

# Caso clínico

# El Lactante con sibilancias

Dr. Vila Fernando  
Pediatra neumólogo  
fjvila@hotmail.com



## Historia clínica

- Niño de 11 meses que consulta por cuadros recurrentes de obstrucción bronquial que se han iniciado a los 2-3 meses de edad, habiendo presentado 6 episodios en los últimos 6 meses
- Muchos de los cuales fueron asistidos en distintos guardias pediátricas, estando internado hace un mes por un cuadro obstructivo moderado con O2 por 3 días.
- Sus cuadros se resuelven con B2 y a veces con corticoides y antibióticos
- La madre cuenta que siempre empieza con moco de VAS.

## Historia clínica

- Refieren asintomático entre los cuadros. ( no es catarral)
- No ronca
- No respirador bucal
- Fue regurgitador de chico.
- No diarreas.
- No ahogos con la alimentación.
- Niega neumonía/neumonitis
- Buen desarrollo pondo-estatural
- Inmunizaciones acorde a su edad

## Historia clínica

- **Antecedentes personales:**

Gestación de 33 semanas, parto sin complicaciones

Peso nacimiento: 1930 gr. (PAEG)

- Permaneció en Neonatología por RNPT + SDR por 14 días (ARM 1 días - O2 total 7 días). Recuperación nutricional
- Lactancia materna 6 meses.
- Dermatitis en cara a los 3 meses de vida meses
- Concorre a guardería desde los 7 meses

## Historia clínica

- **Antecedentes familiares**

Madre asmática en tratamiento con ICS

Abuela paterna Alérgica????

2 Hermanos 4 años y 6 años (según la madre tenían de más chicos los mismos cuadros)

- Niegan tabaquismo
- Niegan TBC

## Examen complementarios

- Sólo tiene una Rx de Tórax de hace un mes  
(que no lo trajo pero que la tiene en su casa y le dijeron que era normal)

## Examen físico

Peso 9 kg (P10-25). Altura 71 cm (P10)

Buen estado general.

Rinitis serosa leve. No estridor.

Auscultación normal sin ruidos agregados

Saturometría 98%

## Historia clínica

- Niño de 11 meses que consulta por cuadros recurrentes de obstrucción bronquial que se han iniciado a los 2-3 meses de edad, habiendo presentado 6 episodios en los últimos 6 meses
- Muchos de los cuales fueron asistidos en distintos guardias pediátricas, estando internado hace un mes por un cuadro moderado con O2 por 3 días.
- Sus cuadros se resuelven con B2 y a veces con corticoides y antibióticos
- La madre cuenta que siempre empieza con moco de VAS.



## Historia clínica

- Refieren **asintomático entre los cuadros.** ( no es catarral)
- No ronca
- No respirador bucal
- Fue regurgitador de chico.
- No diarreas
- No ahogos con la alimentación.
- Niega neumonía/neumonitis
- **Buen desarrollo pondo-estatural**
- Inmunizaciones acorde a su edad

## Historia clínica

- **Antecedentes personales:**  
Gestación de 33 semanas, parto sin complicaciones  
Peso nacimiento: 1930 gr. (PAEG)
- Permaneció en Neonatología por RNPT + SDR por 14 días (ARM 1 días - O2 total 7 días). Recuperación nutricional
- Lactancia materna 6 meses.
- **Dermatitis en cara** a los 3 meses de vida meses
- Concorre a guardería desde los 7 meses

## Historia clínica

- Antecedentes familiares
  - **Madre asmática** en tratamiento con ICS
  - Abuela paterna Alérgica????
  - **2 Hermanos** 4 años y 6 años (según la madre tenían de más chicos los **mismos cuadros**)
- Niegan tabaquismo
- Niegan TBC

## Examen físico

Peso 9 kg (P10-25). Altura 71 cm (P10)

**Buen estado general.**

Rinitis serosa leve. No estridor.

