

TOS CON PATRÓN OBSTRUCTIVO: NO TODO ES ASMA



Autores: María Vázquez Sánchez, Ana Calabuig Adobes, Carlos Nagore González, José Javier Jaulín Pueyo, Esther Pitarch Roca, Daniel Palanca Arias, Ariadna Ayerza Casas, Lorenzo Jiménez Montañés

No existe conflicto de interés

Niña de 6 años derivada a CCEE Neumología por tos crónica casi constante “desde siempre”

● **ANAMNESIS:**

-**AP:** Embarazo, parto, alimentación, desarrollo psicomotor, dermatitis atópica, patología digestiva, respiratoria, ORL, aspiración de cuerpo extraño, etc.

-**AF:** atopia, fibrosis quística, tuberculosis, tos crónica

-**AMBIENTE:** tipo de vivienda, tabaquismo, guardería, animales, estacionalidad.

-**CARACTERÍSTICAS DE LA TOS:** ¿Cómo?, ¿cuándo?, ¿cuánto?, ¿Inicio?

● **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

- Estado general, nutrición, nariz, oídos, nasofaringe, tórax, dedos, piel

Procedente de **Mali. Llegada a España hace 6 meses.** Embarazo normal, parto eutócico a término. PRN 3000g. **Ingreso NN por distress. Vacunada BCG.**

Buen desarrollo psicomotor/ ponderoestatural.

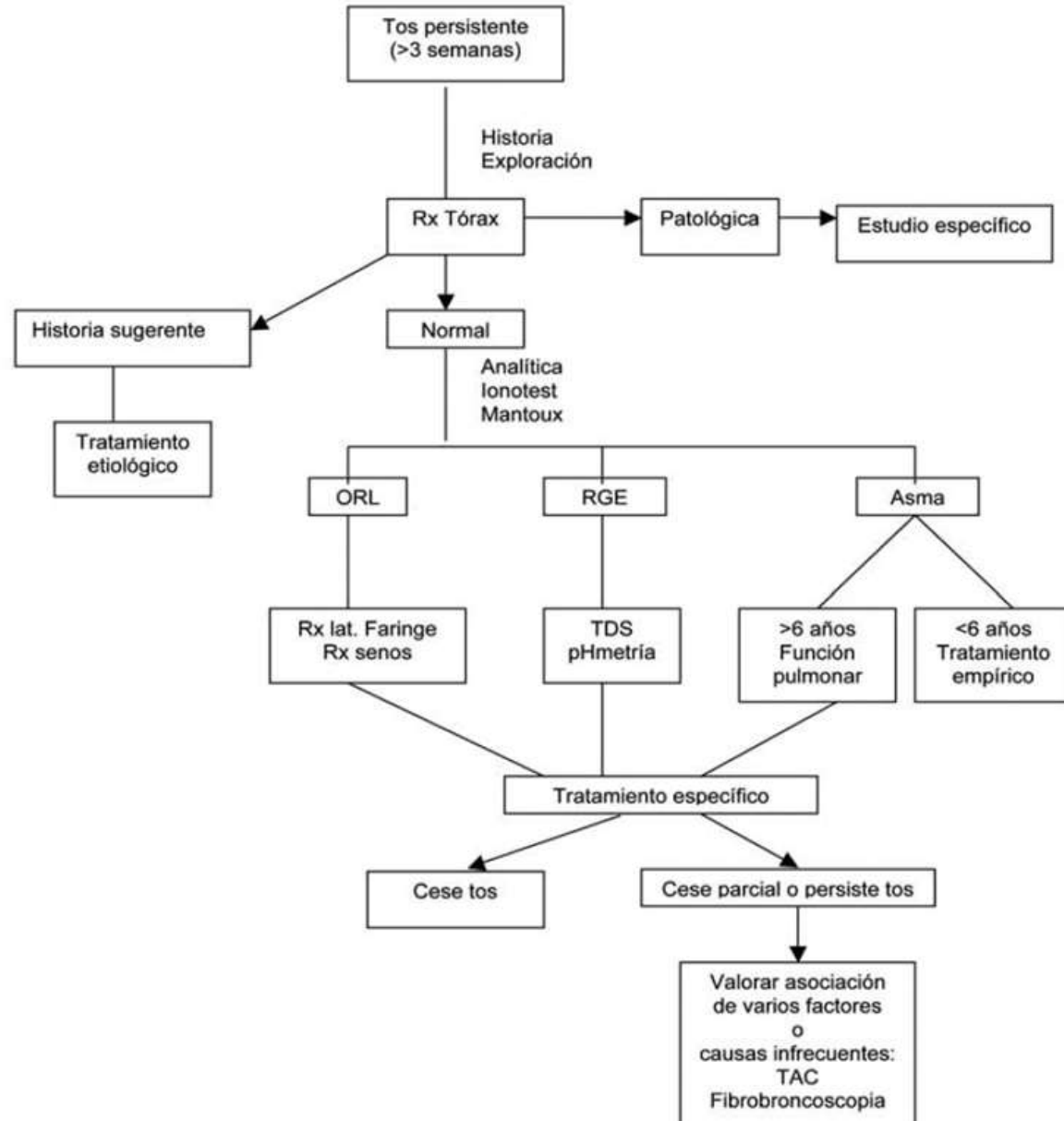
No dermatitis atópica ni alergias.

