

Cartas al Director

Utilidad de la toroscopia en el tratamiento del absceso pulmonar en la infancia

Thoracoscopic Treatment of Pediatric Lung Abscess

Sr. Director:

En la infancia los procesos neumónicos son frecuentes y la existencia de complicaciones pleurales no es excepcional, pero la aparición de abscesos pulmonares es rara y potencialmente grave. No obstante, la mayoría presentan buena respuesta al tratamiento conservador con antibióticos, y el manejo quirúrgico queda reservado para aquellos casos en los que este no es suficiente^{1,2}. La cirugía del absceso pulmonar, constituida principalmente por la segmentectomía o lobectomía abierta, presenta una alta morbilidad, lo que ha llevado a la aparición de otras alternativas como el drenaje percutáneo o endoscópico del absceso¹⁻⁵. En nuestro servicio hemos optado por la toroscopia. Presentamos 2 casos acontecidos en los años 2005 y 2008.

Caso 1. Niña de 23 meses ingresada por fiebre de 4 días de evolución y diagnóstico de neumonía de lóbulo inferior derecho

(LID) tratada de forma ambulatoria con azitromicina sin mejoría. Tras 8 días de ingreso y tratamiento con cefotaxima intravenosa, al observarse en los controles radiológicos aparición de imágenes bullosas y nivel hidroaéreo, se realiza TAC que muestra gran lesión destructiva parenquimatosa de LID compatible con absceso pulmonar, empiema y existencia de aire en la cavidad pleural por posible fístula broncopleurales (FBP). Se decide llevar a cabo el abordaje quirúrgico mediante toroscopia con 2 puertos de entrada de 5 mm, bajo anestesia general con intubación convencional e insuflación de CO₂ a presiones de 6 mmHg. Los hallazgos fueron intensas adherencias de fibrina y zona necrótica en LID con FBP de 2 mm de diámetro, por lo que se realiza desbridamiento del empiema, incisión del absceso, aspiración del material purulento y lavado intracavitario con solución salina, dejando el tubo de drenaje en el espacio pleural.

Caso 2. Niño de 22 meses de edad que ingresa por fiebre y tos de 3 días de evolución, con diagnóstico de neumonía de lóbulo superior derecho (LSD) complicada con empiema pleural. Se realiza tratamiento antibiótico sistémico con cefotaxima y vancomicina y drenaje pleural junto a tratamiento fibrinolítico. Al no existir mejoría clínica, se lleva a cabo toroscopia al octavo día de ingreso, encontrándose como hallazgo intraoperatorio absceso

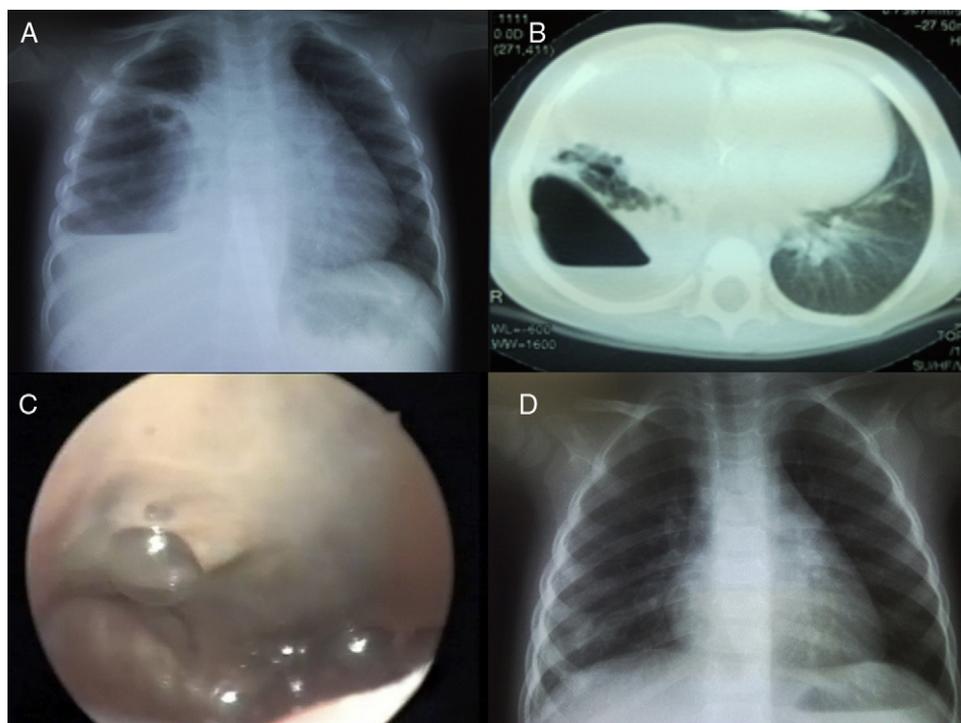


Figura 1. A) Radiografía de tórax en la que se observa una cavidad con nivel hidroaéreo en su interior en hemitórax derecho. B) La TAC preoperatoria muestra lesión compatible con neumonía necrosante abscesificada de lóbulo inferior derecho. C) Imagen intraoperatoria del absceso pulmonar; nótese el aspecto verdoso del parénquima y las burbujas de aire a su alrededor causadas por la FBP. D) Control radiológico a los 2 meses de la cirugía.

