

NEUMONÍA NECROTIZANTE: NUEVAS HERRAMIENTAS

Amanda Santacreu Molines (R1 pediatria HGUA)

ÍNDICE

1. Introducción
2. Epidemiología
3. Caso clínico
4. Bibliografía



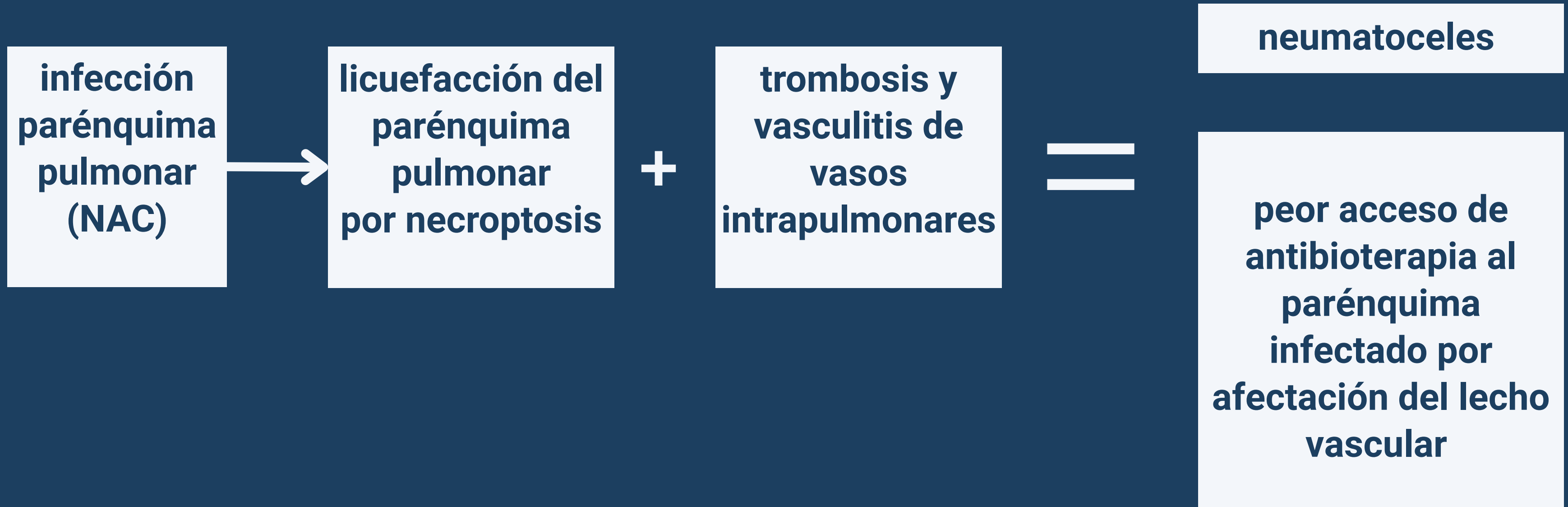
INTRODUCCIÓN

Complicaciones de la
neumonía
asociada a la comunidad:

Zona afectada predominante:	Complicación:
PLEURAL	<ul style="list-style-type: none">• Derrame pleural paraneumónico no complicado• Empiema
PARÉNQUIMA PULMONAR	<ul style="list-style-type: none">• Absceso pulmonar• Neumonía necrotizante
PLEURA Y PARÉNQUIMA PULMONAR	<ul style="list-style-type: none">• Pionemotórax / neumotórax
PERICARDIO	<ul style="list-style-type: none">• Pericarditis purulenta

INTRODUCCIÓN

La neumonía necrotizante (NN) es una complicación grave de la neumonía adquirida en la comunidad caracterizada por la destrucción del parénquima pulmonar normal.



