

Bronquitis (tráqueobronquitis) aguda

Salomé Albi Rodríguez^a [s.albi@terra.es], Ángel Hernández Merino^b

^a Pediatra. Centro de Salud Miguel Servet. ^b Pediatra. Centro de Salud La Rivota, [Servicio Madrileño de Salud, Área 8]. Alcorcón. Madrid.

Fecha de actualización: 04/12/2007
Guía_ABE_Bronquitis (tráqueobronquitis) aguda (v.2/2007)

Cita sugerida: Albi Rodríguez S, Hernández Merino A. Bronquitis (tráqueobronquitis) aguda (v.2/2007). Guía_ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 04/12/2007; consultado el *dd/mm/aaaa*]. Disponible en <http://infodoctor.org/gipi/>

Definición y puntos clave

La bronquitis (o tráqueobronquitis) aguda consiste en una inflamación transitoria que afecta a la tráquea y los bronquios principales, generalmente asociada a infecciones del tracto respiratorio. Éstas son causadas principalmente por virus y suele seguir un patrón estacional con mayor número de casos en invierno.

Tras 3-4 días de síntomas típicos de infección de vías respiratorias altas (más frecuente en invierno) se inicia la manifestación clínica principal (a veces única), la tos. Inicialmente seca (4-6 días), se vuelve productiva en unos días (con frecuencia purulenta debido al acúmulo de leucocitos), y puede cursar en accesos y acompañarse de vómitos y dolor referido en el área traqueal/esternal (síntoma prominente en niños mayores). La tos puede durar varias semanas. Puede haber síntomas generales y fiebre, según la etiología. En el caso de que aparezca una sobreinfección bacteriana secundaria se manifiesta con fiebre y abundantes secreciones en el tracto respiratorio. En pacientes con enfermedad broncopulmonar de base, el curso clínico puede ser diferente.

El diagnóstico es clínico. La auscultación es anodina al principio, después pueden aparecer roncus, sibilancias y estertores. Los síntomas se resuelven en un máximo de 2-3 semanas (en general duración menor de 10-14 días).

La bronquitis aguda puede ser sólo una forma particular de IRVA y no merece ser considerada como una entidad clínica específica aunque se incluye aquí por ser un diagnóstico clínico frecuente y motivar prescripciones de antimicrobianos con gran frecuencia.

La traqueítis bacteriana es una entidad específica, infrecuente, equivalente a una forma de infección bacteriana invasora, que puede constituir una verdadera urgencia médica, requiere ingreso hospitalario y tratamiento antimicrobiano agresivo. La tos recurrente o crónica que conforma el síndrome pertusoide se describe más adelante. Se excluyen las complicaciones como bronquitis recurrentes con daño permanente en la vía aérea y las reagudizaciones de la bronquitis crónica como parte de enfermedades sistémicas en niños con fibrosis quística u otras patologías específicas (asma, inmunodeficiencias, etc.).

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: en la presente versión no se incluyen cambios significativos respecto a la versión anterior; destacar que la etiología más frecuente de la tráqueo-bronquitis aguda es viral y que por lo tanto no está recomendado ningún tratamiento antibiótico en la mayoría de los casos.



Microorganismos causales ¹		
Frecuentes	Menos frecuentes	Raros
Virus respiratorios ²	<i>Mycoplasma pneumoniae</i> ³ <i>Chlamydomphila pneumoniae</i> ³ Rinovirus	<i>Bordetella pertusis</i> ⁴ Virus del sarampión <i>Mycobacterium tuberculosis</i> ⁴ Otras bacterias ⁵ Aspergillus ⁶

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio	Habitualmente no necesarios	- Hemograma, recuento leucocitario ⁷ - PrCR, hemocultivo, análisis cuantitativo de esputo ⁸
Microbiología	Habitualmente no necesarios	- Serología para <i>Mycoplasma</i> , <i>Chlamydomphila</i> ⁹ , <i>Bordetella</i> o <i>Legionella</i> ¹⁰ - Cultivo (y PCR) de secreciones nasofaríngeas para <i>Bordetella pertusis</i> en medio especial - Cultivo viral o PCR para <i>Mycoplasma</i> en secreciones nasofaríngeas - Test de detección rápida de virus (VRS, gripe) en secreciones nasofaríngeas
Imagen	Habitualmente no necesarios	- Rx de tórax ¹¹

