

Abscesos de pulmón. Evolución fatal por sepsis. Perspectivas para la oportunidad quirúrgica

Dres. Roberto Puig, Beatriz Goja, Roberto Delbene,
Ernesto Pérez Penco y José L. Martínez

Se presentan tres casos de abscesos de pulmón (A.P.) y las conclusiones del estudio actualizado del problema.

Se aportan 17 referencias bibliográficas con la experiencia de 2.000 observaciones de AP en distintas series cronológicas, estrictamente no comparativas. Resulta una declinación progresiva de esta patología, con un aumento de la mortalidad global en la presencia de factores predisponentes, y una demanda para aumentar las indicaciones quirúrgicas.

Se propone como hipótesis de trabajo futuro, el manejo conjunto Médico Quirúrgico de estos pacientes desde el primer momento del diagnóstico: 1°) Para precisar los estudios y detectar las formas secundarias. 2°) Para considerar los factores de riesgo que inciden en la evolución y el pronóstico. 3°) Para pautar un correcto tratamiento médico y ajustar en forma dinámica los antibióticos y el drenaje. 4°) Para hacer las indicaciones quirúrgicas más oportunas antes de la evolución séptica, de las complicaciones y de la cronicidad. 5°) Para utilizar el drenaje externo en forma electiva en algunos casos.

Departamento de Emergencia (Director Prof. Dr. José Trostchansky). Hospital de Clínicas e Instituto de Neumología (Director Prof. Dr. Gilberto Pratt). Hospital Saint Bois. Fac. de Medicina. Montevideo.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
LUNG ABSCESS/SURGERY

SUMMARY: Lung abscesses. Fatal evolution due to sepsis.

Authors present three cases of lung abscesses and conclusions from an up to date revision on the subject. They present 17 bibliographical references, amounting to 2000 cases of lung abscesses in different chronological series, strictly non-comparative. They point out a progressive decrease of this pathology, with a global mortality rise in the presence of predisposing factors, and a demand of increase in the surgical indications. As a future work hypotheses they propose joint medico-surgical management of these patients from the very moment of the diagnosis in order to: 1. determine study methods and detect secondary forms, 2. consider risk factors affecting evolution and prognosis, 3. set a standard for correct medical treatment and adjust dynamically antibiotics and drainage, 4. make timely surgical indications before septic evolution, complications and chronicity, 5. use external drainage electively in some cases.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de noviembre de 1987.

Profs. Adjuntos de Emergencia, Asistente Cirujano de Neumología. Asistente de Clínica Quirúrgica y Prof. Agregado Cirujano de Neumología.

Dirección: (Dr. R. Puig). Méndez Núñez 2712 (906). Montevideo. C.P. 11.600

RÉSUMÉ: Absces du poumon. Evolution mortelle par septicemie.

On présente trois cas d'abcès au poumon et des conclusion de l'étude actualisée du problème.

On apporte 17 références avec l'expérience de 2.000 observations d'abcès pulmonaires en différentes séries chronologiques, strictement non comparatives.

On constate une diminution progressive de cette pathologie avec une augmentation de la mortalité globale en présence de facteurs prédisposants aussi qu'une plus grande demande pour augmenter les indications chirurgicales.

On propose comme hypothèse de travail futur, la conduite conjointe médico chirurgicale, de ces malades, dès le début du diagnostic: 1°) pour préciser les études et détecter les formes secondaires, 2°) pour tenir en considération les facteurs de risque qui ont une incidence sur l'évolution et le pronostic, 3°) pour mettre en oeuvre un protocole de traitement médical correct et ajuster les antibiotiques et le drainage de façon dynamique. 4°) pour faire les indications chirurgicales les plus opportunes avant l'évolution septicémique des complications et de la cronicité, 5°) pour utiliser le drainage externe sous formes élective dans certains cas.

elegirse la oportunidad y el procedimiento más adecuado para el drenaje o la resección en una etapa más precoz.

Hay conceptos ya establecidos en la bibliografía nacional y nuevos enfoques de centros de gran experiencia que consideran que después de 30 años de tratamiento antibiótico y fisioterápico debe retornarse a la indicación electiva de alguna forma de drenaje interno o externo porque esto consigue una rápida mejoría y acorta la convalescencia. Por otra parte se reafirman las indicaciones quirúrgicas ya establecidas para la sospecha del carcinoma, para las complicaciones y para las formas que escapan a la cronicidad.

Es necesario ponerse de acuerdo, para que planteado el diagnóstico de absceso de pulmón, estos pacientes sean vistos en conjunto con el cirujano especialista, para mejorar la terapéutica y coordinar la indicación y la oportunidad de una maniobra quirúrgica de drenaje y/o resección cuando está fracasando el tratamiento médico, antes de las complicaciones y antes del pasaje a la cronicidad.

