

Descompensacion diabetica y lesion toracica ¿Absceso del pulmon?

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/3437/1/Descompensacion-diabetica-y-lesion-toracica-Absceso-del-pulmon.html>

Autor: Dr. Miguel Ángel Castillo Aguilera

Publicado: 30/06/2011

Se presenta una joven de 19 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 que a partir de una neumonía adquirida en la comunidad evoluciono a un proceso supurativo pulmonar resistente al tratamiento antimicrobiano y gran severidad cuya solución fue el tratamiento quirúrgico mediante una resección pulmonar que confirmo el diagnostico clínico, radiográfico y tomográfico, de absceso piógeno pulmonar, logrando normalizar las cifras de glicemia.

Descompensacion diabetica y lesion toracica ¿Absceso del pulmon? .1

Descompensación diabética y lesión torácica ¿Absceso del pulmón?

Dr. Miguel Ángel Castillo Aguilera *

Dr. Orestes Luis Mederos Trujillo **

Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo ***

Interno. Pedro Enrique Rodríguez Rodríguez ****

* Profesor Auxiliar de Cirugía

** Residente de Cirugía General

*** Profesor Titular de Cirugía. Doctor en Ciencias Médicas

**** Alumno de Sexto año de Medicina, Alumno Ayudante de Cirugia General

Hospital Universitario Manuel Fajardo

Resumen

Se presenta una joven de 19 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 1 que a partir de una neumonía adquirida en la comunidad evoluciono a un proceso supurativo pulmonar resistente al tratamiento antimicrobiano y gran severidad cuya solución fue el tratamiento quirúrgico mediante una resección pulmonar que confirmo el diagnostico clínico, radiográfico y tomográfico, de absceso piógeno pulmonar, logrando normalizar las cifras de glicemia

Palabras clave: Absceso pulmonar, resección quirúrgica, diabetes mellitus

Introducción

Las enfermedades que afectan a la pared torácica, pulmones y pleura pueden ser primarias o secundarias. Las resecciones pulmonares constituyen, en muchas ocasiones, la única solución (1-2)

El absceso de Pulmón es una lesión infecciosa necrosada, caracterizada por una colección de pus contenida en una cavidad formada por la destrucción del parénquima pulmonar. Se excluyen las infecciones producidas en cavidades pre-existentes como bullas y quistes. La aspiración de material infectado procedente de las vías respiratorias altas es la causa más frecuente, el germen al llegar al pulmón causa una neumonitis seguida al poco tiempo de necrosis.

Los abscesos aspirativos son más frecuentes en el lado derecho y se localizan en los segmentos posteriores del lóbulo inferior. De producirse la aspiración en decúbito se localizará en los segmentos superiores del lóbulo inferior o los posteriores del superior.

En la diseminación hemática los gérmenes alcanzan los pulmones procedentes de endocarditis corazón derecho, flebitis y sepsis puerperales. Las lesiones pulmonares que se producen son múltiples y pueden ser bilaterales.

Presentación de caso

Paciente femenina de 22 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo I llevando tratamiento con insulina lenta. Asiste al hospital con un síndrome febril se diagnostica una neumonía en la base del pulmón derecho llevando tratamiento con penicilinas, un mes después ingresa terapia intensiva con una bronconeumonía bacteriana, diabetes mellitus

descompensada con cetoacidosis y deshidratación moderada. La fiebre era mantenida entre 39 y 40 grados. Destaca la fetidez del aliento, el esputo con contenido purulento y la presencia de un soplo anfórico.

A pesar del tratamiento con cefalosporinas de segunda generación y un betalactámico las cifras de glicemia se mantenían por encima de 20, además presenta anemia, leucocitosis y aumento de la eritrosedimentación. Las imágenes radiográficas y la tomografía axial computarizada muestran una opacidad en la base del hemitorax derecho con una imagen cavitaria y un nivel hidroaéreo en su interior. En la ecografía se observa disminución de la movilidad diafragmática con derrame que llega a la escapula con e tabiques múltiples (panal de abejas) con un grosor de 34mm, la pleura pulmonar esta irregular y engrosada. Estos estudios unidos a la clínica nos orientan el diagnóstico a Absceso del pulmón secundario a una neumopatía inflamatoria.

Al no solucionarse el problema se decide la intervención quirúrgica:

Se aborda por una incisión axilar vertical. Los hallazgos fueron una paquipleuritis que excluye al lóbulo derecho del pulmón que está unido íntimamente al diafragma, presentando un absceso de gran volumen, en correspondencia a la imagen radiográfica (Fotos 1 y 2) Se realiza una pleurectomía parietal parcial y lobectomía inferior derecha. La evolución es satisfactoria logrando normalizar las cifras de glicemia. El informe de anatomía patológica fue absceso pulmonar múltiple piógeno y pleuritis aguda.

Discusión

En esta paciente todo comenzó por una neumonía en su hogar que derivó precozmente en un proceso supurativo pulmonar resistente al tratamiento antimicrobiano y gran severidad, elemento llamativo debido a que las neumonías adquiridas en la comunidad difieren de las de origen hospitalario, variando por la causa, población afectada, evolución, gravedad y pronóstico apareciendo como complicación en el 0,5 al 1% de los hospitalizados con una mortalidad entre el 30 y 50%. En el caso presentado el proceso séptico actuaría como elemento primario y el absceso sería por su origen secundario.

Al eliminar la posibilidad de antecedentes de procesos sépticos altos como afecciones de la cavidad bucal decidimos descartar otras causas primarias que conduzcan al absceso del pulmón como son: la tuberculosis, la neoplasia, la aspergilosis, el quiste y la bulla enfisematosa infectada por la edad de la paciente y ausencia de antecedentes propios de estas enfermedades.