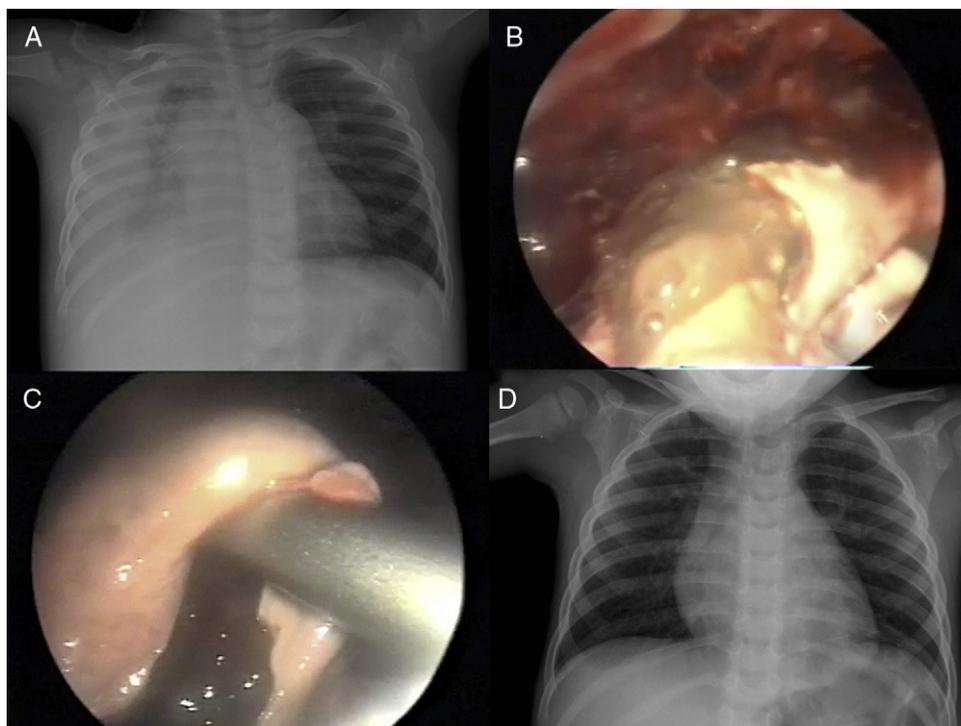


Figura 2. A) Radiografía de tórax preoperatoria con empiema derecho que llega hasta el ápex pulmonar. B) Imagen toracoscópica en la que se aprecia la salida del contenido del absceso. C) Imagen intraoperatoria de la cavidad del absceso tras la evacuación de los detritus. D) Control radiológico a los 2 meses de la cirugía.

pulmonar en LSD que se desbrida y drena. En este caso tampoco se efectuó intubación selectiva y la entrada del tubo pleural previo fue aprovechada para colocar otro puerto, siendo 3 los utilizados.

Tras la intervención quirúrgica se observa mejoría clínica y radiológica en ambos pacientes, desapareciendo la fiebre al tercer y cuarto día postoperatorio, respectivamente. El tratamiento antibiótico intravenoso postoperatorio se mantuvo 2 semanas en los dos casos y el drenaje pleural fue retirado a la semana de la intervención quirúrgica en el primero, con resolución de la FBP, y a los 12 días en el segundo. Como única complicación el segundo niño presentó neumotórax en el postoperatorio temprano por obstrucción del tubo pleural, resuelto sin incidencias. La estancia hospitalaria fue de 24 y 27 días, respectivamente. Tras el alta se realizó estudio de inmunidad, descartándose déficit inmunitario (figs. 1 y 2).

Tradicionalmente el tratamiento quirúrgico del absceso pulmonar ha presentado una morbilidad alta. La toracoscopia puede ser una buena alternativa, presentando algunas ventajas sobre las otras técnicas en los abscesos periféricos que acompañan a empiemas, ya que al acceder a la cavidad pleural el empiema también puede resolverse. Permite llegar a las lesiones periféricas con seguridad y realizar la incisión y drenaje de la cavidad del absceso de forma directa, sin ser necesario su destechamiento. Es cierto que es preciso someter al niño a una anestesia general, pero esta también suele

ser necesaria para realizar de forma segura la punción percutánea o endoscópica del absceso^{1,3}.

Bibliografía

1. Nagasawa KK, Johnson SM. Thoracoscopic treatment of pediatric lung abscesses. *J Pediatr Surg.* 2010;45:574-8.
2. Hogan MJ, Coley BD. Interventional radiology treatment of empyema and lung abscesses. *Paediatr Respir Rev.* 2008;9:77-84.
3. Podbielski FJ, Rodriguez HE, Wiesman IM, Brown AM, Quiros ED, Ziauddin MF. Pulmonary parenchymal abscess: VATS approach to diagnosis and treatment. *Asian Cardiovasc Thorac Ann.* 2001;9:339-41.
4. Herth F, Ernst A, Becker HD. Endoscopic drainage of lung abscesses: technique and outcome. *Chest.* 2005;127:1378-81.
5. Tseng YL, Wu MH, Lin MY, Lai WW, Liu CC. Surgery for lung abscess in immunocompetent and immunocompromised children. *J Pediatr Surg.* 2001;36:470-3.

José Ignacio Garrido-Pérez, Chelsy Eduvigis Lasso-Betancor*
y Álvaro Escassi-Gil

*Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Pediátrica,
Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: chelsylb@hotmail.com
(C.E. Lasso-Betancor).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2012.04.015>