

136
11227



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

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**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA INTERNA

P R E S E N T A :

DR. GUILLERMO VELAZQUEZ GAONA

ASESOR DE TESIS:

DR. HECTOR ARREOLA MUCIÑO

Facultad de Medicina



MEXICO, D.F.

1995-1999

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2003



Universidad Nacional
Autónoma de México



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**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

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

Rodolfo Prado Vega
.....
DR. RODOLFO PRADO VEGA
SECRETARIO DE LA COMISION DE INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"
I.S.S.S.T.E.

Sergio S. Valdes Rojas
.....
DR. SERGIO S. VALDES ROJAS
COORDINADOR DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA
HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"
I.S.S.S.T.E.

Hector Arreola Mucino
.....
DR. HECTOR ARREOLA MUCINO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE MEDICINA INTERNA
ASESOR DE TRABAJO DE INVESTIGACION
HOSPITAL GENERAL "DR. FERNANDO QUIROZ GUTIERREZ"

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION GENERAL MEDICA
HOSP. DR. FERNANDO QUIROZ GTZ.

RECIBIDO
NOV 5 1998
JEFATURA DE LOS SERVICIOS DE ENSEÑANZA

NOV. 11 1998

COORD. DE ENSEÑANZA
INVESTIGACION

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 ORIGEN**

RESUMEN:

Se reportan, las características clínicas, 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 existían 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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 orofaríngea contiene aproximadamente 10^7 bacterias aerobias y 10^9 bacterias anaerobias por mililitro ³. El absceso pulmonar se observa principalmente asociado a alteraciones del estado de alerta ¹, pérdida de los mecanismos de defensa del tracto respiratorio, disfagia debida a enfermedad esofágica o trastornos neurológicos, obstrucción intestinal, amigdalectomía, 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 desdentadas, la presencia de absceso pulmonar, obliga a descartar la posibilidad de carcinoma broncogénico 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 inmunosupresor ^{1,2,3,4,5}.

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 faríngeo, 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, así como en aquellos con úlcera gástrica y hemorragia de tubo digestivo alto ^{1,3,4}.

Las manifestaciones clínicas en términos generales se encuentran presentes por lo menos durante dos semanas, e incluyen fiebre, ataque al estado general, pérdida de peso, anemia, tos, expectoración fétida (50% o), y en ocasiones hemoptoica, adenopatía mediastínica, dolor torácico, dolor pleurítico, 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 hidroaeréos, o neumonitis con múltiples excavaciones pequeñas en declive. Las muestras para estudios bacteriológicos 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 ^{2,3,4,5,7}.

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 varía 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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

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 clínico ataque al estado general, escalofríos, fiebre de 38.5°C, hemoptisis, tos, dolor torácico derecho. Rx de tórax opacidad de lóbulo medio derecho, nivel hidroaéreo. Fibrobroncoscopia 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 días. Motivo de egreso mejoría

CASO 2:

Mujer de 36 años, ocupación pensionada, antecedentes de esclerosis múltiple, crisis convulsivas parciales foco temporooccipital, obesidad G III, síndrome de Cushing, sonda nasoyeyunal, diabetes secundaria, catéter peridural cervical, tratamiento con prednisona 50 mg/día, aziatropina Cuadro clínico tos, expectoración purulenta en forma súbita, abundante con rasgos hemáticos, fétida, fiebre 38°C, escalofríos, disnea, ataque al estado general Rx de tórax opacidad de lóbulo apical segmento inferior derecho, nivel hidroaéreo, control subsecuente cavitación, tomografía lineal lesión en lóbulo apical segmento inferior derecho. Laboratorio Leu 16 000 l 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 UI/día, neuropatía y nefropatía diabética, estenosis uretral, alérgico a β lactámicos, desnutrición, anemia secundaria Cuadro clínico cuadro gripal 2 semanas previas, tos, expectoración purulenta, fiebre 38.5°C, escalofríos, ataque al estado general, anorexia, dolor torácico, descontrol metabólico (estado hiperosmolar) Rx de tórax opacidad homogénea lóbulo superior segmento posterior derecho; tomografía lineal nivel hidroaéreo a nivel de la lesión, TAC de tórax masa ocupativa que compromete pericardio y hemidiafragma derecho, niveles líquidos de 10x10 cm. Fibrobroncoscopia mucosa de árbol bronquial pálida Laboratorio Leu 13 200, l 25%, eos 1%, n 74%, bandas 3%, citología flora coccide mixta, reacción inflamatoria inespecífica ++, 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 egreso defunción

CASO 4:

Hombre de 24 años, ocupación empleado administrativo, etilismo, tabaquismo, rinitis alérgica. Cuadro clínico cuadro gripal manejado con antibióticos no especificados, posterior se agregó tos, expectoración amarillenta, dolor torácico, fiebre 39°C, dificultad respiratoria, ataque al estado general. Rx de tórax opacidad homogénea con nivel hidroaéreo en lóbulo inferior izquierdo; tomografía lineal corrobora hallazgos Rx de tórax. Laboratorio Leu 10 300, l 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 mejoría.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CASO 5:

Hombre de 41 años, ocupación abogado, tabaquismo moderado, etilismo ocasional, alérgico a b lactámicos, rinoseptumplastia en 1984, corrección quirúrgica de Tetralogía 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; tomografía lineal corrobora hallazgos más la presencia de nivel hidroaéreo. Fibrobroncospia placas blanquecinas en bronquio parabolular superior, secreción purulenta verdosa. Laboratorio Leu 15 200, l 13, monocitos 0,m s 80, bandas 7. Cultivos neumococo y candida albicans, hongos sp. Citología flora mixta, reacción inflamatoria inespecífica. Tratamiento Imipenen 400 mg c/8 hrs., Fluconazol 200 mg c/12 hrs. Motivo de egreso mejoría.

CASO 6:

Hombre de 41 años, ocupación agente de tránsito, 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 hidroaéreo en la lesión. Fibrobroncoscopia bronquio principal derecho con secreción purulenta verdosa. Laboratorio Leu 15 300, l 3, monocitos 0, s 97. Cultivos neumococo. Citología reacción inflamatoria, flora mixta. Tratamiento Ciprofloxacina 500 mg c/12 hrs. por 15 días. Motivo de egreso mejoría.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

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 de la 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 recibía manejo inmunosupresor (esteroides, aziatropina)^{1,2,3,4,5}, así como en el caso 3 también encontramos presenta compromiso en los mecanismos de defensa como son la diabetes mellitus 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.^{1,2,3,4,5} Aunque prácticamente todos tenían antecedente etílico, otra situación que llama la atención es 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 etiología muestra nuevamente discrepancia importante ya que se refiere en la literatura que el estreptococo neumonic, 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 empírica debe iniciarse en base al empleo de una cefalosporina de 3a. generación, ya que en reportes de la literatura se refiere que el estreptococo neumonic 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.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Parámetro	Número de pacientes	Porcentaje
Factores predisponentes		
Esclerosis múltiple	1	16.66
Tratamiento inmunosupresor	1	16.66
Diabetes Mellitus	1	16.66
Insuficiencia Renal	1	16.66
Cuadro clínico		
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 hidroaéreos	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

TESIS CON
FALSA DE ORIGEN

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 Clinicos de Infectologia. Ed. Arredondo-Garcia JL, Calderon-Jaimes E. 10a. de., 1995: 212-224.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN