



Abscesos pulmonares en edad pediátrica

Casuística HGUA, Neumología Pediátrica

Dra. Lidia Rabaneda (R4 Pediatría)

Dra. Teresa Toral (Adjunta sección Neumología Pediátrica)

Dr. Luis Moral (Adjunto sección Neumología Pediátrica)

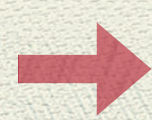
Índice

- ♦ Introducción
- ♦ Nuestros datos
- ♦ Datos de otros centros
- ♦ Conclusiones
- ♦ Bibliografía

Introducción

- ◆ **Concepto:** son cavidades de paredes gruesas resultado de una infección pulmonar aguda. Generalmente con contenido purulento debido a necrosis supurativa y destrucción pulmonar
- ◆ **Tipos:**
 - Primarios (no patología pulmonar ni sistémica previa / complicación neumonía)
 - Secundarios
- ◆ **Magnitud del problema:** ¿?—> aumento de primarios ¿?

Diagnóstico



Imagen



- TC
- Radiografía
- Ecografía



Microbiológico



- Cultivos
- Serología
- PCR

<50%
diagnóstico
etiológico



- **Bacterias anaerobias**
- Bacterias aerobias: estafilococo aureus y neumococo

Evolución



Más favorable en niños que en adultos

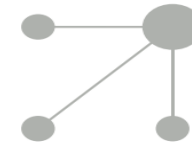
Opciones terapéuticas

Médico

- Soporte
- Antibioterapia
- Corticoides ¿?

Quirúrgico / Intervencionista

- Drenaje
- Resección
- Decorticación



ASOCIACIÓN ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA

Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento de los casos complicados y en situaciones especiales. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP)◇



D. Moreno-Pérez^{a,*}, A. Andrés Martín^b, A. Tagarro García^c, A. Escribano Montaner^d, J. Figuerola Mulet^e, J.J. García García^f, A. Moreno-Galdó^g, C. Rodrigo Gonzalo de Llíria^h y J. Saavedra Lozanoⁱ

Tratamiento Médico:

- Soporte: soporte respiratorio, fisioterapia respiratoria, abordaje de líquidos y electrolitos (1/3 hiponatremia)
- Antibioterapia (2-3 semanas intravenoso)
- Corticoides ¿?

Tabla 3 Tratamiento antibiótico empírico en casos especiales de neumonía adquirida en la comunidad de características típicas, con o sin derrame pleural paraneumónico (emplear el límite alto de las dosis en caso de derrame pleural)

	Tratamiento antibiótico recomendado
Menores de 6 meses	– Menores de 3 meses: ampicilina iv (200 mg/kg/día, cada 6 h) + cefotaxima iv (200 mg/kg/día, cada 6 h) – De 3 a 6 meses: amoxicilina-ácido clavulánico iv (proporción 10:1): 150 mg/kg/día, cada 6 h
Niños no vacunados frente a <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	Opciones: – Amoxicilina-ácido clavulánico iv (proporción 10:1): 150 mg/kg/día, cada 6 h (máximo 2 g cada 6 h) – Cefuroxima iv: 150 mg/kg/día, cada 6-8 h
Sospecha de <i>Streptococcus pyogenes</i> ^a	Penicilina G sódica iv (250.000 UI/kg/día, cada 4 h) + clindamicina iv (30-40 mg/kg/día, cada 6 h)
Sospecha de <i>Staphylococcus aureus</i> sensible a meticilina ^b	Opciones: – Cloxacilina iv (150-200 mg/kg/día, cada 6 h) + cefotaxima iv (200 mg/kg/día, cada 4-6 h) – Amoxicilina-ácido clavulánico iv (proporción 10:1): 150 mg/kg/día, cada 6 h (máximo 2 g cada 6 h) – Cefuroxima iv: 150 mg/kg/día, cada 6-8 h
Absceso pulmonar y neumonía necrosante ^c	Cefotaxima iv (200 mg/kg/día, cada 6 h) + clindamicina iv (30-40 mg/kg/día, cada 6-8 h)
Sospecha de neumonía aspirativa	Amoxicilina-ácido clavulánico (proporción 10:1) iv: 150 mg/kg/día, cada 6 h (máximo 2 g cada 6 h)
Alérgicos a betalactámicos	Alergia, no anafilaxia: cefalosporinas, preferiblemente cefuroxima, oral o iv Anafilaxia: – NAC leve-moderada: levofloxacino o glucopéptidos^d – NAC grave: glucopéptidos + levofloxacino o macrólidos

^a Situaciones que apoyan la posibilidad de *S. pyogenes*: varicela, antígeno neumocócico en líquido pleural negativo; exantema escarlatiniforme; frotis faríngeo positivo para esta bacteria; estado séptico, mal estado general.