INTRODUCCION

A propósito de dos casos de absceso de pulmón vistos en etapa de sobre evolución y muerte en sepsis en el Depto. de Emergencia, y de otro caso evolucionado a la cronicidad y operado oportunamente con buen resultado, queremos hacer un llamado de atención y una reconsideración sobre la conducción diagnóstica y terapéutica de estos pacientes en el contexto de los antecedentes de nuestra bibliografía nacional y una breve revisión de la bibliografía internacional.

Seguiremos considerando que el tratamiento médico del absceso de pulmón es prioritario y logra la curación en el 70-80-90% de los casos en un periodo de tiempo que puede variar entre 1 y 4 meses de convalescencia según las series. Hay un menor número de casos que por razones local-regionales, o de alta virulencia bacteriana, o de terreno con compromiso inmunitario, que no evolucionan a la curación y en quienes deberá

CASUISTICA

Caso 1. Hosp. de Clínicas Reg. 528477 Autopsia N° 5793/84. S.G. Masc. 73 años. Procedente de Salto.

— Ingresa al Depto. de Emergencia 1°/Oct./1984, enviado del Hosp. Saint Bois por agravación de su insuf. respiratoria.

— Antecedentes de estado etílico crónico, desnutrición, anemia, tabaquismo, bronconeumopatía crónica. Comienza quince días antes con fiebre y expectoración mucosa, posteriormente disnea y cianosis. En la Rx mostraba proceso denso inhomogéneo en LSD. La FBC descartó lesión bronquial. Con diagnóstico de proceso neumónico se hizo tratamiento antibiótico aunque irregular. En la evolución sufre agravación con insuficiencia respiratoria, ruidos y estertores en ambos campos pulmonares con imagen de excavación del proceso del LSD.

— Al ingreso es un paciente obnubilado con desorientación. Anemia. Fusión de masas musculares. Deshidratación. Estertores en ambos campos, soplo anórico en tercio medio posterior der. Edemas en tercio inferior de ambas piernas. Hipotensión, taquicardia. Teniendo en cuenta la gravedad se realiza VVC, intubación, antibióticos. Se consigue mejoría clínica y gasométrica.

— La FBC muestra árbol bronquial congestivo y hemorrágico. A izq. escasas secreciones, a der. abundantes secreciones purulentas espesas. Orificio del bronquio LSD con estenosis casi completa por edema de la pared posterior, no permite pasaje del instrumento. Por punción en línea escapular posterior se recogen 20 c.c. de exudado hematopurulento.

— Con diagnóstico de absceso de pulmón y diferencial de pnoneumotórax o QH complicado se indica cirugía con plan mínimo de limpieza. Visto en interconsulta con anestesia y teniendo en cuenta la mejoría solicitan continuar con reposición, antibióticos y broncoaspiración.

— 60 hs. después del ingreso se produce fallecimiento por insuf. respiratoria y sepsis.

— Autopsia N° 5793/84. Se realiza examen completo tomando fragmentos de todas las vísceras para estudio microscópico.

LSD adherido firmemente a la pared costal, con bloqueo de la cisura oblicua, ocupado por gruesa tumoración de consistencia blanda, que al corte muestra una cavidad ocupada por unos 200 c.c. de líquido hematopurulento y restos necróticos, de superficie interna anfractuosa, en comunicación con bronquio lobar y rodeada por gruesa cápsula. Micro: absceso evolucionado o crónico de pulmón con focos de bronconeumonía bilateral. Esteatosis hepática con microabscesos. Bazo de sepsis.

Los antecedentes del paciente en su compromiso crónico de la vigilia, del alcoholismo, del tabaquismo, en su desnutrición y anemia y seguramente compromiso inmunitario hacen posible el diagnóstico de neumonía por aspiración a gérmenes anaerobios. La FBC descarta el carcinoma bronquial. El desajuste del tratamiento médico y nuevamente las condiciones favorables del terreno favorecen la evolución progresiva, la abscedación y la sepsis.

La FBC puso de manifiesto un factor negativo en la ausencia de permeabilidad del bronquio de drenaje, siendo una oportunidad para intentar una maniobra de drenaje interno.

La punción percutánea también estaba señalando la oportunidad de un drenaje, entonces externo.

El diagnóstico positivo estaba bien orientado en la clínica, pero deben admitirse los diagnósticos diferenciales que no modificaban el programa terapéutico. El tratamiento intensivo consiguió una respuesta favorable en 12 hs. creando una oportunidad quirúrgica que no se utilizó.

Caso 2. Hosp. de Clínicas Reg. 553921, Autopsia 5940/86. S.M. Masc. 55 años.

Ingresa al Depto. de Emergencia 21/Jul./1986 enviado del Hosp. Saint Bois, donde se encontraba internado desde hacía tres meses, en el 14° día pos-operatorio de un empiema pleural, der. por agravación de su insuficiencia respiratoria, con compromiso de conciencia.

