

NEUMONIA ASPIRATIVA Y ABSCESO PULMONAR

Dra. Amparo Ruiz Carbonell

Médico adjunto del Servicio de Urgencias. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

- **Neumonía por aspiración (NAP):** neumonitis que resultan de la alteración de los mecanismos de defensa usuales que protegen las VRB causadas por bacterias poco virulentas, principalmente anaerobios, que forman parte de la flora comensal de la cavidad bucal y las VRS, en huéspedes susceptibles predispuestos a aspiración. En la radiografía de tórax afectación habitualmente de segmentos pulmonares declives. Si la aspiración se produce en posición erguida se afectarán los lóbulos inferiores mientras que cuando ocurre en decúbito se afectan los segmentos posteriores de los lóbulos superiores ó los segmentos superiores de los lóbulos inferiores.
- **Absceso pulmonar (AP):** infección del parénquima pulmonar que provoca destrucción y necrosis del mismo y da lugar, generalmente, a una lesión cavitada de más de 2 cm, y "resulta de la evolución en el tiempo de una NAP no tratada". La formación de múltiples pequeños abscesos (< 2 cm) en un infiltrado se define como **neumonía necrotizante o necrosante**.

ETIOLOGÍA

- **NAP adquirida en la comunidad:** presentan como gérmenes causantes una flora mixta que incluye bacterias aerobias y anaerobias.
 - Las bacterias anaerobias (65-85%) son los organismos predominantes.
 - Los anaerobios aislados con más frecuencia son: cocos grampositivos anaerobios (*Peptoestreptococcus* spp., *Fusobacterium* y BGN pigmentados como *Prevotella*, *Bacteroides* y *Porphyromonas*).
- **NAP nosocomial:** mezcla de anaerobios y bacterias gramnegativas o *S. aureus*
 - En el 90% de los AP se aíslan anaerobios (*Peptostreptococcus* spp., *Prevotella melaninogenica* y *Fusobacterium nucleatum*, fundamentalmente).

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Las solicitadas para NAC que va a ingresar
- Tinción de Gram y Ziehl del esputo con cultivo aerobio y para micobacterias
- Valorar TAC torácica para distinguir nivel hidroaéreo en la cavidad pleural de los niveles en parénquima pulmonar
- Toracocentesis en caso de derrame pleural asociado

TRATAMIENTO

NEUMONIA ASPIRATIVA Y ABSCESO PULMONAR ÚNICO

- **Opciones:**
 - Amoxicilina-ácido clavulánico 2g cada 8 horas i.v. 14 días (luego pasar a la vía oral)
 - Ertapenem 1g/24h i.v.
 - Clindamicina 600-900mg cada 8 horas i.v. ± Cefalosporinas 3ª generación (ceftriaxona o cefotaxima)
 - **En alergia a betalactámicos:** Moxifloxacino 400 mg/24h, o macrólido (dosis NAC) + metronidazol 500 mg/8h ó Clindamicina 600-900mg cada 8 horas i.v. + Aztreonam 1-2 g/6-8h iv
- La duración del tratamiento se prolongará al menos 14-21 días, y en AP o si existe cavitación, hasta la resolución radiológica de ésta.

ABSCESSO PULMONAR MÚLTIPLE

- Cloxacilina (1-2 g cada 4-6 horas i.v.)
- Linezolid * (600 mg cada 12 horas i.v.) + Aminoglucósido i.v. (tobra o genta 5-7 mg/kg/día)
- Vancomicina * (15 mg/kg cada 12 horas i.v.)

* En caso de infección por SAMR

NEUMONÍA NECROSANTE

- Cefalosporina 3ª generación i.v. (Ceftriaxona 2g/24h o Cefotaxima 2g/8h) + Clindamicina 600 mg cada 8 h ó Metronidazol 500 mg /8h
- Piperacilina-tazobactam 4g cada 6-8 h, o Imipenem o Meropenem 1 g/8 h ± Amikacina 15 mg/kg/día i.v.