^b Situaciones que apoyan la posibilidad de *S. aureus*: neumonía necrosante y/o neumatoceles; datos microbiológicos, como presentar antígeno neumocócico en líquido pleural negativo, cocos grampositivos sospechosos en líquido pleural, hemocultivo positivo a esta bacteria; infección estafilocócica o de piel o de partes blandas previa; niños menores de 2-3 años con mala evolución con antibioterapia adecuada; estado séptico, mal estado general.

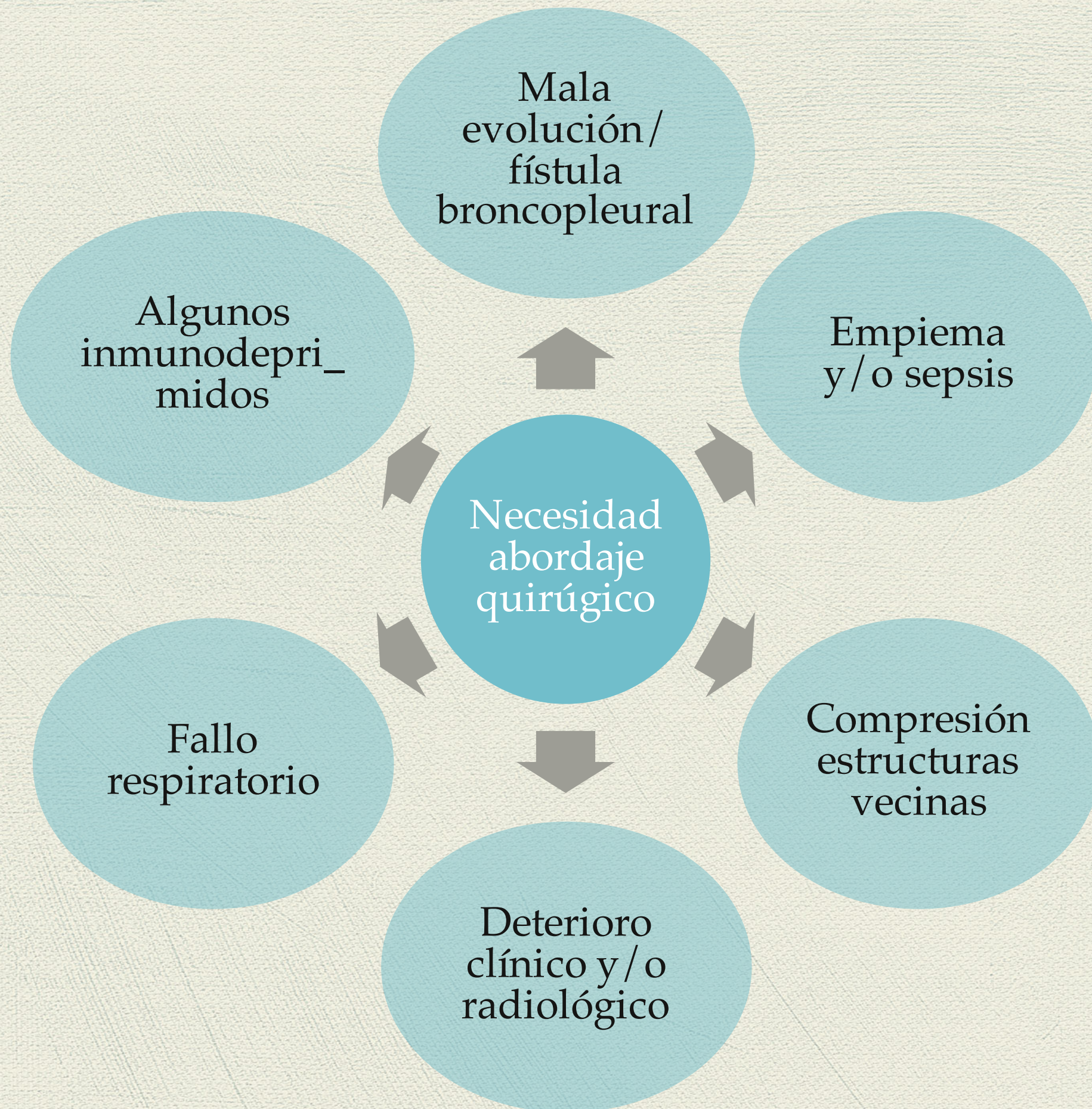
^c Etiología: *S. aureus* (incluido SAMR), *S. pneumoniae*, otros (*S. pyogenes*, *Nocardia* en inmunodeprimidos, gramnegativos (*Haemophilus*, *E. coli*, *Klebsiella*, *Pseudomonas*), anaerobios, hongos (*Candida*, *Aspergillus* en inmunodeprimidos).