Antecedentes de alcoholismo crónico, tabaquismo, desnutrición. Psicosis en asistencia y medicación irregular desde muchos años. Ingresa en Mercedes en abril 1986 por crisis delirante. Desde hace 6 años hemoptisis repetidas cada dos, tres meses, internado en varias oportunidades. En octubre 1985 internado en Saint Bois por hemoptisis grave, se realizó embolización con buen resultado. Actualmente, internado en Mercedes por crisis delirante, repite hemoptisis masiva de más de 500 cc por lo que reingresa al Saint Bois FBC realizada 12/04/86 viene sangre en escasa cantidad del basal lateral y posterior sin elementos de infección, ni otras lesiones endoscópicas. En la evaluación preoperatoria la consulta cardiológica y el estudio funcional respiratorio son normales. Visto en interconsulta psiquiátrica es medicado con haloperidol, clorpromazina, p. portil, akinetol, etc. y el 26/06/86 se anota que puede operarse lo antes posible.

1° jul./1986 tiene puntada de costado der. es visto por la guardia que inicia tratamiento con antib. (penicilina/gentamicina). Una semana después presenta empiema pútrido der. (anaerobios) que es drenado por toracotomía menor. Agravación progresiva y traslado al Depto. Emergencia.

Al ingreso es un paciente obnubilado con desorientación,

apenas responde órdenes, anémico, desnutrido, con fusión de masas musculares, deshidratado. Hemodinamia estable PA 130/100, PVC 7 cm, 96 pm. Polipneico, con tiraje, con secreciones bronquiales purulentas, con exudado purulento por tubo de drenaje en hemitórax der. Ventilán ambos campos pulmonares, estertores crepitantes en base der., subcrepitantes difusos gruesos a izq. Gasometría al ingreso PO_2 45, PCO_2 31, ph 7.54. Se realiza VVC abundante reposición con sangre, plasma, cristaloides, antibióticos, intubación orotraqueal para ventilación y aspiración de secreciones. Hay mejoría clínica y gasométrica con PO_2 135.

La broncoscopia con tubo rígido (SR) realizada 24 hs. después del ingreso muestra árbol bronquial izq. congestivo con escasas secreciones. Del bronquio der. y sobretodo del intermediario se aspira un flujo continuo de exudado purulento, pútrido, espeso.

La Rx de tórax era de difícil interpretación con lesiones bilaterales predominando del lado der. A izq. se definieron múltiples y pequeños focos de condensación. A der. dos imágenes con nivel topografiadas en LID y en la parte ant. tercio medio.

Con diagnóstico de empiema residual tabicado y absceso de LID teniendo en cuenta la respuesta positiva al tratamiento realizado, aunque la gravedad y la extensión del proceso séptico pulmonar en evolución, se consideró en interconsulta con internista y con anestesia la indicación de cirugía para plan mínimo de limpieza y evacuación. Se decide mantener y reajustar tratamiento médico agregando plan de nutrición parenteral.

Al 5° día el paciente fallece con claros elementos de sepsis insuficiencia respiratoria, insuf. renal, ictericia.

Autopsia. N° 5940/86. Se realiza examen completo tomando fragmento de todas las vísceras para examen microscópico. El protocolo registra caquexia, tinte amarillento generalizado.

El pulmón der. tiene paquipleuritis y múltiples adherencias a la pared costal. En LID tercio posterior hay una cavidad de 30 x 40 mm, ocupada por material friable, color amarronado claro, límites irregulares y en la microscopía corresponde a un absceso pulmonar rodeado de áreas de bronconeumonía confluyente con microabscesos. Presenta además bronquitis y bronquiectasias, algunas de ellas ulceradas y abscedadas. La cisura horizontal se encuentra cavitada con el drenaje saliendo en 7° espacio línea medioclavicular. En LSD hay otra cavidad quística de 20 mm recubierta de exudado fibrinoleucocitario y linfoplasmocitario, rodeada por fuera por tejido fibroso. Ambos pulmones están sembrados de condensaciones parenquimatosas de topografía canalicular y pericanalicular que corresponde a una bronconeumonía bilateral. Múltiples adenopatías y conglomerados hiliares e intertraqueobronquiales de 10-20-40 mm que corresponden adenitis agudas inespecíficas y peridadenitis con antracosis. Hígado, bazo y riñones congestivos. Suprarrenales de stress.

Este paciente en el curso de la evaluación preoperatoria para suprimir su foco hemorrágico pulmonar, reunió todos los factores predisponentes y circunstanciales necesarios para complicar su evolución con una neumonía por aspiración a gérmenes anaerobios que rápidamente evolucionó a la complicación pleural y a la abscedación por la confluencia de múltiples focos supurados.