Auscultación **normal** sin ruidos agregados

Saturometría 98%

## Planteos diagnóstico

- 1) Displasia Broncopulmonar
- 2) Fibrosis Quística
- 3) Sibilante transitorio o persistente o Asma del lactante
- 4) Reflujo gastroesofágico
- 5) Inmunodeficiencia

## Planteos diagnóstico

- 1) Displasia Broncopulmonar
- 2) Fibrosis Quística
- 3) Sibilante transitorio o persistente o Asma del lactante
- 4) Reflujo gastroesofágico
- 5) Inmunodeficiencia

# Algoritmo Predictor de Asma (API) de José Castro-Rodriguez

≥ 3 episodios de sibilancias/año

## CRITERIOS MAYORES

- Eccema (DM)
- Padre o Madre con diagnóstico de Asma

## CRITERIOS MENORES

- Sibilancias no asociadas a resfriados
- Rinitis Alérgica (DM)
- Eosinofilia en sangre periférica ≥ 4 %

# Algoritmo Predictor de Asma (API) de José Castro-Rodriguez

≥ 3 episodios de sibilancias/año

## API POSITIVO

- 1 Criterio >
- 2 Criterios <

## API NEGATIVO

- Valor predictivo negativo del 68%

# Un lactante con API Positivo tiene 7 veces más riesgo de tener asma en edad escolar con un API Negativo



## Qué estudios pediría?

- 1) Hemograma. Dosaje sérico de IgG-IgM-IgE e IgA- Test del sudor
- 2) Nueva Rx. de Tórax- MNP-Cavum.
- 3) Phmetría- Videodeglución
- 4) Ecocardiograma
- 5) Endoscopía Respiratoria

## Qué estudios pediría?

- 1) Hemograma. Dosaje sérico de IgG-IgM-IgE e IgA- Test del sudor
- 2) Nueva Rx. de Tórax- MNP-Cavum.
- 3) Phmetría- Videodeglución
- 4) Ecocardiograma
- 5) Endoscopía Respiratoria

# Diagnóstico diferencial en sibilancias recurrentes

- Asma
- Bronquiolitis
- DBP
- EPOC Post-viral
- Fibrosis quística
- Traqueo-broncomalacia
- RGE y/o Síndromes aspirativos
- Aspiración cuerpo extraño
- Compresiones extrínsecas - Cardiopatías
- Tuberculosis