^d Puede emplearse teicoplanina por vía intramuscular o intravenosa.

80-90% responde tratamiento
antibiótico



¿Y el tratamiento quirúrgico?



Ventajas (drenajes percutáneos ecoguiados):

- menor duración de sintomatología
- menor días de antibioterapia
- menor duración de ingresos hospitalarios



Principales complicaciones quirúrgicas



- Persistencia de fístula broncopleurale
- Empiema



Aumento de morbilidad y mortalidad:

- mortalidad 4% drenaje percutáneo
- mortalidad 0-9% drenaje por endoscopia
- mortalidad 5-9% cirugía (resección)

Nuestros datos

Open Respiratory Archives 3 (2021) 100085



Sociedad Española
de **Neumología**
y **Cirugía Torácica**
SEPAR

Open Respiratory Archives

www.elsevier.es/ora



Carta científica

Absceso pulmonar en la infancia

Lung abscess in children

Luis Moral^{a,*}, Lidia Rabaneda^b, Teresa Toral^a y Elena Calabuig^c



Casos pediátricos HGUA: enero 2014/mayo 2020

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

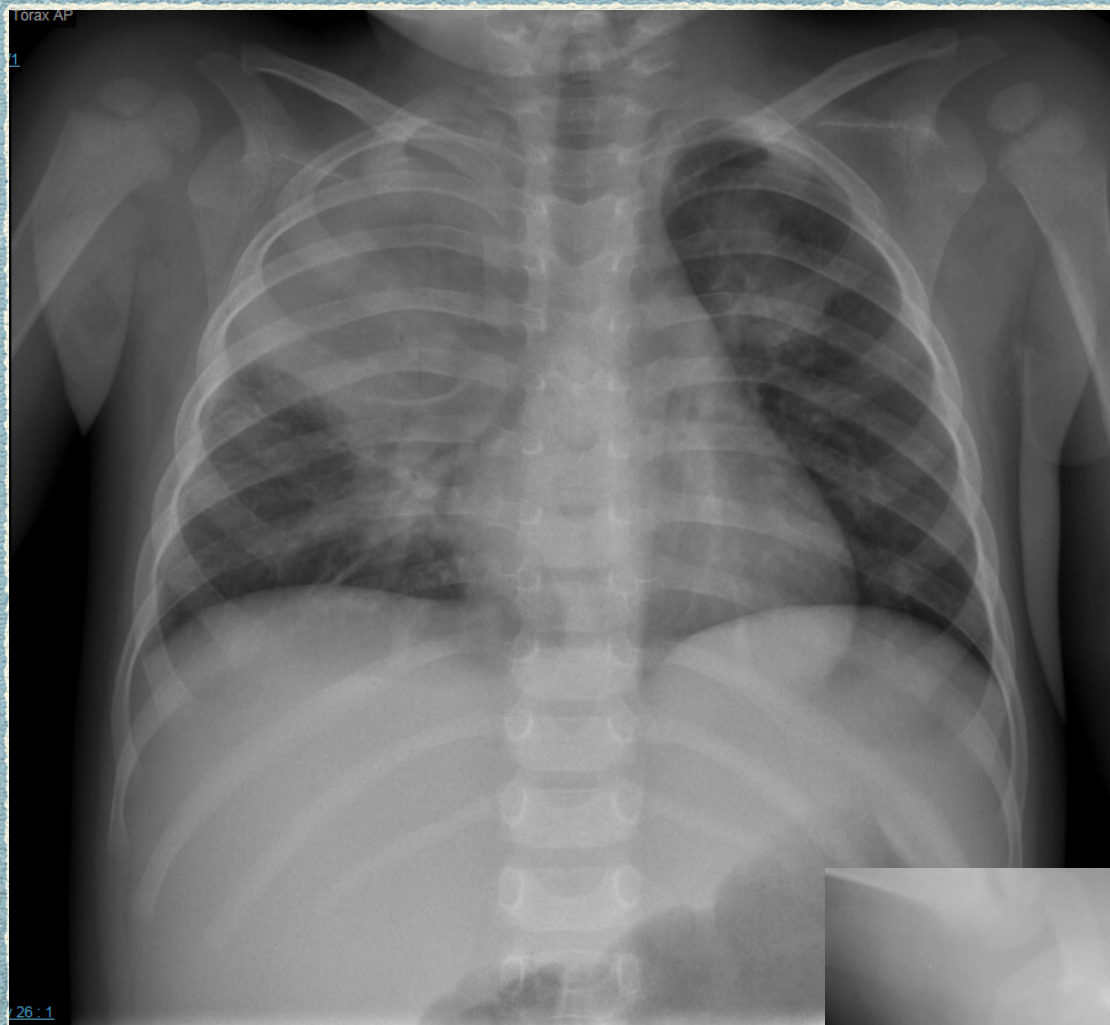
• Resumen datos:

