

Bronquitis obstructiva recidivante del lactante. Estudio clínico, de laboratorio y tratamiento

DRES.: CARLOS CASAR*, ELIANA CERUTI y ARMANDO DIAZ*.

La bronquitis obstructiva recidivante del lactante es una alteración propia del menor de dos años, de carácter recidivante, iniciada en el primer semestre de la vida, desencadenada habitualmente por infecciones respiratorias o cambios climáticos y que consiste en un cuadro inflamatorio bronquiolar con rápida acumulación de secreciones (1, 2, 3).

Este síndrome fue designado clásicamente como "bronquitis asmátiforme" o "espástica", a pesar que en la mayoría de los casos no se puede demostrar una relación con el asma ni predomina el espasmo bronquial como lo demuestra la escasa respuesta a los broncodilatadores.

Siendo este cuadro uno de los motivos de consulta más frecuentes en el policlínico de broncopulmonares y una patología común en pediatría general, tratamos en el presente trabajo de investigar posibles etiologías y su respuesta a algunos de los tratamientos planteados.

MATERIAL Y MÉTODO. Se estudiaron 104 pacientes que ingresaron a control en el policlínico de enfermedades respiratorias del Hospital Roberto del Río con menos de 2 años de edad. El 80% de ellos ingresó antes de 1 año de edad, con historia sugerente de bronquitis obstructiva recidivante.

En todos los enfermos se investigaron los antecedentes clínicos: edad de comienzo, sintomatología, antecedentes mórbidos, antecedentes alérgicos personales y familiares, estado nutritivo y examen físico. El estudio de laboratorio comprendió: radiografía de tórax, estudio radiológico de esófago y estómago con técnica de reflujo, PPD,

hemograma, velocidad de sedimentación, pruebas cutáneas de alergia a leche y huevo. En 13 enfermos se efectuó además manometría y acidimetría esofágica y en 15 enfermos, con sintomatología e historia muy evidentes de alergia, se hizo pruebas cutáneas a alérgenos inhalantes, pese a su corta edad.

Dependiendo de los hallazgos clínicos y de laboratorio se decidió el tratamiento a seguir.

RESULTADOS. El 78% de los niños estudiados fueron del sexo masculino (Tabla Nº 1).

TABLA Nº 1

DISTRIBUCION POR SEXO DE 104 NIÑOS CON BRONQUITIS OBSTRUCTIVA RECIDIVANTE DEL LACTANTE

Masculino	81 pacientes (78%)
Femenino	23 pacientes (22%)
T o t a l	104 pacientes (100%)

En la mitad de los niños la enfermedad comenzó antes de los 3 meses de edad, coincidiendo la mediana con el promedio que fue de 3,2 meses con un rango que varió de 0 a 12 meses.

Estos enfermos estuvieron en promedio 7,7 meses bajo control de especialista con un rango de 3 a 20 meses.

El 61% de los enfermos quedaba totalmente asintomático entre las crisis agudas, mientras que el 39% restante sólo presentaba remisiones parciales, permaneciendo siempre con síntomas.

Un hecho importante de destacar es que un

* Laboratorio Cardiorespiratorio, Hospital Roberto del Río. Departamento de Pediatría, Area Norte. Escuela de Medicina, U. de Chile.

tercio de los enfermos estudiados requirió hospitalización por reagudización de su sintomatología, incluso hubo un paciente que requirió ocho hospitalizaciones.

Entre los antecedentes mórbidos se encontró un 10,5% de lactantes vomitadores y en un 27% la madre relataba la presencia de un cuadro alérgico, siendo la forma más frecuente el prurigo. Aproximadamente la mitad de los niños (53%) tenían antecedentes familiares, de alergia, llamando la atención la frecuencia del asma bronquial (32%).

En la mayoría de los niños el estado nutritivo fue normal, encontrándose sólo un 4,7% de desnutridos de 1er. grado y un 9% de obesos. Los signos clínicos que se encontraron más frecuentemente fueron: estridor respiratorio, aspiración prolongada, hipersonoridad a la percusión, sibilancias, roncos y estertores bronquiales bilaterales a la auscultación.

