

Absceso pulmonar con presentación atípica: reporte de caso

Pulmonary abscess with atypical presentation: a case report

José Daniel Benavides-Villalobos^{1a}, Daniel Andrés Casares-Fallas^{2a,b}

Resumen

El absceso pulmonar corresponde a una colección circunscrita de pus o material necrótico localizado en el parénquima pulmonar como resultado de una infección bacteriana. Se considera una patología de baja prevalencia, pero con importante morbimortalidad. El presente artículo reporta el caso de un paciente masculino de 49 años, con un cuadro de tos y expectoración de un mes de evolución, en quien se documentaron hallazgos sugestivos de un absceso pulmonar de presentación atípica y se describe la imagen obtenida por tomografía axial computarizada. Además, se describe la definición, epidemiología, factores de riesgo y manifestaciones clínicas de esta patología.

Palabras claves: absceso pulmonar, atípico (Fuente: DeCS-BIREME)

Abstract

Lung abscess is a circumscribed collection of pus or necrotic material localized in the lung parenchyma as a result of a bacterial infection. It is considered a disease of low prevalence, but it has an important morbimortality. This article presents the case of a 49 years old masculine patient that presents with cough and expectoration of 1 month, in which a pulmonary abscess with atypical presentation was documented and describes the image obtained via computerized tomography (CT). Also, it describes the definition, epidemiology, risk factors and clinical manifestations of this disease.

Keywords: lung abscess, atypical (Source: MeSH-NLM)

1. Escuela de Medicina y Cirugía, Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica.
2. Hospital San Juan de Dios, Caja Costarricense del Seguro Social. San José, Costa Rica.
 - a. Médico General
 - b. Médico Residente de Medicina Interna

Citar como: Benavides-Villalobos JD, Casares-Fallas DA. Absceso pulmonar con presentación atípica: reporte de caso. Rev Hisp Cienc Salud. 2020; 6(3):143-7

INTRODUCCIÓN

El absceso pulmonar se define como la presencia de un área circunscrita en el parénquima pulmonar que es sustituida por pus o por restos necróticos. Y, debido a este proceso se da la formación de una cavidad con un nivel hidroaéreo. Su primera descripción se realizó en la antigüedad por parte de Hipócrates ⁽¹⁾.

Se clasifican en primarios y secundarios, los primarios se desarrollan en cavidades preexistentes o debido a la progresión de una infección pulmonar; los secundarios debido a la diseminación de un proceso infeccioso adyacente o distante ⁽²⁾. También pueden clasificarse de según el tiempo de evolución como agudos o crónicos, los primeros con tiempo de evolución menor a 6 semanas y los segundos con duración mayor a este lapso ⁽¹⁾.

Respecto a su epidemiología, es considerada una entidad con baja prevalencia e incidencia, este cuadro clínico ha disminuido desde el inicio de la era de los antibióticos. Sin embargo, aún representan una causa importante de morbilidad y mortalidad ⁽³⁾. De hecho, previo al uso de antibióticos su mortalidad alcanzaba un 75% de los casos, actualmente es cercana al 8,7 % ⁽¹⁾. Se presenta con mayor frecuencia en pacientes de edad media, con una predilección por el género masculino ⁽⁴⁾.

Se considera una patología polimicrobiana, en general es causada por anaerobios y estreptococos microaerófilos, las cuales reflejan la flora de la cavidad gingival. El aislamiento de los microorganismos causales en un cultivo es complejo. De hecho, en el 40% de los casos de abscesos pulmonares primarios no se aísla un patógeno, por lo que se asume se trata de un anaerobio^(3,4).

Dentro de los factores de riesgo, la enfermedad periodontal constituye el factor de más importancia. Las condiciones que comprometan el nivel de conciencia como intoxicación etílica o la epilepsia incrementan el

riesgo debido a posibilidad de que se dé broncoaspiración. De igual forma la patología gastroesofágica como las neoplasias o la estenosis oesofágicas. También, el alcoholismo y el tabaquismo se encuentran asociados ⁽⁴⁾.