En esta evolución progresiva participa seguramente cierto grado de desajuste del tratamiento médico en relación con el nivel de cuidados. En esa progresión a la sepsis hubo una respuesta fa-

avorable a la reanimación intensiva y probablemente ese momento pudo ser la oportunidad quirúrgica de limpieza de focos, aunque la siembra bilateral del proceso ya sellaba la evolución fatal.

Caso 3. Hosp. Saint Bois. L.M. Masc. 62 años.

Ingresa al H. S. Bois en mayo 1986, procedente de Dolores, por dolor torácico, expectoración hemática e imagen patológica en la radiografía en campo pulmonar der.

Antecedentes de diabetes en tratamiento con insulina. Varios episodios de internación por acidosis. Hace 1 año neumopatía bilateral con empiema de gran cavidad izq. de donde se evacuaron 3 l de exudado purulento, con buena evolución.

La Rx del ingreso mostraba imagen de densidad inhomogénea en tercio medio hemitórax der. de límites no definidos por arriba, y abajo apoyando en la cisura horizontal.

En la evolución se hace tratamiento antibiótico irregular con cambio de planes por dificultades en la disponibilidad de los mismos. 15 días después la imagen de opacidad presenta una cavitación de 25-30 mm con nivel que en el perfil parece corresponder al segmento dorsal inferior. 1 mes después del ingreso y bajo tratamiento hay aumento de tamaño y densidad de la imagen.

FBC árbol bronquial hasta segmentarios y subsegmentarios sin lesiones. Citología seriada de la expectoración sospechosa en la presencia de células carcinomatosas. Punción en línea axilar post. obtiene poca cantidad de exudado purulento espeso.

Teniendo en cuenta la evolución ya demorada dos meses, con progresión radiológica de la lesión, con citología sospechosa de malignidad, en ausencia de elementos infecciosos pasa a cirugía con diagnóstico de absceso evolucionado a la cronicidad y sospecha de carcinoma. Al ingreso en cirugía es un paciente con buen estado general, sin fiebre, sin compromiso funcional respiratorio.

FBC repetida sin lesiones endoscópicas pero viene exudado purulento por la rama axilar del segmento ant. LSD. En el cepillado no hay atipias celulares.

18/8/86 visto en Ateneo general se decide cirugía con una semana de preparación de nuevo plan antibiótico intensivo penicilina/gentamicina.

Operación 4/9/86. Toracotomía póstero-lateral der. por 4° espacio. Absceso en segmento axilar anterior LSD que invade cisura horizontal y LM. Se hace neumotomía para limpieza, evacuación y biopsia de la pared que se informa sin malignidad. No hay adenitis hilar. Se realiza bilobectomía sup. y media der.

ANAT. PATOL. Pieza operatoria N° 25673. Mide 18 x 28 cm tiene una cavidad de 20 x 30 mm que corresponde a un absceso de pulmón rodeado por un proceso bronconeumónico con microabscesos. Pleura engrosada.

Buena evolución pos-operatoria y clínica. Alta al 18° día.

En este paciente había un factor predisponente cierto y objetivo para favorecer la progresión rápida y extensiva del proceso infeccioso. Seguramente que el desajuste del tratamiento médico participó también en esta evolución. La indicación quirúrgica estaba dada desde la sospecha del carcinoma y sin duda también en la etapa de evolución crónica. Queda para reconsiderar la necesidad de la interconsulta inicial con el cirujano,

el ajuste o complemento del tratamiento médico para el correcto drenaje por lo menos en dos oportunidades que resultan de la historia: cuando se hace la segunda FBC que viene exudado purulento y cuando se hace la punción que viene exudado purulento espeso.

DISCUSION

Los dos primeros casos analizados presentan sin lugar a dudas los antecedentes, los factores predisponentes, las condiciones de terreno necesarios para interpretar la neumonía por aspiración a gérmenes anaerobios de LSD (caso 1) y LID (caso 2) que evolucionan en el plazo de 8-15 días a la cavitación. El caso 2 se complica inicialmente de un empiema circunscripto cisural. Y ambos casos evolucionan hasta la bronconeumonía bilateral y sepsis final. Estos dos pacientes requirieron en todo momento el ajuste de su tratamiento médico obviamente en el plan antibiótico pero también en la elección de oportunidades para mejorar o restablecer el drenaje y quizás una opción quirúrgica anterior.

El tercer caso entra en las indicaciones clásicas admitidas, aunque no siempre oportunamente elegidas para la cirugía por sospecha de carcinoma y para las formas de evolución crónica.

De la bibliografía nacional debemos recordar y retornar a la vigencia los conceptos y procedimientos de Armand Ugón⁽¹⁾. En 1952 presenta sus resultados y conclusiones en el tratamiento de 70 casos de abscesos crónicos de pulmón, entre los años 1945 y 1951.