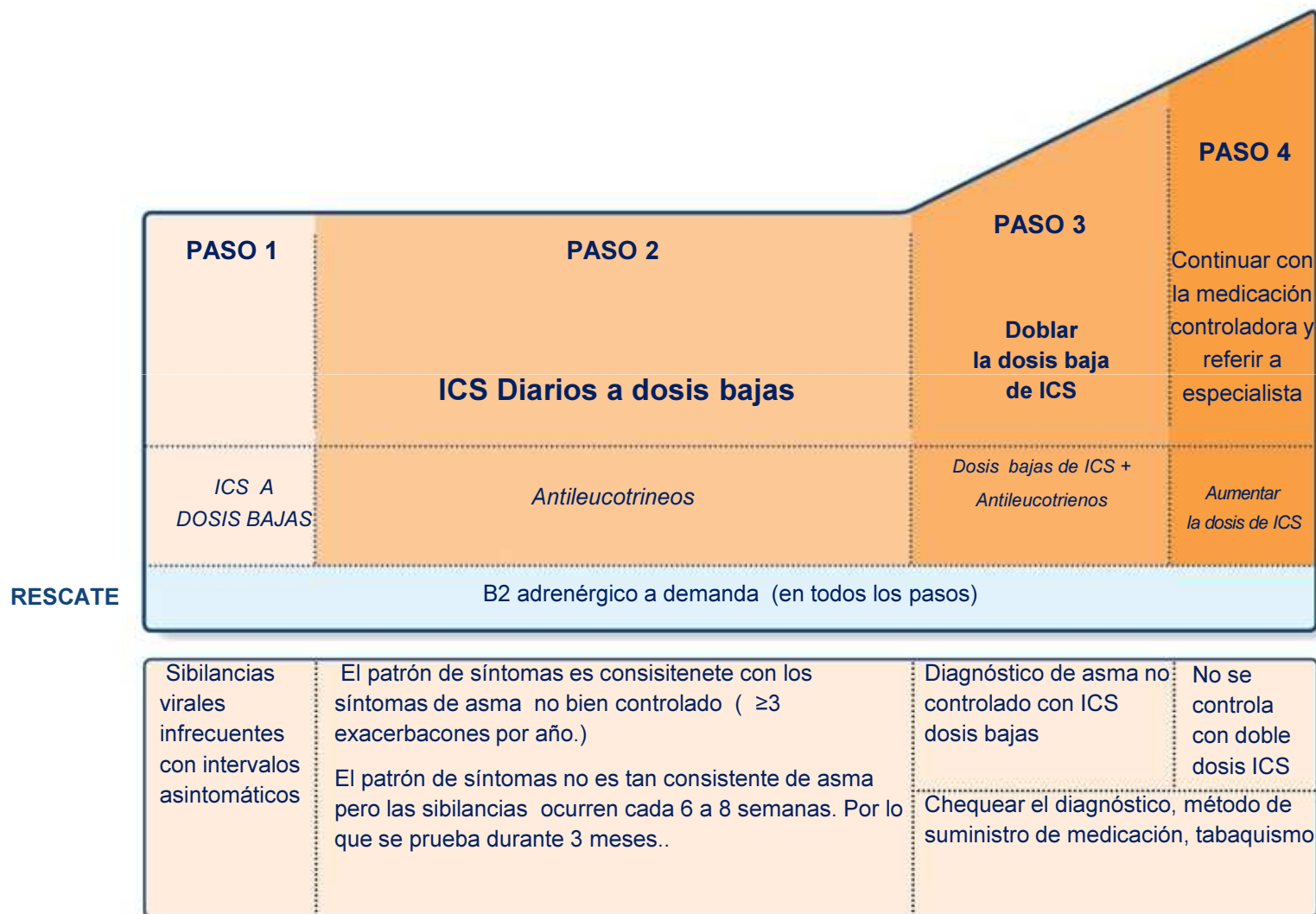
## Qué conducta terapéutica le parece apropiada?

- 1) Sólo tratar las crisis con B2 (IDM) y corticoides orales
- 2) Tratamiento empírico para RGE.
- 3) Agrega montelukast 4 mg/día
- 4) Agrega ICS a dosis bajas con aerocámara valvulada
- 5) Agrega ICS a dosis bajas + B2 acción prolongada con aerocámara.

## Qué conducta terapéutica le parece apropiada?

- 1) Sólo tratar las crisis con B2 (IDM) y corticoides orales
- 2) Tratamiento empírico para RGE.
- 3) Agrega montelukast 4 mg/día
- 4) **Agrega ICS a dosis bajas con aerocámara**
- 5) **Agrega ICS a dosis bajas + B2 acción prolongada con aerocámara.**

# Manejo Terapéutico Paso a paso (niños $\leq 5$ años)



## Dosis bajas de ICS (mcg/día) en niños ≤5 años

ICS	Dosis baja diaria (mcg)
Beclometasone dipropionate (HFA)	100
Budesonide (pMDI + aerocámara)	200
Budesonide (nebulizador)	500
Fluticasone propionate (HFA)	100
Ciclesonide	160
Mometasone furoate	No hay estudios para esta edad
Triamcinolone acetonide	No hay estudios para esta edad



## Evolución I

- Vuelve a control a los 3 meses.
- Aceptable crecimiento ponderoestatural.
- Refiere sólo un episodio de catarro sin sibilancias.
- La madre dice que está muy bien y que por eso desde hace 10 días no le hace más nada.
- Al examen físico, sin sibilancias sólo algunos rales bibasales, satura 97%.
- Trae los estudios solicitados.



