



El niño con sibilancias recurrentes

The child with recurrent wheezing

Gabriel Gutiérrez-Morales,¹ Nadia Paz-Sosa,² Francisco Cuevas-Schacht³

La atención del paciente pediátrico con una afección respiratoria constituye un escenario clínico frecuente en las áreas de atención médica. Entre éstas, el niño con sibilancias recurrentes representa un gran reto diagnóstico porque existe un amplio espectro de enfermedades que pueden condicionarla.

Las sibilancias son la expresión clínica del estrechamiento de la vía aérea pequeña asociadas con espiración prolongada y disminución de los ruidos pulmonares.¹ Las sibilancias recurrentes hacen referencia al paciente que ha tenido tres o más episodios en el lapso de un año. Debido a su heterogeneidad debe confirmarlas un médico.^{2,3,4}

REPERCUSIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La prevalencia de sibilancias en el infante ha sido un aspecto tratado por distintos estudios clínicos. En la bibliografía se menciona que, aproximadamente, un 30% de los lactantes tendrá, al menos, un episodio de sibilancias. A los tres años de edad, un episodio de sibilancias habrá ocurrido en un 40% de los infantes y para los seis años casi la mitad habrá cursado con un cuadro de sibilancias.⁵

¹ Adscrito al servicio de Neumología y Cirugía de tórax

² Residente del segundo año de Neumología y Cirugía de tórax.

³ Jefe de servicio de Neumología y Cirugía de tórax.

Instituto Nacional de Pediatría, Ciudad de México.

Recibido: 24 de marzo 2021

Aceptado: 4 de octubre 2021

Correspondencia:

Gabriel Gutiérrez Morales
gmgabo@hotmail.com

Este artículo debe citarse como: Gutiérrez-Morales G, Paz-Sosa N, Cuevas-Schacht F. El niño con sibilancias recurrentes. Acta Pediatr Méx 2021; 42 (6): 305-8.

FISIOPATOLOGÍA

Se han considerado muchos factores para la aparición de sibilancias recurrentes en las que se describen aspectos medioambientales, factores socioculturales, genéticos, infecciosos y del mismo huésped.⁶

Las sibilancias se producen durante la fase espiratoria prolongada por el paso rápido del aire a través de las vías respiratorias que se estrechan hasta el punto de cierre.⁷ En los niños obedecen a varios factores fisiológicos propios de su edad: aspectos anatómicos, genéticos, ambientales e inmunológicos que pueden interactuar entre sí y afectar el diámetro de la vía respiratoria. La obstrucción al flujo de aire se ve favorecida por el calibre de las vías respiratorias y la distensibilidad pulmonar del niño. Esto da como resultado una disminución en la presión de retroceso elástico y un cierre temprano de las vías respiratorias, incluso a volumen corriente. La resistencia al flujo de aire se encuentra inversamente relacionada con el radio del tubo a la cuarta potencia, por lo que un estrechamiento adicional puede causar una mayor limitación

al flujo de aire y la aparición posterior de las sibilancias.^{8,5} **Figura 1**

EVALUACIÓN

Es fundamental revisar la veracidad de las sibilancias que informan los padres en un niño pequeño porque, en muchas ocasiones, no existe correlación entre la auscultación y el "silbido" o los "ruidos en el pecho" que ellos oyen e interpretan como sibilancias.⁹

La anamnesis debe incluir los antecedentes del niño y su familia, considerando la predisposición genética para las enfermedades alérgicas: asma, rinitis y dermatitis atópica, exposición al humo del tabaco, coexistencia o no de otros signos o síntomas acompañantes: diarrea crónica, rinorrea, desnutrición, infecciones en otros sitios, forma de presentación y factores desencadenantes, edad de inicio de las sibilancias, coexistencia con infecciones, duración, existencia o no de periodos asintomáticos, síntomas intercurrentes, sensibilización a alérgenos y respuesta a tratamientos previos. La historia clínica, junto con la exploración del paciente,

