II CONGRESO DIGITAL AEP
3, 4 Y 5 DE JUNIO DE 2021

EVOLUCIÓN TÓRPIDA DE BRONQUITIS AGUDA: ¿VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL O ALGO MÁS?

García Castellanos, MT; Fernández Romero B; Sangrós Giménez A; Úbeda Trujillo RM; Madurga Revilla P; Martín Vicente C.
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

INTRODUCCIÓN

La **bronquitis aguda** en pediatría está causada principalmente por infecciones de la vía respiratoria inferior por virus como el Virus Respiratorio Sincitial (VRS). La clínica se basa en la presencia de tos y sibilancias, asociada o no a dificultad respiratoria. Sin embargo, se ha de sospechar la existencia de complicaciones u otras causas en casos de sintomatología persistente a pesar de un tratamiento adecuado.

CASO CLÍNICO

Niño de 17 meses, con antecedente de bronquiolitis, que presenta **insuficiencia respiratoria aguda** en contexto de cuadro de fiebre y tos de 2 días de evolución. Destaca tiraje universal, taquipnea, hipoxemia grave, hipoventilación y sibilantes generalizados. En analítica inicial presenta acidosis respiratoria (ph 7,02, pCO2 108 mmHg), leucocitosis y discreta elevación de proteína C reactiva (PCR) y procalcitonina (PCT), hiperinsuflación bilateral en radiografía de tórax y detección **de VRS en aspirado nasofaríngeo.**

Ingresa en **Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos**, precisando ventilación no invasiva, nebulización continua de salbutamol y corticoide intravenoso. Al tercer día, permite retirada de soporte ventilatorio no invasivo, persistiendo las necesidades de oxigenoterapia en gafas nasales e importante dependencia al salbutamol nebulizado. Presenta mejoría respiratoria progresiva pero persisten episodios de broncoespasmo, haciéndose evidente hipoventilación más marcada de base izquierda.

Ante **evolución tórpida** se realiza test del sudor y prueba de Interferón-γ release assays (IGRAs) para tuberculosis que son negativos, así como **TAC torácico** en el que se evidencia ocupación por probable contenido mucoso de bronquio principal izquierdo (BPI) de 12 mm de longitud y atelectasia segmentaria en lóbulo inferior izquierdo *(Figura 1).* Se realiza **broncoscopia flexible** *(Figura 2 y 3*), visualizándose ocupación de entrada de BPI por estructura de aspecto nacarado, granulomas en carina y entrada de bronquio principal derecho e importante componente inflamatorio asociado. Se extrae estructura visualizada, correspondiendo a **fragmento de cacahuete.** Posteriormente presenta clara mejoría y rápida resolución del cuadro clínico.

Figura 1: TAC ocupación por probable contenido mucoso de bronquio principal izquierdo (BPI) de 12 mm de longitud y atelectasia segmentaria en lóbulo inferior izquierdo

Figura 2: Broncoscopia**.** Visión de carina con cuerpo extraño

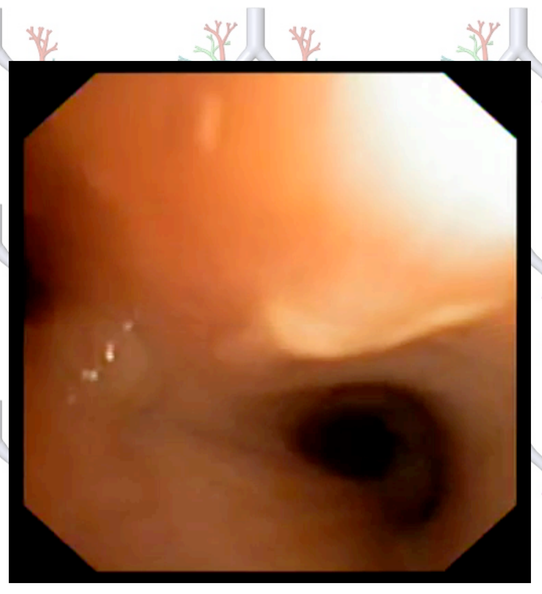

Figura 3: Broncoscopia**.** Visión de carina; granulomas

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

En la **bronquitis aguda de evolución tórpida,** es fundamental plantearse otros diagnósticos, a pesar de tener confirmación microbiológica de un virus causal. Entre ellos, la **aspiración de cuerpo extraño** es uno de los más frecuentes, sobre todo en menores de 3 años, aunque no se haya visualizado episodio asfíctico. Pese a que, por predisposición anatómica, la localización más típica a la que llega el cuerpo extraño es el bronquio derecho, la clínica izquierda no excluye esta causa. La triada clásica de tos-sibilancias-hipoventilación unilateral solo está presente en 25 % y la radiografía torácica puede ser normal. La realización de TAC torácico y broncoscopia, ayudarán al diagnóstico y tratamiento.