## Estudios complementarias

- Hemograma: Hto 36 Hb 11,9 Plaquetas 250.000
- Gb 5.800 (4,5% eosinófilos)
- IgA 65- IgM 160 -IgG 749
- IgE 212 (elevada)
- Test del sudor: Cloro en sudor 17 meq/L
- Rx de tórax ( se la olvidó de nuevo)

## Evolución I

- Revisa técnica inhalatoria, le explica a la madre la necesidad de seguir los controles.
- Le suplica que busque la Rx vieja y de igual forma le solicita una nueva Rx Tórax.
- Cita a control 2-3 meses según evolución, pero.....

## Cómo seguimos dada la buena evolución?

- 1) Suspendo el tratamiento con ICS y veo evolución
- 2) Mantengo el tratamiento con ICS con aerocámara
- 3) Agrega montelukast 4 mg/día
- 4) Agrega lisados bacterianos
- 5) Rota a ICS a dosis bajas + B2 acción prolongada con aerocámara.

## Cómo seguimos dada la buena evolución?

- 1) Suspendo el tratamiento con ICS y veo evolución
- 2) Mantengo el tratamiento con ICS con aerocámara
- 3) Agrega montelukast 4 mg/día
- 4) Agrega lisados bacterianos
- 5) Rota a ICS a dosis bajas + B2 acción prolongada con aerocámara.

## Evolución II

- Vuelve RECIEN a los 2 años de edad.  
(9 meses del último control)
- Crecimiento ponderoestatural aceptable.
- Nos cuenta que no tuvo más broncoespasmos, pero fue varias veces a la guardia por catarro + fiebre y le decían que Bronquitis/Neumonía. (ATB y KNT)
- Al examen físico, sin sibilancias con rales bibasales, algo mayor en cara anterior de HTX derecho, satura 96%.
- Por fin trae Radiografías.....

## Rx de Tórax de 10 meses



Rx de Tórax (F) - 16 meses (guardia)