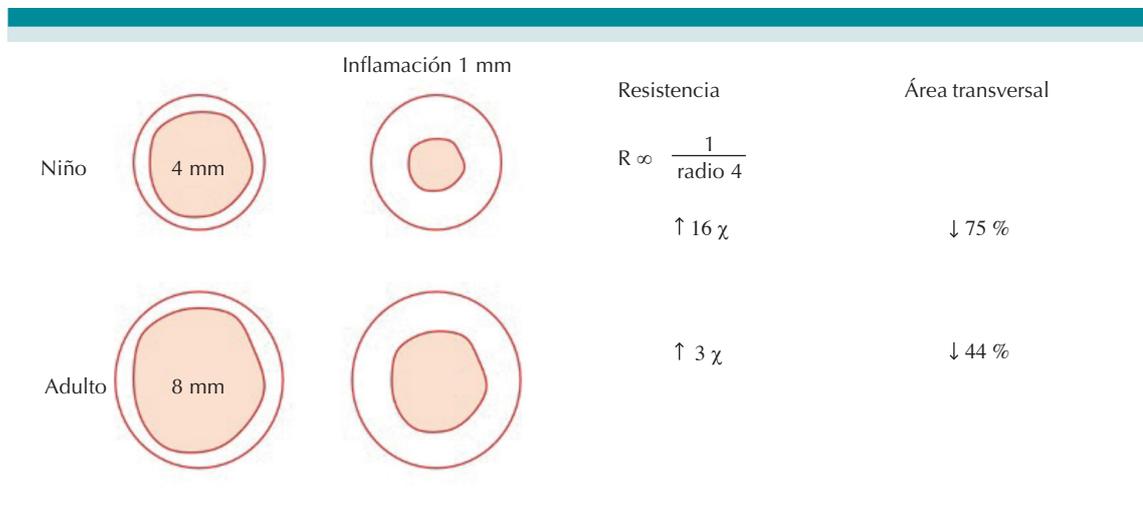


Figura 1. Representación esquemática del aumento de la resistencia de la vía aérea en el niño.

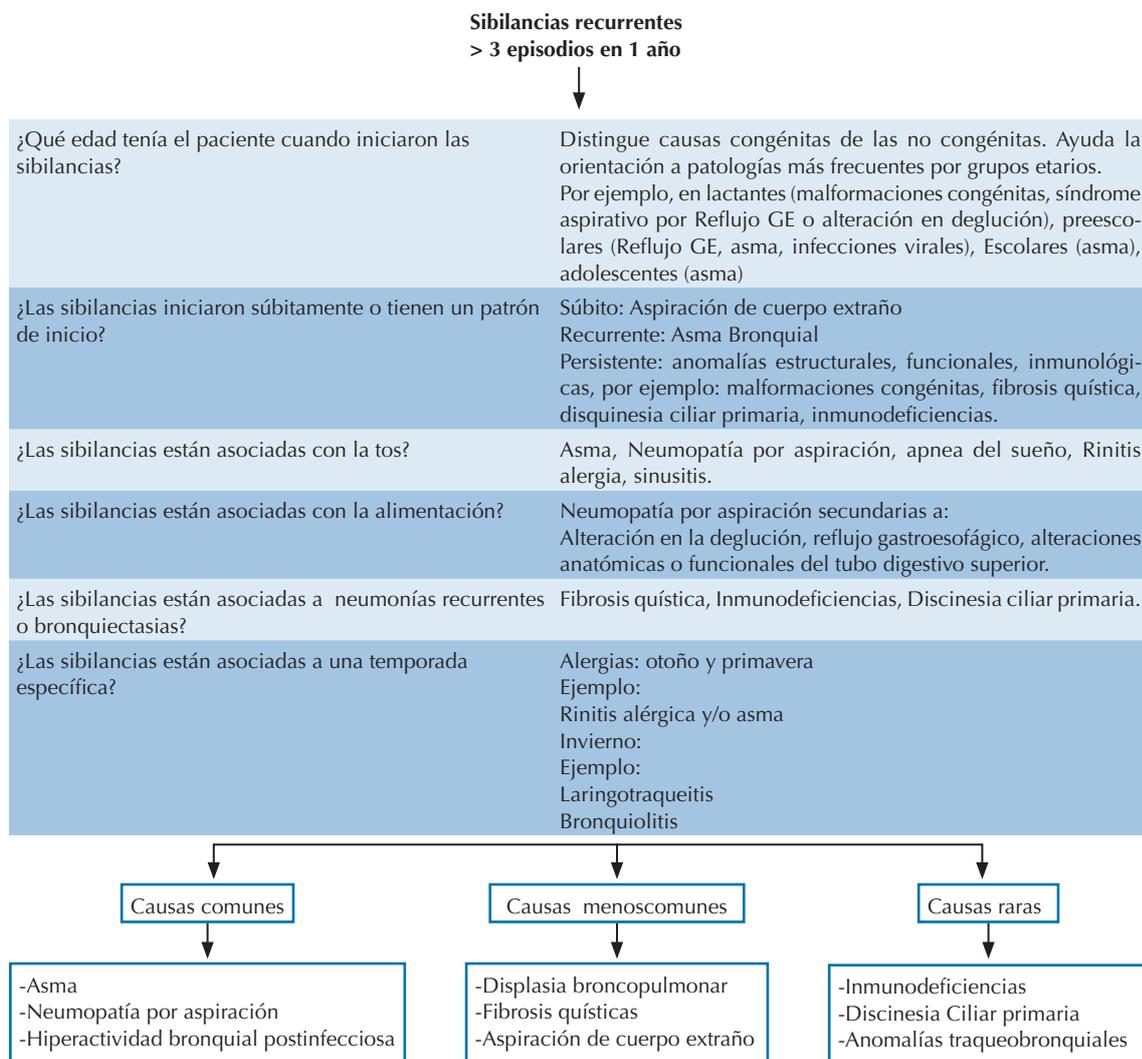
orientarán el diagnóstico y la pauta a seguir. El objetivo del examen físico es la identificación de características inusuales o atípicas que puedan sugerir otra afección subyacente.^{3,10,11} **Cuadro 1**