- 3 pacientes trasladados de otros hospitales
- Síntomas más frecuentes: fiebre, tos y síntomas de infección respiratoria vías altas
- Principal prueba imagen: radiografía de tórax. Otras: TC pulmonar o ecografía pulmonar.
- Sólo 3 pacientes precisaron oxigenoterapia
- Ninguno precisó ingreso en UCI
- Ninguno precisó tratamiento quirúrgico
- Mayoría, menor días de tratamiento antibioterapia que periodo teórico

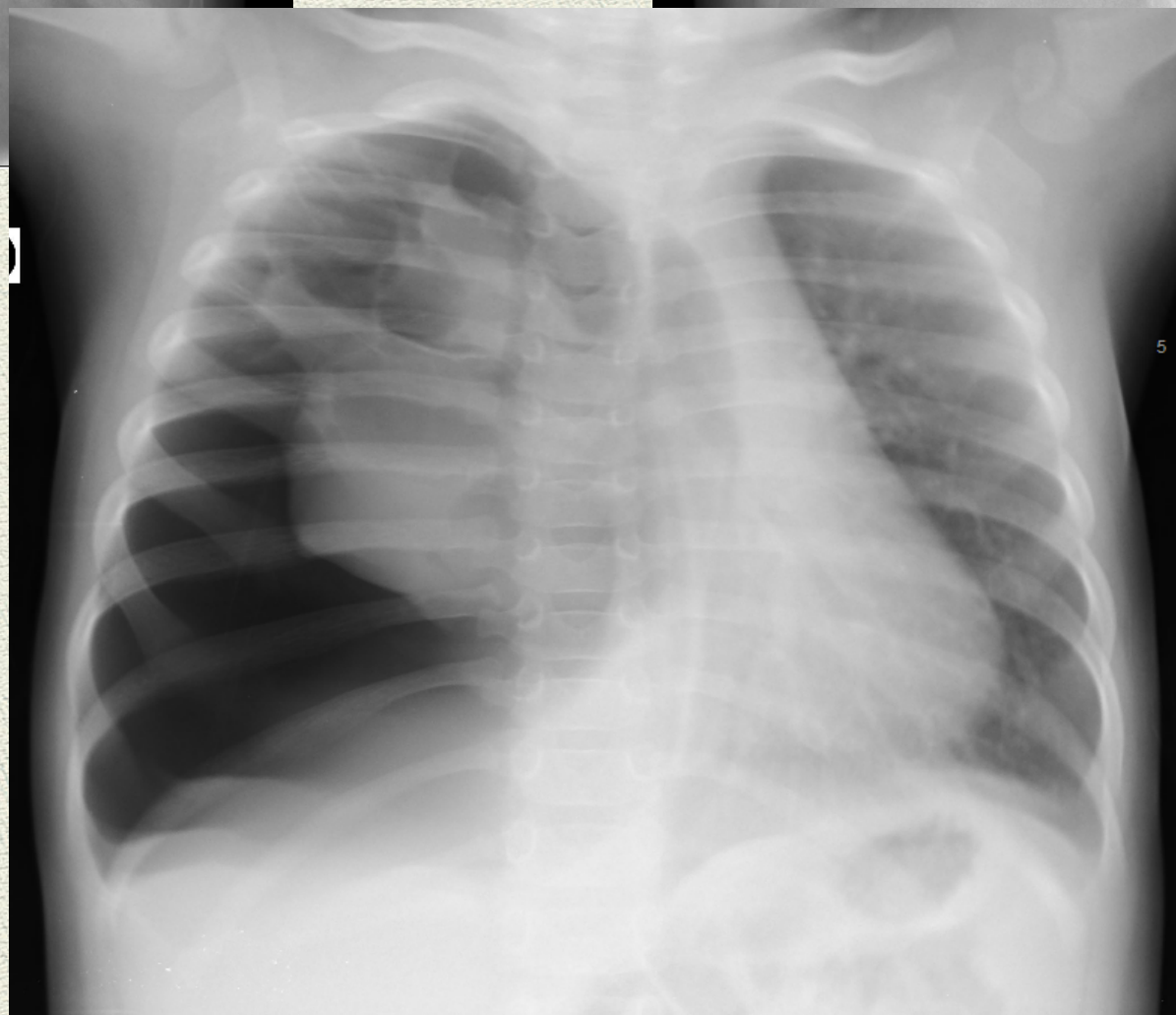
Principales datos de la evolución clínica y el tratamiento de ocho pacientes con absceso pulmonar primario