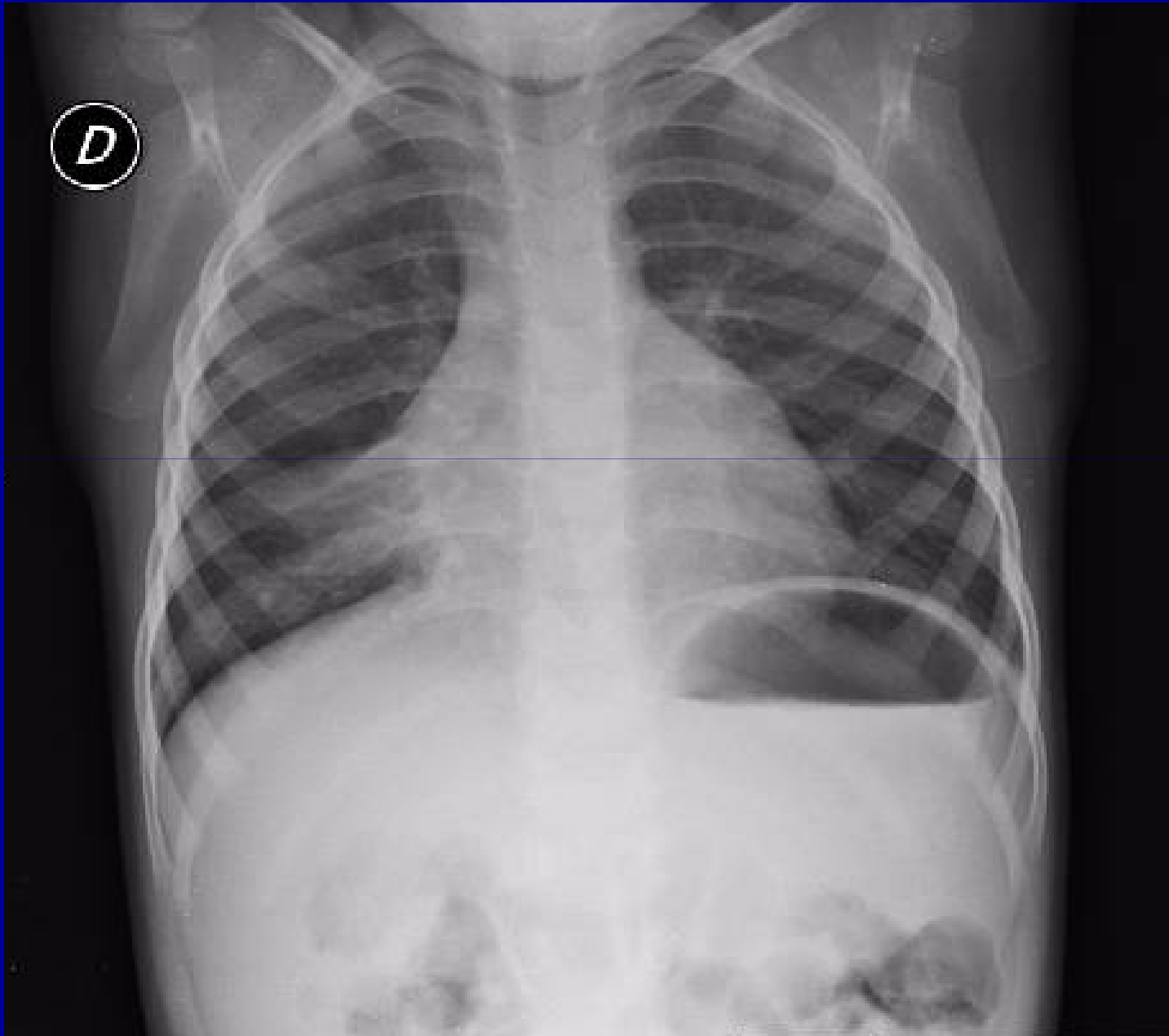


Rx de Tórax (P) - 16 meses (guardia)





Rx de Tórax (F) - 18 meses (guardia)



Rx de Tórax (F) - 21 meses (guardia)



## Conducta a seguir

- 1) Duplica dosis de ICS + Knt + Azitromicina.
- 2) Agrega montelukast + Knt + Azitromicina.
- 3) Suspender todo tratamiento, ya que le parece que no es asmático
- 4) Agrega B2 adrenérgicos de acción prolongada .
- 5) Mantiene ICS a dosis bajas pero solicita estudios complementarios.

