

A evolução clínica do paciente portador de abscesso pulmonar

Clinical evolution of patients with lung abscess

DOI:10.34117/bjdv8n10-299

Recebimento dos originais: 26/09/2022

Aceitação para publicação: 28/10/2022

Ruanner Ronann Marques Durães

Graduado em Anestesiologista pela Faculdade Presidente Antônio Carlos
Instituição: Faculdade Presidente Antônio Carlos
Endereço: Rua 02, Quadra 07, S/N, Jardim dos Ipês, Porto Nacional – TO,
CEP: 77500-000
E-mail: ruannerronann@hotmail.com

Luis Andres Carrasco Garate

Graduado em Medicina pela Universidade Russa da Amizade dos Povos – Rússia
Instituição: Universidade Russa da Amizade dos Povos – Rússia
Endereço: Ulista Miklukho - Maklaya, 6, Moscow, Russia, 117198
E-mail: luchokarrasco@hotmail.com

Vitória Ribeiro Farinha

Graduada em Medicina pelo Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)
Instituição: Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES)
Endereço: Rua 22 esquina, C/ Av. 21, Setor Aeroporto, Mineiros – GO,
CEP: 75833-130
E-mail: vitoriafarinha@outlook.com

Mayara Rita Figueredo

Graduada em Medicina pelo Centro Universitário Atenas (UNIATENAS)
Instituição: Centro Universitário Atenas (UNIATENAS)
Endereço: R. Romualda Lemos do Prado, 60, Lavrado, Paracatu - MG, CEP: 36602-018
E-mail: mayararita10@hotmail.com

Helena Maria Mendes Marques

Graduada em Medicina pelo Centro Universitário Atenas (UNIATENAS)
Instituição: Centro Universitário Atenas (UNIATENAS)
Endereço: R. Romualda Lemos do Prado, 60, Lavrado, Paracatu - MG, CEP: 36602-018
E-mail: helenamariammarques@hotmail.com

José Ricardo Baracho dos Santos Júnior

Graduado em Medicina pelo Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)
Instituição: Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU)
Endereço: R. Guilherme Pinto, 114, Graças, Recife – PE, CEP: 52011-210
E-mail: ricardo.baracho@yahoo.com

Rafael Leituga de Carvalho Cavalcante

Graduado em Medicina pela Universidade Estácio de Sá – Campus Presidente Vargas
Instituição: Universidade Estácio de Sá – Campus Presidente Vargas
Endereço: Av. Pres. Vargas, 642, Centro, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20071-001
E-mail: rafaleituga@gmail.com

Sarah Barbosa Leal

Graduada em Medicina pela Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)
Instituição: Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)
Endereço: Alameda Ezequiel Dias, 275, Centro, Belo Horizonte – MG, CEP: 30130-110
E-mail: sarah.bleal@hotmail.com

Estevão Pires da Silva Filho

Graduado em Medicina pelo Centro Universitário De Goiatuba (UNICERRADO)
Instituição: Centro Universitário De Goiatuba (UNICERRADO)
Endereço: Rodovia, GO-320, S/N, Jardim Santa Paula, Goiatuba - GO, CEP: 75600-000
E-mail: estevaopiresf@gmail.com

Rogério Alves Resende

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Endereço: R. Quarenta e Nove, 2367, Boa Esperança, Cuiabá – MT, CEP: 78060-900
E-mail: rogsresende@gmail.com

Bruno Leonardo Alves Correia

Graduado em Medicina pelo Centro Universitário Facisa (UNIFACISA)
Instituição: Centro Universitário Facisa (UNIFACISA)
Endereço: R. Manoel Cardoso Palhano, 124, 152, Itararé, Campina Grande – PB,
CEP: 58408-326
E-mail: bruno.leomed@gmail.com

Giovana Celestino Gomes

Graduanda em Medicina pela Universidade de Rio Verde (UNIRV)
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)
Endereço: Fazenda Fontes do Saber, Campus Universitário – Rio Verde Goiás
E-mail: giovamacelestino@gmail.com

Maressa Byannca Couto Novaes

Graduada em Medicina pela Universidade de Rio Verde (UNIRV)
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)
Endereço: Fazenda Fontes do Saber, Campus Universitário – Rio Verde Goiás
E-mail: maressacnovaes@gmail.com

