

Más allá de la bronquiolitis

Bronkiolitisaz haratago

M. Malumbres Chacón, M. Amores Torres,
M. Mendizabal Díez, L. Urriza Yeregui

Hospital Universitario de Navarra.

LABURPENA

Bronkiolitisa beheko arnasbideetako infekziorik ohikoena da urtebete baino gutxiagoko haurretan, eta asistentzia-maila guztiei eragiten die. Serieen arabera, % 2-6k arnas-laguntza behar du, eta neguko hilabeteetan zainketa intentsiboetako unitateetan ospitaleratzeak arrazoi ohikoa da. Epidemia-garaian maiztasuna duen arren, ezinbestekoa da diagnostiko diferentzial egokia egitea, sintomen espezifiktasun txikia dela eta; entitate hau tratamendu espezifiko baten onura jasotzen duten beste prozesu batzuekin ez nahasteko. Prozesu horiek, aldi berean, beste gaixotasun batzuen desorekak eragin ditzakete, eta/edo haien aurkezpen-gutuna izan. Horregatik, prozesu horiek bakarrik azaltzen ez dituzten edo gaixotasunaren bilakaera naturaletik ihes egiten duten zeinuen errepertorioa behar zaie, aldez aurretik ezezagunak eta hilgarriak izan daitezkeen entitateak baztertzeko helburuarekin.

Hitz gakoak: Bronkiolitis; Arnas-laguntza; Zainketa intentsiboak; Epidemia; Diagnostiko; Ingresu.

RESUMEN

La bronquiolitis es la infección respiratoria de vías inferiores más frecuente en niños menores de un año que afecta a todos los niveles asistenciales. Según las series hasta un 2-6% de las mismas precisa soporte respiratorio y es causa frecuente de ingreso en las unidades de cuidados intensivos en los meses de invierno. A pesar de su frecuencia en época epidémica, es imprescindible un adecuado diagnóstico diferencial dada la baja especificidad de sus síntomas; para no confundir dicha entidad con otros procesos que se benefician de un tratamiento específico. Estos procesos pueden ser a su vez causantes de descompensaciones de enfermedades subyacentes y/o su carta de presentación. Por eso, debe prestarse atención a los posibles signos que no se expliquen solo por dichos procesos o que escapen a la evolución natural de la enfermedad, con el fin de descartar posibles entidades previamente desconocidas y potencialmente letales.

Palabras clave: Bronquiolitis; Soporte respiratorio; Cuidados intensivos; Epidemia; Diagnóstico; Ingreso.

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis aguda se define como el primer episodio de infección de vías respiratorias bajas⁽¹⁾ que cursa con dificultad respiratoria y que se produce como resultado de la obstrucción de las pequeñas vías aéreas debido a la inflamación, edema y necrosis de las células epiteliales junto con hipersecreción de moco; en el contexto de un cuadro catarral en un lactante menor de 2 años⁽²⁾.

La causa es viral, siendo el virus respiratorio sincitial (VRS) el más frecuente, seguido por el rinovirus, bocavirus, adenovirus, metapneumovirus, Influenza A y B y parainfluenza; no obstante se describen coinfecciones hasta en un tercio de los casos⁽³⁾.

Es la infección respiratoria de vías inferiores más frecuente en niños menores de un año que afecta a todos los niveles asistenciales, suponiendo el 18% de todas las hospitalizaciones pediátricas. Según las series, hasta un 2-6% de las mismas precisa soporte respiratorio y es causa frecuente de ingreso en las Unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCI-P) en los meses de invierno. Durante la pandemia de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), las medidas de distanciamiento social se asociaron con una marcada reducción en las infecciones respiratorias no COVID-19 en niños. Sin embargo, actualmente con la relajación de las medidas hemos vuelto a ser testigos de la epidemia de bronquiolitis⁽⁴⁻⁶⁾.

El diagnóstico es exclusivamente clínico, siendo característicos los síntomas catarrales previos (tos, mucosidad) con aparición de rechazo de la alimentación, irritabilidad, apneas en menores de 2 meses, presentando en la exploración física taquipnea, tiraje respiratorio y auscultación patológica, siendo característicos los crepitantes. En la mayoría de los casos, presentan el máximo empeoramiento alrededor del tercer día, con mejoría progresiva hasta la resolución del cuadro en torno a los 10-12 días, aunque en ocasiones se prolonga más⁽⁷⁾.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

A continuación se presentan dos casos clínicos.

El primer paciente es un varón de dos meses sin antecedentes de interés, con un cuadro compatible con bronquiolitis aguda VRS positiva que precisa ingreso en UCI-P para optimización de soporte respiratorio y vigilancia clínica estrecha por aumento de dificultad respiratoria y persistencia de insuficiencia respiratoria tipo 2 a pesar de oxigenoterapia de alto flujo. Se inicia soporte con ventilación no invasiva, presentando una adecuada evolución con control gasométrico normoventilado y mejoría clínica y auscultatoria. Se detecta entonces un soplo cardíaco sistólico II/VI en mesocardio por lo que se realiza ecocardiografía que revela un estrechamiento del arco aórtico con gradiente 60 mmHg en aorta descendente y prolongación diastólica, datos que sugieren una coartación aórtica. El paciente no presentaba fallo de medro y no referían signos de insuficiencia cardíaca ni de bajo gasto. Durante su ingreso, se mantiene hemodinámicamente estable aunque se objetiva diferencia tensional de 20 mmHg entre extremidades superiores e inferiores. Ante el diagnóstico de coartación de aorta se traslada al paciente al hospital de referencia donde es intervenido con éxito y se encuentra asintomático desde el punto de vista cardiovascular.

