



DOI: 10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.261-268

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/847>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 261-268







Bronquitis bacteriana prolongada en niños

Long-term bacterial bronchitis in children

Bronquite bacteriana prolongada em crianças

Andy Jonathan Macias Miranda¹; Angelica Viviana Torres Lara²; Alicia Dalila Barros Lozada³; Yaritza Maricela Sanchez Acosta⁴

RECIBIDO: 20/02/2022 **ACEPTADO:** 10/04/2022 **PUBLICADO:** 30/05/2022

1. Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; dr.andymacias@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9706-3830>
2. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; vivitatorreslara@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-9240-0751>
3. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; abarroslozada@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-6743-8136>
4. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; yaricela2009@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-4010-8625>

CORRESPONDENCIA

Andy Jonathan Macias Miranda
dr.andymacias@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La bronquitis bacteriana persistente es una infección respiratoria, que genera una tos con una evolución persistente, la cual requiere un diagnóstico preciso que evite complicaciones. La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Bronquitis bacteriana prolongada en niños. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis. La bronquitis bacteriana persistente es una patología muy común en niños que inicia cuando se produce una tos diaria y persiste más de 3 semanas, su diagnóstico es más certero, si como sintomatología, solo se presenta tos húmeda crónica y que no se encuentren otros hallazgos clínicos y radiológicos, que puedan dar indicios de otro. Las enfermedades de vías respiratorias son muy variadas y tienden a confundir los diagnósticos en algunos casos, es por ello que los diagnósticos diferenciales deben ser adecuados para un tratamiento individualizado. En cuanto al diagnóstico, lo primero es la exploración física, que puede ser ayudada por otros exámenes complementarios como radiografías o TAC, espirometrías, entre otros. En cuanto al tratamiento se aplica la antibioticoterapia con amoxicilina ácido clavulánico, por al menos 2 semanas, que en líneas generales resuelven cuadro clínico, sin embargo, existe la posibilidad de recaídas y aumentos en la prolongación del antibiótico, junto con otros medicamentos como corticoides, que, de no resolver el cuadro, indicaría otra patología.

Palabras clave: Bronquitis, Exploración, Antibiótico, Tos, Niño.

ABSTRACT

Persistent bacterial bronchitis is a respiratory infection that generates a cough with a persistent evolution, which requires an accurate diagnosis to avoid complications. The methodology used for this research work is part of a bibliographic review of documentary type, since we are going to deal with issues raised at a theoretical level such as prolonged bacterial bronchitis in children. The technique for data collection is made up of electronic materials, the latter such as Google Scholar, PubMed, among others, relying on the use of descriptors in health sciences or MESH terminology. The information obtained here will be reviewed for further analysis. Persistent bacterial bronchitis is a very common pathology in children that begins when a daily cough occurs and persists for more than 3 weeks. Its diagnosis is more accurate if, as symptoms, only chronic wet cough is present and no other clinical findings are found. and radiological, which may give indications of another. Respiratory tract diseases are very varied and tend to confuse diagnoses in some cases, which is why differential diagnoses must be adequate for individualized treatment. As for the diagnosis, the first thing is the physical examination, which can be helped by other complementary tests such as X-rays or CT, spirometry, among others. Regarding treatment, antibiotic therapy with amoxicillin clavulanic acid is applied for at least 2 weeks, which generally resolves the clinical picture, however, there is the possibility of relapses and increases in the duration of the antibiotic, along with other medications such as corticosteroids, which, if the picture does not resolve, would indicate another pathology.

Keywords: Bronchitis, Examination, Antibiotic, Cough, Child.