Vitor Ribeiro Novaes

Graduado em Medicina pela Universidade de Rio Verde (UNIRV)
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)
Endereço: Fazenda Fontes do Saber, Campus Universitário – Rio Verde Goiás
E-mail: dr.vrnovaes@gmail.com

Mariana Severo Takatsu

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Jataí (UFJ)
Instituição: Universidade Federal de Jataí (UFJ)
Endereço: R. José Cruciano de Araújo, BR 364, km 195, Setor Parque Industrial,
Jataí – GO, CEP: 75801-615
E-mail: mariana.takatsu@gmail.com

Paula Delestro Moraes

Graduando em Medicina pela Universidade Nove de Julho (UNINOVE)
Instituição: Universidade Nove de Julho (UNINOVE)
Endereço: Av. Professor Luiz Ignácio Anhaia Mello, 1363, Villa Prudente,
São Paulo – SP, CEP: 03155-000
E-mail: paula.delestro@uni9.edu.br

Ana Luiza Bosch

Graduada em Medicina pelo Centro Universitário IMEPAC
Instituição: Centro Universitário IMEPAC
Endereço: Av. Minas Gerais, 1889, Centro, Araguari – MG, CEP: 38444-128
E-mail: analuizabosch@hotmail.com

Cristian Fernando Claros Feronato

Graduado em Medicina pela Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR)
Endereço: R. Imac. Conceição, 1155, Prado Velho, Curitiba - PR, CEP: 80215-901
E-mail: cris.feronato@gmail.com

Monna Lisa de Araújo Gomes Chavez

Pneumologista Pediátrica pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
Instituição: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
Endereço: Cidade Universitária, Zeferino Vaz, Barão Geraldo, Campinas - SP,
CEP: 13083-970
E-mail: monnalisagc@hotmail.com

Willian Gustavo Hashimoto Hilgert de Sousa

Graduado em Medicina pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
Instituição: Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
Endereço: Cidade Universitária, Zeferino Vaz, Barão Geraldo, Campinas - SP,
CEP: 13083-970
E-mail: willianhilgert@gmail.com

Oscar Vaz Pedroso Júnior

Graduando em Medicina pela Faculdade das Américas (FAM)
Instituição: Faculdade das Américas (FAM)
Endereço: R. Augusta, 1508, Consolação, São Paulo - SP, CEP: 01304-001
E-mail: oscar_vaz@icloud.com

Flamaryon Ribeiro Nogueira

Graduado em Medicina pelo Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)
Instituição: Centro Universitário Serra dos Órgãos (UNIFESO)
Endereço: Av. Alberto Tôrres, 111, Alto, Teresópolis - RJ, CEP: 25964-004
E-mail: flamaryon10@hotmail.com

Jose Songlei da Silva Rocha

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Instituição: Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)
Endereço: R. Quarenta e Nove, 2367, Boa Esperança, Cuiabá – MT, CEP: 78060-900
E-mail: songleirocha@gmail.com

Amanda Angelo Pinheiro

Graduada em Medicina pela Universidade Ceuma (UNICEUMA)
Instituição: Universidade Ceuma (UNICEUMA)
Endereço: R. Anapurus, 1, Renascença II, São Luís - MA, CEP: 65075-120
E-mail: amandaangelop@hotmail.com

Gabriel Costa Ferreira Andrade

Graduado em Medicina pela Universidade Ceuma (UNICEUMA)
Instituição: Universidade Ceuma (UNICEUMA)
Endereço: R. Anapurus, 1, Renascença II, São Luís - MA, CEP: 65075-120
E-mail: gabrielcf.andrade@gmail.com

Bianca Paula Miranda Santiago

Graduando em Medicina na Universidade de Rio Verde (UNIRV)
Instituição: Universidade de Rio Verde (UNIRV)
Endereço: Fazenda Fontes do Saber, S/N, Rio Verde - GO, CEP: 75901-970
E-mail: biancapaulamiranda915@gmail.com

Julia gomes Tavares Cunha Rezende

Graduada em Medicina pelo Centro Universitário UniFacid Wyden
Instituição: Centro Universitário UniFacid Wyden
Endereço: R. Veterinário Bugyja Brito, 1354, Horto, Teresina – PI, CEP: 64052-410
E-mail: jprprezende@gmail.com