EPIDEMIOLOGÍA

- Hasta el 40% de las complicaciones de una neumonía adquirida en la comunidad
- Mayor incidencia durante la temporada de gripe
- La mayoría de los casos: niños previamente sanos, sin enfermedades crónicas
- **Aumento de incidencia durante los últimos años, con mayor número de casos después del COVID-19**



CASO CLÍNICO

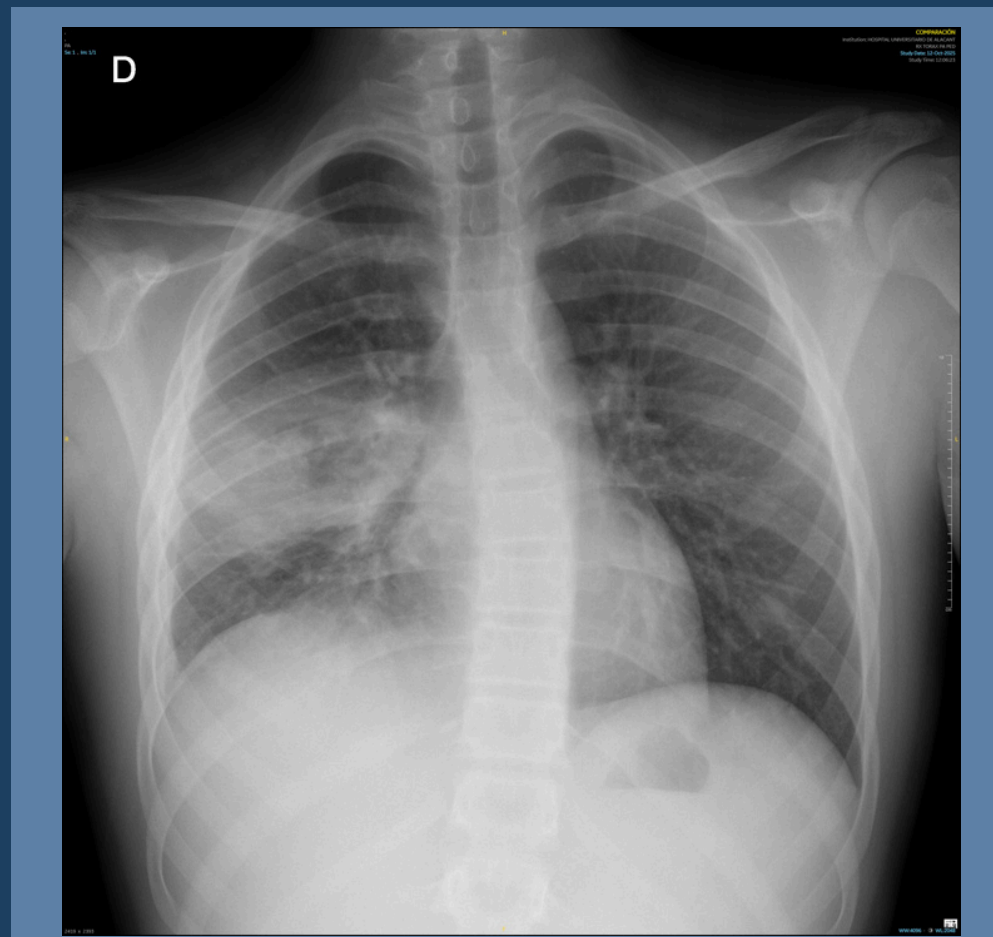
Anamnesis: Paciente de 14 años que acude a UPED por fiebre de 2 semanas de evolución, tos, aumento de secreciones nasales, odinofagia y dolor de tipo pleurítico

Exploración física: AP aceptable entrada de aire con hipofonesis derecha. Saturación O₂: 93-95%

Exploraciones complementarias:

ASU: PCR 44 mg/dl, Procalcitonina 14 ng/dl, Leucocitos 25.000 con 80% neutrófilos

Rx tórax: consolidación neumónica en base derecha y lóbulo pulmonar derecho con pinzamiento de seno derecho



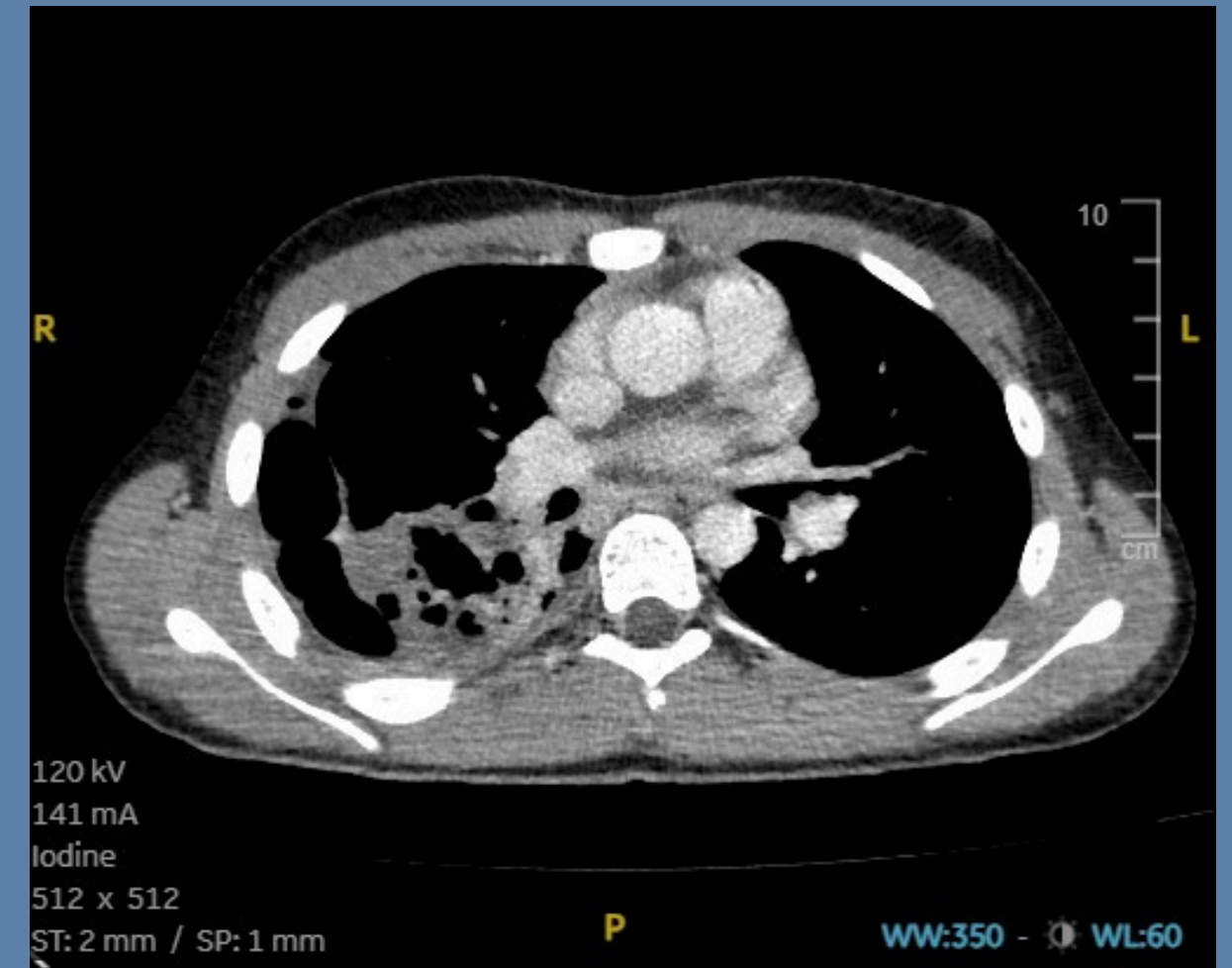
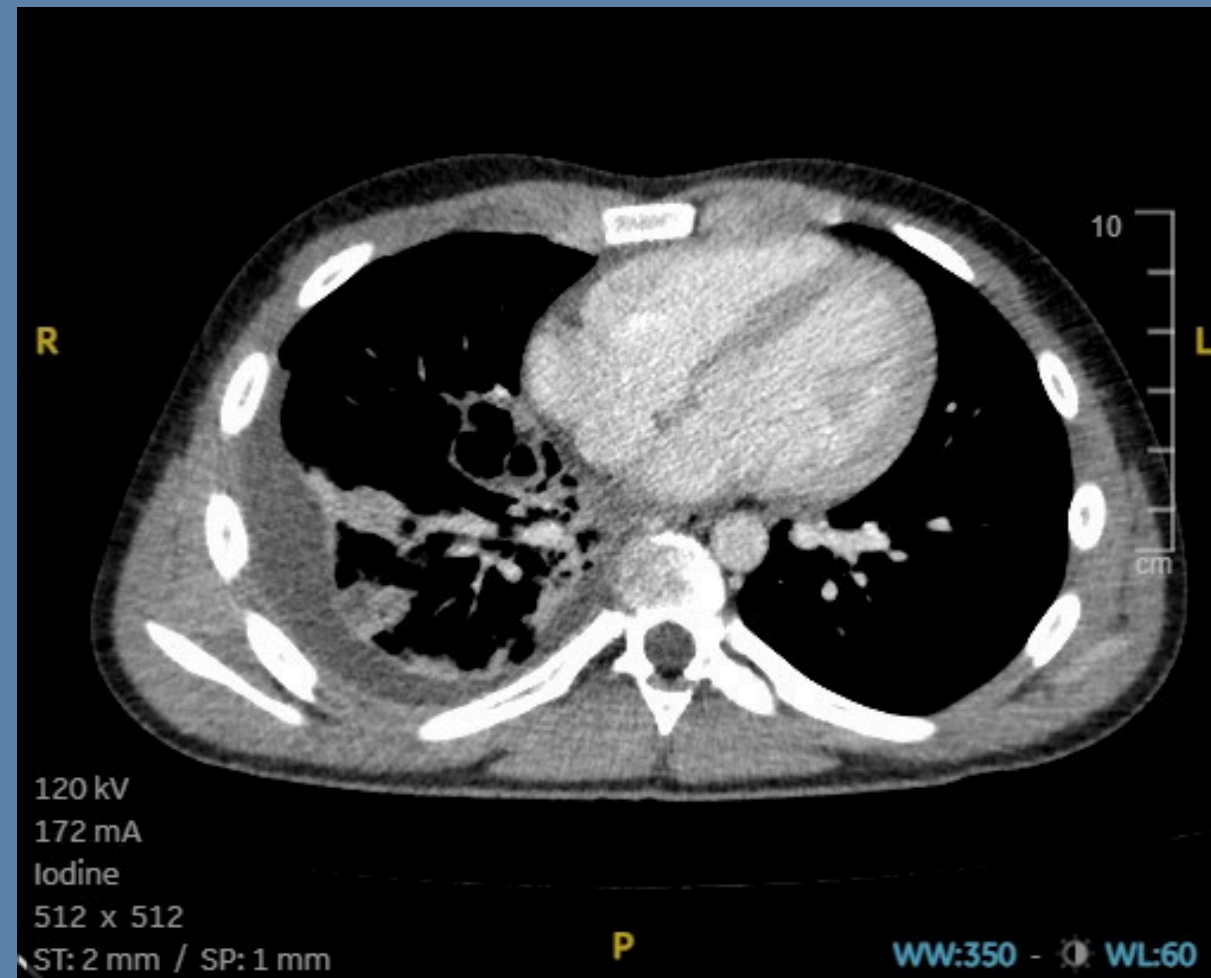