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 m) 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



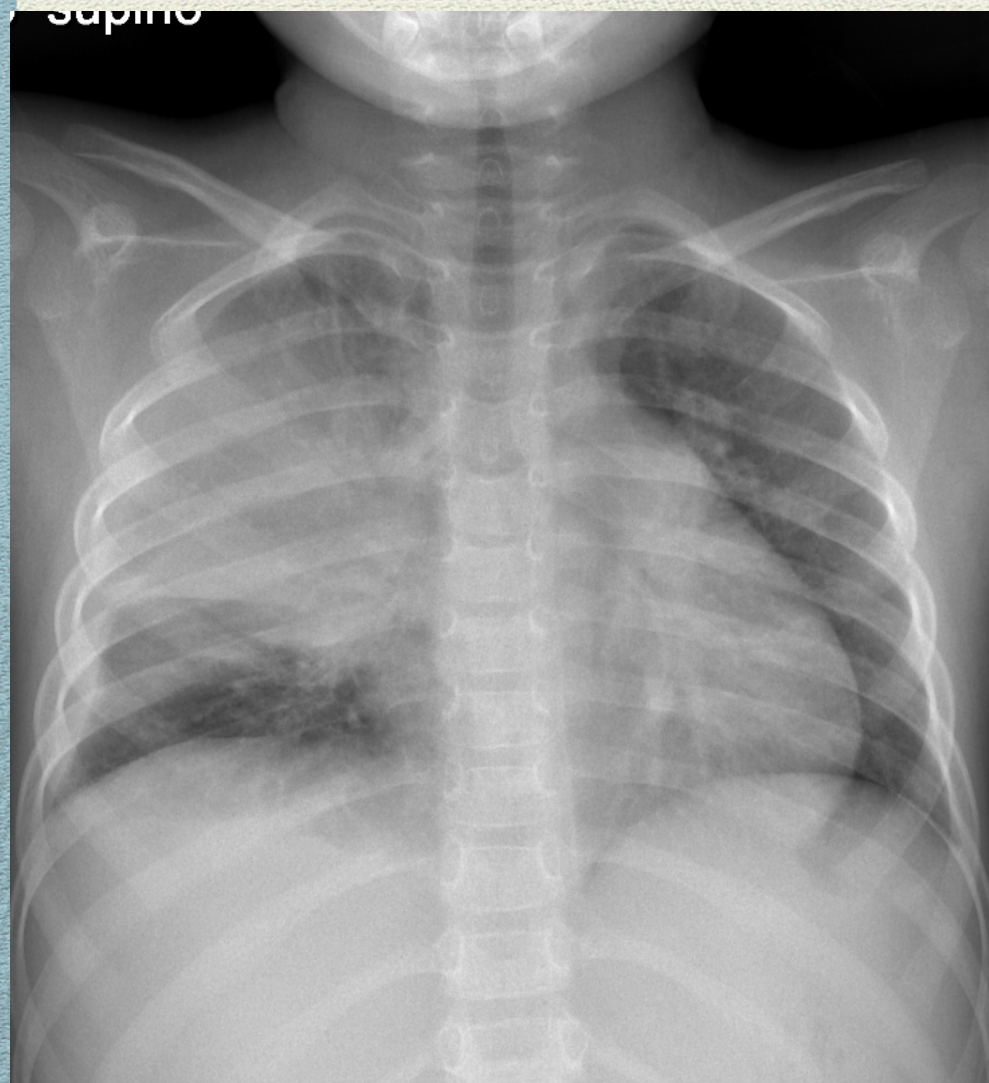
1 mes después
del alta
(fiebre y
vómitos)