Bronquitis de repetición sin otros antecedentes de interés.

Padre TBC pulmonar hace 4 años. Madre y hermana sanas. No alergias ni atopia familiar. No fumadores en domicilio. No animales domésticos. **No estacionalidad.**

Tos frecuente “de siempre” + dificultad respiratoria + mala tolerancia ejercicio. No RCA. Tto base: **Budesonida 200mcg:** 1 puff /12h desde su llegada a España. Tto crisis: salbutamol MDI. Semana previa: Rx tórax compatible bronconeumonía. Tto: salbutamol + Amoxicilina-Clavulánico

ACP: Buena entrada de aire bilateral. Roncus dispersos. Resto normal.



FEBRERO 2020

Budesonida 200mcg: 1 puff /12h + Montelukast 5mg/24h + Amoxicilina-Clavulánico.

Rx control a las 3 semanas: Normal

AS+Test del sudor+Mantoux+Quantiferon: Normal

Buena evolución clínica
Budesonida 200mcg: 1 puff/12h + Montelukast 5mg/24h

NOVIEMBRE 2020

Fatiga al caminar. Salbutamol a diario.

Espirometría: FEV1 1.23 L (85.7%, z-score -1.06), FVC 1.55 L (96.8%, z-score -0.24), **FEV1/FVC 79%** (LIN 80%), MMEF 0.77 L/ seg (z-score -2.17).

Patrón obstructivo.
Prueba post broncodilatadora: NEGATIVA

DICIEMBRE 2020

Salbutamol ocasional por disnea. No tos nocturna



Espirometría: FEV1 1.11 L (77.3%, z-score -1.67), FVC 1.24 L (77.3%, z-score -1.72), **FEV1/FVC 90%** (LIN 80%), MMEF 1.06 L/ seg (z-score -1.56).



FEBRERO 2021

Salbutamol todos los días. Fatiga al subir las escaleras

Espirometría: FEV1 1.11 L (79.8%, z-score -1.49), FVC 1.72 L (111.1%, z-score 0.82), **FEV1/FVC 65%** (LIN 80%), MMEF 0.85 L/ seg (z-score -1.98).
morfología obstrucción fija de vía aérea

Obstrucción fija



STOP Budesonida. Inicio salmeterol + propionato de fluticasona 25/125mcg: 1 puff/12h Montelukast 5 mg /24h Prednisona 30mg/12 h una semana (+pauta descendente)