En la introducción recuerda su presentación anterior de 1931 con una mortalidad del 65% y hace también referencia al trabajo de Neuhoff y Touroff, 1950, que realizaron la neumotomía precoz, en las primeras semanas, con 115 observaciones 86.9% de curaciones y una baja mortalidad de 4%. Como asunto previo hace una aclaración que mantiene su vigencia conceptual y de advertencia para puntualizar la dificultad de un diagnóstico exacto y para no eternizar una terapéutica médica. En su serie no incluye el 30% de supuraciones pulmonares operadas personalmente, porque aunque fueron etiquetadas de primitivas por los médicos que los enviaban, fueron en realidad secundarias, siendo sus principales causas: a) tumores bronquiales (30%), b) estenosis bronquiales de diversa etiología, c) cavidades pulmonares preexistentes, d) quistes hidáticos vomitados con encarcelamiento de membrana, e) penetración y retención de cuerpos extraños, f) bronquiectasias.

En su experiencia el tratamiento médico cura del 80 al 90% de las supuraciones pulmonares primitivas. Sus pacientes llevaban ocho meses de tratamiento médico de promedio y cuando fueron pasados a cirugía se instituyó nuevamente un tratamiento médico riguroso resultando 4 casos/70 que mejoraron y evolucionaron a la curación.

En 24 casos/70 practicó neumotomía logrando la curación en 16 casos y como preparación para 2º tiempo de resección en 8 casos. No tuvo complicaciones ni mortalidad. La indicación resultó en pacientes con edad avanzada y/o mal estado general, en grandes cavidades con abundante supuración o con grueso secuestro o insufladas y de fácil abordaje. Del punto de vista técnico recomienda la anestesia local, la resección de fragmento costal, la pleuroneumotomía a través de planos sinfisados y el avamiento del pus con mecha vaselinada sin usar tubos que son peligrosos por el riesgo de hemorragia grave.

En 57 casos/70 practicó resección pulmonar: 5 segmentectomías, 31 lobectomías, 2 bilobectomías, y 19 neumonectomías, logrando 50 curaciones (88%) y 7 casos de mortalidad operatoria (12%). El estudio de las piezas operatorias le mostró un conjunto de lesiones fundamentales que hacen las indicaciones tácticas y técnicas y dominan la evolución y el pronóstico. El contenido purulento y necrótico del absceso domina la indicación quirúrgica y amenaza la contaminación pleural y la inundación bronquial. El engrosamiento parietal y la adherencia firme a la pared torácica hace imposible la retracción obliterativa y cicatrizal. La epitelización parcial o total de todas las cavidades reseca las transforma en quistes verdaderos incurables. El parénquima vecino presenta condensaciones y microabscesos, lesiones de bronquitis catarral y supurativa con peribronquitis y raramente verdaderas bronquiectasias fusiformes, parcelares. A nivel de los pedículos pulmonares hay voluminosas adenitis inespecíficas con periadenitis. Este conjunto lesional demuestra la ineficacia del solo tratamiento médico en la imposibilidad del drenaje bronquial, el beneficio y la mejoría de la simple neumotomía, y la necesidad de la resección en la etapa de lesiones irreversibles con sus dificultades técnicas en la presencia de adenitis y peribronquitis.

En 1974, en la M.R. del XXV Cong. Uruguayo, Sanjinés, Tomalino, J.L. Martínez, J. Piñeyro revisan el tema considerando que el tratamiento es esencialmente médico, y que en el cumplimiento estricto de todas sus pautas se logra la curación en más del 80% de los casos en un plazo menor

de 6 semanas, con una mortalidad baja del 5-8% que reconocen entonces más influenciada por el terreno que por el propio plan terapéutico⁽²⁾. Las indicaciones quirúrgicas quedan establecidas en la sospecha de lesión secundaria, en la instalación de complicaciones y en la evolución a la cronicidad.

En 1984 Tomalino y J.L. Martínez⁽³⁾ actualizan el encare médico-quirúrgico de las supuraciones pulmonares. Se reitera el concepto de buen resultado del tratamiento médico con 80% de curaciones. En cuanto a la evolución, pronóstico y mortalidad coinciden con Perlman⁽⁴⁾ para distinguir dos grupos de pacientes: un grupo de pacientes jóvenes, sin enfermedades debilitantes que van a la curación completa o con secuelas mínimas; un grupo de pacientes añosos, con enfermedades predisponentes graves donde la mortalidad alcanza cifras de hasta 70%, por evolución incontrolable del proceso supurado o por complicaciones. Por otra parte admiten que 5-10% de los casos evolucionan a la cronicidad por desajuste diagnóstico o terapéutico o porque existen caracteres lesionales anatomopatológicos que dificultan la curación. Del punto de vista quirúrgico reafirman las indicaciones en la sospecha del carcinoma, en las complicaciones y en la etapa crónica.