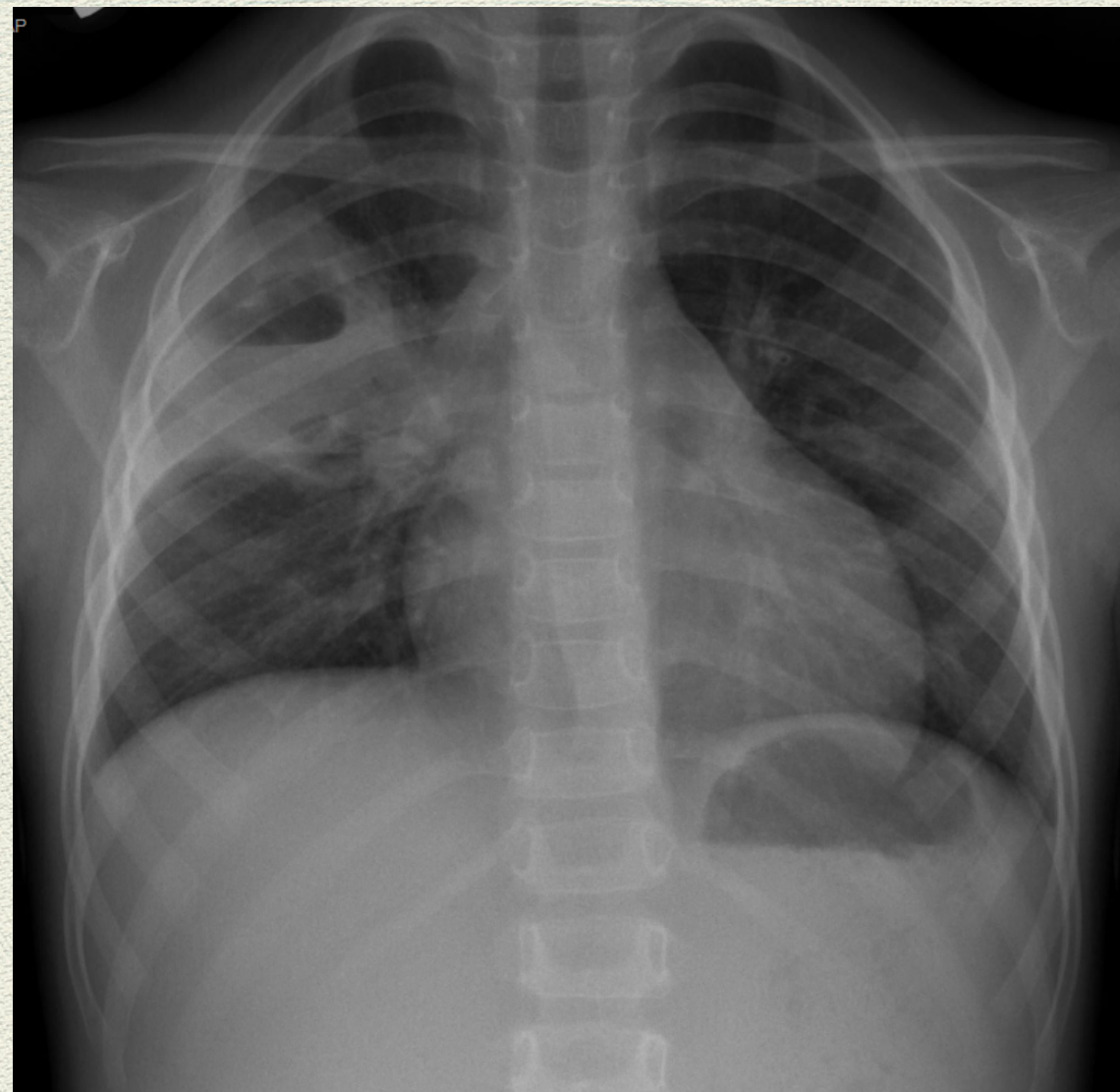
Principales datos de la evolución clínica y el tratamiento de ocho pacientes con absceso pulmonar primario