MARZO 2021

Persistencia clínica a pesar de tto



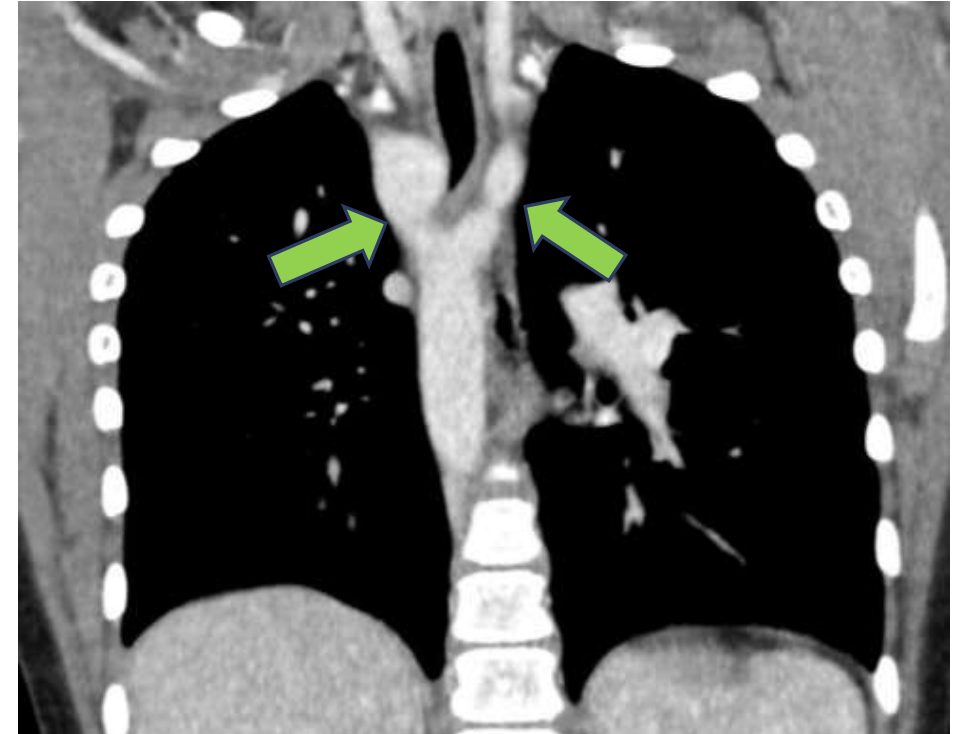
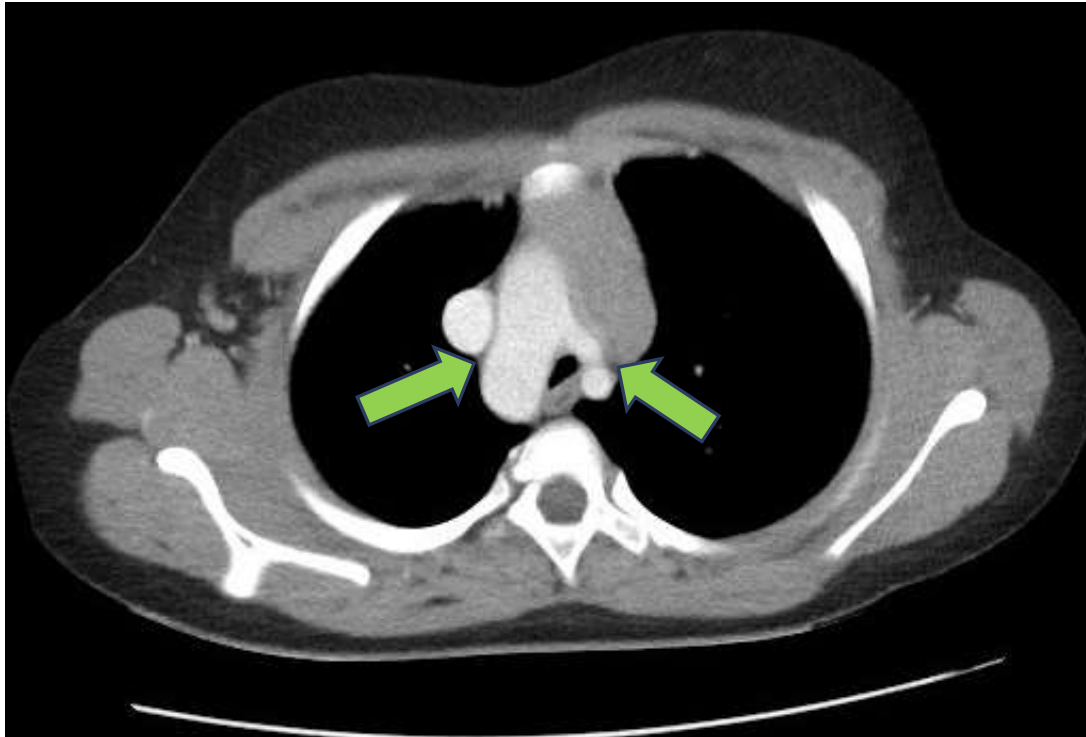
Espirometría: FEV1 0.99 L (66.6%, z-score -2.44), FVC 1.3 L (78.1%, z-score -1.66), **FEV1/FVC 76%** (LIN 80%), MMEF 0.91 L/ seg (z-score -1.94). **morfología obstrucción fija de vía aérea**