## Conducta a seguir

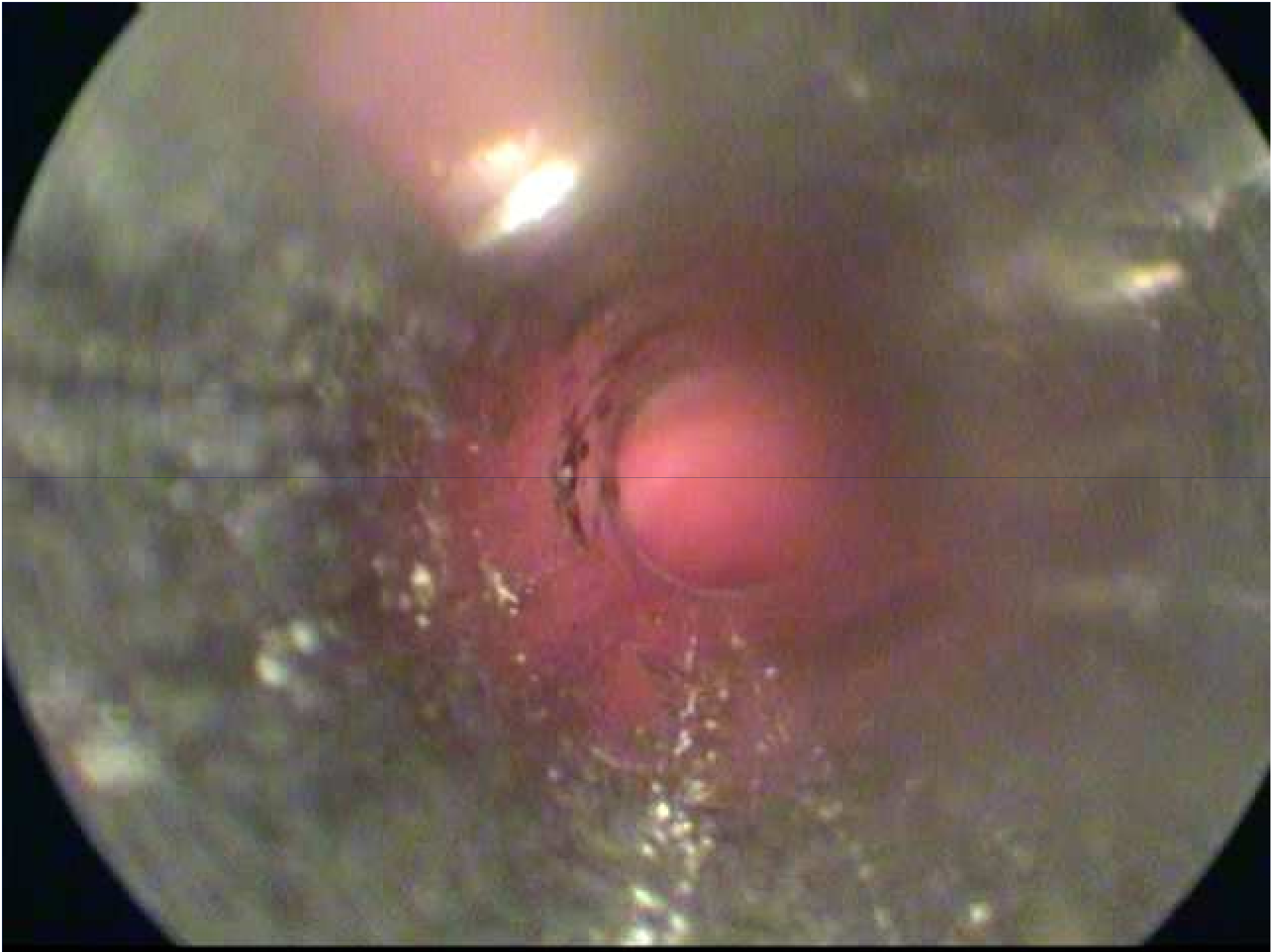
- 1) Duplica dosis de ICS + Knt + Azitromicina.
- 2) Agrega montelukast + Knt + Azitromicina.
- 3) Suspender todo tratamiento, ya que le parece que no es asmático
- 4) Agrega B2 adrenérgicos de acción prolongada.
- 5) Mantiene ICS a dosis bajas pero solicita estudios complementarios.

## Reeplanteo diagnóstico para evaluar conducta a seguir

- 1) Sospecha broncoaspiración, pide Phmetría y Videodeglucion.
- 2) Sospecha Fibrosis Quística, pide Estudio Genético para FQ.
- 3) Sospecha malformación pulmonar o secuela, pide TAC de Tórax
- 4) Sospecha cuerpo extraño o malformación VA, pide endoscopía respiratoria con BAL.
- 5) No sabe que sospechar y lo deriva.....

## Reeplanteo diagnóstico para evaluar conducta a seguir

- 1) Sospecha broncoaspiración, pide Phmetría y Videodeglucion.
- 2) Sospecha Fibrosis Quística, pide Estudio Genético para FQ.
- 3) Sospecha malformación pulmonar o secuela, pide TAC de Tórax
- 4) Sospecha cuerpo extraño o malformación VA, pide endoscopía respiratoria con BAL.
- 5) No sabe que sospechar y lo deriva.....