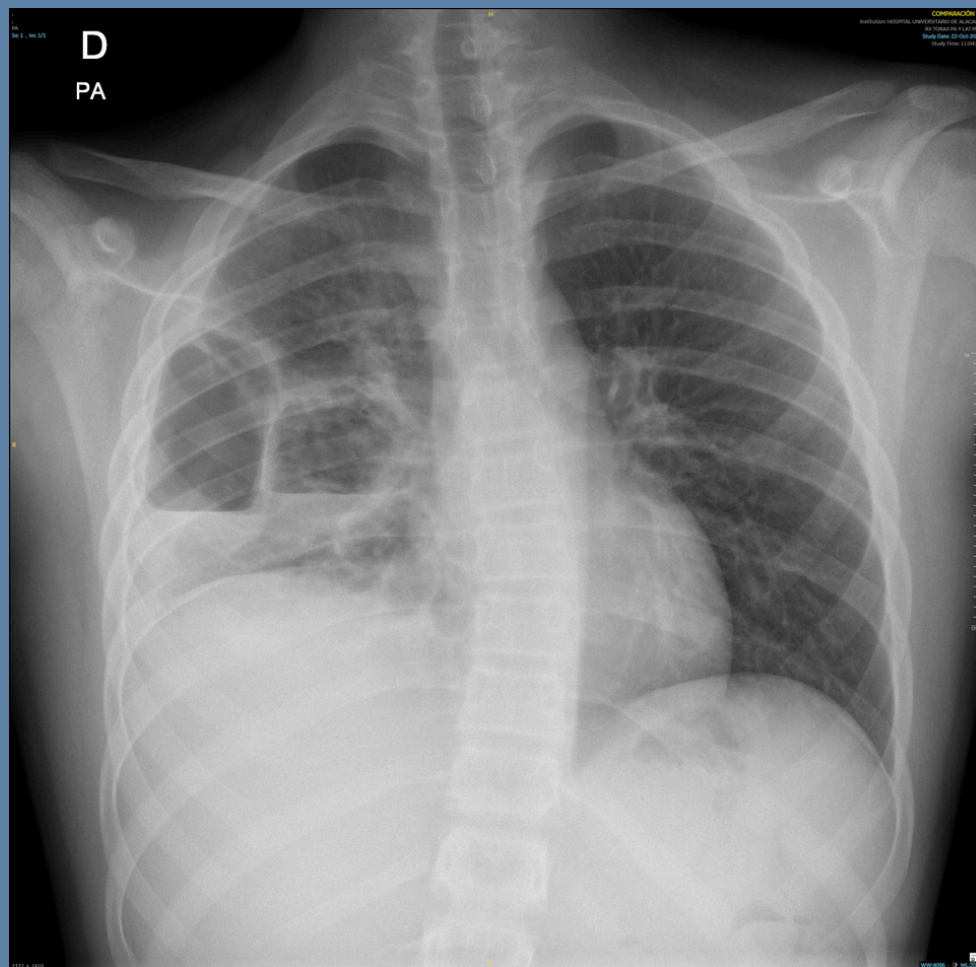
Se decide ingreso y se pauta Ampicilina IV

Hemocultivo, Ag en orina de *Streptococcus pneumoniae*, serología: negativo.

Tras 5 días de ingreso, persiste el MEG del paciente, la fiebre, el dolor pleurítico y la dificultad respiratoria.

Rx tórax tras 5 días de ingreso: signos de bronconeumonía necrotizante que afecta al lóbulo inferior derecho, con áreas de consolidación y pérdida de volumen. Fístula broncopleurales e hidroneumotórax secundario con empiema de 22mm de espesor. Asocia otra área necrotizante en región central del lóbulo medio.

TC torácico tras 5 días de ingreso: bronconeumonía necrotizante que afecta al lóbulo inferior derecho, con áreas de consolidación y pérdida de volumen. Fístula broncopleurales e hidroneumotórax secundario con empiema de 22mm de espesor.



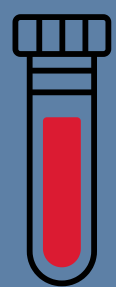


Tras 5 días de ingreso persiste la fiebre, la dificultad respiratoria y los RFA elevados. Se realizan nuevas pruebas de imagen donde se describe neumonía necrotizante, complicada con hidroneumotórax y empiema. Se modifica el tratamiento con cefotaxima y clindamicina iv, y **se inicia dexametasona iv**.

48 horas después se objetiva mejoría de la fiebre y del estado general del paciente, por lo que se descende la dosis de dexametasona administrada. Tras este cambio el paciente tiene picos febriles de nuevo. Se decide aumentar de nuevo la dosis de dexametasona.

Tras varios días de ingreso, con controles analíticos con descenso de RFA y buen estado general con el descenso de la pauta de corticoides, se decide alta con tratamiento antibiótico en domicilio.