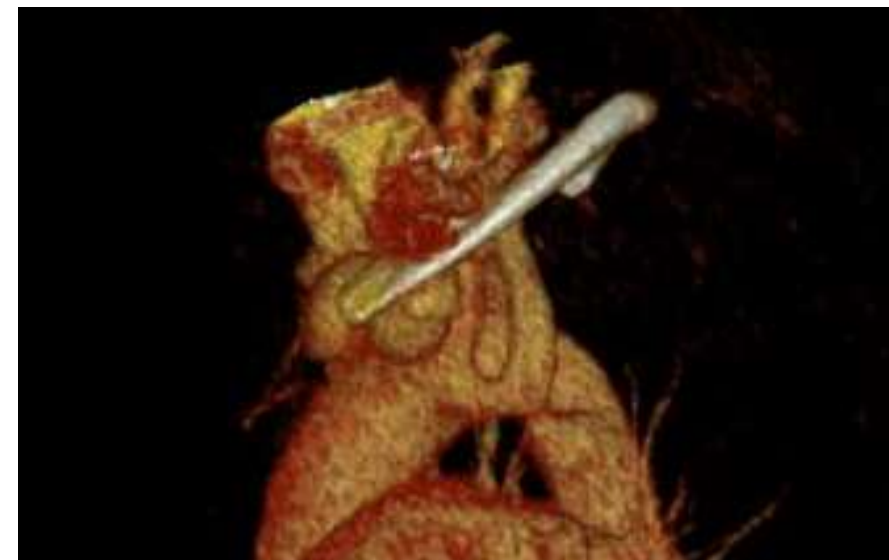
SE SOLICITA TAC PULMONAR



MAYO 2021



- ANILLO VASCULAR SECUNDARIO A DOBLE ARCO AÓRTICO CON DOMINANCIA DERECHA
- ESTENOSIS SECUNDARIA TRAQUEAL Y ESOFÁGICA



- INTERCONSULTA CARDIOLOGÍA

- ECOCARDIOGRAFÍA:

Arco aórtico derecho dominante, con dos troncos suprarraorticos, aorta ascendente de 15 mm y flujo normal. Arco aórtico izquierdo, de menor calibre, del que salen dos troncos supraaórticos, que mide 5 mm tras la salida del primer tronco supraaórtico y se ve como se estenosa tras la salida del segundo tronco, no se observa continuidad de flujo con aorta descendente.

