

APRENDIENDO CON CASOS

CASO 4/2012

Presenta: Dr. Guillermo Mac Loughlin

Paciente de 68 años, de nacionalidad argentina, que consulta a guardia externa por disnea, tos y dolor en puntada de costado.

Antecedentes patológicos: DBT (no controlada ni tratada), enolismo actual, tabaquista de 15 pack/year, mal estado dentario , e internación en la infancia por un cuadro pulmonar (TBC?).

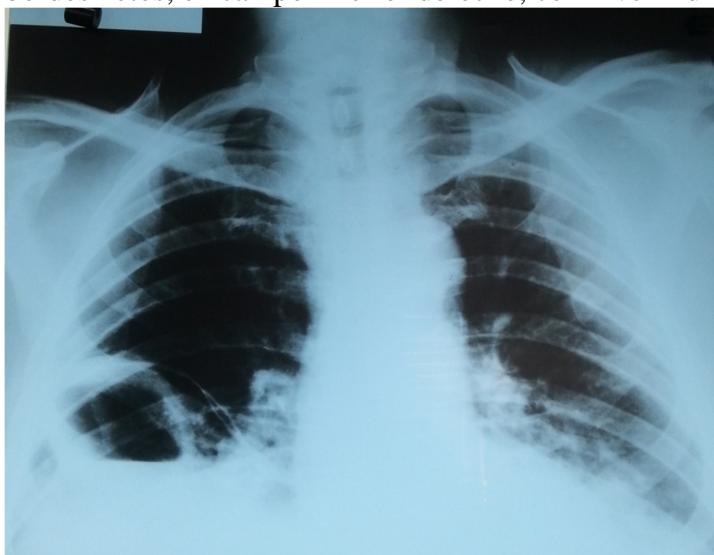
Antecedentes de enfermedad actual: 3 semanas previas a su ingreso presenta dolor en puntada de costado en hemitórax derecho, agregándose en la última semana disnea y tos productiva mucopurulenta.

Exámen físico: Paciente en mal estado general, febril (38°C), taquipneico (FR 35 x'), FC 100 x', normotenso, Sat O₂: 91%; Resp: vibraciones vocales conservadas, sonoridad bilateral, crepitantes bibasales y en campo medio derecho; ausc.card: R1-R2 en 4 focos, soplo sistólico 2/6 en foco mitral sin irradiación. Orientado en persona, tiempo y espacio, sin signos de foco motor ni meníngeo. Ausencia de múltiples piezas dentarias y mal estado higiénico bucal.

Laboratorio al ingreso:

Hto: 40.5 Hb: 13.7 Leucocitos: 19900 Plaquetas: 242000, Glucemia: 318 Urea: 29 Creatinina: 0.91 Na: 130 K: 2.83 Cl: 89 GOT: 21 GPT: 14 BT: 0.67 BD: 0.38 LDH: 442 TP: 66 KPTT: 34 PCR: 32.25 EAB (0.21): PH: 7.46 PCO₂: 31.9 Po₂: 55.3 HCO₃: 22.4 EB:-5 SAT: 90.3% PAFI: 263 PO₂ esperada: 74.3

Rx tórax de frente: en sentido anteroposterior, incompleta, rotada, bien penetrada. No aparentan lesiones a nivel de partes blandas ni óseas. Se observa imagen redondeada de bordes netos, en campo inferior derecho, con nivel hidroaéreo en su interior.



¿Cómo se interpretó el caso?

Consideramos que este paciente febril, con leucocitosis y una radiografía con una cavidad en campo inferior, asociada a los factores de riesgo: diabetes, enolismo y pésimo estado bucal, padecía un absceso pulmonar.

¿Cuál fue la conducta que se tomó?

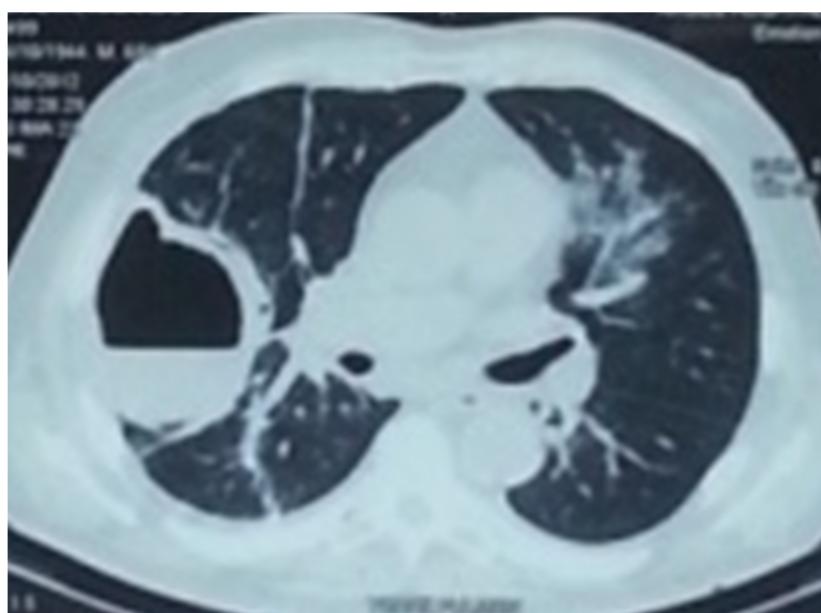
Se internó en sala de Clínica Médica para estudio y tratamiento.