Vanessa Maia Campelo

Graduada em Medicina pelo Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)
Instituição: Centro Universitário Christus (UNICHRISTUS)
Endereço: Av. Dom Luís, 911, Meireles, Fortaleza - CE, CEP: 60160-230
E-mail: vanessa_maia1@hotmail.com

Julia Coser Seraphim

Graduada em Medicina pela Faculdade Brasileira (MULTIVIX)
Instituição: Faculdade Brasileira (MULTIVIX)
Endereço: R. Barão do Rio Branco, 120, Colina de Laranjeiras, Serra - ES,
CEP: 29167-172
E-mail: serjulia@gmail.com

Adelcio Machado dos Santos

Pós-Graduado em Desenvolvimento, Sociedade e Educação pela Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP)
Instituição: Universidade Alto Vale do Rio do Peixe (UNIARP)
Endereço: Rua Victor Baptista Adami, 800, Centro, Caçador - SC, CEP: 89500-000
E-mail: adelciomachado@gmail.com

Talyssa Junqueira Arantes

Graduada em Medicina na Área Cirúrgica Básica pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
Endereço: SMHN Quadra 3, Conjunto A, Bloco 01, Bloco 0, Asa Norte, Brasília - DF, CEP: 70710-907
E-mail: talyssa_junqueira@hotmail.com

Antonino Caetano de Souza Netto

Graduado em Medicina na Área Cirúrgica Básica pela Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
Instituição: Escola Superior de Ciências da Saúde (ESCS)
Endereço: SMHN Quadra 3, Conjunto A, Bloco 01, Bloco 0, Asa Norte, Brasília - DF, CEP: 70710-907
E-mail: drantoninonetto@gmail.com

Naiara dos Santos Sampaio

Graduada em Medicina pela Universidade Federal de Jataí (UFJ)
Instituição: Universidade Federal de Jataí (UFJ)
Endereço: Rua Riachuelo, Nº 1530, Setor, Samuel Graham, Jataí - GO, CEP: 75804-020
E-mail: nairassampaio1998@gmail.com

Osman Anderson Xavier Santos

Graduando em Medicina pela Universidade Evangélica de Goiás (UNIEVANGÉLICA)
Instituição: Universidade Evangélica de Goiás (UNIEVANGÉLICA)
Endereço: Av. Universitária, S/N, Cidade Universitária, Anápolis - GO
E-mail: osmananderson@gmail.com

Willer Eduardo Alves

Graduado em Medicina pelo Centro Universitário IMEPAC
Instituição: Centro Universitário IMEPAC
Endereço: Av. Minas Gerais, 1889, Centro, Araguari - MG, CEP: 38444-128
E-mail: willer79@yahoo.com.br

Aquidauani Cunha Schmall

Graduada em Medicina pela Universidad Maria Auxiliadora
Instituição: Universidad Maria Auxiliadora
Endereço: QF76+5VJ, Asunción, Paraguai
E-mail: aquidauani@gmail.com

Marcel de Assis Aleixo Chaves

Residente em Clínica Médica no Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves
Instituição: Hospital Universitário Risoleta Tolentino Neves
Endereço: R. das Gabirobas, 1, Vila Cloris, Belo Horizonte - MG, CEP: 31744-012
E-mail: marcel.daac@gmail.com

RESUMO

Atualmente, com a era da antibioticoterapia e demais meios terapêuticos, o abscesso pulmonar decaiu em termos de morbimortalidade, mas ainda permanece como um desafio em termos diagnósticos e manejo clínico. O abscesso pulmonar corresponde a uma cavidade com pus no pulmão, envolvido por tecido inflamado e geralmente oriunda de uma infecção. O artigo objetivou descrever de modo narrativo a evolução clínica do portador de abscesso pulmonar, ressaltando os principais dados para a compreensão deste fenômeno. Um abscesso pulmonar é causado principalmente por bactérias existentes na boca ou garganta, a qual são aspiradas até os pulmões. A sintomatologia é inespecífica, abordando fadiga, inapetência, sudorese noturna, febre, perda ponderal e tosse com expectoração. O quadro clínico geralmente necessita do complemento de exames de imagem, principalmente a radiografia torácica para diagnóstico

Palavras-chave: ensino em saúde, abscesso pulmonar, inflamação.