En 1961 Schweppe y cols.⁽⁵⁾ revisan la última serie de 115 casos en el Depto. de Medicina del Hosp. Massachusetts y comparan con trabajos anteriores totalizando 796 casos en 50 años. Hay una declinación de la incidencia, calculada sobre 10.000 ingresos, que baja de 10.8 en 1944 hasta 2.2 en 1956. Hay también una declinación de la mortalidad global que desciende de 75% en 1925 a menos del 5% en 1956. La disminución de la frecuencia y la mejoría de los resultados debe atribuirse a la prevención de los factores predisponentes y al advenimiento de los antibióticos resultando que la mayoría de los pacientes evolucionan a la curación en 3-6 semanas. En la última serie cronológica tienen 44% indicaciones quirúrgicas, habiendo utilizado el drenaje externo en 9.3% durante el período agudo y por falta de respuesta al tratamiento.

En 1969 Perlman y cols.⁽⁴⁾ del Depto. de Medicina de la Univ. Yale hacen una revisión de 97 casos de absceso de pulmón registrados en 14 años entre 1953 y 1966 proponiendo una clasificación en dos grupos según la participación de factores predisponentes. En el grupo I separan los pacientes más jóvenes, sin patología asociada, con excelente respuesta al tratamiento médico donde resulta una mortalidad del 2%. En el Grupo II ubican los pacientes añosos, con factores predispo-

nentes o enfermedades sistémicas, resultando una mortalidad del 75%. En la evolución terapéutica de toda la serie tienen un descenso de las indicaciones quirúrgicas desde un 33% en el período 1953-58 hasta un 12% entre 1959-66.

En 1974 Chidi y Mendelsohn⁽⁶⁾ hacen una revisión de 90 casos de AP tratados en Cleveland en 10 años entre 1961-71. Los autores concluyen que hay un descenso global de la mortalidad en 17% pero que la incidencia real de la mortalidad depende de las condiciones del terreno resultando un 38% en pacientes mayores de 50 años y un 35% en presencia de factores predisponentes, y bajando a 2% en los pacientes sin riesgo. La indicación quirúrgica se realizó en 21% de los casos con un descenso de la mortalidad a 5%. La táctica de elección fue el drenaje externo en los pacientes con riesgo aumentado.

En 1980 Delarue y cols.⁽⁷⁾ de la División de Cirugía torácica del Hospital General de Toronto, revisan la experiencia de 50 años, entre 1926-1975, con 415 pacientes que analizan en tres series cronológicas. Comprueban la importancia patogénica de la aspiración y de la flora anaerobia. En el tratamiento médico destacan el impacto inicial de los antibióticos con un descenso de la mortalidad del 47% al 21% en la segunda serie cronológica. En la última serie hay un aumento de la mortalidad del 10% al 27% lo que lleva a considerar la indicación quirúrgica cuando no hay mejoría en dos semanas y para restablecer un adecuado drenaje por vía externa. Se mantienen las indicaciones quirúrgicas en las complicaciones y en la etapa de cronicidad. En la serie quirúrgica hay un descenso de la mortalidad del 14% al 11%.

En 1980 Estrera y Shaw⁽⁸⁾ del Depto. de Cirugía de la Univ. de Texas, revisan 211 casos de lesiones cavitarias pulmonares con diagnóstico de AP en 5 años entre 1972-1976. Descartan 104 lesiones secundarias con 7.6% de frecuencia de carcinoma, resultando 107 abscesos primitivos.

Hay una disminución global de esta patología y se reafirman los nuevos conceptos patogénicos y el buen resultado del tratamiento médico con 83% de curaciones (89/107) y 9% de mortalidad (8/89). Fueron operados 18 casos/107 (17%) 8 drenajes externos: 4 por aumento de tamaño y toxicidad y 4 por empiema, 10 resecciones: 5 por hemoptisis masiva y 5 por evolución crónica. La mortalidad operatoria fue de 3 casos.

En 1981 Schachter⁽⁹⁾ también del Depto. de Medicina de Yale, hace una reactualización del tema, manteniendo los conceptos y el valor pronóstico de la clasificación de Perlman con una mortalidad del 5% para los pacientes de menor riesgo y

de 75% para las infecciones oportunistas nosocomiales. Del punto de vista del diagnóstico diferencial entre el empiema y el absceso aporta elementos de semiología radiológica y el valor de los nuevos recursos de la ecografía y TAC. Del punto de vista terapéutico recuerda los más primitivos conceptos de Hipócrates, los buenos resultados de Neuhoff desde 1940, el impacto de los antibióticos logrando una resolución en la mayoría de los casos, entre 4 semanas y tres meses. En todos los casos, es necesario asegurar el drenaje del pus: en la mayoría se consigue por vía bronquial, en un menor número de casos es necesaria la cirugía.