El paciente realizó 21 días de tratamiento antibiótico con Ceftriaxona + clindamicina, y asistencia kinésica respiratoria.

Las serologías para HIV, HCV, y HBV fueron negativas, el ecocardiograma no evidenció vegetaciones, las muestras de esputo y la FBC con BAL y estudios post-BAL seriados fueron negativos para citología, micología, BAAR, y gérmenes comunes.

Evolucionó con mejoría sintomática, afebril desde el cuarto día de internación hasta su alta hospitalaria.

Se realizó TAC de tórax que informa, voluminosa formación cavitada de paredes engrosadas y con nivel hidroaéreo en su interior visualizada en el lóbulo superior derecho. Produce atelectasia pasiva del parénquima pulmonar adyacente. Además, elevación de hemidiafragma derecho, con derrame pleural derecho mínimo, opacidad en vidrio esmerilado que afectan al segmento anterior del lóbulo superior izquierdo y los segmentos basales inferiores.



El paciente es dado de alta a los 21 días de internación, habiendo completado tratamiento antibiótico, con resolución clínica del cuadro y mejoría ostensible de las imágenes.

Absceso de pulmón:

Recuerdo:

El absceso de pulmón es un proceso necrosante supurativo localizado generalmente de > de 2 cm de diámetro, lo que conduce a una cavidad intraparenquimatosa. Las causas más frecuentes de esta necrosis son las infecciones y las neoplasias. En su mayoría, los abscesos de pulmón se desarrollan como complicación de una neumonía por aspiración de gérmenes anaerobios de la boca, generalmente en pacientes inmunocomprometidos (etilistas, desnutridos, portadores de enfermedades crónicas, etc.) los cuales presentan predisposición a la broncoaspiración y comúnmente tienen enfermedad periodontal; en estos casos los anaerobios están involucrados hasta en un 80%, no obstante lo cual la mayoría de los rescates bacteriológicos son de por lo menos de 2 gérmenes. Otras causas son la endocarditis infecciosa (abscesos secundarios) y el síndrome de Lemierre. La presentación es más frecuente en pacientes mayores, ya que estos tienen un incremento en la incidencia de enfermedad periodontal y mayor predisposición a la microaspiración. La alteración de la conciencia -asociada al etilismo, ACV, drogadicción, anestesia general, convulsiones, coma diabético- es otro importante factor de riesgo.

La presentación habitualmente es insidiosa, con fiebre, tos y expectoración purulenta abundante, sudoración nocturna.

Dentro de los datos analíticos son frecuentes la leucocitosis, la anemia y VES elevada .

Diagnóstico:

El diagnóstico comienza con la sospecha clínica en pacientes con factores de riesgo y cuadro clínico compatible. La radiografía de tórax constituye el pilar fundamental con el hallazgo típico de una cavidad con nivel hidroaéreo en una localización característica; que en el paciente con broncoaspiración en posición supina, suele ser el segmento basal del lóbulo inferior, el posterior del lóbulo superior, o el superior del lóbulo inferior, siendo más frecuente en el pulmón derecho. Los diagnósticos radiológicos diferenciales incluyen la bulla complicada y el quiste hidatídico complicado.

La tomografía (TAC) de tórax complementa a la radiografía.

Los hemocultivos y cultivos de esputo en general son negativos, por lo que el tratamiento es empírico la mayoría de las veces. Sin embargo el diagnóstico etiológico incluye otras entidades infecciosas (no bacterianas) y no infecciosas con mayor rédito diagnóstico, por lo que la metodología debe incluir: baciloscopía de esputo, serología para amebiasis e hidatidosis y biopsia transbronquial para análisis de anatomía patológica (neoplasias, collagenopatías).

Tratamiento:

Debido a que el absceso pulmonar suele drenar espontáneamente hacia el árbol bronquial, se realiza tratamiento médico exitoso en la mayoría de los pacientes (80-90 %), con antibióticos de amplio espectro y drenaje postural. La persistencia de fiebre por más de una semana (fracaso terapéutico), los abscesos grandes (> de 6 cm) periféricos

que tienden a aumentar, la fístula broncopleural con empiema, la hemoptisis grave, requerirán tratamiento quirúrgico.