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico diferencial para el lactante con sibilancias es bastante extenso. (**Cuadro 2**)^{7,8} Es-

tablecer el diagnóstico de sibilancias en un niño es una tarea compleja y desafiante, incluso para el médico más experimentado. El diagnóstico preciso depende de la historia clínica que incluya los posibles factores de riesgo, un examen físico completo y la comprensión de los numerosos diagnósticos diferenciales, lo que permitirá indicar un tratamiento específico de acuerdo con la causa que condicione la sibilancia.

Cuadro 1. Interrogatorio dirigido para el diagnóstico de sibilancias



Cuadro 2. Diagnóstico y abordaje de causas más frecuentes

Diagnóstico	Signos y síntomas	Abordaje recomendado
Asma	Patrón episódico, historial de atopia, respuesta positiva a broncodilatador.	<ul style="list-style-type: none"> • Índice predictivo de asma de acuerdo a lo propuesto por Castro Rodríguez. • Pruebas de función respiratoria: • espirometría > 6 años • oscilometría de impulse > 3 años
Neumopatía por aspiración	Asociados a la alimentación, tos, vómitos.	<ul style="list-style-type: none"> • SEG D • pHmetría, impedanciometría • Broncoscopia con búsqueda de lipófagos. • Endoscopia de vía digestiva alta.
Fibrosis Quística	Neumopatía crónica con supuración broncopulmonar, diarrea crónica y falla de medro.	<ul style="list-style-type: none"> • Medición de cloros en sudor por iontoforesis con estimulación con pilocarpina. • Estudio genético con identificaciones de mutaciones del gen CFTR?
Displasia broncopulmonar	Antecedentes de prematurez y aporte de oxígeno.	<ul style="list-style-type: none"> • Placa de tórax. • TACAR pulmonar
Aspiración de cuerpo extraño	Historia súbita de sibilancias, atagantamiento, asfixia	<ul style="list-style-type: none"> • Placa de tórax (recordar que una placa normal no lo descarta) • Broncoscopia

REFERENCIAS

1. Gabriel GM, Angela, Abril P, Francisco CS. Manejo del Broncoespasmo en pediatría. EMIVA news 2020; (4): 763-70.
2. Sánchez ES, Marcos LG. Sibilancias tempranas. Protocolos Diagnósticos y Terapéuticos en Neumología Pediátrica 2017; (1): 265-72.
3. Aguilera Zamarroni F, Huerta López JG. Sibilancias tempranas recurrentes y factores de riesgo para el desarrollo futuro de asma. Alergia, Asma e Inmunología 2016; 25: 12-23. <http://www.medigraphic.com/alergia/>
4. Muglia C, Oppenheimer J. Wheezing in Infancy: An overview of recent literature. Curr Allergy Asthma Rep 2017; 17 (10): 1-6. doi:10.1007/s11882-017-0737-7
5. El-Gamal YM, El-Sayed SS. Wheezing in infancy. World Allergy Organ J. 2011;4(5):85-90. doi:10.1097/WOX.0b013e318216b41f
6. Tenero L, Piazza M, Piacentini G. Recurrent wheezing in children. Transl Pediatr. 2016;5(1):31-36. doi:10.3978/j.issn.2224-4336.2015.12.01
7. Weiss LN. The diagnosis of wheezing in children. Am Fam Physician. 2008;77(8):1109-1114.
8. Morton RL, Sheikh S, Corbett ML, Eid NS. Evaluation of the wheezy infant. Ann Allergy, Asthma Immunol. 2001;86(3):251-256. doi:10.1016/S1081-1206(10)63293-0
9. Úbeda MIS, Crespo MP, Laita JAC. Sibilante recurrente/ asma en primeros años de vida. Manejo en Atención Primaria. Doc técnicos del GVR. Published online 2018:4-16. <http://www.respirar.org/index.php/grupo-vias-respiratorias/protocolos>
10. Úbeda Sansano M, Murcia García J. Sibilancias recurrentes en los primeros años de vida. Manejo en atención primaria. Guía Buena Prax para el manejo las sibilancias en el niño pequeño. 2010;2018:1-20. www.aepap.org/gvr/protocolos.htm
11. Brand PLP, Baraldi E, Bisgaard H, et al. Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: An evidence-based approach. Eur Respir J. 2008;32(4):1096-1110. doi:10.1183/09031936.00002108