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



Al ingreso

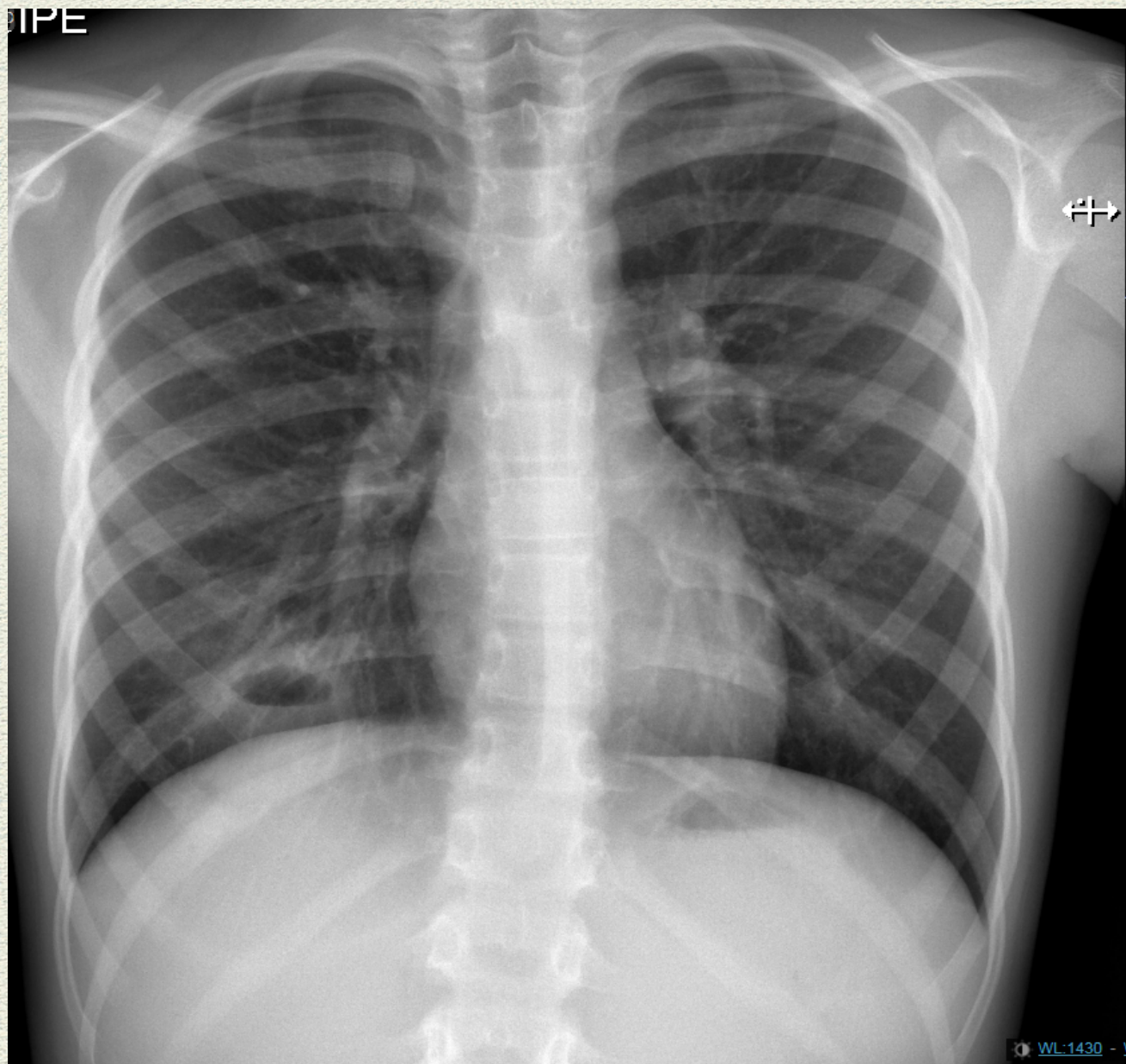


7° día ingreso

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 m) 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



y...¿los demás?

Pediatric lung abscess: a retrospective review of 23 cases

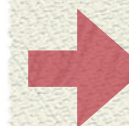
Chen-Chieh Yen^{1,2}, Ren-Bin Tang¹, Shu-Jen Chen¹, Tai-Wai Chin³

Department of Pediatrics ¹Taipei Veterans General Hospital and National Yang-Ming University, Taipei and
²Hsin-Chu Hospital, Department of Health, The Executive Yuan, Hsin-Chu; ³Department of Pediatric
Surgery, Taipei Veterans General Hospital and National Yang-Ming University, Taipei, Taiwan, ROC

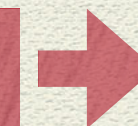


Table 3. Clinical, laboratory, treatment, and outcome findings of 4 major groups of patients with lung abscess

	1956-1965 [3]	1982-1993 [5]	1985-1990 [6]	1982-2002 [present study]
Total no. of lung abscesses	83	45	28	23
Median age	-	8.5 years	9 years	7.6 years
No. of primary lung abscesses	25	15	18	11
No. of secondary lung abscesses	58	30	10	12
No. of males (%)	53 (63.9)	23 (51.1)	15 (53.6)	11 (47.8)
Predominant organism isolated (no.)	<i>S. aureus</i> (52)	<i>Bacteroides</i> spp. (8)	<i>S. aureus</i> (6)	<i>S. pneumoniae</i> (6)
No. of patients with isolated microbes (%)	-	34 (75.6)	13 (46.4)	16 (69.6)
No. of blood cultures isolated (%)	-	1 (2.2)	3 (10.7)	3 (13.0)
No. of patients with mixed infections with ≥2 organisms (%)	-	14 (31.1)	0	5 (21.7)
No. of anaerobes isolated (%)	0	15 (33.3)	0	1 (4.3)
No. of patients receiving lobectomy (%)	4 (4.8)	7 (16.7)	8 (28.6)	11 (47.8)
No. of deaths (%)	54 (65.1)	5 (11)	1 (3.6)	2 (8.7)



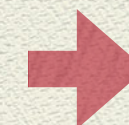
47,8%



2 fístulas drenaje prolongado



3 precisaron decorticación



60,9%

9 restantes: 7 drenajes percutáneos

Doce casos de absceso pulmonar en pediatría: revisión clínica

José Antonio Nombera L.¹, Rossana Acuña G.²,
Héctor Navarro M.², Solange Caussade L.², Sergio Zúñiga R.³,
Cristián García B.⁴, Ignacio Sánchez D².



