

[Año]

BRONQUIOLITIS

CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

| DR. RICARDO ACUÑA DE SAZ

La bronquiolitis es una infección viral aguda de las vías respiratorias inferiores que afecta a niños < 24 meses y se caracteriza por dificultad respiratoria, sibilancias y estertores crepitantes. El diagnóstico se sospecha por la anamnesis, incluida la presentación durante una epidemia identificada; la causa principal, el virus sincitial respiratorio, puede detectarse mediante una prueba rápida. El tratamiento es de sostén, con oxígeno e hidratación. Por lo general, el pronóstico es excelente, pero algunos pacientes presentan apnea o insuficiencia respiratoria.

A menudo, la bronquiolitis aparece en epidemias y afecta, en su mayoría, a niños < 24 meses, con una incidencia máxima entre los 2 y los 6 meses. La incidencia anual en el primer año de vida es de alrededor de 11 casos/100 niños. En el hemisferio norte templado, la mayoría de los casos se producen entre noviembre y abril, con una incidencia máxima entre enero y febrero.

Etiología

La mayoría de los casos de bronquiolitis son causados por Virus sincitial respiratorio (RSV) Rinovirus Virus parainfluenza tipo 3 Las causas menos frecuentes son los virus influenza A y B, los virus parainfluenza 1 y 2, metapneumovirus, adenovirus y Mycoplasma pneumoniae.

Fisiopatología

El virus se propaga desde las vías respiratorias superiores a los bronquios de mediano y pequeño calibre y a los bronquiolos, y provoca necrosis epitelial y desencadena una respuesta inflamatoria. El edema y la exudación causan obstrucción parcial, que es más pronunciada durante la espiración e induce atrapamiento aéreo. La obstrucción completa y la absorción del aire atrapado pueden provocar múltiples zonas de atelectasia, que pueden ser exacerbadas al respirar altas concentraciones de oxígeno inspirado.

Signos y síntomas

Por lo general, el lactante afectado presenta síntomas de infección de las vías respiratorias superiores con dificultad respiratoria progresiva caracterizada por taquipnea, retracciones y tos sibilante o perruna. Los lactantes pequeños (< 2 meses) y los recién nacidos prematuros pueden presentar episodios de apnea recurrentes, seguidos por la resolución de la apnea y el comienzo de signos y síntomas más típicos de bronquiolitis en 24 a 48 h. Los signos de dificultad respiratoria son cianosis perioral, retracciones cada vez más profundas y sibilancias audibles. Suele haber fiebre, aunque no siempre. Al principio, los lactantes impresionan en buen estado y no comprometidos pese a la taquipnea y las retracciones, pero pueden tornarse cada vez más letárgicos a medida que progresa la infección. La hipoxemia es la regla en los lactantes con compromiso más grave.

Los vómitos y la disminución de la ingesta oral pueden causar deshidratación. Con el cansancio, las respiraciones pueden volverse superficiales e ineficaces, lo que lleva a la acidosis respiratoria. La auscultación revela sibilancias, espiración prolongada y, a menudo, estertores finos. Muchos niños presentan otitis media aguda asociada.

Diagnóstico

Evaluación clínica, Oximetría de pulso, Radiografía de tórax para los casos más graves Prueba de antígeno de RSV en material de lavado o aspirado nasal en niños con compromiso grave

El diagnóstico de la bronquiolitis se sospecha por la anamnesis, el examen físico y la aparición de la enfermedad como parte de una epidemia. Una exacerbación del asma, que a menudo es precipitada por una infección por virus respiratorios, puede causar síntomas similares a la bronquiolitis, pero es más probable en un niño > 18 meses de edad, en especial si se han documentado episodios previos de sibilancias y antecedentes familiares de asma. El reflujo gástrico con aspiración de contenido gástrico también puede provocar un cuadro clínico de bronquiolitis; los episodios múltiples en un lactante pueden ser indicios para este diagnóstico. En ocasiones, la aspiración de un cuerpo extraño causa sibilancias y debe ser considerada si el comienzo es súbito y no se asocia con manifestaciones de infección de las vías

respiratorias superiores. La insuficiencia cardíaca asociada con cortocircuito izquierda-derecha que se manifiesta a los 2-3 meses de edad también puede confundirse con bronquiolitis. En los pacientes con sospecha de bronquiolitis, debe establecerse la oximetría de pulso para evaluar la oxigenación. No se requieren estudios complementarios adicionales en casos leves con concentraciones normales de oxígeno, pero en caso de hipoxemia y dificultad respiratoria grave, una radiografía de tórax, que suele mostrar hiperinsuflación pulmonar, depresión del diafragma y trama hilar prominente, avala el diagnóstico. Pueden haber infiltrados resultado de atelectasia y/o neumonía por RSV; la neumonía por RSV es relativamente frecuente en lactantes con bronquiolitis por RSV.