RESUMO

A bronquite bacteriana persistente é uma infecção respiratória que gera uma tosse com uma evolução persistente, o que requer um diagnóstico preciso para evitar complicações. A metodologia utilizada para este trabalho de investigação faz parte de uma revisão bibliográfica de tipo documental, uma vez que vamos tratar de questões levantadas a um nível teórico, como a bronquite bacteriana prolongada em crianças. A técnica de recolha de dados é constituída por materiais electrónicos, estes últimos como o Google Scholar, PubMed, entre outros, apoiando-se na utilização de descritores em ciências da saúde ou terminologia MESH. A informação aqui obtida será revista para uma análise mais aprofundada. A bronquite bacteriana persistente é uma patologia muito comum nas crianças que começa quando ocorre uma tosse diária e persiste durante mais de 3 semanas. O seu diagnóstico é mais preciso se, como sintomas, apenas a tosse húmida crónica estiver presente e nenhum outro achado clínico for encontrado. e radiológico, o que pode dar indicações de outro. As doenças do tracto respiratório são muito variadas e tendem a confundir os diagnósticos em alguns casos, razão pela qual os diagnósticos diferenciais devem ser adequados para um tratamento individualizado. Quanto ao diagnóstico, a primeira coisa é o exame físico, que pode ser ajudado por outros testes complementares, tais como raios-X ou TAC, espirometria, entre outros. Quanto ao tratamento, a antibioticoterapia com ácido amoxicilina clavulânico é aplicada durante pelo menos 2 semanas, o que geralmente resolve o quadro clínico, no entanto, existe a possibilidade de recaídas e aumentos na duração do antibiótico, juntamente com outros medicamentos, tais como corticosteróides, que, se o quadro não resolver, indicariam outra patologia.

Palavras-chave: Bronquite, Exame, Antibiótico, Tosse, Criança.

Introducción

La bronquiolitis es un síndrome clínico que ocurre en niños menores de 2 años y que se caracteriza por síntomas de vía aérea superior (rinorrea, etc.), seguidos de infección respiratoria baja con inflamación, que resulta en sibilancias y/o crepitantes. Ocurre típicamente en infecciones virales (ya sea primoinfección o reinfección) (Sanz, 2016).

Según la OMS (Organización Mundial de Salud) considera que el primordial virus que ocasiona la bronquiolitis es el virus respiratorio sincitial ya que tiene un papel muy importante con predominio en muertes de casi cuatro millones de niños a cada año (Guerrero Loyaga, 2018).

En algunas series que incluyen pacientes hospitalizados se ha estimado que la bronquitis bacteriana persistente (BBP) podría ser la causa más frecuente (hasta el 40%) de tos crónica en niños preescolares. Aunque su descripción como entidad clínica es reciente (2006), se describen cuadros similares desde hace décadas etiquetados como «bronquitis crónica de la infancia». Es una enfermedad poco reconocida en nuestro medio, previamente no incluida en el diagnóstico diferencial de tos crónica, ya sea por infra diagnóstico, insuficiente tratamiento o menor incidencia real en atención primaria de la descrita (Fernández Ventureira & García Vera, 2020).

Se admiten cuatro definiciones según los criterios utilizados:

1. Definición microbiológica

- Tos húmeda crónica (duración superior a 4 semanas)
- Infección en vías respiratorias bajas (demostrando crecimiento bacteriano $>10^4$ UFC en algunas series se considera $>10^5$ de un germen en esputo o muestra recogida mediante lavado bronquial)
- Resolución de la tos tras un ciclo de tratamiento antibiótico de 2 semanas de du-

ración (habitualmente amoxicilina-clavulánico)

2. Definición clínica

- Tos húmeda crónica (duración superior a 4 semanas)
- Ausencia de signos y síntomas, que orienten a otras causas de tos húmeda crónica
- Resolución de la tos tras un ciclo de tratamiento antibiótico de 2 semanas de duración (habitualmente amoxicilina-clavulánico)

3. BBP-extendida: supuestos 1 o 2 pero que precisan para su resolución tratamiento antibiótico durante 4 semanas

4. BBP recurrente, si se producen más de 3 procesos al año (Albañil Ballesteros et al., n.d.).

Los principales agentes responsables encontrados en los diversos estudios realizados mediante cultivos de LBA son *Haemophilus influenzae* no tipable, cepas de *Streptococcus pneumoniae* generalmente no contenidas en las vacunas conjugadas y *Moraxella catarrhalis*, con detección de dos patógenos hasta en la mitad de los cultivos. También se han detectado virus mediante reacción en cadena de la polimerasa (PCR) hasta en un 38% de las muestras de LBA analizadas, siendo el más frecuente el adenovirus (Monge et al., 2017).

