



## El drenaje intracavitario del absceso de pulmón. Indicaciones actuales

**Sr. Director:** El absceso de pulmón ha disminuido de forma importante su frecuencia desde la aparición de los nuevos agentes antimicrobianos y sobre todo desde la utilización racional, selectiva y adecuada de los mismos. Sin embargo, nos podemos encontrar con enfermos afectados de un absceso de pulmón en los que, a pesar de un tratamiento médico correcto, no evolucionan de forma satisfactoria y que además presentan contraindicaciones formales para la cirugía de resección pulmonar. Estos pacientes generalmente podemos encuadrarlos en dos grandes grupos (tabla I).

En un período de 10 años (1974-1983) hemos tenido ocasión de tratar a tres enfermos afectados de un absceso de pulmón por gérmenes Gram negativos mediante la técnica del drenaje intracavitario.

### Casos clínicos

El primer enfermo, el más joven de la serie, tenía 54 años de edad y estaba afecto de un tumor de Pancoast izquierdo que fue tratado mediante radioterapia y cirugía (lobectomía superior izquierda), desarrollándose después de la radioterapia postoperatoria, un absceso pulmonar en el lóbulo inferior izquierdo, del que se aisló *Pseudomona aeruginosa*. El segundo enfermo tenía 60 años de edad, estaba afecto de un carcinoma broncopulmonar en el lóbulo superior derecho que fue tratado mediante radioterapia, desarrollándose un absceso de pulmón por gérmenes anaerobios (*Bacteroides fragilis*). Finalmente, el último enfermo de la serie, tenía 70 años de edad y estaba afecto de una neumonía

intrahospitalaria con grave deterioro del estado general. Desarrolló un absceso pulmonar por *Proteus rettgeri*.

El drenaje intracavitario se mantuvo hasta que dejó de ser efectivo, lo que tuvo lugar entre el 10.º y 15.º día tras su inserción (tabla II).

### Comentarios

Actualmente se considera que entre un 5 y un 20 % de los enfermos afectados de un absceso de pulmón primario, pueden ser candidatos a la cirugía de resección pulmonar si no evolucionan favorablemente tras 3-8 semanas de tratamiento médico bien realizado<sup>1-3</sup>. Nosotros, hemos tenido ocasión de tratar a tres enfermos que se encontraban en las circunstancias mencionadas, mediante la técnica del drenaje intracavitario.

Esta técnica fue descrita inicialmente por Monaldi en 1938<sup>4</sup>, para el tratamiento de las cavidades tuberculosas, y fue considerada a lo largo de la siguiente década como la terapéutica de elección para el tratamiento de los abscesos de pulmón piógenos. Con el advenimiento de los antibióticos, esta técnica quedó relegada y la actitud ante un enfermo afecto de un absceso de pulmón, que no respondía a la terapéutica médica, fue la resección pulmonar<sup>5-7</sup>. En 1956, el mismo Monaldi publicó su experiencia en la utilización del drenaje intracavitario en el tratamiento del absceso de pulmón con un 87 % de buenos resultados<sup>8</sup>.

En la pasada década, esta técnica sólo ha sido utilizada de forma esporádica y limitada a aquellos casos, como los de nuestra serie, en los que estaba contraindicada la cirugía de resección pulmonar; si bien Weissberg, en un reciente artículo<sup>3</sup>, considera que la lobectomía debe reservarse para aquellos pacientes que presenten hemoptisis masiva o necrosis extensa del parénquima pulmonar, defendiendo la utilización del drenaje intracavitario si la resolución del absceso no es satisfactoria tras 24 días de tratamiento médico.

En conclusión, diremos que para nosotros, el drenaje intracavitario del absceso de pulmón es

TABLA I  
Drenaje intracavitario

Absceso pulmonar en unidades de cuidados intensivos	
—	Politraumatizados en coma
—	Grandes quemados
—	EPOC con ventilación mecánica
—	Adictos a las drogas
Absceso pulmonar en neoplasias broncopulmonares malignas	
—	Sin posibilidad de tratamiento quirúrgico
—	Neoplasias ulceradas post-irradiación

TABLA II  
Drenaje intracavitario

Edad años	Enfermedad base	Factores predisponibles	Localización	Gérmenes*	Contraindicación para cirugía
54	Tumor Pancoast	Irradiación post lobectomía	L.I.I. Lobectomía sup. izqda.	<i>Pseudomona aeruginosa</i>	Intervenido e irradiado
60	Carcinoma broncogénico	Irradiación	L.S.D.	<i>Bacteroides fragilis</i>	Neoplasia no resecable
70	Neumonía intrahospitalaria	Deterioro del estado general	L.S.D.	<i>Proteus rettgeri</i>	Grave deterioro del estado general

\* Obtenidos por punción transtorácica.



una técnica de recurso a utilizar en aquellos enfermos que no respondan a un tratamiento médico bien dirigido y que además no sean candidatos a la cirugía de resección pulmonar.