El estudio radiológico de tórax fue normal en la mayoría de los enfermos (77%), encontrándose imágenes de tipo intersticial en 9,5% y otras alteraciones en pequeño porcentaje (Tabla Nº 2).

TABLA Nº 2

ESTUDIO RADIOLOGICO DE TORAX EN 85 BRONQUITIS OBSTRUCTIVAS RECIDIVANTE DEL LACTANTE

	Nº pacient.	%
Radiografía de tórax normal	66	77
Imágenes de tipo intersticial	8	9,5
Atelectasia	3	3,5
Engrosamiento pleural	3	3,5
Persistencia de timo	3	3,5
Relajación diafragmática	1	

Del total de 104 niños estudiados, en 58 de ellos fue posible hacer estudio radiológico de esófago y estómago con técnica para la investigación de reflujo gastroesofágico (4). En 26 de estos niños (45%) se encontró la presencia de un reflujo gastroesofágico abundante y repetido, que aparece con el niño en decúbito dorsal en forma espontánea; solamente en 2 niños se observaron otras alteraciones (Tabla Nº 3).

En trece de los pacientes en los que no se encontró reflujo gastroesofágico por el método radiológico se insistió con el estudio de la manometría esofágica que demostró alteraciones manométricas características de insuficiencia hiatal en 9 de los 13 enfermos estudiados (5).

TABLA Nº 3

ESTUDIO RADIOLOGICO DE ESOFAGO Y ESTOMAGO EN 58 NIÑOS CON BRONQUITIS OBSTRUCTIVA RECIDIVANTE DEL LACTANTE

	Nº pacient.	%
Estudio radiológico normal	30	52
Reflujo gastroesofágico	26	45
Anillo vascular	1	
Alteraciones de deglución	1	

Las pruebas cutáneas intradérmicas de alergia a la leche de vaca fueron positivas sólo en 3 de los enfermos estudiados.

Solamente en 5 de los 15 niños con antecedentes y cuadro clínico sugerente de asma bronquial en los que se hizo prueba intradérmica de alérgenos inhalantes ésta fue positiva. Con estos antecedentes se plantearon diversos tratamientos que sólo fueron seguidos por 81 pacientes, es decir el 78%. Los 62 pacientes en los que no se encontró una etiología a la que pudiera atribuirse la bronquitis obstructiva, se trataron con vacuna bacteriana (2-3). En la Tabla Nº 4 se ilustran los resultados. Estos se catalogaron de buenos cuando la sintomatología obstructiva había desaparecido totalmente o bien se había atenuado significativamente durante el tiempo de control. Se observó que cuando el tratamiento se prolongaba por un período superior a cuatro meses los resultados obtenidos eran satisfactorios en el 81% de los enfermos.

TABLA Nº 4

TRATAMIENTO CON STOCK VACUNA BACTERIANA EN BRONQUITIS OBSTRUCTIVA RECIDIVANTE DEL LACTANTE

Duración del tratamiento	Nº pacient.	Buen result.	Mal result.
Más de 4 meses	48	39(81%)	9(19%)
Menos de 4 meses	14	5(36%)	9(64%)

En los 35 enfermos en que demostró reflujo gastroesofágico se indicó tratamiento postural (posición erecta) y espesamiento de la alimentación. Estas medidas fueron cumplidas en forma adecuada sólo en 11 de ellos, observándose desaparición total de la sintomatología obstructiva en 9.

En los 3 niños en los que la prueba cutánea a la leche de vaca era positiva se suspendió este

alimento, desapareciendo los síntomas respiratorios en 2 de ellos durante un período de observación de 8 meses. En el tercero la sintomatología sólo cedió al operar el labio leporino del que era portador.