ABSTRACT

Currently, with the era of antibiotic therapy and other therapeutic means, lung abscess has declined in terms of morbidity and mortality, but it still remains a challenge in terms of diagnosis and clinical management. Lung abscess corresponds to a cavity with pus in the lung, surrounded by inflamed tissue and usually arising from an infection. The article aimed to describe in a narrative way the clinical evolution of patients with lung abscess, highlighting the main data for understanding this phenomenon. A lung abscess is mainly caused by bacteria in the mouth or throat, which are aspirated into the lungs. The symptoms are nonspecific, addressing fatigue, inappetence, night sweats, fever, weight loss and cough with sputum. The clinical picture usually requires complementary imaging tests, especially chest radiography for diagnosis.

Keywords: teaching in health, lung abscess, inflammation.

1 INTRODUÇÃO

O abscesso pulmonar é desenhado pela aparição de massa no parênquima com nível líquido e aéreo, sendo mais comum no campo pulmonar direito atribuída a anatomia da árvore brônquica. A área circunscrita inflamada com liquefação purulenta, progressivamente pode provocar erosão para um brônquio adjacente ou para a pleura (CARVALHO, 2022).

A condição é considerada alarmante, com mortalidade em torno de 20% a 50%, conforme atribuído a formação unifocal ou multifocal. Normalmente, é isolado, mas não anula a possibilidade do desenvolvimento de lesões múltiplas. A aspiração de patógenos

anaeróbios localizados no trato respiratório e/ou patologias periodonticas são os principais determinantes para o abscesso pulmonar (BARREIRA, 2016).

Majoritariamente, os portadores de abscesso pulmonar de aspiração buscam assistência clínica em geral dentro das duas semanas iniciais, devido à compressão e hostilidade patológica. Por via de regra, porcentagem considerável, em torno de 25 a 30% o faz mais tardiamente, pós quatro semanas ou acima manifestando um estágio crônico, definimento, tosse, seguido da expectoração do material purulento fétido. Ressaltando que a avaliação fidedigna da porcentagem de todo os abscessos pulmonares é dificultada, sendo a incidência considerada maior que o estimado (CARVALHO, 2022).

O seguinte artigo objetivou descrever de modo narrativo a evolução clínica do portador de abscesso pulmonar, ressaltando as principais informações para a compreensão deste fenômeno.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo qualitativo de revisão narrativa, elaborado para abordar sobre a evolução clínica do paciente portador de abscesso pulmonar. É composta por uma análise ampla da literatura, e com uma metodologia rigorosa e replicável ao nível de reprodução de dados e questões quantitativas para resoluções específicas. Ressaltando, que esta opção é fundamental para a aquisição e atualização do conhecimento sobre a temática específica, evidenciando novas ideias, métodos e subtemas na literatura escolhida. Por ser uma análise bibliográfica a respeito de uma abordagem geral da evolução clínica do paciente portador de abscesso pulmonar, foram recuperados artigos indexados nas bases de dados Scientific Electronic Librayr Online (SciELO), Periódicos Capes, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), MEDLINE, Google Acadêmico, LILACS, Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia, Cochrane Library, American Thoracic Society, Centro de Informação de Recursos Educacionais (ERIC) durante o mês de maio de 2022, tendo como período de referência os últimos 5 anos. Foram empregados os termos de indexação ou descritores pulmonary disease, overhead obstruction e public health, isolados e de forma combinada. O critério utilizado para inclusão das publicações era ter as expressões utilizadas nas buscas no título ou palavras-chave, ou ter explícito no resumo que o texto se relaciona à doença pulmonar obstrutiva crônica com aspectos vinculados às repercussões que estes podem acarretar. Os artigos descartados não apresentavam o critério de inclusão estabelecido e/ou apresentavam duplicidade, ou seja, publicações recuperadas em mais de uma das bases de dados.