OCTUBRE 2021

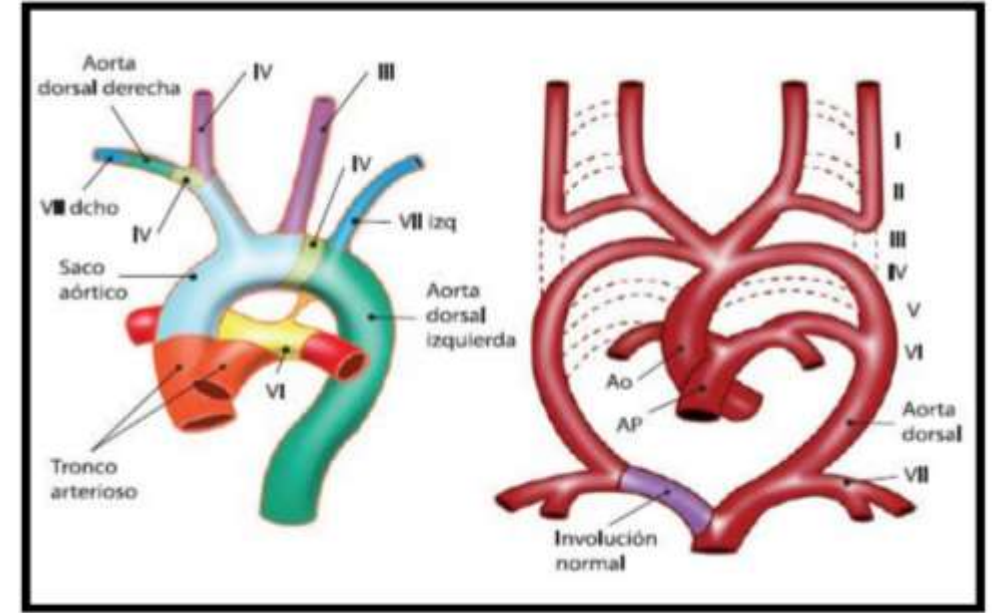


- **TRÁQUEA CON MORFOLOGÍA OVALADA Y DISMINUCIÓN DE CALIBRE EN TERCIO DISTAL**
 - **ÁRBOL BRONQUIAL DERECHO E IZQUIERDO DE ASPECTO NORMAL**

CIRUGÍA CARDIACA: Ligadura y sección de arco aórtico izquierdo y ligamento arterioso izquierdo

ANILLOS VASCULARES

- ▶ Anomalías estructurales del arco aórtico y/o troncos supra-aórticos
- ▶ Aislado o asociado a otras anomalías (Fallot, CoA, Catch 22q11)
- ▶ Etapa embrionaria: 6 arcos aórticos primitivos: prevalece el IV arco izquierdo (cayado aórtico)