Las manifestaciones iniciales son similares a las que ocurren en un proceso de bronconeumonía, incluyen: fiebre, tos, producción de esputo y dolor torácico ⁽³⁾. De estos, la tos corresponde al primero en frecuencia, y se ha encontrado en un 91% de los casos; mientras que la fiebre corresponde al segundo, y se presenta en un 83% de los casos. La expectoración generalmente se produce posterior al inicio de la tos, debido a que para su aparición es necesaria la formación de una fístula broncopulmonar ⁽⁴⁾.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 49 años, sin historia de antecedentes personales patológicos conocidos ni uso de tratamientos crónicos. Como antecedentes personales no patológicos presenta historia de tabaquismo y etilismo. El primero con un índice de 25 paquetes/año y lo suspendió dos meses atrás. Y el segundo durante 25 años, todos los fines de semana hasta la embriaguez y lo suspendió hace 7 años. No presenta antecedentes quirúrgicos.

Consulta con historia de 1 mes de evolución de dolor torácico, tos productiva con esputo verdoso fétido, disnea de moderados esfuerzos, pérdida de peso no cuantificada y sensación febril. Caracteriza el dolor torácico como de localización en hemitórax izquierdo, punzante, de intensidad 8/10, aumenta durante la inspiración y los episodios de tos.

Al examen físico inicial se documenta normotenso, afebril, con adecuada frecuencia cardiaca, sin embargo, taquipneico y con saturación de 88%.

A la exploración del tórax llama la atención que presenta hipofonía en la base pulmonar izquierda, asociado a una percusión mate. El resto de los hallazgos del examen físico son normales.

Se realizan, como estudios iniciales los siguientes:

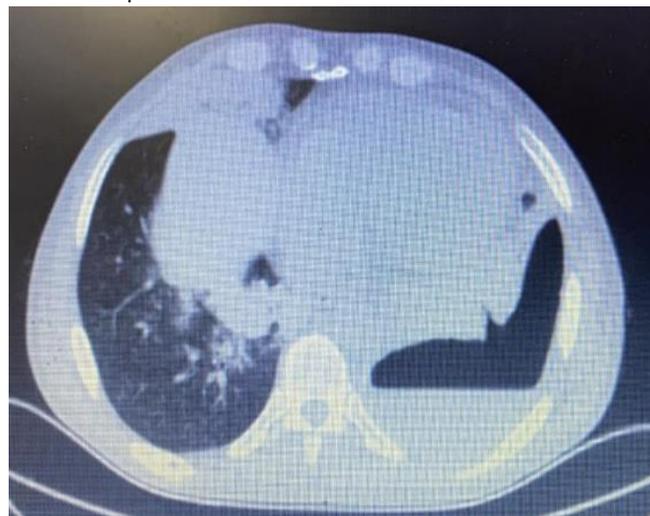
- Hemograma: muestra leucocitosis con desviación a la izquierda, anemia normocítica-normocrómica y trombocitosis.
- Función renal y electrolitos, con presencia de azoemia prerrenal.
- Radiografía de tórax: con presencia de radio opacidad basal izquierda y con borramiento de ángulos cardiofrénicos y costofrénicos.
- PCR: en 29 mg/dl.
- Electrocardiograma: con ritmo sinusal, frecuencia cardíaca en 90 latidos por minuto (lpm), sin desviación del eje cardíaco, datos de hipertrofia de cámaras ni datos de isquemia aguda.