El aparente reciente aumento en su prevalencia se debe a mayor identificación y a la reticencia actual para prescribir antibióticos para las infecciones respiratorias en pediatría. Pero también es posible que esto sea una consecuencia inesperada de vacunas diseñadas para prevenir infecciones graves e invasivas, tales como las vacunas neumocócicas conjugada y para Hib, permitiendo la colonización por agentes menos agresivos como el *Haemophilus* no tipificable y estreptococos no incluidos en la vacuna (Craven & Everard, 2015).

Metodología

La metodología utilizada para el presente trabajo de investigación, se enmarca dentro de una revisión bibliográfica de tipo documental, ya que nos vamos a ocupar de temas planteados a nivel teórico como es Bronquitis bacteriana prolongada en niños. La técnica para la recolección de datos está constituida por materiales electrónicos, estos últimos como Google Académico, PubMed, entre otros, apoyándose para ello en el uso de descriptores en ciencias de la salud o terminología MESH. La información aquí obtenida será revisada para su posterior análisis.

Resultados

Evaluación del niño con tos

- Tos aguda: En la mayoría de niños se debe a IRVA que habitualmente se resuelven de manera espontánea. Los niños preescolares pueden tener al año hasta 8-10 episodios de IRVA, por lo que en ocasiones la tos puede prolongarse más de 2 semanas. Los niños con tos aguda no suelen requerir la realización de ninguna exploración complementaria, ya que su curso suele ser autolimitado. Estaría indicada la realización de una radiografía de tórax en caso de sospecha clínica de neumonía, datos sugestivos de un trastorno respiratorio crónico, hemoptisis y tos de inicio brusco o tras un episodio de atragantamiento que nos haga sospechar una aspiración de cuerpo extraño. El tratamiento de las IRVA requiere antitérmicos, hidratación adecuada y aspiración de las secreciones. No existe ninguna evidencia frente a placebo de la utilidad de jarabes antitusivos, antihistamínicos y/o combinaciones de ambos, teniendo, además efectos adversos potencialmente muy graves, por lo que no se deben emplear (Lamas et al., 2014).
- Tos subaguda: Entre la tos aguda y la crónica existe un período gris que se conoce como tos subaguda. Las guías Americana y Australiana - Neozelandesa la definen como una tos que dura 4 semanas y la guía británica establece el límite en 8 semanas. En la mayoría de los casos se debe a IRVA o a infecciones bacterianas que se alargan en el tiempo o se solapan unas con otras. La actitud recomendada es observación, y si la tos se prolonga más de 4 semanas, realizar una radiografía de tórax; si esta es normal, debe hacerse un seguimiento del niño durante 6-8 semanas. Si la tos no remite, se considera que, por duración, es una tos crónica, por lo que se deben iniciar las pautas diagnósticas y terapéuticas de la misma.
- Tos crónica: La tos crónica en el niño es la que dura más allá de 4 semanas, de acuerdo con las guías Americana y Australiana-Neozelandesa, o más de 8 semanas, de acuerdo con la guía Británica. Las causas de tos crónica en el niño varían en función de la edad. Desde el punto de vista etiológico, la tos crónica en el niño puede clasificarse en 3 grupos:
 1. Tos normal o esperada: se conoce la causa y, por lo tanto, la tos se considera esperada, no requiere estudios específicos.
 2. Tos específica: es aquella en la que existen síntomas y signos que sugieren un diagnóstico específico al que se ha llegado tras un estudio exhaustivo. En este grupo entran los diagnósticos de asma, bronquiectasias (BQ), fibrosis quística (FQ), aspiración de cuerpo extraño, síndromes aspirativos, infecciones respiratorias atípicas, anomalías cardíacas y patología intersticial pulmonar, entre otras.
 3. Tos inespecífica: engloba cuadros que cursan con tos, predominantemente seca y como síntoma aislado, en ausencia de signos o síntomas

que sugieran patología en un niño que se encuentra bien y en el que las exploraciones complementarias (al menos espirometría, si es factible, y radiografía de tórax) son normales (Lamas et al., 2014).