Finalmente en los pacientes que tenían pruebas cutáneas positivas a alérgenos inhalantes, se hizo tratamiento desensibilizante con buen resultado en todos.

DISCUSIÓN. Si bien es cierto que hasta el momento no existe una explicación etiopatogénica fundamentada de la bronquitis obstructiva recidivante del lactante y se ha relacionado con factores inmunológicos y/o genéticos actualmente en investigación (2, 6, 7), se demuestra que un estudio más detallado de los enfermos permite dilucidar o por lo menos orientar la etiología en un grupo importante de ellos, aproximadamente 40%.

Creemos que el 60% de enfermos en los que no pudimos precisar la etiología, un porcentaje no despreciable de ellos va a presentar en el futuro un asma bronquial típica ya que estadísticas como las de Eisen en Canadá (8) y Wettig en U.S.A. (9) han demostrado que en un 25 a 30% de los enfermos con bronquitis obstructiva en el primer año de vida presentan asma en la edad preescolar y escolar. En nuestra experiencia llamó la atención la incidencia importante de antecedentes alérgicos personales y familiares, sin embargo a esta edad la mayoría de las veces no es posible demostrar la etiología alérgica porque las reagentas, en general, no aparecen hasta el 2º o 3er. año de la vida, lo que hace difícil el diagnóstico precoz de asma bronquial. Sin embargo, y a pesar de su corta edad, en aquellos casos en los que la historia personal y familiar era muy evidente estudiamos las pruebas cutáneas de alérgenos, las que fueron positivas en un tercio de los niños en que se hicieron. En esos niños se inició tratamiento desensibilizante.

En los enfermos en los que no se demostró una etiología, la marcada influencia de las infecciones respiratorias como factor desencadenante, constituyó un elemento de juicio con bases exclusivamente empíricas para ensayar el uso de vacuna bacteriana (1, 2, 3). En este trabajo no estudiamos un grupo control porque en la literatura (2) está ya demostrado que existen diferencias significativas entre los grupos tratados y no tratados, habiéndose comprobado que dentro del grupo no tratado el 75% de los niños no presenta remisión de la sintomatología en un plazo de hasta dos años. En nuestra experiencia el resultado del tratamiento con vacuna bacteriana fue altamente satisfactorio en el 80% de los enfermos tratados por un período superior a 4 meses, evidenciándose en todos ellos desaparición de los signos

obstructivos, disminución del número de consultas y ausencia de hospitalizaciones.

Queremos hacer notar que partiendo de la premisa que si bien cierto porcentaje de estos enfermos mejoraría sin tratamiento después del 2º o 3er. año de vida, creemos que un tratamiento precoz y oportuno evitará en los primeros años los riesgos de complicación y por consiguiente de hospitalizaciones repetidas, prevendrá daños funcionales y anatómicos irreversibles del árbol bronquial que pueden llevar a una bronquitis crónica y bronquiectasias.

La alta frecuencia de este síndrome en el sexo masculino ha sido encontrada por otros autores (2) y no tiene explicación hasta el momento.

Llamó la atención el hallazgo de reflujo gastroesofágico en el 45% de los enfermos y que el porcentaje aumentara al realizar estudio manométrico del esófago (5). En el 82% de los enfermos que cumplieron en forma comprobada el tratamiento médico del reflujo gastro-esofágico desapareció la sintomatología bronquial obstructiva, lo que demostraría que el reflujo gastroesofágico es una causa importante de la bronquitis obstructiva recidivante del lactante y que por lo tanto su investigación está justificada en este tipo de enfermos (10). Por lo demás, los gastroenterólogos habían llamado la atención hace tiempo que los enfermos que sufrían de insuficiencia hiatal en una proporción importante tenían síntomas respiratorios (11, 12).

Aunque de baja frecuencia la hipersensibilidad a la leche de vaca constituye una causa bien precisada de bronquitis obstructiva, lo que se corrobora por la obtención de una mejoría total y precoz cuando se suspendió este alimento de la dieta.