Un diagnóstico considerado fue el empiema que es frecuente como complicación de un proceso infeccioso pulmonar, con frecuencia mal tratado. (3-5). Cuando estos procesos tienen de inicio procesos sépticos pulmonares originando derrames paraneumónico pueden tener una disposición muy particular lo que hace imprescindible los medios diagnósticos con imágenes radiográficas y el TAC para diferenciarlo del absceso del pulmón (6).

La indicación quirúrgica en el absceso de pulmón son la ausencia de respuesta al tratamiento con antibióticos, la presencia de cavidades mayor de 6 cms. de diámetro con paredes gruesas, la hemoptisis repetida o incontrolable, la fiebre sin regresión durante 2 semanas, los signos de malignidad, los abscesos satélites, neumonitis crónica con atelectasia y fibrosis, bronquiectasia, el empiema encapsulado y el absceso pútrido o gangrenoso (operación precoz).

IMÁGENES

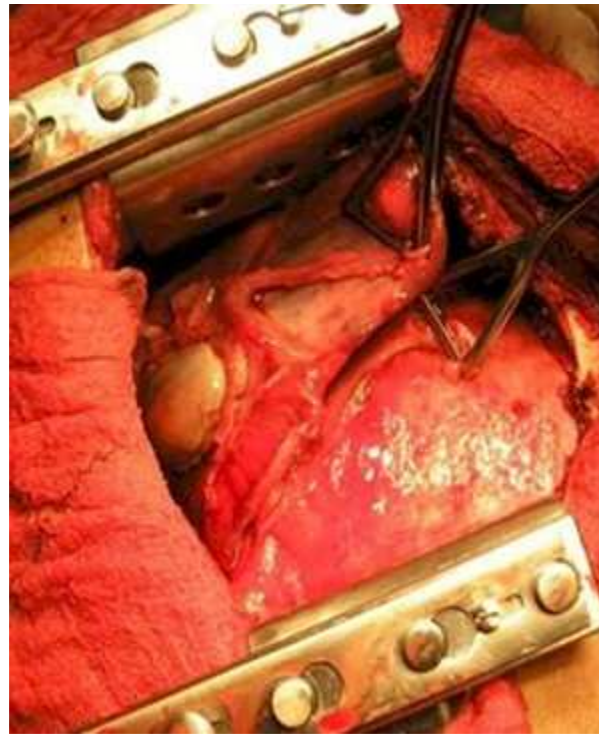


Figura 1.



Figura 2.

FIGURA 1 y 2 Paquipleuritis que incluye el lóbulo inferior del pulmón derecho. Relación radiográfica y hallazgos operatorios.

Descompensacion diabetica y lesion toracica ¿Absceso del pulmon? .2

El tratamiento quirúrgico es complejo por las adherencias establecidas y los procesos plásticos que dificultan la identificación de los elementos vasculares obligando en ocasiones a una ligadura intrapericárdica. Debe ser exerético, de acuerdo con la envergadura de la lesión y el estado general del paciente, preferible las resecciones regladas (segmentectomía, lobectomía, bilobectomía y la neumonectomía) sobre las resecciones atípicas.

La evolución y el pronóstico del absceso del pulmón depende del origen, tipo y virulencia de germen, la edad y estado general del enfermo, el tratamiento realizado, extensión de las lesiones, drenajes bronquiales, tiempo de evolución y las complicaciones presentadas siendo factores de mal pronostico: la edad avanzada, la malnutrición, enfermedades asociadas, encamamiento o deficiencias en el tratamiento, la presencia de estenosis bronquial y la extensión del proceso, entre otros.

Conclusiones

Se presenta una enferma de 19 años de edad con diagnostico de diabetes mellitus tipo 1 que a partir de una neumonía de la base del hemitorax derecho presento un absceso de origen secundario localizado en el lóbulo inferior derecho cuyo tratamiento definitivo fue el quirúrgico (lobectomía) logrando la solución del problema presentado.

Bibliografía

1. Romero DC, Mederos CON, Barreras OJC, Valdés JJ, Cantero RA. Resecciones pulmonares. Morbilidad. Rev. Cubana Cir. 2001; 40 (4): 268-71.
2. Romero Díaz C. A., Barrera Ortega J. C, Mederos Curbelo O. N., R. D, Valdés Jiménez J. M, Cantero Ronquillo A. Carcinoma abscedado del pulmón: estudio prospectivo Rev. Cubana Cir. 2005; 44(4)
3. Bekele Jembere B, Mederos Curbelo ON., Valdés Jiménez J, Barreras Ortega JC, Romero Díaz C, Cantero Ronquillo A. Manejo escalonado en la supuración pleural Rev. Cubana Cir. 2002;41(3):141-6
4. Mederos Curbelo ON., Campo Abad, Barreras Ortega JC, Romero Díaz C, Cantero Ronquillo A, Hung Chang KC, Mederos Trujillo OL. Ventana torácica con anestesia local. Alternativa en el enfermo grave con empiema pleural. Arch Cir. Gen Dig, 2005 Mar 21 © Cirugest. Disponible en <http://www.cirugest.com/revista/2005/06/2005-03-21.htm>
5. Bekele Jembere B, Mederos Curbelo ON., Valdés Jiménez J, Barreras Ortega JC, Romero Díaz C, Cantero Ronquillo Tratamiento del empiema pleural basado en un algoritmo de trabajo. Revista Avances Médicos de Cuba 2002; 29 (1) 28-30.
6. Stark PD, Federle MP, Goodman PC. Differentiating lung abscess and empyema: radiography and computed tomography. Am J Roentgenol 1983; 141:163?