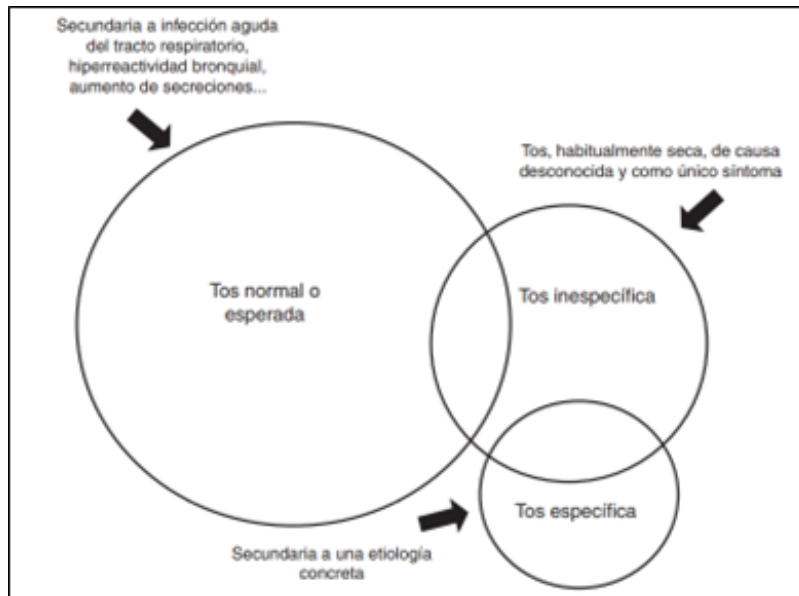


Figura 1. Clasificación de la tos crónica según su etiología.

Fuente: (Lamas et al., 2014).

Diagnóstico

Cuando estemos ante un niño con tos crónica, nuestra aproximación diagnóstica inicial debe basarse en si el diagnóstico es fácil de realizar con la anamnesis y la exploración física, o es necesario realizar más pruebas diagnósticas en búsqueda de elementos específicos, y si además existe tratamiento eficaz disponible para esas condiciones o solo debemos esperar, ver y reevaluar en un tiempo prudencial (de Valbuena et al., 2012).

Tabla 1. Diagnóstico.

<p>Exploración física</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Peso y talla. Estado general y nutrición. – Nariz (hipertrofia de cornetes, pólipos, respiración bucal). – Oídos (cuerpo extraño en conducto auditivo, otitis serosa). – Nasofaringe (tamaño amigdalal, moco en cavum). – Tórax: auscultación cardiopulmonar, configuración. – Dedos (acropaquias). – Piel (dermatitis).
<p>Exámenes diagnósticos</p>	<p>Pruebas de laboratorio La indicación va a depender de la historia clínica. Se valorará la realización de hemograma, bioquímica, inmunoglobulinas, alfa 1 antitripsina y serologías.</p> <p>Pruebas cutáneas</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mantoux. – Iontest (realizar siempre en caso de tos de etiología no aclarada). – Pricks cutáneos (según anamnesis): las pruebas alérgicas (prick test o RAST específico) pueden ser útiles para determinar si un niño es atópico y con mayor probabilidad la tos se relacione con asma o patología



