

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



*Sociedad Española de
Infectología Pediátrica*

Nº. Comunicación:
(No rellenar)

40

AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: **Rodríguez Benjumea**

Nombre: **Margarita**

Dirección:

Ciudad:

C.Postal:

Provincia:

Teléfono:

E-mail:

Fax:

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: NEUMONIA COMPLICADA

Centro de trabajo: Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Autores: M Rodríguez Benjumea, F Baquero Artigao, S Murias, A Rivas Garcia, MJ Garcia de Miguel, F Castillo

Texto: Caso clínico1: Niño de 2 años trasladado a nuestra unidad por neumonía abscesificada en LSD. Vacunación completa incluida antineumocócica conjugada (4 dosis). A la exploración hipoventilación con broncofonía en LSD. Rx Tórax: condensación parenquimatosa con nivel hidroaéreo en LSD; TAC torácico: absceso pulmonar en segmentos apical y posterior LSD; hemograma: leucocitosis con neutrofilia; PCR 293 mg/l; VSG 104 mm/h; hemocultivo, mantoux, estudio inmunológico, serología hidatidosis y VIH negativos. Se inicia antibioterapia empírica con cefotaxima y clindamicina IV que se sustituyen, por neutropenia de posible etiología medicamentosa, por Meropenem IV con una duración total de 30 días continuando con amoxicilina-clavulánico oral hasta completar 6 semanas con evolución favorable sin secuelas. Caso clínico 2: Niño de 16 meses que acude a urgencias por síndrome febril de 4 días de evolución y afectación del estado general. Vacunación completa incluida antineumocócica conjugada (3 dosis). A la exploración regular estado general, taquicárdico, taquipneico con aleteo nasal intermitente e hipoventilación marcada en hemitórax izquierdo. Rx y ecografía torácica: condensación parenquimatosa LII con derrame pleural; hemograma: leucocitosis con neutrofilia; PCR 324 mg/l; VSG 120 mm/h; hemocultivo, estudio inmunológico, mantoux y serología VIH negativo; cultivo líquido pleural: *S. pneumoniae* serotipo 1. Se realiza toracocentesis y se coloca tubo de drenaje durante 1 semana obteniéndose 200 ml de empiema. Presenta evolución inicial favorable con reaparición de la fiebre a los 4 días, observándose en la Rx tórax imagen compatible con absceso pulmonar en LSD que se confirma en el TAC. Se mantiene antibioterapia IV con cefotaxima y clindamicina con una duración total de 4 semanas continuando con amoxicilina-clavulánico oral hasta completar 6 semanas. Evolución favorable sin secuelas.

Conclusiones: Los abscesos pulmonares en el contexto de una neumonía son una complicación poco frecuente en la edad pediátrica. Su localización más frecuente es el lóbulo superior derecho.

Tradicionalmente el germen etiológico más frecuente ha sido *S. aureus*, observándose en los últimos años un incremento en nuestro medio de los aislamientos de *S. pneumoniae*, siendo el serotipo 1 el más frecuente. El 80-90% de los abscesos responden a la antibioterapia con una duración media de 4-8 semanas.

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster