

# XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA  
REUNIÓN  
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar  
mejorar  
Avanzar



# XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA  
REUNIÓN  
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

PÓSTER CON DEFENSA

Minimizar  
mejorar  
**Avanzar**

## Pericarditis purulenta en edad pediátrica. A propósito de un caso

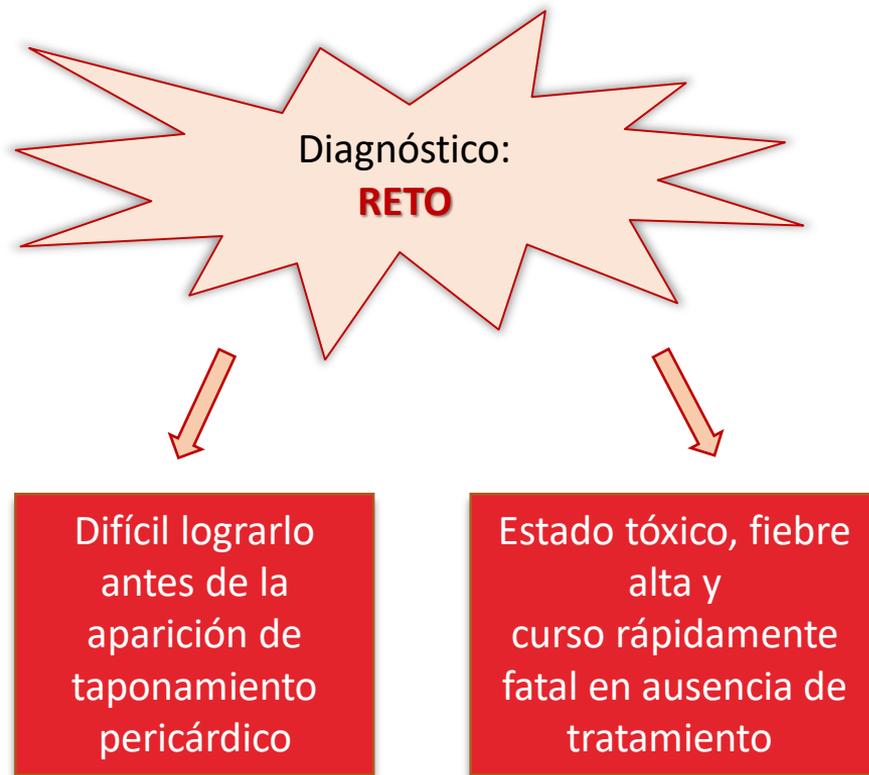
García Rodríguez C, Pardo Domínguez C, Gutiérrez Perandones MT, Cascado García N, Álvarez Aldeán J. *Hospital Costa del Sol.*  
*Marbella.*



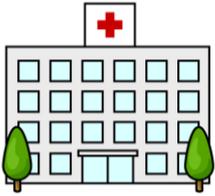
# INTRODUCCIÓN

## Pericarditis purulenta

- Pequeño porcentaje de las pericarditis agudas.
- Suele estar relacionada con una infección grave que progresa por extensión o, menos habitual, por vía hematógena.
- *S. aureus*: actualmente microorganismo más frecuentemente implicado seguido del *H. influenzae* tipo B.



# RESUMEN DEL CASO



Varón de 21 meses que acude a urgencias por cuatro días de fiebre hasta 39.5°C + disnea en las últimas 48 h.  
AP: no vacunado.



Mal EG. Palidez cutáneo-mucosa, signos de mala perfusión y quejido continuo.  
T 38,6°C, TAm 60 mmHg, FC 202 lpm, FR 32 rpm, SatO2 100%



H: L 21130/mm<sup>3</sup> (78,9% PMN)  
BQ: hipertransaminasemia (GOT 274 U/L, GPT 181 U/L). PCR 150 mg/L  
EAB: pH 7.14, pCO2 50 mmHg, L 3 mmol/L, HCO3 13.9 mEq/L



Expansión volumétrica  
Administración de cefotaxima  
**UCIP**



- Intubación y conexión a VMc
- Soporte inotrópico
- Pericardiocentesis ecoguiada → mejoría clínica + obtención de líquido purulento sin lograr aislarse microorganismo.

ATBterapia:  
Cefotaxima  
Vancomicina

Pericardiectomía  
quirúrgica

Buena evolución, dado de alta a los 7 días.  
Se aísla en hemocultivo *Staphylococo simulans*, siendo negativos el resto de cultivos y las serologías a CMV, VEB, Herpes, Chlamydia y *Mycoplasma pneumoniae*



# CONCLUSIONES



El caso que presentamos ejemplifica el reto diagnóstico-terapéutico de una entidad infrecuente. Ante clínica de taponamiento y sepsis es importante plantearse esta entidad como hipótesis diagnóstica.



La pericardiocentesis proporciona el diagnóstico y alivia rápidamente con sólo extraer una pequeña cantidad de líquido. El tratamiento definitivo suele requerir pericardiectomía parcial quirúrgica.



El cultivo del líquido pericárdico resulta positivo en un 50% de los casos. La antibioterapia (cloxacilina / vancomicina+cefotaxima / ceftriaxona) debe mantenerse 6-8 semanas.



Nuestra experiencia a raíz de este caso apoya la impresión de la necesidad de un manejo agresivo de esta infección.