COMPRESIÓN TRAQUEAL

- ▶ Asintomáticos: no tratar
- ▶ Sintomáticos: cirugía

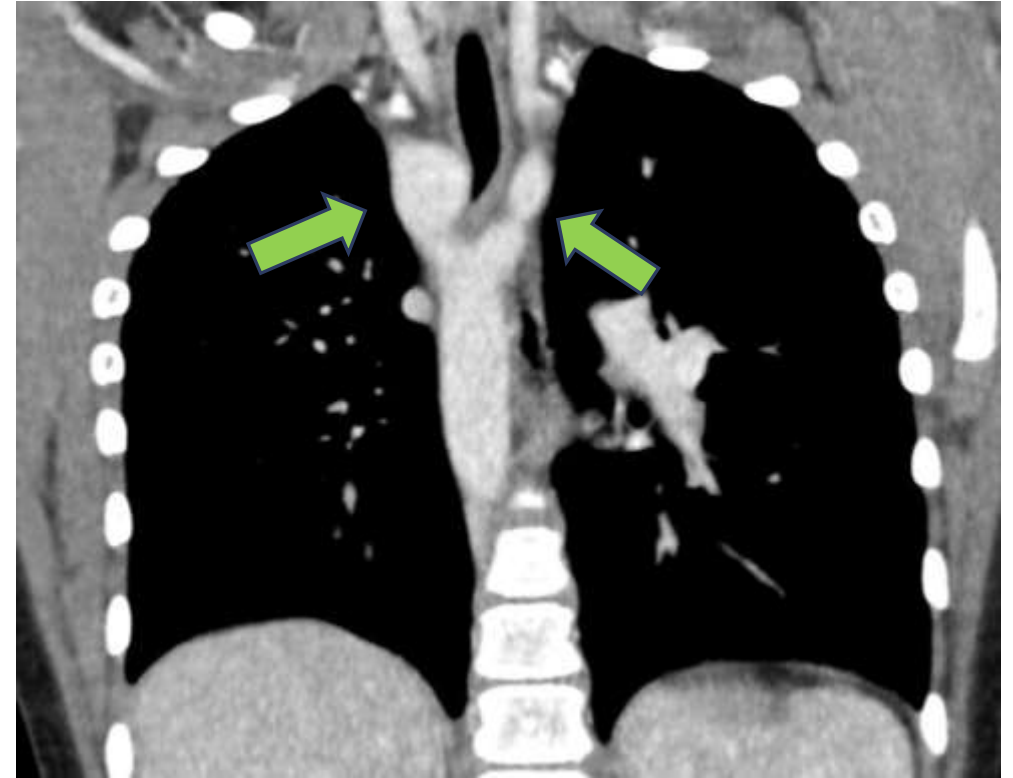
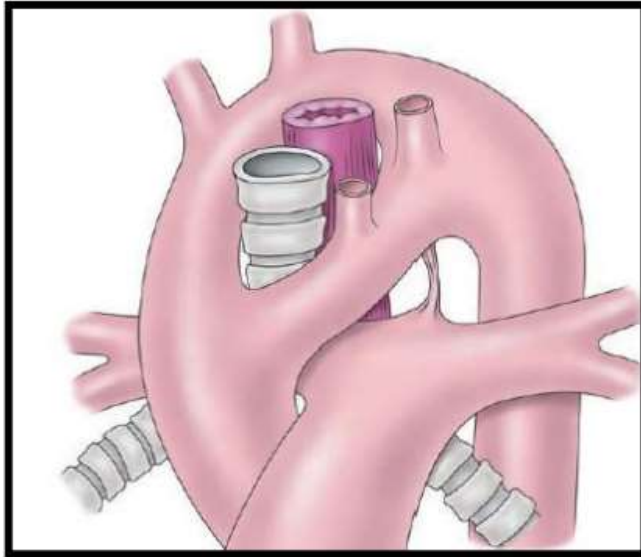
COMPRESIÓN ESOFÁGICA

- ▶ Asintomáticos: no tratar
- ▶ Sintomáticos leves: actitud expectante
- ▶ Sintomáticos graves: cirugía

**Sección quirúrgica del anillo vascular + reimplantación
+ liberación estructuras afectadas**

DOBLE ARCO AÓRTICO

- ▷ **Aorta ascendente se bifurca en dos cayados aórticos**
- ▷ Ambos arcos de tamaño similar o uno hipoplásico
- ▷ Compresión traqueo-esofágica



PARA LLEVAR A CASA...

1. Las anomalías congénitas son causa no rara de dificultad respiratoria en <1 año (anillos vasculares, quistes broncogénicos, fístulas traqueoesofágicas)
2. Los anillos vasculares sintomáticos suelen detectarse en época prenatal o en los primeros meses de vida.
3. A pesar de ello, la mayoría de los anillos vasculares cursan de forma asintomática y se tratan de un hallazgo casual.
4. En la práctica clínica hemos de sospechar las patologías más frecuentes. Sin embargo, ante mala evolución clínica, es preciso revisar si el tratamiento es el adecuado, si la técnica en este caso es la correcta y ampliar el estudio diagnóstico si es necesario.
5. No se sospecha lo que no se conoce.

1. L. Jiménez Montañés, Dra. M. López Ramón, Dra. A. Ayerza Casas, Dr. D. Palanca Arias. Anillos vasculares. Protocolo Salud Aragón. 2019.
2. Dillman J. Common and uncommon vascular rings and slings: a multimodality review. Pediatr Radiology, 2011.
3. Urgellés Fajardo E, Barrio Gómez de Agüero MI, Martínez Carrasco MC, Antelo Landeira MC. Tos persistente. Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neumología. 2008.
4. Sánchez A. Anillos vasculares y slings. En: Capítulo 33, Manual de la Sociedad Española de Cardiología Pediátrica y Cardiopatías Congénitas. http://video.grupocto.es/videospecialidades/TratadoCpediatrica/CARDIOLOGIA_PE DIATRICA_Vol_II.pdf