



## Carta científica

### Absceso pulmonar en la infancia



#### *Lung abscess in children*

Estimado Director:

El absceso pulmonar es una complicación infrecuente de la neumonía en la infancia<sup>1,2</sup>. Generalmente se distingue el absceso primario en niños previamente sanos del secundario, cuando existen factores predisponentes (malformaciones pulmonares, inmunodeficiencias, enfermedades neurológicas). No hay muchos estudios en pacientes pediátricos ni se ha publicado ninguna serie en nuestro país<sup>3-14</sup>.

En los últimos seis años hemos atendido ocho pacientes, tres de ellos trasladados desde otros centros, cuyos datos más relevantes se muestran en la [tabla 1](#). El diagnóstico se realizó generalmente con la radiografía simple de tórax, en cuatro pacientes se complementó con ecografía torácica y en uno con tomografía computarizada (TC) pulmonar. Los hemocultivos fueron negativos en los cinco pacientes en los que se realizaron. Se detectó el virus respiratorio sincitial y el virus de la gripe en un paciente, y el virus respiratorio sincitial en otro. Solo tres pacientes precisaron oxígeno suplementario entre uno y cuatro días. Ninguno de nuestros pacientes fue sometido a drenaje ni precisó atención en cuidados intensivos. La única complicación se observó en el caso 1 ([tabla 1](#)). Un mes después del alta, la paciente reingresó por un neumotórax desencadenado por un episodio de fiebre y vómitos, que se resolvió con un drenaje torácico durante cuatro días. En el polo opuesto, un paciente (caso 6) se diagnosticó con síntomas leves y sin fiebre, por lo que se trató ambulatoriamente con rápida mejoría. En conjunto, la recuperación clínica y radiológica fue adecuada en todos los pacientes.

Como en otros trabajos sobre el absceso pulmonar primario, nuestros pacientes fueron de corta edad, con una enfermedad que se manifestaba principalmente con fiebre, tos y síntomas de infección respiratoria de vías altas<sup>3-6</sup>. El ingreso y la observación del absceso se produjo generalmente entre la primera y la segunda semana de la enfermedad, y solía acompañarse de signos de neumonía necrotizante o empiema. Todos nuestros pacientes tenían afectado el pulmón derecho, especialmente el lóbulo superior derecho, que es el lado más comúnmente afectado en otros

estudios<sup>3-7,10,12,13</sup>. Se suele recomendar que el tratamiento antibiótico sea prolongado y que cubra los gérmenes habitualmente responsables, *S. pneumoniae*, *S. aureus* y bacterias anaerobias, aunque también pueden observarse otros gérmenes e infecciones polimicrobianas, especialmente en abscesos secundarios<sup>1,2,7-9</sup>. Sin embargo, no hay consenso sobre su duración y sobre cuándo puede pasarse a la vía oral. Excepto un paciente que no fue ingresado y se trató con por vía oral, nuestros pacientes fueron tratados con antibioterapia intravenosa entre ocho y 23 días, generalmente incluyendo cefotaxima asociada a otros antibióticos de manera secuencial o concomitante, seguida de un curso oral con amoxicilina-clavulánico. La duración total del tratamiento, sin incluir los días previos al ingreso, estuvo comprendida entre 13 y 30 días (media, 18 días).

