

**02 de Outubro de 2008.**  
**Professor Alípio.**

### **Abscesso pulmonar**

#### **Definição**

Inflamação supurativa circunscrita do tecido pulmonar seguida de necrose.

Pneumonia necrosante: quando há múltiplos segmentos, bilaterais; é a expressão mais adequada. Existem múltiplos agentes que podem levar à pneumonia necrosante.

#### **Patogênese**

Fatores que podem levar ao abscesso.

Estados em que a consciência é debilitada: alcoolismo, torpor, coma, convulsões. Associado a precário estado de dentes e gengivas e aspiração. A aspiração de conteúdo da sinusopatia crônica, menos freqüentemente, pode levar ao abscesso.

Todas pessoas (mesmo híidas) fazem aspiração noturna. Porém, os mecanismos de defesa fazem frente a essa aspiração.

As pessoas que perdem a consciência perdem um mecanismo de defesa essencial: a tosse.

Seqüência: inóculo aspirado (microbiota bacteriana mista) → Pneumonia (mista – impossível distinguir os agentes a partir do quadro clínico e RX) → microbiota mista determina diminuição do potencial oxiredutor; diminuição do pH → só os anaeróbios permanecem. Anaeróbios possuem relação insidiosa com os tecidos (é lento). Com o passar do tempo conduz à necrose seguida de liquefação (formação de uma área abscedida). A seguir, a drenagem e o espaço necrosado torna-se um espaço virtual → uma cavidade.

#### **O abscesso se caracteriza por ter paredes espessas e irregulares, com escavação central (caverna), com ou sem níveis aéreos.**

Não confundir com cisto infectado (ou carvena – esta tem parede mais irregular): parede regular, pouco espessa, pequena, com nível hidro-aéreo.

#### **Quadro clínico**

Febre: anaeróbio não costumam dar temperaturas altíssimas.

Tosse e expectoração purulenta são fundamentais.

Hálito comprometido não é freqüente após advento dos ATB.

Hemoptóico e hemoptise podem aparecer, mas não é característico.

Dor pleurítica (ventilatório dependente) pode acontecer se o abscesso tiver contigüidade com a pleura e houver a formação de empiema (coloração purulenta que irrita/inflama e faz doer o espaço virtual da pleura). Pode significar uma complicação.

Emagrecimento e baqueteamento traduzem um estado de emagrecimento. Era mais freqüente na era pré-ATB.

#### **Radiologia**

Supõe uma imagem de paredes espessadas com área cavitada no centro, com ou sem nível hidro-aéreo.

G- e Estafilo escavam mas costumam ser multissegmentares (pneumonia necrosante).

Carcinoma epidermóide pode abscedar.

Pneumococo é muito raro de cavitatar.

Klebsiella pode cavitatar, abaular cissura, etc.

Wegener: múltipla lesão abscedada.

#### **Tratamento**

##### **Clinica**

Tenta-se entrar com ATB que cubra anaeróbio.

Se o paciente possuir comorbidade a escolha é clindamicina. Muita gente associa ATB de amplo espectro mais clindamicina: pode haver remanescente da microbiota mista (da Pneumonia): ceftriaxone / rocefim + clindamicina. 7-10 dias suspende ceftriaxone e mantém a clindamicina por tempo em que clínica-radiológica-

laboratorialmente houver resolução (febre some, parede diminui espessura). Começa-se a ficar tranqüilo a partir de 04 semanas.

Amoxicilina além de amplo espectro atua sobre anaeróbio gram-positivo.

Em caso de falha terapêutica:

- Idoso tabagista: será que era um câncer abscedido?

Se não puder usar clindamicina não deixar de iniciar o tratamento com penicilina cristalina (?).

Paciente em falha terapêutica deve ser submetida a broncofibroscopia.

Se a bronco não revela nada e continua a falha terapêutica → parte-se para cirurgia (ler a abaixo).

### **Fisioterapia**

Drenagem postural: durante todo o dia em posição preferencial que facilita drenagem da secreção.

Se a secreção for muito espessa, limita esse recurso.

Associação com fisioterapia é ideal.

### **Cirurgia**

Antigamente fazia-se uma segmentectomia ou lobectomia.

Cavernostomia: o cirurgião faz um pertuito da área abscedida com o gradio-costal.

Se depois de um mês nada mudou → broncofibro → não viu nada ? Quase um mês depois do quadro, chama o cirurgião, então.

Quando o paciente tem retorna da fome e apetite significa que ele está melhorando bastante.

**O empiema pleural exige drenagem porque ele não se resolve com antibiótico.**