En resumen podemos concluir que en un porcentaje importante de enfermos con bronquitis obstructiva recidivante es posible encontrar una causa etiológica susceptible de tratamiento diferenciado con el que se obtendrían buenos resultados. En el resto la investigación etiológica y la posibilidad de un tratamiento precoz dependerá en el futuro del perfeccionamiento de la investigación inmunológica y morfológica.

RESUMEN

Se estudian 104 niños con bronquitis obstructiva recidivante del lactante. En aproximadamente 40% de ellos es posible encontrar una causa etiológica, siendo muy importante la presencia de reflujo gastroesofágico, siguen en importancia alergia a inhalantes, alergia a leche y otras.

En aquellos que no es posible aclarar una etiología se trataron con vacuna bacteriana obteniendo buenos resultados en el 81% de los enfermos tratados por más de 4 meses.

SUMMARY

104 infants with recurrent obstructive bronchitis are studied. In about 40% of them we can find an etiological factor, mainly gastro-esophageal reflux.

In those without a clear etiology with the use of bacterial vaccines good results were obtained in around 81% after 4 months of treatment.

REFERENCIAS

- 1.— *Grupo de Estudio de Enfermedades Respiratorias.* Sociedad Chilena de Pediatría. Enfermedades bronquiales de la infancia. Rev. Chil. Ped. 41, 230, 1970.
- 2.— *Burdach R., Frez A., Barros C., Cueto L., Zapata J., Gallegos M., Silva M., Torres E. y Collihan, H.:* Bronquitis obstructiva recidivante: Análisis clínico y evaluación terapéutica del tratamiento con stock vacuna en 130 lactantes. Terceras Jornadas Anuales de Pediatría. Punta Arenas, 1971.
- 3.— *Burdach, R., Frez A.:* Enfermedad bronquial obstructiva crónica en la infancia. Rev. Chil. Pediatría, 38: 785, 1967.
- 4.— *Neira, M. Samith, S., Recabarren, M., Casar, C., Ceruti, E., Díaz, A., Danús, O. y Larrain, A.:* Investigación radiológica del reflujo gastroesofágico en la bronquitis obstructiva recidivante del lactante. XIII Congreso Internacional de Radiología. Madrid, Octubre de 1973.
- 5.— *Danús, O., Neira, M. y Larrain A.:* Estudio manométrico de esófago en el reflujo gastroesofágico del lactante. Jornadas Pediátricas del Area Norte, Hospital Roberto del Río. Santiago, Noviembre 1972.
- 6.— *Gallegos H., Rebolledo, L., Carmona, A., Burdach, R. y Sorensen, R.:* Inmunoglobulina A en lactantes con bronquitis obstructiva recidivante. Congreso del Cincuentenario. Sociedad Chilena de Pediatría. Santiago, 1973. Publicado en este mismo número de la Rev. Chilena Pediatría.
- 7.— *Sorensen, R. y Rebolledo, L.:* Enfermedades del Aparato Respiratorio vistos por el inmunólogo. Publicado en este mismo número de la Rev. Chilena de Pediatría.
- 8.— *Eisen, A., Bacol, H.:* The relation ship of acute bronchiolitis to bronchial asthma. A 4 to 14 year follow up Pediatrics 31: 859, 1963.
- 9.— *Wittig H. and Chany C.:* Bronchiolitis or Asthma? Pediat. Clin. of N. A. 16: 55, 1969.
- 10.— *Gerbeaux, J., Baculard, A., Grunberg, G., Tournier, G., et Gaultier, Cl.:* Broncho pneumopathies répétées et reflux gastro oesophagien. Ann. Pediat. 19, 575, 1972.
- 11.— *Lilly J., Randolph J.:* Hiatal hernia and gastroesophageal reflux in infants and children. J. Thor Cardio. Surg. 55, 42, 1968.
- 12.— *Lilly, J. Presti J., Randolph, J.:* Hiatal hernia in infants. South. Med. J. 60, 545, 1967.