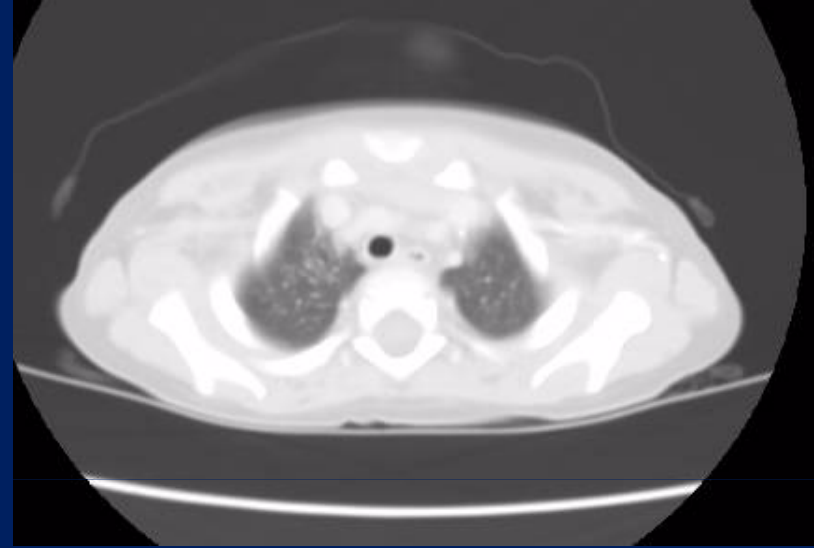
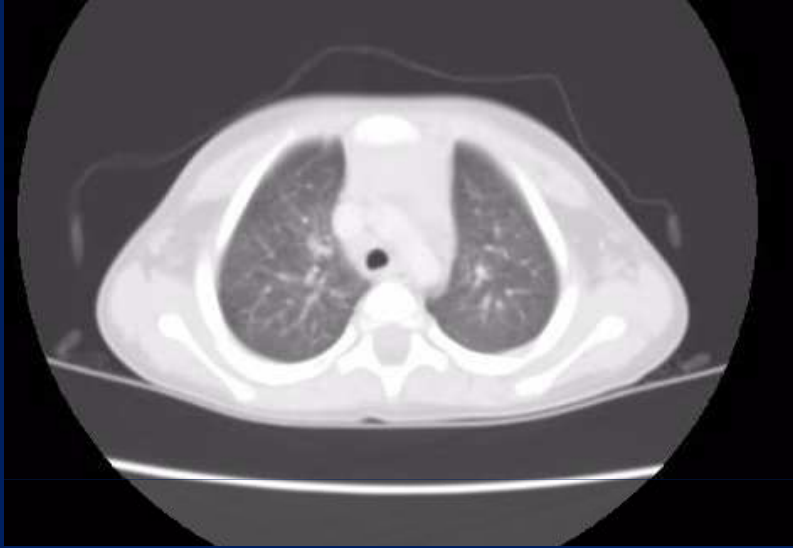
# BAL

- Cultivo de BAL negativo
- Marcada reacción inflamatoria inespecífica.
- Índice de macrófagos cargados con lípidos Normal