La prueba rápida de antígeno de RSV en hisopados o lavados nasales es diagnóstica, pero en general no es necesaria; puede reservarse para pacientes con enfermedad lo suficientemente grave para exigir hospitalización. Otras pruebas de laboratorio son inespecífica y no se indican en forma sistemáticas; alrededor de dos tercios de los niños tienen recuentos de leucocitos de 10.000 a 15.000/ μ L. La mayoría tiene 50-75% de linfocitos.

Pronóstico

El pronóstico es excelente. La mayoría de los niños se recuperan en 3-5 días sin secuelas, aunque las sibilancias y la tos pueden continuar durante 2-4 semanas. La mortalidad es $< 0,1\%$ cuando la atención médica es adecuada. Se sospecha una mayor incidencia de asma en niños que han presentado bronquiolitis en etapas tempranas de la infancia, pero la asociación es controvertida y la incidencia parece disminuir a medida que los niños crecen.

Tratamiento

Tratamiento sintomático, Suplemento de oxígeno según sea necesario, Hidratación IV según sea necesario

El tratamiento de la bronquiolitis es sintomático, y puede tratarse a la mayoría de los niños en su domicilio con hidratación y medidas generales. Las indicaciones de

hospitalización son aceleración de la dificultad respiratoria, aspecto comprometido (p. ej., cianosis, letargo, cansancio), apnea por anamnesis, hipoxemia e ingesta oral inadecuada. Asimismo, se debe considerar candidatos a la hospitalización a los niños con trastornos de base, como enfermedad cardíaca, inmunodeficiencia o displasia broncopulmonar, que los exponen a alto riesgo de enfermedad grave o complicada.

En los niños hospitalizados, el oxígeno al 30-40% administrado por cánula nasal, tienda (tent) de oxígeno o mascarilla facial suele ser suficiente para mantener una saturación de oxígeno > 90%. La intubación endotraqueal está indicada en la apnea grave recurrente, la hipoxemia que no responde a la oxigenoterapia o en caso de retención de CO₂; también, si el niño no puede eliminar las secreciones bronquiales. La terapia con cánula nasal de alto flujo, la presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP), o ambos a menudo se utilizan para evitar la intubación en pacientes con riesgo de insuficiencia respiratoria.

La hidratación puede mantenerse con tomas pequeñas y frecuentes de líquidos puros. En niños más comprometidos, la administración inicial de líquidos debe realizarse por vía IV, y es preciso controlar el nivel de hidratación por la diuresis y la densidad urinaria y por determinaciones de electrolitos séricos. Hay cierta evidencia de que los corticoides sistémicos son beneficiosos cuando se administran en etapas evolutivas tempranas de la enfermedad o en niños con cuadros de base que responden a corticoides (p. ej., displasia broncopulmonar, asma), pero no existe beneficio en los lactantes que previamente estaban sanos. No deben usarse antibióticos a menos que sobrevenga una infección bacteriana secundaria (una secuela rara). Los broncodilatadores no son uniformemente eficaces, pero un subgrupo sustancial de niños puede responder con mejoría a corto plazo. Esto es de particular validez en lactantes con sibilancias previas. Es probable que no se acorte la hospitalización. La ribavirina, un fármaco antiviral activo in vitro contra RSV, virus de la gripe y virus del sarampión, probablemente no es clínicamente eficaz y ya no se recomienda excepto para los niños inmunodeficientes con una

infección grave por RSV; asimismo, conlleva toxicidad potencial para el personal del hospital. Se ha probado una inmunoglobulina anti-RSV, pero es ineficaz. La prevención de la infección por RSV mediante inmunoprofilaxis pasiva con anticuerpos monoclonales contra RSV (palivizumab) reduce la frecuencia de hospitalización, pero es costosa y está indicada, sobre todo, en lactantes de alto riesgo (ver Prevención para indicaciones y dosificación).

BIBLIOGRAFIA

Rajeev B. , MD, Phoenix Children's Hospital Última modificación del contenido ago.
2018 SITIO WEB
<https://www.msmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-respiratorios-en-ni%C3%B1os-peque%C3%B1os/bronquiolitis?query=bronquiolitis>