Aparte de la duración del tratamiento antibiótico, el aspecto más controvertido del tratamiento es la conveniencia de realizar técnicas invasivas de aspiración o drenaje del contenido del absceso. Esta opción suele reservarse para pacientes con mala evolución con el tratamiento médico que, raramente, pueden requerir otras intervenciones quirúrgicas, incluyendo la extirpación<sup>1,2,7-14</sup>. Algunos autores proponen el drenaje en la mayoría de los pacientes para acelerar la recuperación clínica y mejorar los resultados microbiológicos, permitiendo así acortar la duración de la estancia hospitalaria<sup>1</sup>. Sin embargo, no existen ensayos que comparen ambas opciones. El tratamiento invasivo tiene como inconvenientes la necesidad de disponer de personal y medios para su realización, o de trasladar al paciente a otro centro, el aumento del coste del tratamiento y los efectos adversos asociados a la intervención. Nuestros pacientes fueron tratados de manera conservadora con una estancia hospitalaria relativamente corta y una excelente evolución en todos ellos, como se suele referir en otros estudios. La única complicación observada fue un neumotórax tardío que requirió reingreso y drenaje, y se resolvió en pocos días. Los pacientes con absceso pulmonar secundario pueden tener un curso más complicado y requerir tratamientos más agresivos<sup>7-12,14</sup>.

Esta es la primera serie de pacientes pediátricos con absceso pulmonar publicada en España. Nuestros resultados ratifican la evolución favorable con un tratamiento antibiótico entre dos y cuatro semanas, en niños sin enfermedades debilitantes.

**Tabla 1**  
Principales datos de la evolución clínica y el tratamiento de ocho pacientes con absceso pulmonar primario

Caso	Sexo / edad	Antecedentes patológicos	Días con síntomas / fiebre antes del ingreso	Clínica	Antibiótico previo al ingreso	Hallazgos radiológicos (y día de ingreso en que se observó el absceso)	Días de fiebre durante ingreso	Días de ingreso	Tratamiento antibiótico
1	M / 16 meses	No	5 / 4	Fiebre tos rinitis	Amoxicilina, 2 días	Signos de neumonía necrotizante Absceso único LSD (75 x 50 mm) con nivel hidroaéreo (día 6 de ingreso)	17	23	IV: 23 días (ampicilina, cefotaxima, clindamicina, vancomicina) VO: 7 días (amoxi-clav)
2	V / 3 años	No	4 / 4	Fiebre dolor abdominal vómitos	Amoxi-clav, 1 día	Signos de neumonía necrotizante Signos empiema (18 mm) Absceso único LSD (37 x 25 mm) con nivel hidroaéreo (día 7 de ingreso)	14	18	IV: 17 días (ampicilina, cefotaxima, clindamicina, vancomicina) VO: 7 días (amoxi-clav)
3	V / 4 años	No	7 / 7	Fiebre tos rinitis vómitos dolor costal	No	Signos de empiema (21 mm) Abscesos múltiples LSD con nivel hidroaéreo (55 x 40 mm) (día 1 de ingreso)	5	8	IV: 8 días (ampicilina, cefotaxima, clindamicina) VO: 6 días (amoxi-clav)
4	M / 4 años	No	10-12 / 4	Fiebre tos rinitis	No	Signos de empiema (23 mm) Absceso único LSD (27 x 21 mm) con nivel hidroaéreo (día 7 de ingreso)	5	10	IV: 10 días (ampicilina) VO: 4 días (amoxi-clav)
5	M / 3 años	Prematuridad (31 semanas) Asma	3 / 3	Fiebre	No	Signos de neumonía necrotizante Absceso único en LSD (20 mm) con nivel hidroaéreo (día 1 de ingreso)	3	19	IV: 19 días (cefotaxima, clindamicina) VO: 0 días
6	V / 11 años	No	2 / 2	Dolor costal tos leve	No	Absceso único (30 x 35 mm) en LID (día 1)	0	0	IV: 0 días VO: 14 días (amoxi-clav)
7	V / 4 años	No	Desconocido / 2	Dolor abdominal vómito tos rinitis fiebre	No	Signos de neumonía necrotizante Signos de empiema (31 mm) Absceso único (94 x 54 mm) con nivel hidroaéreo en hemitórax derecho (día 8 de ingreso)	5	8	IV: 8 días (cefotaxima) VO: 10 días (amoxi-clav)
8	V / 19 meses	Prematuridad (34 semanas)	5 / 5	Fiebre tos rinitis decaimiento	Amoxicilina, 1 día	Signos de neumonía necrotizante Absceso único en LSD (75 x 50 mm) con nivel hidroaéreo (día 8 de ingreso)	4	9	IV: 9 días (cefotaxima) VO: 4 días (amoxi-clav)