En 1983 Hagan y Hardy⁽¹⁰⁾ del Depto. de Cirugía de la Univ. de Mississippi hace una revisión de 23 años entre 1960-1982. Los autores y el panel de discusión resaltan la dificultad para el diagnóstico diferencial con las lesiones secundarias y con el empiema. Del total de 184 casos separan 14 carcinomas y Hagan en el cierre de la discusión dice que la frecuencia puede llegar al 8-10% de los casos. Hay un acuerdo general sobre las nuevas concepciones patogénicas y la participación de factores predisponentes en la mala evolución. Hay una alta mortalidad global del 25%, con aumento progresivo a través de las series cronológicas desde 22 al 28%, pero en relación con el aumento de factores predisponentes. Hay buen resultado del tratamiento médico con disminución progresiva de las indicaciones quirúrgicas desde 10% al 3.5%. En toda la casuística hay 20 operados/170 es decir 11%, predominando las resecciones en etapa crónica. En consideración de estos resultados: aumento de la mortalidad en presencia de factores de riesgo y descenso de la cirugía, los autores proponen una indicación quirúrgica más temprana en un plazo menor de dos semanas, cuando no hay mejoría, cuando persiste el síndrome infeccioso, cuando no hay un buen drenaje y consideran atractiva la indicación más frecuente y más precoz, del drenaje externo. Por otra parte mantienen las indicaciones quirúrgicas para las complicaciones y para las formas crónicas.

Vainrub y cols.⁽¹¹⁾ del Depto. de Medicina de la Univ. Baylor de Texas, Snow y cols.⁽¹²⁾ de Cleveland presentan comunicaciones concordantes en la observación respectiva de tres casos con factores predisponentes de mala evolución en quienes realizaron drenaje externo como recurso de salvataje con buen resultado.

En 1984 Weissberg⁽¹³⁾ del Depto. de Cirugía de Holon, Israel, de una casuística de 56 observaciones en 12 años, tienen 16 casos que no mejoraron con tratamiento médico y fueron enviados a

cirugía (29%). 7 pacientes con factores de riesgo evolucionaron a la sepsis, se realizó drenaje externo con tubo grueso, consiguiendo una rápida mejoría con resolución y desaparición de la cavidad entre 9 y 30 días. El autor propone que en ningún caso se debe prolongar el tratamiento médico más de un mes y que cuando no hay mejoría se debe elegir el drenaje externo como procedimiento seguro, con mínimo riesgo, curativo y que evita la resección de parénquima viable.

En 1983 Weber y cols.⁽¹⁴⁾ cirujanos pediátricos de Indiana, presentan tres observaciones en recién nacidos resueltos por lobectomía bajo anestesia general con intubación selectiva. El absceso pulmonar es raro en recién nacido y tiene particular gravedad por el retardo diagnóstico y por la poca respuesta al tratamiento por inmunodeficiencia estructural. La resección pulmonar pretende evitar la contaminación pleural y la intubación selectiva para evitar la inundación bronquial.

En 1984 Nonoyama y cols.⁽¹⁵⁾ de Osaka tienen 10 observaciones en niños de 10 años entre 1962-1982. La indicación quirúrgica se hizo por complicación pleural o por evolución crónica y en todos los casos realizaron y proponen el drenaje externo con lavado y aspiración durante dos o tres semanas como tiempo previo a la resección.

En 1985 Pohlson y cols.⁽¹⁶⁾ del Hosp. Queen de Honolulu revisan la experiencia de 15 años en el tratamiento de 89 casos con mayor frecuencia de carcinomas 16 casos (18%). Reafirman la mayor gravedad en relación con el alcoholismo y los factores de inmunodeficiencia, con disminución de la eficacia del tratamiento médico y aumento de las indicaciones quirúrgicas.

CONCLUSIONES

Se propone un cambio de actitud en el manejo del absceso de pulmón, considerando que debe encararse con criterio médico/quirúrgico y que de alguna manera debe cumplirse el principio hipocrático de que toda colección purulenta debe evacuarse.

Del punto de vista etiopatogénico hay una declinación progresiva de esta patología, se reafirma de modo general la concurrencia del mecanismo de aspiración, el compromiso de las defensas locoregionales y la participación de flora anaerobia y de modo especial la incidencia de factores predisponentes que deprimen la inmunocompetencia determinando un grupo de pacientes con mala evolución y aumento de la mortalidad.

Del punto de vista diagnóstico y evolutivo debe mantenerse un control dinámico por la clínica, la radiología y la bacteriología. En el diagnóstico di-

ferencial debe agotarse la investigación de formas secundarias y particularmente mantener la sospecha del carcinoma. La FBC debe hacerse desde el comienzo en todos los casos. En la evolución debe considerarse el D.D. del empiema.