Também foram excluídas dissertações e teses. Após terem sido restauradas as informações alvo, foi conduzida, inicialmente, a leitura dos títulos e resumos, junto de intensa exclusão de publicações nessa etapa. Posteriormente, foi feita a leitura completa dos 31 textos. Como eixos de análise, buscou-se inicialmente classificar os estudos quanto às particularidades da amostragem, agrupando aqueles cujas amostras são referentes a fisiopatologia e a associação com as manifestações clínicas, critérios diagnósticos e aqueles cujas amostras são sobre a terapêutica e os impactos que a doença gera além do âmbito da saúde. A partir daí, prosseguiu-se com a análise da fundamentação teórica dos estudos, bem como a observação dos caracteres gerais dos artigos, tais como ano de publicação e língua, seguido de seus objetivos. Por fim, realizou-se a apreciação da metodologia.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 DEFINIÇÃO

O abscesso pulmonar se trata de um foco purulento no parênquima pulmonar, a qual progressivamente uma infecção pulmonar evolui para uma lesão necrótica, escavada, com mais de 2,0 cm de diâmetro, geralmente única e com um nível hidroaéreo nítido á radiografia torácica. Progride caso este pus seja expectorado, através de um brônquio comunicante e evolui para formar a cavidade. É uma condição para remeter a lesão desencadeada por germes piogênicos, frequentemente as bactérias anaeróbias, *Staphylococcus aureus* ou gram-negativos aeróbios (CARVALHO, 2022).

3.2 EPIDEMIOLOGIA

O abscesso pulmonar predomina no sexo masculino, incidindo na faixa etária entre os 30 e 50 anos. Os grupos sociais menos favorecidos, justificado pelos hábitos precários de higiene, focos sépticos dentários, má nutrição e alcoolismo. O acometimento imune, representado pelo uso crônico de corticoides, imunossupressores e radioterapia (CARVALHO, 2022).

A diagnose diferencial do abscesso pulmonar de aspiração deve ser abordada, sobretudo a tuberculose escavada, carcinoma brônquico com necrose central, sequestração broncopulmonar intralobar, granulomatose de Wegener e, em zonas endêmicas, cisto hidático morto com acúmulo membranoso. Além dos mais, as pneumonias bacterianas com cavidades necróticas como a estafilocócica, geralmente se

mostram junto de demais padrões lesionais, majoritadamente incidem em mais de um lobo, em ambos os pulmões (CARVALHO, 2022).

3.3 ETIOPATOGENIA

O processo é crônico, frequentemente desencadeado por broncoaspiração de pacientes acamados ou com comprometimento do nível de consciência e idosos, obstrução brônquica, tipificada por uma atelectasia a qual gera o acúmulo de material de cultura ocasionado o abscesso, o infarto e a embolia pulmonar desenvolvendo uma necrose na porção infartada pelo déficit de vascularização é este se infecta e forma o abscesso, a pneumonia tratada inadequadamente, a embolia séptica, ou seja uma endocardite infecciosa origina uma embolia. Através da via de continuidade, ou seja um abscesso subfrênico hepático poderia desencadear o abscesso nas bases pulmonares (MACEDO, 2010).

Independente do fator desencadeante, a sequência do processo inflamatório é idêntica. A partir de um foco pneumônico supurativo, habitualmente na periferia do pulmão, desencadeando a necrose, conseqüentemente formando a liquefação da região pulmonar acometida, ou seja, uma deterioração parenquimatosa, sendo esta exterminada através do brônquio de drenagem, resultando em uma formação de cavitação (CARVALHO, 2022).

3.4 CLASSIFICAÇÃO

3.4.1 Broncoaspiração

O abscesso por aspiração compõe a maioria das ocorrências, desencadeando pela aspiração de conteúdo infectado pela via nasal ou orofaringe, altamente associada as infecções bucais, perda do reflexo tussígeno, em pacientes em coma, enfermidades neurológicas, submetidos a anestesia geral. As micropartículas ascendem na periferia dos pulmões, o acometimento é mais comum no pulmão direito, devido ao posicionamento do brônquio direito, visto que o brônquio esquerdo é mais elevado e mais horizontalizado, dificultando a aspiração (CARVALHO, 2022).

3.4.2 Abscesso Pós-Pneumônico

É menos frequente, mas potencialmente mais veloz e fatal. Desencadeado por pneumonia estafilocócica, associada a infância e a doença pulmonar obstrutiva crônica. A pneumonia por *Klebsiella*, a qual não possui localização pré-definida no parênquima

pulmonar. O etilismo pode ser associado, afetando grandes porções (CARVALHO, 2022).