	<p>alérgica.</p> <p>Estudio microbiológico</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cultivo de esputo: se debe intentar observar la tos y si el niño expectora recoger una muestra de esputo para análisis microbiológico y para estudio citológico-inflamatorio. – Frotis faríngeo profundo para cultivo de Bordetella pertusis. – Aspirado nasal para estudio de virus respiratorios. <p>Estudios radiológicos Está indicado realizar una radiografía de tórax de forma sistemática en todo niño con tos crónica. Una radiografía normal no siempre excluye patología importante como bronquiectasias y pruebas más específicas serán necesarias tales como TAC de alta resolución.</p> <p>Función pulmonar La espirometría se puede realizar en todos los niños mayores de 6 años y en aquellos de entre 3 y 4 años, con el adecuado entrenamiento. Una prueba broncodilatadora positiva demuestra obstrucción reversible de la vía aérea y sugiere el diagnóstico de asma. Cuando la espirometría es normal, se necesitan más pruebas para llegar al diagnóstico.</p> <p>Función pulmonar La espirometría se puede realizar en todos los niños mayores de 6 años y en aquellos de entre 3 y 4 años, con el adecuado entrenamiento. Una prueba broncodilatadora positiva demuestra obstrucción reversible de la vía aérea y sugiere el diagnóstico de asma. Cuando la espirometría es normal, se necesitan más pruebas para llegar al diagnóstico.</p>
--	---

Fuente: (de Valbuena et al., 2012). Modificado por: El Autor.

Tratamiento

La tos es un síntoma y no una enfermedad por lo que nuestro objetivo fundamental es identificar su causa para tratarla.

Tabla 2. Tratamiento.

Foco ORL	El tratamiento de la sinusitis incluye antibióticos que abarquen los gérmenes más habituales entre 2-3 semanas En la rinitis persistente, hipertrofia de cornetes y pólipos se aconsejan corticoides nasales.
Tos equivalente asmática	El tratamiento es igual que en el caso del asma, evitando si es posible los factores precipitantes, administrando corticoides inhalados y de forma ocasional broncodilatadores, puede mantenerse hasta que desaparece la sintomatología, en general 6-8 semanas. Ocasionalmente se puede recurrir a un ciclo de corticoides orales.
Postinfecciosa	Tratamiento etiológico en los casos posibles, valorar la respuesta a la administración de broncodilatadores y/o corticoides inhalados u orales en casos seleccionados
Psicógena	Factores ambientales: Evitar el tabaquismo pasivo y activo en adolescentes Sintomático con antitusígenos: Se plantea pocas veces en las formas persistentes ya que en general se encuentra la causa desencadenante. Los más utilizados son el dexametorfano y la codeína en mayores de 5 años

Fuente: (Fajardo et al., 2008). Modificado por: El Autor.

Bronquitis bacteriana prolongada, se recomienda antibioterapia empírica con amoxicilina-ácido clavulánico durante mínimo 2 semanas, que pueden prolongarse hasta 4-6 semanas en algunos niños. Como alternativas se proponen cefalosporinas, trimetoprim sulfametoxazol o macrólidos. La respuesta al tratamiento es muy buena y debe considerarse como confirmación diagnóstica. Sin embargo, las recaídas son frecuentes (hasta en un 25%) y pueden requerir varios ciclos antibióticos. La mala respuesta o la recurrencia de episodios obligarían a descartar otros procesos. Se han encontrado similitudes entre la BBP, la enfermedad supurativa bronquial y las bronquiectasias, orientándose como diferentes estadios de un mismo proceso evolutivo (Fernández Ventureira & García Vera, 2020).