El segundo paciente es un varón de tres meses que consulta por empeoramiento del estado general, aumento del trabajo respiratorio y rechazo de tomas en el contexto de bronquiolitis aguda. A su llegada a urgencias se constata shock de origen cardiogénico con taquicardia, mala perfusión periférica con acidosis metabólica hiperlactacidémica, dificultad respiratoria con crepitantes dispersos, radiografía de tórax con cardiomegalia asociada a edema pulmonar bilateral y ecocardiograma con dilatación de cavidades izquierdas y contractilidad pobre con FEVI de 32%. Ingresó en UCI-P con sospecha de mio-

carditis para-infecciosa iniciándose ventilación no invasiva, tratamiento inotrópico con milrinona, inmunoglobulinas y furosemida. En cuanto al diagnóstico etiológico se aísla en estudio microbiológico de exudado nasofaríngeo Parainfluenza. Ante el cuadro clínico que presenta el paciente se decide traslado a hospital de referencia. En el mismo, presentó una mala evolución con empeoramiento de la función miocárdica precisando inotrópicos y ventilación mecánica invasiva de forma mantenida. Tras cuatro meses de ingreso se realiza trasplante cardíaco ortotópico con buenos resultados.

DISCUSIÓN

La bronquiolitis es una enfermedad autolimitada que a menudo se resuelve sin complicaciones en la mayoría de los lactantes previamente sanos. No obstante, existen factores de riesgo como el antecedente de prematuridad, el bajo peso al nacimiento, la edad menor de 3 meses o la presencia de enfermedad cardiopulmonar, neurológica o inmunodeficiencia subyacente que asocian mayor riesgo de complicaciones⁽⁸⁾.

A pesar de su frecuencia en época epidémica, no podemos olvidar que debemos realizar un adecuado diagnóstico diferencial con afecciones agudas y crónicas que afectan al tracto respiratorio (tos ferina, enfermedad pulmonar crónica, aspiración de cuerpo extraño, etc.), enfermedad cardíaca congénita, insuficiencia cardíaca y anillo vascular. Las características clínicas, por ejemplo, ausencia de síntomas previos de las vías respiratorias superiores, episodio de asfixia presenciado, aireación diferencial, crecimiento deficiente, etc. pueden ayudarnos a orientar el diagnóstico. Por otro lado, a su vez las infecciones respiratorias tales como las bronquiolitis pueden ser causantes de descompensaciones de enfermedades subyacentes y su carta de presentación. Por este motivo debe prestarse atención a los posibles

signos que no se expliquen solo por dichos procesos o que escapen a la evolución natural de la enfermedad, con el fin de descartar posibles entidades previamente desconocidas potencialmente letales⁽⁹⁾.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre bronquiolitis aguda, Fundació Sant Joan de Déu (coords.). Guía de práctica clínica sobre bronquiolitis aguda. Plan de calidad para el sistema nacional de salud del ministerio de Sanidad y Política Social. Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AATRM. N° 2007/05
2. American Academy of Pediatrics. Clinical Practical guideline: the diagnosis, management and prevention of bronchiolitis. *Pediatrics*. 2014; 134: e1474-502.
3. Meissner HC. Viral bronchiolitis in children. *N Engl J Med*. 2016; 374: 62-72.
4. Bonillo Perales A, Batlles Garrido J, Rubí Ruiz T. Infección respiratoria por virus respiratorio sincitial. En: Cobos N, Pérez-Yarza EG (eds.). Tratado de Neumología Pediátrica. 2ª ed. Madrid: Ergon; 2009. p. 389-420.
5. Cano-Garcinuño A, Praena-Crespo M, Mora-Gandarillas I, Carvajal-Urueña I, Callén-Blecua MT, García-Merino Á; Grupo de expertos para el diagnóstico de la bronquiolitis. Criteria heterogeneity in the diagnosis of acute bronchiolitis in Spain. Listado de colaboradores (Grupo de expertos para el diagnóstico de la bronquiolitis). *An Pediatr (Barc)*. 2019; 90(2): 109-17.
6. Piedra PA, Stark AR. Bronchiolitis in infants and children: Treatment, outcome, and prevention. *www.uptodate.com*. Jan 02, 2020.
7. Bronchiolitis in children: diagnosis and management. NICE guideline [NG9] Published date: June 2015. 2019 surveillance of bronchiolitis in children: diagnosis and management (NICE guideline NG9). <https://www.nice.org.uk/guidance/ng9/history>.
8. O'Brien S, Borland ML, Cotterell E, Armstrong D, Babl F, Bauert P, et al. Australasian bronchiolitis guideline. *J Paediatr Child Health*. 2019; 55(1): 42-53.
9. Silver AH, Nazif JM. Bronchiolitis. *Pediatr Rev*. 2019; 40(11): 568-76.