Analítica al alta:

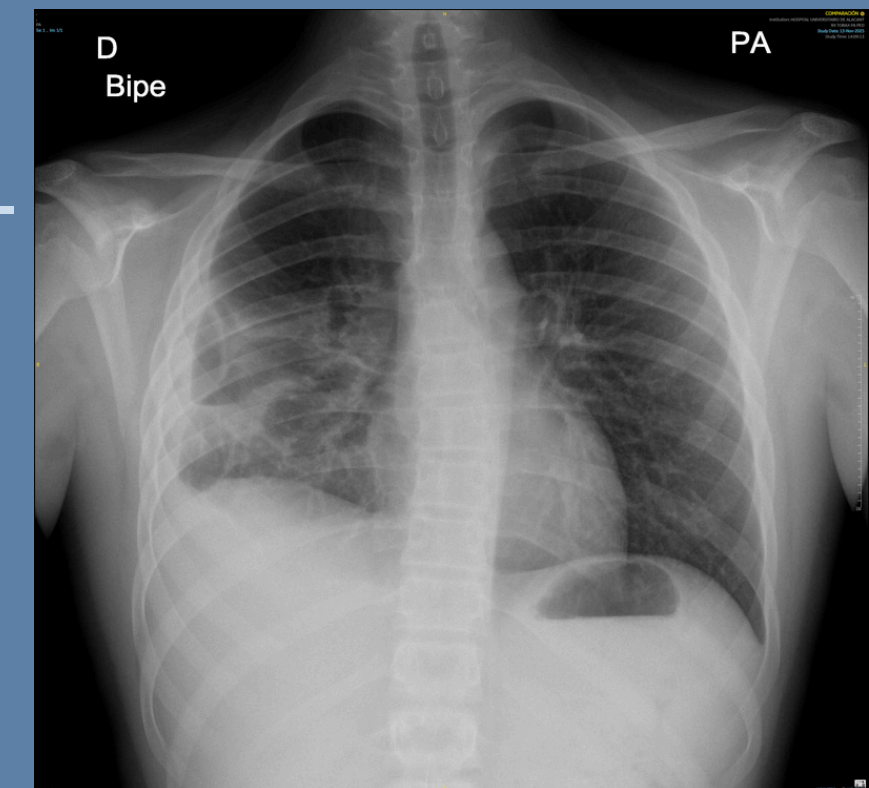


PCR < 0,5mg/dl

Leucocitos 13.000

Neutrófilos 50%

Imagen 1 mes después del alta:



TRATAMIENTO

Tratamiento antimicrobiano en pacientes hospitalizados		
Edad	Neumonía no complicada	Neumonía grave y/o con derrame pleural ³⁶
0 - 4 semanas	<ul style="list-style-type: none"> Ampicilina IV + gentamicina IV (o ampicilina IV + cefotaxima IV) 	Ampicilina IV + gentamicina IV (o ampicilina IV + cefotaxima IV)
1 - 3 meses	<ul style="list-style-type: none"> Ampicilina IV + cefotaxima IV Sospecha de etiología vírica: no recomendado 	Ampicilina IV + cefotaxima IV
4 meses - 4 años	<ul style="list-style-type: none"> Sospecha de etiología vírica: no recomendado 	<ul style="list-style-type: none"> Derrame pleural paraneumónico: ampicilina³⁷ IV o penicilina G sódica³⁷ IV Neumonía necrosante o absceso pulmonar³⁸: cefotaxima IV + clindamicina IV Neumonía en paciente grave con/sin derrame pleural asociado³⁶: cefotaxima³⁷ IV + clindamicina IV +/- claritromicina IV Alternativa en pacientes alérgicos a betalactámicos: levofloxacino³⁹ IV + vancomicina IV
	<ul style="list-style-type: none"> Edad <6 meses, no correctamente vacunados frente a <i>H. influenzae</i> tipo 1 y 2 con sospecha de coinfección gripal^{36 sup>}: amoxicilina-clavulánico IV Alternativa: cefotaxima IV 	
	<ul style="list-style-type: none"> Típica³⁶: Ampicilina IV o penicilina G sódica IV Alternativa: <ul style="list-style-type: none"> Alergia a betalactámicos con hipersensibilidad tipo I (anafilaxia): levofloxacino³⁹ IV Alergia a betalactámicos sin hipersensibilidad tipo I: cefotaxima IV o ceftriaxona IV 	