En un estudio aleatorizado doble ciego controlado con placebo en el que se administró a 25 niños 22,5 mg/kg de amoxicilina ácido clavulánico dos veces al día y placebo a otros 25 niños, se obtuvo una resolución de la tos en el 48% de los niños del grupo de tratamiento frente al 16% del grupo que recibió placebo. Sin embargo, el seguimiento de estos pacientes finalizó a los 28 días, con lo que no se conocen los datos de posibles recurrencias con esta pauta de tratamiento. Por lo tanto, aunque 2 semanas de tratamiento pueden ser suficientes para el tratamiento de la BBP, algunos niños necesitarán recibir tratamiento antibiótico durante 4 semanas para conseguir la resolución de los síntomas. Otras alternativas, dependiendo de los patrones de sensibilidad locales, pueden ser las cefalosporinas orales, el trimetoprim sulfametoxazol y los macrólidos en los casos de hipersensibilidad inmediata a la penicilina. La fisioterapia respiratoria podría ser beneficiosa en el manejo de la BBP, tal y como queda reflejado en las recomendaciones de la British Thoracic Society; sin embargo, aún no se han realizado estudios que soporten esta indicación.

Conclusión

La bronquitis bacteriana persistente es una patología muy común en niños que inicia cuando se produce una tos diaria y persiste más de 3 semanas, su diagnóstico es más certero, si como sintomatología, solo se presenta tos húmeda crónica y que no se encuentren otros hallazgos clínicos y radiológicos, que puedan dar indicios de otro. Las enfermedades de vías respiratorias son muy variadas y tienden a confundir los diagnósticos en algunos casos, es por ello que los diagnósticos diferenciales deben ser adecuados para un tratamiento individualizado. En cuanto al diagnóstico, lo primero es la exploración física, que puede ser ayudada por otros exámenes complementarios como radiografías o TAC, espirometrías, entre otros. En cuanto al tratamiento se aplica la antibioticoterapia con amoxicilina ácido clavulánico, por al menos 2 semanas, que en líneas generales resuelven cuadro clínico, sin embargo, existe la posibilidad de recaídas y aumentos en la prolongación del antibiótico, junto con otros medicamentos como corticoides, que, de no resolver el cuadro, indicaría otra patología.

Bibliografía

- Albañil Ballesteros, M. R., de Patología, M. C. M. G., & de la Asociación, I. (n.d.). Bronquitis Bacteriana prolongada: luces y sombras.
- Craven, V., & Everard, M. L. (2015). BRONQUITIS BACTERIANA PERSISTENTE-UNA ENFERMEDAD DEL BIOFILM. *Neumología Pediátrica*, 10(3), 128–129.
- de Valbuena, M. R., Lamas, A., Muñoz, M., & Máiz, L. (2012). Tos en el niño. *Revista Española De*, 68(2), 114–121.
- Fajardo, E. U., de Agüero, M. I. B. G., Carrasco, M. C. M., & Landeira, M. C. A. (2008). Tos persistente. *Protoc Diagnóstico-Terapéuticos La AEP Neumol*, 9(1), 145–151.
- Fernández Ventureira, V., & García Vera, C. (2020). Bronquitis bacteriana persistente, una entidad a considerar en pediatría. *Anales de Pediatría*, 93(6), 413–415. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2020.01.015>

Guerrero Loyaga, D. A. (2018). Factores epidemiológicos de bronquiolitis en niños menores de 1 año [UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL]. http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/30793/1/CD_2373-GUERRERO LOYAGA DENISSE ANABEL..pdf

Lamas, A., Ruiz de Valbuena, M., & Máiz, L. (2014). Tos en el niño. *Archivos de Bronconeumología*, 50(7), 294–300. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2013.09.011>

Monge, R. M. B., Corullón, S. C., & Fernández, A. J. A. (2017). Tos húmeda: bronquitis bacteriana persistente, enfermedad supurativa bronquial y bronquiectasias. *Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos En Neumología Pediátrica*, 1, 15–29.

Sanz, J. P. (2016). Bronquitis y bronquiolitis. *Pediatría Integral*, 28–37.

CITAR ESTE ARTICULO:

Macias Miranda, A. J., Torres Lara, A. V., Barros Lozada, A. D., & Sanchez Acosta, Y. M. (2022). Bronquitis bacteriana prolongada en niños. *RECIAMUC*, 6(2), 261-269. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(2\).mayo.2022.261-268](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(2).mayo.2022.261-268)