3.4.3 Abscesso por via hemática

Os êmbolos alcançam os pulmões e bloqueiam o suprimento sanguíneo, com o desfecho de necrose. Caso a disseminação ocorra por via sanguínea, os abscessos formados podem ser bilaterais ou múltiplos. Os êmbolos podem ser classificados em sépticos, ou seja se trata de processos supurativos originados em outras regiões acometidas com tromboflebitas, principalmente as localizadas nos membros inferiores e regiões pélvicas, sendo particularmente grave a infecção e formação de abscesso cerebral e os não sépticos, originados a partir de flebotrombose, a qual raramente infectam e formam abscesso (CARVALHO, 2022).

3.4.5 Abscesso Obstrutivo

Geralmente, algum fator obstrui uma área do parênquima pulmonar. Normalmente, pode ser por tumores malignos ou benignos, tampões mucosos, compressão brônquica e corpo estranho, gerando a retenção distal de secreção, não ocorrendo drenagem e o desenvolvimento de uma atelectasia, ou seja, o colapso do tecido pulmonar com perda de volume, provocando uma infecção secundária e consequentemente um abscesso (MACEDO, 2010).

3.4.6 Aspectos anatomopatológicos

Na perspectiva anatomopatológica, o abscesso pode ocorrer sem comunicar-se com o brônquio, e com a ausência de uma cavidade com ar e líquido. Microscopicamente, o aspecto muda, a cavidade apresenta tecido necrótico amolecido e exsudato purulento (CARVALHO, 2022).

3.4.7 Sintomatologia

O quadro clínico do paciente é versátil e conforme a etiologia, extensão do processo infeccioso, patogenicidade dos germes ou da existência de doença associada. Na fase aguda que precede a drenagem brônquica, a sintomatologia é equiparável a uma pneumonia que cursa com febre alta, sudorese, tosse abundante, acompanhada de expectoração e hemoptise. Ao término da segunda e a terceira semana de progressão patológica, normalmente uma enorme quantia de secreção piossanguinolenta ou

purulenta, extremamente fétida, é eliminada pela árvore brônquica através da tosse, denominada vômica, prosseguindo com uma lesão escavada, necrótica, em geral com paredes espessas e exibindo nível hidroaéreo, fixado em zona preferencial de aspiração pulmonar. O foco purulento amarelado é rodeado por um exsudato seropurulento nos alvéolos circundantes e pós o episódio da tosse vômica, o acometido pode manifestar menos febre e ter o alarme de seu estado tóxico suavizado (CARVALHO, 2022).

Caso o abscesso se encontra próximo a pleura, ocorre a dor pleural, que pode estar aderida ao folheto parietal, sendo ventilatório dependente. Ademais, ocorre acometimento do estado geral, astenia e perda ponderal devido a cronicidade e o estado hipercatabólico, baqueteamento digital, estertores finos normalmente próximos ao local de abscesso (CARVALHO, 2022).

O ocorrido de perda de consciência, particularmente por alcoolismo, em um homem adulto, acompanhado da existência de demais sintomas e o achado de dentes em mau estado de conservação ao exame físico são essenciais para hipótese diagnóstica de abscesso de respiração (CARVALHO, 2022).

A leucocitose e o desvio à esquerda no hemograma são indícios comuns no abscesso pulmonar, especialmente nas fases mais iniciais de sua evolução, é antes do uso de antibiótico (MACEDO, 2010).

As complicações se fundamentam na possibilidade da necrose da parede do abscesso, e o conteúdo com pús, infectado, alcança o espaço pleural, terminando com a formação de empiema e agravo sintomatológico. Em situações mais graves, o abscesso pode se dilacerar para a cavidade pleural e a formação de um piopneumotórax (MONTEIRO, 2020).

Os exames solicitados se baseiam no hemograma, VHS, PCR, hemocultura. O escarro contem a cultura e citologia a broncoscopia obtém material mais próximo da infecção

A observação de flora mista ao exame bacterioscópico (Gram) das secreções e um potencial indicador da existência de microrganismos anaeróbios, transcendente para um rápido diagnóstico presuntivo. No entanto, a detecção definitiva desses germes, exige o uso de culturas em anaerobiose de material colhido com proteção, a qual na prática, não é necessário para a condução terapêutica (MONTEIRO, 2020).

