



Tos persistente en Pediatría... ¿hay algo más detrás de una bronquitis rebelde?

Juan Hidalgo Sanz^a, Víctor Fernández Ventureira^a, Patricia Rubio Sánchez^a, César García Vera^b

^aServicio de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España • ^bPediatra. CS José Ramón Muñoz Fernández. Zaragoza. España.

Publicado en Internet:
14-febrero-2020

INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas constituyen el primer motivo de consulta en Atención Primaria, considerando la tos crónica como un importante factor de angustia en los pacientes y sus familias. Se estima que, en la población preescolar, la bronquitis bacteriana persistente (BBP) constituye aproximadamente el 40% de los casos.

Se define como la infección crónica de las vías respiratorias inferiores manifestada como tos húmeda o productiva de más de cuatro semanas de duración, que se resuelve con tratamiento antibiótico, en ausencia de otro diagnóstico. Es una entidad clínica de reciente descripción (2006) poco reconocida en nuestro medio y con frecuencia mal diagnosticada o insuficientemente tratada.

CASO CLÍNICO

De manera retrospectiva, se realiza una exposición descriptiva de tres pacientes pediátricos con sospecha de bronquitis bacteriana persistente atendidos en una consulta de Pediatría de Atención Primaria en Zaragoza en el último año (1415 niños de 0 a 14 años). Niños preescolares de dos, cuatro y cinco años con tos húmeda de evolución superior a cuatro semanas que no mejora pese a tratamiento broncodilatador y corticoideo, sin signos clínicos ni radiológicos de alarma (Tabla 1). Tras administración de amoxicilina-clavulánico durante dos semanas presentan mejoría drástica de la clínica, sin presentar recurrencias los meses posteriores.

Tabla 1. Resumen de las características de los casos clínicos descritos

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad	5 años	4 años	2 años
Antecedente personal de asma	Sí	Sí	Sí
Auscultación pulmonar	Sibilantes espiratorios dispersos	Roncus y sibilantes espiratorios dispersos	Roncus dispersos
Radiografía torácica	Normal	Normal	Normal
Tratamientos previos	Montelukast* Corticoide inhalado* Corticoide oral Salbutamol inhalado	Corticoide inhalado* Salbutamol inhalado Corticoide oral Azitromicina oral	Corticoide inhalado* Salbutamol inhalado Corticoide oral Antihistamínico oral
Tiempo hasta inicio de antibioterapia	4 semanas	5 semanas	5 semanas
Desaparición de la clínica	≤48 horas	≤24 horas	≤48 horas
Recurrencia	No	No	No

*Tratamiento de mantenimiento.

Cómo citar este artículo: Hidalgo Sanz J, Fernández Ventureira V, Rubio Sánchez P, García Vera C. Tos persistente en Pediatría... ¿hay algo más detrás de una bronquitis rebelde? Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2020;(28):108-9.

COMENTARIOS

La etiopatogenia no es bien conocida, pero está relacionada con la aparición de alteraciones del aclaramiento mucociliar, anomalías estructurales y formación de biofilms bacterianos, provocando un estado de inflamación crónica tras una agresión inicial (infección respiratoria viral). Los principales agentes son *Haemophilus influenzae* no tipable, *Streptococcus pneumoniae* y, menos frecuente, *Moraxella catarrhalis*.

Inicialmente el diagnóstico era microbiológico, precisando aislamiento superior a 10^4 unidades formadoras de colonias por mililitro en el lavado broncoalveolar. Al no considerarse práctica la realización de broncoscopia a la totalidad de estos pacientes, se sustituyeron por criterios clínicos.

Se recomienda emplear como tratamiento antibiótico empírico amoxicilina y ácido clavulánico durante al menos dos semanas, que pueden prolongarse hasta 4-6 semanas en algunos niños para su resolución completa.

Se relaciona en un 25% de los casos con recaídas y se asocia evolutivamente con la enfermedad supurativa bronquial y la aparición de bronquiectasias.

Como conclusión, debe contemplarse la BBP en un niño con tos húmeda crónica sin signos clínicos ni radiológicos sugestivos de otro diagnóstico. Sin embargo, hay que ser cautelosos en la selección de estos pacientes, ya que los criterios clínicos son poco específicos y pueden implicar un abuso excesivo de antibióticos y las resistencias que conllevan.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

ABREVIATURAS

BBP: bronquitis bacteriana persistente.