En segundo lugar, consideramos que es un procedimiento eficaz, ya que en pocos días acostumbra a desaparecer la fiebre con mejoría progresiva del estado general y evolución favorable de la imagen radiológica. Es, asimismo, de fácil realización, pues su técnica es superponible a la colocación de un drenaje en la cavidad pleural.

Finalmente, en tercer lugar, diremos que presenta pocas complicaciones imputables a la técnica, habiéndose descrito la hemorragia intrabronquial y el neumotórax.

**M.A. Callejas, M. Carranza, M. Catalán,  
J.M. Gimferrer, J.L. Freixinet, E. Letang  
y J. Sánchez-Lloret**  
Servicio de Cirugía Torácica.  
Hospital Clínico y Provincial.  
Barcelona.

\* Comunicación presentada en el XIV Congreso Nacional de la SEPAR. Barcelona, junio 1984.

#### BIBLIOGRAFIA

1. Shields TW. General thoracic surgery. Philadelphia, Lea y Febiger 1982; 563-588.
2. Glenn WWL. Thoracic and cardiovascular surgery. Norwalk, Appleton-Century-Crofts 1983; 248-268.
3. Weissberg G. Percutaneous drainage of lung abscess. J Thorac Cardiovasc Surg 1984; 87:308-312.
4. Monaldi V. Procedimiento di AE delle caverne tuberculari del polmone (basi teoriche). Ann Inst C Forlanini 1983; 10.
5. Chidi CC, Mendelsohn HJ. Lung abscess. A study of the results of treatment based on 90 consecutive cases. J Thorac Cardiovasc Surg 1974; 68:168-172.
6. Estrera AS, Platt MR, Mills LJ, Shaw RR. Primary lung abscess. J Thorac Cardiovasc Surg 1980; 79:275-282.
7. Skinner DB, Myerowitz PD. Recent advances in the management of thorax. Surg 1981; 31:191-198.
8. Monaldi V. Endocavitary aspiration in treatment of lung abscess. Chest 1956; 29:193-201.

## Células gigantes multinucleadas en el lavado broncoalveolar

**Sr. Director:** Hemos leído con interés el artículo de M.A. González Castro et al<sup>1</sup>, en el que describen un caso de neumonía intersticial de células gigantes y quisieramos hacer algunas puntualizaciones en lo referente a la presencia de células gigantes multinucleadas en el lavado broncoalveolar (LBA). Aunque existen pocos estudios en los que se haya valorado este hecho, la presencia de células gigantes en el LBA se ha descrito en algunos tipos de patología pulmonar intersticial. Davison AG et al<sup>2</sup>, describen este hallazgo en tres pacientes con enfermedad pulmonar intersticial producida por metales duros que, histológicamente, presentaba las características de una neumonía intersticial por células gigantes. Por otra parte, Wait J.<sup>3</sup> objetivó células gigantes en el LBA en un tercio de pacientes con sarcoidosis. Hallazgos similares hemos observado en 15 pacientes con esta enfermedad, puesto que encontramos células gigantes en el LBA de seis casos<sup>4</sup>. Estos estudios indican que el hallazgo de células gigantes en el LBA, no es específico de ninguna enfermedad pulmonar determinada.

**A. Xaubet Mir, A. Marín Pérez  
y A. Agustí Vidal**

Servicio de Neumología y Alergia Respiratoria.  
Hospital Clínic. Facultad de Medicina.  
Universidad de Barcelona. Barcelona.

#### BIBLIOGRAFIA

1. González Castro MA, Rodríguez Panadero F, Conde García J, López Mejías J. Neumonía intersticial de células gigantes. Arch Bronconeumol 1985; 21:240-242.
2. Davison AG, Haslam PL, Corrin B et al. Interstitial lung disease and asthma in hard-metal workers: bronchoalveolar lavage, ultrastructural, and analytical findings and results of bronchial provocation tests. Thorax 1983; 38:119-128.
3. Wait J. Presence of multinucleated giant cells in bronchoalveolar lavage fluid from sarcoid patients. Chest 1982; 81:232.
4. Xaubet A. Lavado broncoalveolar en las enfermedades pulmonares intersticiales difusas, con especial referencia a la asbestosis pulmonar. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad de Barcelona, 1983.