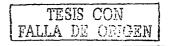
Mujer de 36 años, ocupación pensionada, antecedentes de esclerosis múltiple, crisis convulsivas parciales foco temporooccipital, obesidad G III, sindrome de Cushing, sonda nasoyeyunal, diabetes secundaria, catéter peridural cervical, tratamiento con prednisona 50 mg/dia, aziatropina Cuadro clínico tos, expectoración purulenta en forma súbita, abundante con rasgos hemáticos, fétida, fiebre 38°c, escalofrios, disnea, ataque al estado general. Rx de tórax opacidad de lóbulo apical segmento inferior derecho, nivel hidroaeréo, control subsecuente cavitación, tomografia lineal lesión en lóbulo apical segmento inferior derecho. Laboratorio Leu 16 000. I 19%, eosinófilos (eos) 1%, n 80%, bandas 5%; cultivo estafilococo aureus. Tratamiento ceftriaxona 1 gr c/12 hrs., amikacina 500 mg c/12 hrs. por 15 días Motivo de egreso mejoría

CASO 3:

Hombre de 53 años, ocupación comerciante, portador de diabetes mellitus de 10 años de diagnóstico tratado mediante insulina NPH 34 Ul/dia, neuropatia y nefropatia diabética, estenosis uretral, alérgico a β lactámicos, desnutrición, anemia secundaria Cuadro clínico cuadro gripal 2 semanas previas, tos, expectoración purulenta, fiebre 38 5°c, escalofrios, ataque al estado general, anorexia, dolor torácico, descontrol metabólico (estado hiperosmolar) Rx de tórax opacidad homogéneo lóbulo superior segmento posterior derecho, tomografia lineal nivel hidroaereo a nivel de la lesión, TAC de tórax masa ocupativa que compromete pericardio y hemidiafragma derecho, niveles liquidos de 10x10 cm. Fibrobroneoscopia mucosa de árbol bronquial pálida Laboratorio Leu 13 200, 1 25%, eos 1%, n 74%, bandas 3%, citologia flora cocoide mixta, reacción inflamatoria inespecifica +++, negativo a malignidad. Cultivos negativo a desarrollo bacteriano, candida albicans Tratamiento Cefotaxima 1 gr c/8 hrs., amikacina 300 mg c/12 hrs. Motivo de eureso defunción

CASO 4:

Hombre de 24 años, ocupación empleado administrativo, etilismo, tabaquismo, rinitis alérgica. Cuadro clinico cuadro gripal manejado con antibióticos no especificados, posterior se agrego tos, expectoración amarillenta, dolor torácico, fiebre 39°c, dificultad respiratoria, ataque al estado general. Rx de tórax opacidad homogénea con nivel hidroaeréo en lóbulo inferior izquierdo; tomografia lineal corrobora hallazgos Rx de tórax. Laboratorio Leu 10 300, 1 27.5, monocitos 11.3, n 61.2. No se reporto cultivo. Tratamiento tetraciclina 500 mg c/8 hrs., ketoconazol 200 mg c/12 hrs., TMP/SMX c/12 hrs. Motivo de egreso mejoria.



CASO 5:

Hombre de 41 años, ocupación abogado, tabaquismo moderado, etilismo ocasional, alérgico a b lactámicos, rinoseptumplastia en 1984, corrección quirúrgica de Tetralogia de Fallot en 1986. Cuadro clínico dolor torácico, tos, fiebre 38.5°c, expectoración amarillenta, hemoptoica, ataque al estado general, disnea Rx de tórax opacidad parahiliar izquierda de 5 cm; tomografia lineal corrobora hallazgos más la presencia de nivel hidroaeréo. Fibrobroncospia placas blanquecinas en bronquio paralobular superior, secreción purulenta verdosa. Laboratorio Leu 15 200, 1 13, monocitos 0,m s 80, bandas 7. Cultivos neumococo y candida albicans, hongos sp. Citología flora mixta, reacción inflamatoria inespecifica. Tratamiento Imipenen 400 mg c/8 hrs., Fluconazol 200 mg c/12 hrs. Motivo de egreso mejoria.

CASO 6:

Hombre de 41 años, ocupación agente de transito, tabaquismo y etilismo positivos. Cuadro clínico tos, fiebre, expectoración amarillenta, dolor torácico, fiebre 38.5°c, ataque al estado general. Rx de tórax opacidad basal derecha, tomografía lineal nivel hidroaeréo en la lesión. Fibrobroncoscopia bronquio principal derecho con secreción purulenta verdosa. Laboratorio Leu 15 300, 1 3, monocitos 0, s 97. Cultivos neumococo. Citología reacción inflamatoria, flora mixta. Tratamiento Ciprofloxacina 500 mg c/12 hrs por 15 dias. Motivo de egreso mejoría.



ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIO II

DISCUSIÓN:

El absceso pulmonar, aunque con una incidencia muy baja en nuestro medio, es una entidad que reviste una gran importancia a partir de la severidad con la que puede cursar. De acuerdo en los reportes dela literatura los principales factores condicionantes son la broncoaspiración, condicionada primordialmente por alteraciones en el estado de alerta ^{1,2,3}. Sin embargo en nuestros pacientes solo podemos establecer plenamente la presencia de alteración neurológica en un paciente (caso 2), quien además recibia manejo inmunosupresor (esteroides, aziatropina) ^{1,2,3,4}, así como en el caso 3 también encontramos presenta compromiso en los mecanismos de defensa como son la diabetes mellitius y la insuficiencia renal. En el resto de nuestros pacientes, no encontramos un factor predisponente bien establecido, ya que no recibieron en días previos manejo dental, ni tampoco se pudo establecer la presencia de algún otro factor contribuyente como las bronquiectasias, émbolos sépticos, embolia pulmonar con infarto, bacteremia, infección intraabdominal, obstrucción bronquial, etc. ^{1,2,1,3,5}. Aunque prácticamente todos tenían antecedente etilico, otra situación que llama la atención en que la mayoría no era aparentemente sano previo al proceso, lo cual no correlaciona con los reportes de la literatura.

El cuadro clínico de nuestros pacientes correlaciona adecuadamente con el reportado en la literatura y la principales manifestaciones fueron tos, expectoración purulenta, fiebre, ataque al estado general.

La etiologia muestra nuevamente discrepancia importante ya que se refiere en la literatura que el estreptococo neumonie, no es agente causal frecuente y en nuestros pacientes se aisló en 3 pacientes (50%), mientras que en un paciente se reporto la presencia de estafilococo (16 6%), y en dos no se reporto desarrollo bacteriano (33 3%), otro aspecto que llama la atención es que en 5 de los pacientes (83 3%) se reporta el desarrollo de candida albicans, sin embargo esto podría ser contaminación de la muestra, ya que el comportamiento clínico y los factores concomitantes de los pacientes no correlacionan

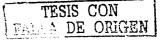
La terapia empirica debe iniciarse en base al empleo de una cefalosporina de 3a. generación, ya que en reportes de la literatura se refiere que el estreptococo neumonie presenta una resistencia hasta del 30% a la penicilina

La eficacia terapéutica en nuestro pacientes es adecuada y esperada ya que el inicio del tratamiento adecuado es rápido, a expensas de un diagnóstico temprano.



Parámetro	Número de pacientes	Porcentaje
Factores predisponentes		110 - 1217
Esclerosis múltiple	1	16.66
Tratamiento inmunosupresor	1	16.66
Diabetes Mellitus	1	16.66
Insuficiencia Renaf	1	16.66
Cuadro clinico		
Tos	6	100
Expectoración purulenta	6	100
Fiebre	6	100
Dolor torácico	6	100
Ataque al estado general	6	100
Hallazgos radiológicos		
Opacidad homogénea	6	100
Niveles hidroaeréos	6	100
Etiología		
Estreptococo neumonie	3	50
Estafilococo aureus	1	16,66
Candida albicans	6	100

^{1.} Características clínicas, radiológicas y etiología de los pacientes con Absceso pulmonar



BIBLIOGRAFÍA:

- 1. Finegold SM. Absceso de pulmón. En Mandell, Douglas y Bennett editores, Enfermedades Infecciosas. Principios y Practica. 4a. de., Ed. Intermaericana. 1977: 707-712.
- 2. Peña-Griñan N, Muñoz-Lucena F, Vargas-Romero J, Alfageme-Michavila Y, Umbria-Dominguez S, Florez-Alia C. Yield of percutaneous needle lung aspiration in lung abscess. Chest 1990; 97(1): 69-74...
- 3. Johanson WG, Harrys GD. Aspiration penumonia, anaerobic infections, and lung abscess. Med Clin NA 1980; 64(3): 385-394.
- 4. Libro Nicer del Centenario 1895-1995. Compendio general de radiología. Tomo II. 1995. 725-736.
- 5. Chen ChH, Lai ChL, Tasai TT, Lee Ych, Perng RP. Foreing body aspiration into the lower airway in chinese adults Chest 1997, 112(1): 129-133.
- 6. Temes RT, Follis F, Kessler RM, Pett SB, Wernly JA. Intrapleural fibrinolytics in management of empiema thoracis. Chest 1996, 110(1): 102-106.
- 7. Zuhdi MK, Spear RM, Worthen HM, Peterson BM. Percutaneous catheter drainage of tension pneumatocele, secondarily infected pnemotocele, and lung abscess in children. Crit Care med 1996; 24(2): 330-333
- 8. Infección de vias respiratorias bajas. En Conceptos Clínicos de Infectologia, Ed. Arredondo-Garcia JL, Calderon-Jaimes E. 10a. de., 1995: 212-224.