TRATAMIENTO

El papel de los corticoides como tratamiento coadyuvante para la neumonía necrotizante por su mecanismo antiinflamatorio

HIDROCORTISONA: reducción de la tasa de mortalidad en adultos con NAC

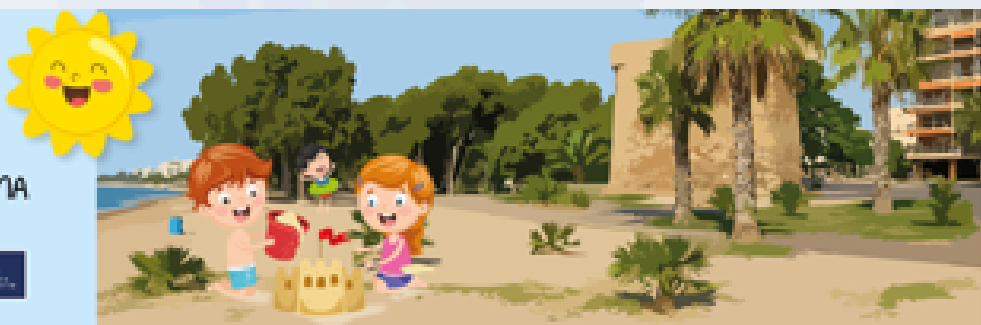
METILPREDNISOLONA: sin hallazgos significativos



DEXAMETASONA: se ha observado reducción del tiempo de recuperación en población pediátrica con derrame pleural paraneumónico

BIBLIOGRAFÍA

1. Ness-Cochinwala M, Totapally BR. A Comprehensive Review of Pediatric Necrotizing Pneumonia. *Children*. 2025;12(9):1248. doi:10.3390/children12091248
2. Grochowska M, Strzelak A, Tobiaszewska M, Kulus M, Krenke K. Necrotizing Pneumonia in Children Before and After the COVID-19 Pandemic: A One Hundred-Patient Cohort. *Pediatr Pulmonol*. 2025;60(1):1-4. doi:10.1002/ppul.27477
3. Abdelhady S, Moharram AA, Fawzy Z, Fouda E. Childhood necrotising pneumonia, empyema and complicated parapneumonic effusion secondary to community acquired pneumonia: report of 158 cases from a tertiary hospital in Egypt. *Respir Res*. 2025;26(1):235. doi:10.1186/s12931-025-03291-w
4. Mocelin HT, Fischer GB, Piccini JD, de Oliveira Espinel J, Andrade CF, Bush A. Necrotizing pneumonia in children: a review. *Paediatr Respir Rev*. 2024;52:51–57. doi:10.1016/j.prrv.2024.02.003
5. Bover-Bauza C, Osona B, Gil JA, Peña-Zarza JA, Figuerola J. Resultados a largo plazo de la neumonía necrotizante. *An Pediatr (Barc)*. 2021;95(5):298–306. doi:10.1016/j.anpedi.2020.04.034
6. Kapania EM, Cavallazzi R. Necrotizing Pneumonia: A Practical Guide for the Clinician. *Pathogens*. 2024;13(11):984. doi:10.3390/pathogens13110984
7. Tagarro A, Otheo E, Baquero-Artigao F, Navarro ML, Velasco R, Ruiz M, Penín M, Moreno D, Rojo P, Madero R; CORTEEC Study Group. Dexamethasone for parapneumonic pleural effusion: a randomized, double-blind, clinical trial. *J Pediatr*. 2017 Jun;185:117-123.e6. doi:10.1016/j.jpeds.2017.02.043



NEUMONÍA NECROTIZANTE: NUEVAS HERRAMIENTAS

Amanda Santacreu Molines (R1 pediatría HGUA)
asm.santacreu98@gmail.com