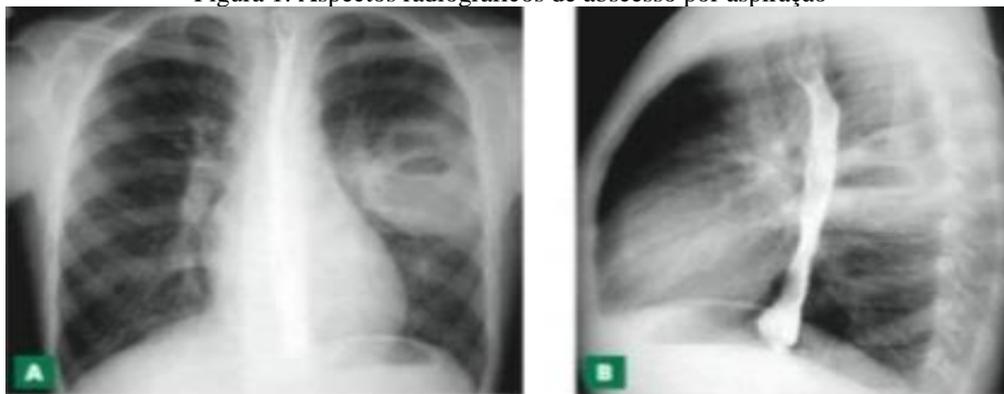
Em exames microbiológicos do escarro, ou de material coletado por broncoscopia ou por toracocentese, a existência de “flora mista” á bacterioscopia é preditor de germes anaeróbios, os quais obviamente não se desenvolverão em ambiente aeróbios comuns.

Não obstante, o grupo formado por indícios clínicos e radiográficos e corporatura de flora mista nos elementos coletados é, geralmente, satisfatório para gerência adequada dos casos (MONTEIRO, 2020).

Os exames de imagens solicitados é o raio-X de tórax. Os achados encontrados se fundamentam em níveis hidroaéreos, ou seja, a presença de água e ar, ressaltando a existência de pus com cavitação. As interfaces na porção onde há o nível líquido são obscuras e dependem da camada de fluído intracavitário, que pode gerar opacidade homogênea focal parenquimatosa. As apresentações radiográficas das lesões se baseiam em lesões unilaterais, bilaterais, em segmento posterior de lobo superior e/ou superior de lobo inferior, em pirâmide basal, em lobo médio ou língula, derrame pleural associado. Em caso de progressão pode ocorrer confluência de diminutos focos necróticos e haver um ou mais abscessos pulmonares, conseqüentemente a morfologia macroscópica de um lobo retraído e deformado (CARVALHO, 2022).

A tomografia se mostra ser um exame mais eficiente, pois apresenta uma cavitação maior no interior pulmonar, acompanhada de consolidações e identificação de regiões necróticas despercebidas na radiografia. Incidentalmente, os elementos do abscesso podem permanecer retidos no interior da cavidade, mediante a estenose de caráter inflamatório, ou mesmo neoplásica, do brônquio de drenagem. Nesse cenário, a TC e a fibrobrincoscopia colaboram na comprovação obstrutiva (MONTEIRO, 2020).

Figura 1: Aspectos radiográficos de abscesso por aspiração



Fonte: SILVA, L. C, D. et al. Pneumologia, 2012.

Figura 2: Corte topográfico mostrando a lesão escavada com conteúdo necrótico e afilamento do brônquio segmentar



Fonte: SILVA, L. C, D. et al. Pneumologia, 2012.

3.4.8 Tratamento

Particularmente, esta forma de abscesso não se drena cirurgicamente, mas sim aplica a antibioticoterapia, por longos períodos, por pelo menos quatro semanas. A penicilina e a clindamicina são os antibióticos mais usuais para o extermínio de infecções pulmonares por germes anaeróbios, com a predileção voltada para a clindamicina ainda que os demais sejam eficazes (DESAI, 2012).

A associação com manobras fisioterápicas de deitar-se do lado contralateral ao abscesso para drenagem postural e cuidados gerais. A eficácia desta pode ser exponenciada através da fibrobroncoscopia, usual para aspiração direta das secreções de drenagem do abscesso por meio da passagem de cateter de Fogarty. Esse cateter, pós ultrapassar o brônquio edemaciado, tem o seu balonete inflado e puxado de forma retrógrada, denotando a ampliação do brônquio edemaciado e o esvaziamento de tamanha secreção pútrida. A continuação do método a cada dois ou três dias impulsiona a cura do abscesso (MACEDO, 2010).

Apesar disso, quantidade não desprezível findam com alguma intervenção cirúrgica, como pneumostomia, ressecção pulmonar e drenagem de empiema. Certos prognósticos clinicorradiológicos possuem valor preditivo negativo para o manejo clínico e denunciam a necessidade de cirurgia. Dentre eles se enquadra a evolução superior a seis semanas, o espessamento da parede da cavidade do abscesso, evidência tomográfica e/ou

endoscópica de broncoestenose, cavidades necróticas gigantes, e colonização por germes multirresistentes (DESAI, 2012).

A ressecção pulmonar envolve uma lobectomia, uma variedade cirúrgica, a qual prontamente certifica a retirada da cavidade abscedida intacta, evitando a infecção pleural. Em pacientes críticos e enfermos, para os quais a toracotomia é um potencial de risco, a drenagem externa da cavidade por meio de cateteres ou de uma pneumostomia pode compor desfecho positivo e definitivo. A pneumectomia consiste na retirada cirúrgica total dos pulmões, realizando-se a secção independente da artéria, veias e brônquios para este pulmão (CARVALHO, 2022).

4 CONCLUSÃO

Mediante as informações existentes na literatura e a análise destas pode se evidenciar que o abscesso pulmonar compõe uma pneumopatia de progressão insidiosa e com muitas repercussões ao paciente portador. A infecção necrosante é de origem da flora bacteriana mista, a qual o profissional deve se atentar aos fatores de risco citados e mútuos que possam atrasar a resposta terapêutica e obrigatória. A terapêutica é guiada conforme o estado clínico do paciente, etiopatogenia e reação a terapêutica, sendo que a maioria reage satisfatoriamente às medidas clínicas, porém em algumas vezes faz-se imprescindível intervenção cirúrgica, principalmente nos casos que haja empiema pleural associado.

REFERÊNCIAS

BARREIRA, JL. et al. Pneumonia necrosante em crianças previamente saudáveis. Revista Portal de Pneumologia, VIII, n. 1, 2016.

CARVALHO. L. C. et al. A importância da radiografia no abdome agudo: uma revisão narrativa. Revista Eletrônica Acervo Médico, v. 3, p. e9641, 2022.

CARVALHO. L. C. et al. A importância da vitamina D em doenças autoimunes: uma abordagem clínica. Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 2, p. 5556-61, 2022.

CARVALHO. L. C. et al. As implicações clínicas do pneumotórax hipertensivo: uma revisão narrativa. Anais do Encontro Médico Científico by Acervo + 2022. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 16, p. 52-53, 2022.

CARVALHO. L. C. et al. As repercussões da Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica para a saúde pública. Research, Society and Development, v. 11, n. 9, p. e58511932450, 2022.

CARVALHO, L. C. et al. Endocardite infecciosa: uma abordagem sobre a variância microbiológica diante de diferentes fatores. Brazilian Journal of Health Review, v. 5, n. 1, 2022.

CARVALHO. L. C. et al. O perfil clínico do paciente com meningite bacteriana: uma abordagem neurológica, v. 2, p. e96685, 2022.

CARVALHO. L. C. et al. O perfil clínico do paciente asmático: uma abordagem fisiopatológica. Brazilian Journal of Development, v. 8, n. 8, p. 55468-482, 2022.

CARVALHO, L. C. et al. Os agentes desencadeantes das diferentes formas de pericardite: uma abordagem cardiológica. Research, Society and Development, v. 11, n. 5, p. e49311528588, 2022.

DESAI, H. Pulmonary emergencies-Pneumonia, acute respiratory distress syndrome, lung abscess and empyema. Medicina Clinica N Am, v. 96, p. 1127-1148, 2012.

MACEDO. M. M. et al. Pneumonia necrosante em crianças submetidas á torascopia por empiema pleural: incidência, tratamento e evolução clinica. Jornal Brasileiro de Pneumologia, v. 36, n. 3, 2010.

Medicina Interna de Harrison-18º edição — Volume 2.

MONTEIRO. P. D. S. et al. Pneumonia Necrotizante em Pré-escolar: relato de caso. Revista de Saúde, v. 11, n. 2, p. 25-28, 2020.