

DEFINICION

Afección de los bronquios de mediano y pequeño calibre, que se manifiesta por episodios agudos, obstructivos o exudativos; habitualmente desencadenados por una infección; con períodos intercríticos asintomáticos o de sintomatología atenuada. Para definir las como recidivantes se exigen más de cuatro episodios en un año, con una duración mayor de quince días; o más de sesenta días de enfermedad en el año.

La mayor prevalencia está entre las edades de uno y cinco.

El interés de su estudio y tratamiento radica en:

La eventual trascendencia del proceso en causa.

Las alteraciones respiratorias que cursan aún en el período intercrítico.

Las secuelas que puedan originar.

La repercusión sobre la escolaridad de estos niños.

A fin de ordenar la gran gama de posibilidades etiológicas se utiliza una clasificación fisiopatológica en base a los mecanismos de defensa del árbol respiratorio alterados. Así tenemos alteraciones funcionales o anatómicas, detalladas en los cuadros I y II.

CUADRO N° I

ALTERACION DE MECANISMOS DEFENSIVOS

ALTERACIONES ANATOMICAS

RINOFARINGE:	Hipoplasia de coanas. Hipertrofia adenoidea.
LARINGE Y TRAQUEA:	Laringotraqueomalacia. Traqueomegalia. Fístula traqueoesofágica. Anillo vascular.
BRONQUIOS:	Enfisema lobar congénito. Quistes broncogenos. Bronquiectasias.
OTROS:	Secuestro pulmonar. Hernia diafragmática. Hipoplasia pulmonar.

CUADRO Nº II

ALTERACION DE MECANISMOS DEFENSIVOS

ALTERACIONES FUNCIONALES

RINOFARINGE: Obstrucción crónica de vía aérea alta.

GLOTIS: Alteraciones de la deglución.
Aspiración de contenido gástrico.
Aspiración de cuerpo extraño.

ALTERACIONES DEL BARRIDO CILIAR: Congénitas o adquiridas.

DEFICIT INMUNOLOGICO: Fagocitosis.
Inmunidad local inespecífica.
Inmunodeficiencias específicas.

HIPERSENSIBILIDAD: Asma.
Hemosiderosis.
Neumonía eosinofila.
Alveolitis extrínsecas.

OTROS: Fibrosis quística. Tuberculosis. Histoplasmosis.
Cardiopatías congénitas.
Enfermedades neuromusculares.
Enfermedades óseas.
Enfermedades sistémicas.

Estos serían los factores de riesgo de cronificación, los factores desencadenantes de cada episodio que llevan a poner la atención en la enfermedad son las infecciones o la hiperreactividad bronquial frente a humos, polvos y cualquier contaminante ambiental.

DIAGNOSTICO CLINICO

El diagnóstico se establece por una completa historia clínica y un correcto examen físico. En ocasiones la sintomatología es inespecífica y no permite llegar al diagnóstico etiológico.

Los síntomas son poco variables: tos seca o exudativa, hipertemia, disnea obstructiva con diversa repercusión.

En los casos en que no es posible evidenciar la etiología, los exámenes de laboratorio clínico son los que nos llevan al diagnóstico. Debido a la gran variedad de posibilidades diagnósticas son también muy variados los exámenes que se puedan solicitar. A fin de sistematizar el estudio de estos pacientes se han dividido los exámenes en tres categorías:

- Exploraciones de rutina.
- Exploraciones orientadas.
- Exploraciones invasivas.

CUADRO Nº III**EXPLORACIONES DE RUTINA****ANATOMICOS**

Radiografía simple de tórax de frente y perfil.
Radioscopia en inspiración y espiración.

ETIOLOGICOS

Hemogramas reiterados, con recuento de eosinofilos y linfocitos totales.
Derivado proteico purificado (P.P.D.)

Microbiología	Exudado faríngeo (virus, chlamydias, mycoplasma). Espuito (bacterias, citología). Hemocultivo. Líquido pleural. Serología.
---------------	--

FUNCION PULMONAR

Espirometría.
Gasometría.
Gammagrafía.

EXPLORACION INMUNOALERGICA

Proteinograma electroforético.
Dosificación de inmunoglobulinas.
Dosificación de inmunoglobulinas E (IgE).
Test de sudor.
Alfa 1 — Antitripsina.

CUADRO Nº IV**EXPLORACIONES ORIENTADAS****RADIOLOGICAS**

Senos faciales.
Cavum.
Tomografía axial computarizada.

DIGESTIVAS

Estudio de la deglución.
Tránsito esofágico.
pH esofágico.
Centellograma esofágico.

ALERGOLOGICAS

Pruebas cutáneas.

INMUNOLOGICAS

Evaluación del sistema de linfocitos B.
Evaluación del sistema de linfocitos T.
Evaluación del sistema fagocítico.
Evaluación del sistema del complemento.

FUNCIONALES ORIENTADAS

Test de provocación bronquial.

CUADRO Nº V

EXPLORACIONES INVASIVAS

Broncoscopía.
Cepillado bronquial.
Lavado broncoalveolar.
Broncografía.
Angiografía.
Angiografía digital.
Biopsia pulmonar.

En el cuadro comparativo se exponen algunos signos que puedan orientar por la radiografía de tórax hacia el diagnóstico etiológico.

CUADRO Nº VI

ORIENTACION DIAGNOSTICA POR LA RADIOGRAFIA DE TORAX

Hallazgos radiológicos	Diagnóstico sugerido
Opacidades subhiliares en reguero hasta el diafragma.	Infección descendente.
Imágenes en racimo.	Bronquiectasias.
Atelectasia lobar o segmentaria.	Cuerpo extraño.
Bloqueo aéreo en espiración forzada.	Malformación.
Opacidad parenquimatosa recidivente en igual localización.	Enfermedad sistémica con manifestación pulmonar.
Condensación parenquimatosa cambiante.	Quiste broncogeno o secuestro.
Opacidad extrapulmonar.	Crisis asmática.
Hiperclaridad bilateral.	
Tapones mucosos.	

TRATAMIENTO

El tratamiento de ser viable, será el de la afección que lleva el riesgo de cronicidad.

Cuando no es posible tratar en forma definitiva la afección de base, se deben tratar los empujes en forma precoz para evitar daños mayores y la insuficiencia respiratoria.

Tratar las infecciones precozmente. A estos pacientes los debemos tratar con antibióticos desde el inicio de cada empuje infeccioso debido a que su aparato respiratorio se defiende mal de la infección.

Fisioterapia respiratoria. Es fundamental para mantener libre de secreciones el árbol bronquial.

Evitar la contaminación ambiental. En el domicilio: humo de cigarrillo, gases de hidrocarburos (estufas o cocinas), humo de leña, aerosoles, talcos, desodorantes, etc.

Inmunizaciones. Especialmente en los niños con inmunodepresión, tener presentes las vacunas antigripales y antineumocócica.

COLERA