Indicaciones de ingreso hospitalario
<p>Excepcionalmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Algunos lactantes pequeños con cuadros compatibles con tosferina - Pacientes con patologías previas (cardiopatía, neumopatía crónicas) - Traqueitis bacteriana. Esta patología puede ser una entidad grave y requiere ingreso y tratamiento antibiótico parenteral

Tratamiento antimicrobiano empírico		
	Tratamiento de elección	Alternativas
Bronquitis (o tráqueobronquitis) aguda; cuadros típicos	Habitualmente no indicado ¹²	



Tratamiento antimicrobiano empírico en situaciones especiales		
Situación	Tratamiento de elección	Alternativas
Cuando se sospeche infección bacteriana secundaria, portadores de neumopatías previas, bronquitis febriles que se prolongan o empeoran	Betalactámico resistente a betalactamasas: <ul style="list-style-type: none">- Amoxicilina/clavulánico, VO: 80 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3 dosis	Alergia a betalactámicos: <ul style="list-style-type: none">- Eritromicina, VO: 30-50 mg/kg/día, en 3-4 dosis (máximo 2 g/día)¹³
Traqueítis bacteriana	Betalactámico de amplio espectro, IV: <ul style="list-style-type: none">- Amoxicilina/clavulánico: 100 mg/kg/día (de amoxicilina), en 3-4 dosis- Cefuroxima: 50-100 mg/kg/día, en 3 dosis	
Sospecha de participación de <i>Bordetella</i> , <i>Mycoplasma</i> ¹⁴ o <i>Chlamydoiphila</i>	Macrólido, VO: <ul style="list-style-type: none">- Eritromicina: 30-50 mg/kg/día, en 3-4 dosis (máximo 2 g/día), 7-10 días (hasta 21 días en el caso de <i>C. pneumoniae</i>)- Claritromicina: 15-30 mg/kg/día, en 2 dosis, 7-10 días- Azitromicina: 5-10 mg/kg/día, en 1 dosis, 5 días	<ul style="list-style-type: none">- Doxiciclina (≥ 8 años): 2-4 mg/kg/día, en 2 dosis, 7-10 días, VO- Flúorquinolonas (levofloxacino o moxifloxacino) en >18 años, 7-10 días, VO

Otras medidas terapéuticas
<ul style="list-style-type: none">- En la mayoría de los casos es suficiente el tratamiento sintomático con antitérmicos, ambiente húmedo y medidas generales de soporte- Antitusígenos, antihistamínicos, expectorantes: en general no hay pruebas a favor o en contra para recomendar su uso (Schroeder K, 2004). No recomendados- No hay pruebas que apoyen el uso de broncodilatadores beta-2 si no hay signos de broncoespasmo- No hay datos que apoyen el uso de hierbas tradicionales chinas en esta entidad (Wu T, 2005)



Bibliografía

American Academy of Pediatrics. Varicella-Zoster Infections. En: Pickering LK, ed. Red Book: 2006 Report of the Committee on Infectious Diseases. 26th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2006.

Callahan C. Bronchitis, Acute and Chronic. eMedicine. [actualizado el 30/10/2006; consultado el 04/12/2007]. Disponible en www.emedicine.com/ped/topic288.htm

Gavranich JB, Chang AB. Antibióticos para las infecciones de las vías respiratorias inferiores (IVRI) en niños, secundarias a *Mycoplasma pneumoniae*, adquiridas en la comunidad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB. Nelson Textbook of Pediatrics. 17th edition. Ed. Saunders; 2003.