Ante dicha historia y hallazgos se decide hospitalizar para ampliar estudios. Además, se brinda oxigenoterapia suplementaria con cánula nasal a 2 LPM con la que el paciente remonta. Se amplía con los siguientes estudios:

- Serologías: VDRL, hepatitis B y HIV, las cuales resultan negativas.
- Cultivos: hemocultivo, cultivos de esputo y cultivos del sitio quirúrgico, los cuales resultan negativos.
- Baciloscopias # 3: sin presencia de BAAR.
- Hemoglobina glicosilada: 5.5 %.
- Tomografía axial computarizada (TAC) de tórax sin medio de contraste: sin alteraciones en cuello, pared torácica ni en mediastino. Presenta adenopatías ovaladas en varios niveles de hasta 15 mm de carácter inespecífico. Campos pulmonares con presencia de patrón infiltrativo difuso nodular de características centrolobulillares bilaterales.

- Asociado a focos de consolidación en lóbulo medio y segmentos medial/posterior del pulmón derecho, así como basales posteriores izquierdos. Llama la atención la presencia de un derrame pleural izquierdo con nivel hidroaéreo, con pared no valorable. Se sugiera correlacionar clínicamente con empiema o un absceso pulmonar atípico. Del TAC se extrae la siguiente imagen:

Figura 1. Se observa un corte axial de TAC en ventana pulmonar. A nivel del campo pulmonar izquierdo llama la atención la presencia de un nivel hidroaéreo.



Se decide cubrir al paciente con vancomicina y cefotaxima. Además, se solicita una valoración por el servicio de Neumología, allí indican que el proceso que se observa actualmente probablemente es resultado de una bronconeumonía adquirida en la comunidad, que posteriormente llevó a la formación de un absceso, por ello no puede descartarse la presencia de una comunicación con el espacio pleural.

Finalmente, debido a la ocupación del espacio pleural se decidió llevar a sala de operaciones para llevar a cabo drenaje, decorticación y colocación de una sonda de tórax. Posterior a esta intervención el paciente presentó mejoría de los síntomas.

DISCUSIÓN

Dentro del diagnóstico diferencial de las lesiones cavitarias se encuentran las bulas infectadas, la acumulación de líquido pleural con fístula broncopleural y las asas intestinales que se extienden a través de una hernia diafragmática ⁽⁵⁾. La diferenciación entre un absceso pulmonar periférico y empiema puede ser complicada. Un punto importante a tomar en cuenta es la clínica del paciente. El absceso pulmonar se presenta característicamente con grandes cantidades de producción de esputo, debido a que el foco de necrosis logra penetrar la vía aérea; mientras que el empiema usualmente no se presenta con grandes volúmenes. Ambos coinciden en la presencia de dolor torácico y fiebre ⁽⁶⁾. Los 3 síntomas se encontraban presentes en el caso descrito, sin embargo, el patrón de producción de esputo es concordante con la descripción dada para absceso pulmonar.

En una radiografía de tórax simple el empiema y el absceso pulmonar pueden presentarse de forma similar. El absceso pulmonar muestra una cavidad, en la que suele apreciarse un nivel hidroaéreo. Sin embargo, el TAC torácico representa el estándar de oro para su diferenciación ⁽⁷⁾.

La diferenciación mediante un TAC torácico también puede representar un reto. Especialmente en los casos en que el empiema se encuentra localizado o en los que el absceso pulmonar limita con la superficie pleural y provoca su engrosamiento ⁽⁸⁾. Existen signos radiológicos clásicos que permiten diferenciarlo. El empiema suele tener una forma lenticular, sus bordes crean un ángulo obtuso con la pared torácica, las paredes tienen a ser delgas y lumen regular.

Por su parte, el absceso pulmonar suele tener una forma esférica, crea ángulos agudos con la pared torácica, y tiene paredes de grosor variable y lumen irregular ⁽⁶⁾.

El uso del ultrasonido de pulmón también puede ser de utilidad para diferenciar ambas entidades. En el absceso pulmonar se observa un patrón de división normal de las vías aéreas y de la vasculatura con una interrupción abrupta posterior. Mientras que en el empiema se observa una distorsión de las vías aéreas. Cabe destacar que este concepto también aplica al TAC ⁽⁶⁾.

La presentación atípica de este caso proviene de hecho de sus manifestaciones radiológicas. Inicialmente, al observar la radiografía simple de tórax inicialmente se consideró únicamente como posibilidad diagnóstica un derrame pleural. Y posteriormente en el TAC a pesar de que observa ocupación del espacio pleural, la imagen no permite descartar la presencia de un absceso pulmonar. Como se mencionó en la presentación del caso, no se puede descartar la presencia de comunicación con la cavidad pleural mediante una fístula. De hecho, probablemente en este caso coexistan ambas patologías.

Es suma importancia diferenciar entre estas dos entidades debido a que varía el manejo del paciente. Típicamente, el empiema se maneja con un sello de tórax y la utilización de antibioticoterapia intravenosa ⁽⁶⁾. El absceso pulmonar se trata con cobertura antibiótica, usualmente la cobertura para abscesos primarios se realiza con clindamicina intravenosa o con un betalactámico en conjunto con inhibidor de betalactamasa. En los casos que no responden a la terapia médica, o en los abscesos mayores a 6 cm se requiere de una intervención quirúrgica ⁽⁷⁾.

Actualmente, el absceso pulmonar corresponde a una patología infrecuente, pero que posee aún una importante morbimortalidad. Se presenta usualmente con manifestaciones clínicas similares a una bronconeumonía: tos, expectoración, fiebre y dolor torácico. Sin embargo, a diferencia de esta los síntomas se presentan con mayor duración, da la impresión de que el proceso bronconeumónico no resuelve. Dentro del análisis expuesto se evidencia la importancia de un adecuado diagnóstico diferencial al abordar un proceso infeccioso a nivel pulmonar. Debido a que el diagnóstico definitivo incide en el manejo final que se le da al paciente.

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de Interés

Los autores niegan tener conflictos de interés

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Kuhajda I, Zarogoulidis K, Tsirgogianni K, Tsavlis D, Kioumis I, et al. Lung abscess-etiology, diagnostic and treatment options. *Ann Transl Med.* 2015 Aug;3(13):183. <https://doi.org/10.3978/j.issn.2305-5839.2015.07.08>.
2. Duncan C, Naldoski G, Gate T, Hunt S. Understanding the Lung Abscess Microbiome: Outcomes of Percutaneous Lung Parenchymal Abscess Drainage with Microbiologic Correlation. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2017 Jun;40(6):902-906. <https://doi.org/10.1007/s00270-017-1623-3>
3. Baron R, Barshak M. Lung Abscess. En: Jameson J, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Longo D, Loscalzo J. *Harrison's Principles of Internal Medicine.* 20e. New York: McGraw-Hill; 2018.
4. Mohapatra M, Rajaram M, Mallick A. Clinical, Radiological and Bacteriological Profile of Lung Abscess - An Observational Hospital Based Study. *Open Access Maced J Med Sci.* 2018 Sep 23;6(9):1642-1646. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.374>
5. Anderson E, Mason S. Empiema y abscesos pulmonares. En: Tintinalli J, Stapczynski J, Ma J, Yealy D, Meckler G, et al. *Tintinalli: Medicina de urgencias.* 8e. New York, NY: McGraw-Hill; 2018.
6. Hassan M, Asciak R, Rizk R, Shaarawy H, Gleeson FV, et al. Lung abscess or empyema? Taking a closer look. *Thorax.* 2018 Sep;73(9):887-889. <https://doi.org/10.1136/thoraxjnl-2018-211604>
7. Yazbeck M, Dahdel M, Kalra A, Browne A, Pratter M. Lung abscess: update on microbiology and management. *Am J Ther.* 2014 May-Jun;21(3):217-21. <https://doi.org/10.1097/MJT.0b013e3182383c9b>.
8. Carvalho J, Marques D, Oliveira I, Vieira A. Unusual case of a giant lung abscess initially misdiagnosed and treated as an empyema. *BMJ Case Rep.* 2019 May 10;12(5): 1-5. <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-228849>

Correspondencia:

Jose Daniel Benavides-Villalobos

Email: jdsvillalobos@gmail.com