M: mujer. V: varón. Amoxi-clav: amoxicilina con ácido clavulánico. LSD: lóbulo superior derecho. LID: lóbulo inferior derecho. IV: intravenoso. VO: vía oral

## Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Patradoon-Ho P, Fitzgerald DA. Lung abscess in children. *Paediatr Respir Rev*. 2007;8:77–84.
2. Loizzi M, De-Palma A, Pagliarulo V, Loizzi D, Sollitto F. Pulmonary infections of surgical interest in childhood. *Thorac Surg Clin*. 2012;22:387–401.
3. Asher MI, Spier S, Beland M, Coates AL, Beaudry PH. Primary lung abscess in childhood. *Am J Dis Child*. 1982;136:491–4.
4. Bruckheimer E, Dolberg S, Shlesinger Y, Bar Ziv Y, Branski D, Kerem E. Primary lung abscess in infancy. *Pediatr Pulmonol*. 1995;19:188–91.
5. Goyadi P, Srikanth KP, Vaidya PC, Singh M. Primary lung abscess in early infancy. *Indian Pediatr*. 2015;52:241–2.
6. Samudio Domínguez GC, Ortiz Cuquejo LM, Coronel J, Centurión I, Pérez Regalado D. Absceso pulmonar primario en pediatría. Reporte de casos y revisión de la literatura. *Pediatr (Asunción)*. 2018;45:59–64.
7. Tan TQ, Seilheimer DK, Kaplan SL. Pediatric lung abscess: clinical management and outcome. *Pediatr Infect Dis J*. 1995;14:51–5.
8. Madhani K, McGrath E, Guglani L. A 10-year retrospective review of pediatric lung abscesses from a single center. *Ann Thorac Med*. 2016;11:191–6.
9. Wojsyk-Banaszak I, Krenke K, Jończyk-Potoczna K, Ksepko K, Wielebska A, Mikoś M, et al. Long-term sequelae after lung abscess in children - Two tertiary centers' experience. *J Infect Chemother*. 2018;24:376–82.
10. Emanuel B, Shulman ST. Lung abscess in infants and children. *Clin Pediatr (Phila)*. 1995;34:2–6.
11. Chan PC, Huang LM, Wu PS, Chang PY, Yang TT, Lun CY, et al. Clinical management and outcome of childhood lung abscess: a 16-year experience. *J Microbiol Immunol Infect*. 2005;38:183–8.
12. Yen CC, Tan RB, Chen SJ, Chin TW. Pediatric lung abscess: a retrospective review of 23 cases. *J Microbiol Immunol Infect*. 2004;37:45–9.
13. Nombera LJ, Acuña GR, Navarro MH, Caussade L, Zúñiga RS, García BC, et al. Doce casos de absceso pulmonar en pediatría: revisión clínica. *Rev Chil Pediatr*. 2001;72:128–34.
14. Choi MS, Chun JH, Lee KS, Rha YH, Choi SH. Clinical characteristics of lung abscess in children: 15-year experience at two university hospitals. *Korean J Pediatr*. 2015;58:478–83.

Luis Moral<sup>a,\*</sup>, Lidia Rabaneda<sup>b</sup>, Teresa Toral<sup>a</sup> y Elena Calabuig<sup>c</sup>

<sup>a</sup> *Unidad de Neumología y Alergología Pediátrica. Hospital General Universitario de Alicante. Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España*

<sup>b</sup> *Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España*

<sup>c</sup> *Sección de Radiología Pediátrica, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España*

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [lmoralg@gmail.com](mailto:lmoralg@gmail.com) (L. Moral).