O'Brien KL, Dowell SF, Schwartz B, et al. Cough Illness/Bronchitis -Principles of Judicious Use of Antimicrobial Agents. Pediatrics 1998;101:178-181. Disponible en <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/101/1/S1/178>

Schroeder K, Fahey T. Fármacos sin prescripción para la tos aguda en niños y adultos en el ámbito ambulatorio (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Smucny J, Flynn C, Becker L, et al. Agonistas beta2 para la bronquitis aguda (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Wu T, Chen X, Duan X, et al. Hierbas medicinales chinas para la bronquitis aguda (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en www.update-software.com. (Traducida de The Cochrane Library, 2007 Issue 4. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.)

Long SS, Pickering LK, Prober CG. Principles and Practice of Pediatric Infectious Disease. 2nd edition. London: Churchill Livingstone; 2002.

Abreviaturas: **IRVA:** infección respiratoria de vías altas. **IV:** vía intravenosa. **PCR:** reacción en cadena de la polimerasa. **PrCR:** proteína C reactiva. **VO:** vía oral. **VRS:** virus respiratorio sincitial.



Notas aclaratorias

- ¹ Además de los agentes infecciosos relacionados, también pueden causar bronquitis aguda la inhalación de gases y tóxicos, las aspiraciones de material gástrico ácido y los trastornos alérgicos.
- ² En menores de 2 años, adenovirus. En niños de 2 a 5 años de edad, virus respiratorio sincitial y virus parainfluenza 3. Otros virus: rinovirus, coronavirus, influenza, paramyxovirus.
- ³ Sobre todo en niños mayores de 4 años y adolescentes.
- ⁴ En general se refieren a procesos de tos prolongada, recurrente o crónica, no considerados en este capítulo.
- ⁵ *Legionella pneumophila*, *Corynebacterium pseudodiphtheriticum*, *Bordetella parapertussis*. También pueden causar sobreinfección en pacientes con bronquitis aguda de origen viral: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus* y *Moraxella catarrhalis*. La traqueítis bacteriana es, en muchos casos, una sobreinfección bacteriana de una infección viral inicial.
- ⁶ En áreas endémicas con exposición significativa, y en pacientes inmunocomprometidos (en general, produce infección invasiva). Aspergilosis broncopulmonar alérgica: colonización de la vía aérea en pacientes inmunocompetentes sin enfermedad invasiva, produciendo episodios de obstrucción bronquial (asma).
- ⁷ La sospecha de tos ferina puede apoyarse en los hallazgos del hemograma: leucocitosis (>20.000/ml) con linfocitosis, aunque la ausencia de estos datos no la descarta.
- ⁸ Cuando se sospeche o deba descartarse una infección de vías bajas (neumonía) de etiología bacteriana. El estudio del esputo en general tiene poco valor en niños.
- ⁹ Idealmente aumento de 4 veces en los títulos de IgG en dos muestras separadas 3-4 semanas. IgM positiva con clínica compatible puede ser diagnóstica (tener en cuenta que los títulos positivos de la IgM específica pueden durar meses). Puede haber falsos positivos para la IgM.
- ¹⁰ Detección de antígenos específicos en orina.
- ¹¹ En algunos cuadros febriles prolongados con afectación general y aumento del trabajo respiratorio (sospecha de neumonía asociada o atelectasia). Se objetiva engrosamiento peribronquial.
- ¹² Es muy importante la concienciación de la no necesidad de tratamiento antibiótico en la mayoría de episodios de bronquitis aguda.
- ¹³ Otras alternativas: claritromicina, azitromicina.
- ¹⁴ Existe controversia sobre la eficacia del tratamiento antibiótico en infecciones por *M. pneumoniae* de vías respiratorias inferiores (entre otras cosas por la imposibilidad de su eliminación), y habría que individualizar.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos 1 vez al año. Próxima revisión prevista en 2008. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[📧] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>
[✉] Comentarios y sugerencias en: laquiaabe@gmail.com

Con la colaboración de:



[©] Guía_ABE, 2007. ISBN: 978-84-95028-65-5