El tratamiento médico debe ajustarse a los postulados establecidos: a) antibiótico de elección, b) drenaje suficiente, c) supresión de focos, d) soporte nutricional.

El tratamiento quirúrgico debe mantener el cumplimiento de las indicaciones ya establecidas para las normas secundarias y sobretodo la sospecha del carcinoma, para las complicaciones pleurales y las hemorragias masivas, y para las formas crónicas con lesiones no reversibles.

El avance actual es el retorno al drenaje externo como procedimiento de elección para evitar la resección apresurada de parénquima viable, con lesiones reversibles. En la *etapa aguda* cuando el paciente no mejora en las primeras dos semanas, cuando hay pus espeso espeso y restos necróticos, cuando no hay un adecuado drenaje interno. En la *etapa crónica* con grandes cavidades supuradas en pacientes evolucionados de alto riesgo, como maniobra de salvataje. La técnica deberá adaptarse al caso clínico, entre el modelo de Armand Ugón con anestesia local y mecha vaselinada, hasta el modelo de Le Roux⁽¹⁷⁾ con anestesia general, intubación selectiva, toratocomía de medida, limpieza y drenaje con gruesa Pezzer por 24-48 hs. En todos los casos habrá que considerar los riesgos de hemorragia, embolia gaseosa, contaminación pleural e inundación bronquial.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARMAND UGON, V. SUAREZ H., PIOVANO S., RADICE J. — Abscesos de pulmón. El tórax 1952. 1(3): 283-92.
2. SANJINES A., TOMALINO D., MARTINEZ J.L., PIÑEYRO J. — Supuraciones pulmonares, bronquiales y pleurales. Cir. del Urug. 1975 45 (3): 207-274.
3. TOMALINO D., MARTINEZ J.L. — Supuraciones pulmonares. En Larre Borges, Cazabán, del Campo. Patología Quirúrgica T. III. Montevideo, Librería Médica Ed. 1984, 119-128.
4. PERLMAN L.V., LERNER E.D., ESOPON N. — Clinical classification and analysis of 97 cases of lung abscess. Am. Rev. Resp. Dis., 1969; 99: 390-8.
5. SCHWEPPE H.I., KNOWLES J.H., KANE L. — Lung Abscess. New Engl. J. Med. 1951 265 (21): 1039-1043.
6. CHIDI C.C., MENDELSON H.J. — Lung abscess. A study of the results of treatment based on 90 consecutive cases. J. Thorac Cardiovasc. Surg. 1974 68(1): 168-72.
7. DELARUE N.C., PEARSON F.G., NELEMS J.M., COOPER J.D. — Lung abscess: surgical implications. Can. J. Surg. 1980 23(3): 297-302.

8. ESTRERA A.S., PLATT M.R., MILLS L.J., SHAW R.R. — Primary lung abscess. *J. Thorac Cardiovasc. Surg.* 1980 79: 275-82.
9. SHACHTER E.N. — Suppurative lung disease: old problems revisited. *Clinics in Chest Medicine* 1981 2(1): 41-49.
10. HAGAN J.L., HARDY J.D. — Lung abscess revisited. A survey of 184 cases. *Ann. Surg.* 1983 197(6): 755-62.
11. VAINRUB B., MUSER D.M., GUINN G.A., YOUNG E.J., SEPTIMUS E.J., TRAVIS L.L. — Percutaneous drainage of lung abscess. *Am. Rev. Resp. Dis.* 1978 117: 153-160.
12. SHOW N., LUCAS A., HERRIGAN T. — Utility of pneumotomy in the treatment of cavitary lung disease. *Chest.* 1985 87(6): 731-734.
13. WEISSBERG D. — Percutaneous drainage of lung abscess. *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* 1984 87: 308-312.
14. WEBER T.R., VANE D.W., KRISHNA G., RAO C.C., GROSFELD J.L. — Neonatal lung abscess: resection using one lung anesthesia. *Ann. Thorac. Surg.* 1983 36(4): 464-467.
15. NONOYAMA A., TANAKA K., OSAKO T., KOTANI S., KAGAWA T. — Surgical treatment of pulmonary abscess in children under ten years of age. *Chest.* 1984 85(3): 368.
16. POHLSON E.C., McNAMARA J.J., CHAR C., KURATU L. — Lung abscess: a changing pattern of the disease. *Am. J. Surg.* 1985 150(1): 97-101.
17. LE ROUX B.T., MOHLALA M.L., ODELL J.A., WHITTON I.D. — Suppurative disease of the lung and pleural space. Part I: Empyema thoracis and lung abscess. *Curr. Probl. Surg.* 1986 23(1): 1-89