

Bronquitis bacteriana prolongada: redescubriendo una vieja enfermedad

- Craven V, Everard ML. Protracted Bacterial Bronchitis. Reinventing an Old Disease. Arch Dis Child. 2013; 98(1):72-6.

La tos persistente es un síntoma común en la infancia. La bronquitis bacteriana prolongada (PBB) es una enfermedad posiblemente más común de lo que se cree y que está causada por una infección crónica del epitelio bronquial por bacterias patógenas comunes en las vías respiratorias superiores que se va extendiendo en forma de "biofilms". Puede deberse a una función de aclaramiento ciliar deficiente, aunque por sí misma puede producir deficiencia de la función ciliar. La PBB produce tos productiva o "húmeda" persistente, respiración corta con mala tolerancia al ejercicio y trastorno del sueño por la tos. Durante mucho tiempo mal reconocida y erróneamente diagnosticada de "asma", debe considerarse cuando el síntoma más prominente es una tos productiva y prolongada. Puede darse aisladamente o como una comorbilidad del asma (las exacerbaciones del asma no se deben tratar con antibióticos, aunque hay que considerar su uso en un niño asmático con tos productiva y persistente). En la PBB, el tratamiento antibiótico correcto, acompañado de fisioterapia respiratoria cuando está indicada, produce una desaparición de los síntomas de forma rápida y persistente, mejorando notablemente la calidad de vida del niño y de su familia, y evitando la posible evolución a bronquiectasias, que pueden aparecer a largo plazo en casos inadecuadamente tratados.

Dado que la mayoría de los casos de asma se tratan en Atención Primaria, la PBB está sobrerrepresentada en los Servicios de Neumología, donde son derivados los niños que no evolucionan según lo previsto. Los autores consideran que más de un 40% de los niños que les son remitidos con diagnóstico inicial de "asma" son finalmente diagnosticados de PBB. A pesar de su elevada incidencia, esta vieja enfermedad desapareció de los textos

pediátricos hasta muy recientemente, pues de nuevo está cobrando importancia.

Los gérmenes más frecuentemente involucrados son *Haemophilus influenzae* no tipable, *Streptococcus pneumoniae*, generalmente de cepas no contenidas en las vacunas conjugadas y, más raramente, *Moraxella catarrhalis*, habiendo con cierta frecuencia más de un germen, así como pueden estar también presentes simultáneamente una variedad de virus respiratorios que pueden favorecer el inicio del proceso.

La PBB afecta sobre todo a niños menores de seis años. La clínica referida por los padres es muy similar a la del asma, aunque la tos es el síntoma principal y esta es más "húmeda", algo no fácil de distinguir para muchos (se parece a la del gran fumador al levantarse por la mañana). La tos es persistente, no intermitente como en el asma, empeora con los cambios posturales, el ejercicio la exacerba, la respiración es corta y puede ser ruidosa; al contrario que en el asma, la dificultad respiratoria está directamente asociada a la tos. Por otra parte, los niños no parecen enfermos ni se encuentran particularmente mal, aunque su vida está limitada por la escasa tolerancia al ejercicio y la alteración del sueño.

La radiografía de tórax es normal o con pocas e inespecíficas alteraciones. El cultivo del esputo es difícil y poco sensible. El diagnóstico preciso se hace mediante broncoscopia y lavado broncoalveolar, que no se debe hacer de rutina por razones obvias.

En cuanto al tratamiento, su objetivo es erradicar las bacterias y dar lugar a la regeneración del epitelio dañado. La respuesta al tratamiento puede ser espectacular, pero las recaídas son frecuentes, por lo que con frecuencia hay que hacer varios ciclos. Los autores proponen tratamiento prolongado durante seis a ocho semanas, reconociendo que el tratamiento óptimo no está bien definido y en ocasiones se hace preciso tratar por varios meses durante el invierno, existiendo el problema potencial de desarrollo de resistencias antibióticas con tratamientos prolongados.