- Todos recibieron tratamiento médico (antibiótico en monoterapia o combinado)
- 2 casos precisaron tratamiento quirúrgico—> lobectomía (16,67%)
- 7 derrame pleural—> 5 fueron drenados
- 2 casos neumotórax —> ¿manejo?



¿relacionados con la cirugía?

Absceso pulmonar primario en pediatría. Reporte de casos y revisión de la literatura

Primary pulmonary abscess in pediatrics. Case reports and a review of the literature

Gloria Celeste Samudio Domínguez¹, Lidia María Ortiz Cuquejo¹, Julia Coronel², Irene Centurión², Domingo Pérez Regalado³



2 centros: 10 pacientes pediátricos



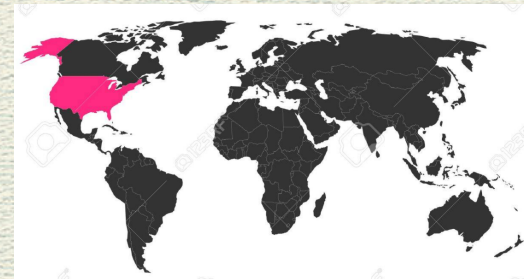
Todos con tratamiento antibiótico prolongado



Ningún caso de reingreso ni complicación

A 10-year retrospective review of pediatric lung abscesses from a single center

Kavi Madhani, Eric McGrath¹, Lokesh Guqlani²



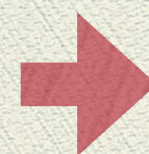
↓

39 pacientes pediátricos

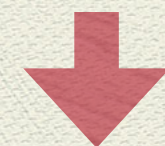
↓

Table 4: Surgical interventions and their outcomes

Surgical intervention	n=9
Chest tube	5
Open drainage	5
Lobectomy	1
Pigtail catheter	1
Thoracoscopy and decortication	1
Complications	n=4
Pneumothorax	3
Chest tube obstruction	1



23%



44%

Conclusiones

- El absceso pulmonar es una infección rara en pediatría aunque difícil de conocer datos epidemiológicos.
- Para el diagnóstico y el tratamiento, papel fundamental de las pruebas de imagen: radiografía de tórax, TC tórax, ecografía.
- El tratamiento fundamental es la antibioterapia, precisando eventualmente tratamiento quirúrgico.
- Pronóstico en edad pediátrica mejor que en población adulta, 80-90% evolución favorable sólo con tratamiento antibiótico.
- Opciones quirúrgicas asocian morbilidad y mortalidad que debe ser considerada.
- Individualizar las opciones terapéuticas según evolución y patología de base.

Bibliografía

- Moreno-Pérez D; Andrés-Martín A; Tagarro-García A; Escribano-Montaner A; Figuerola-Mulet J; García-García JJ; et al. Neumonía adquirida en la comunidad: tratamiento de los casos complicados y en situaciones especiales. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP). An Pediatr (Barc). 2015; 83: 217-228
- Andrés-Martín A, Asencio-de la Cruz O, Pérez-Pérez G. Complicaciones de la neumonía adquirida en la comunidad: derrame plural, neumonía necrotizante, absceso pulmonar y pnoneumotórax. Protoc diagn ser pediatra. 2017; 1: 127-146
- Patradoon-Ho P, Fitzgerald DA. Lung abscess in children. Paediatr Respir Rev. 2007; 8: 77-84
- 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
- Yen C, Tang R, Chen S, Chin T. Pediatric lung abscess: a retrospective review of 23 cases. J. Microbiol Immunol Infect. 2004; 37: 45-49
- Nombara JA, Acuña R, Navarro H, Caussade S, Zuñiga S, García C, et al. Doce casos de absceso pulmonar en pediatría: revisión clínica. Rev Chil Pediatra. 2001; 72: 128-134
- 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. 2018; 45: 59-64
- Madhani K, McGrath E, Guglani L. A 10-year retrospective review of pediatric lung abscesses from a single center. Ann Thorac Med. 2016; 11: 191-196



Abscesos pulmonares en edad pediátrica

Casuística HGUA, neumología pediátrica

Dra. Lidia Rabaneda (R4 Pediatría)

Dra. Teresa Toral (Adjunta sección Neumología Pediátrica)

Dr. Luis Moral (Adjunto sección Neumología Pediátrica)