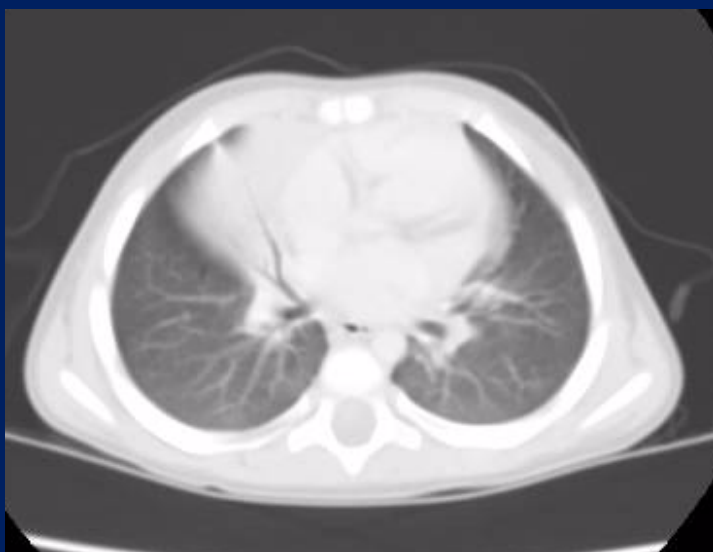
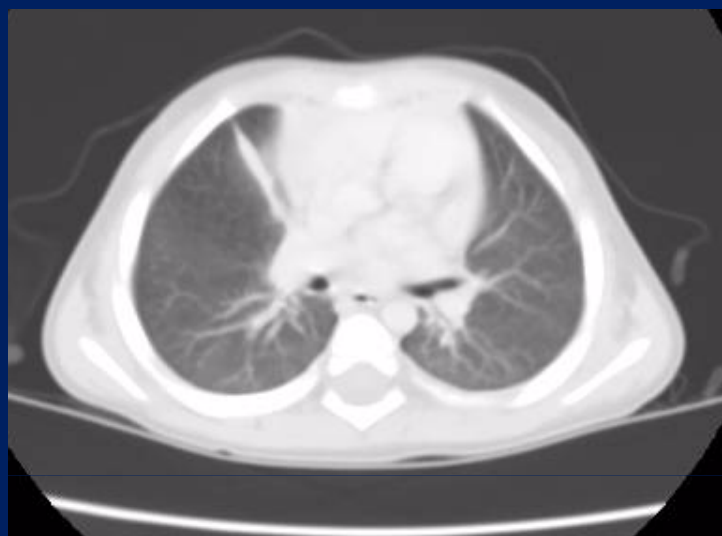
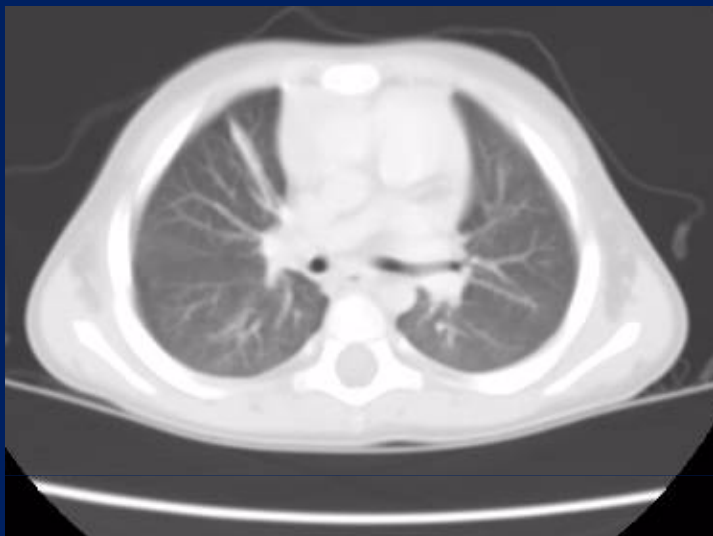
# BRONCOMALACIA

- Broncomalacia describe la debilidad y facilidad de colapso a nivel bronquial sin compromiso de la traquea.
- Generalmente por reducción y/o atrofia de las fibras elásticas longitudinales de la parte membranosa o por alteración de la integridad del cartílago.
- Las malacias tienen una incidencia de 1 cada 2100 nacidos vivos.
- Los síntomas varían desde sibilancias recurrentes e infecciones recurrentes de las vías respiratorias bajas.
- Debido a la similitud de los síntomas, la malacia aislada de las vías respiratorias puede ser diagnosticada erróneamente como asma grave persistente o de mala evolución.

# TAC de Tórax



# TAC de Tórax





**Cuando la evolución no es  
satisfactoria debemos  
REPLANTEARNOS si el  
diagnóstico fue correcto.**



## **ATS: Evaluación diagnóstica de lactantes con sibilancias recurrentes o persistentes a pesar del tratamiento con B2 o ICS o OCS**

- 1) Endoscopía Respiratoria (+30%: AV o Malf)**
- 2) Lavado Broncoalveolar (+40-60%)**
- 3) Phmetría (+40-90%)**
- 4) Videodeglución (en pacientes neurológicos)**

Muchas Gracias  
fjvila@hotmail.com

## Otros Estudios

- 1) Ic con inmunología: Normal ( ac antineumo 90, ac antitet N)
- 2) segundo test del sudor 23 meq/lt
- 3) Ecocardiograma normal PAP 15
- 4) Serología
  - Mycoplasma igm - igg 1/20
  - Adenovirus igm - igg 1/80
  - VSR igm - igg -
  - Influenza (A-B) igm - igg -
  - Parainfl (I-II-III) igm - igg -