

Bronquitis aguda

Patricia S. Vázquez Millán

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Servicio de Atención primaria de Cambre- SERGAS- A Coruña- España

Cad. Aten. Primaria
Año 2006
Volumen 13
Pág. 189-192

DE QUÉ HABLAMOS

La bronquitis aguda es la infección, generalmente vírica, del árbol bronquial, con cambios inflamatorios pasajeros, edema bronquial y formación de moco que provoca síntomas de obstrucción de la vía aérea.¹

De los pacientes que acuden a su médico consultando por tos el 70% son diagnosticados de infección respiratoria de vías altas, el 6% de asma y el 5% de neumonía. Por esa razón el principal objetivo del diagnóstico es descartar la presencia de una neumonía.² La incidencia de la bronquitis aguda es de 4,7 por 100 pacientes por año.

El agente etiológico de la bronquitis aguda se puede identificar en una minoría de los casos (16-40%). Los virus son los agentes infecciosos más frecuentes.^{2,3}

Virus. Son la causa más común de bronquitis aguda en adultos sanos. Puede estar provocada por distintos tipos de virus en función de la época del año en que se produzca la infección:^{1,2}

- * Virus respiratorio sincitial, parainfluenza, influenza A y B, coronavirus y adenovirus generalmente causan bronquitis aguda de otoño a primavera.
- * Rinovirus pueden causar bronquitis aguda en todas las estaciones.
- * Coxsackievirus y echovirus pueden causar bronquitis aguda en los meses de verano.
- * Virus herpes simples y rubéola rara vez causan bronquitis aguda pero pueden estar asociados a casos más severos.

Agentes infecciosos no virales. Son menos frecuentes que los virus como causa de bronquitis aguda y generalmente afectan a pacientes con daño en la vía aérea, como pacientes con traqueotomía o intubación previas.³ Incluye: *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae*, *Legionella*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*, *Bordetella pertussis*.

Otras causas no infecciosas:

- * Asma con daño en la mucosa debido a un evento agudo como el tabaco o la inhalación de gases químicos.
- * Exposición tóxica crónica como el tabaco.
- * Inhalación de sustancias tóxicas como el dióxido de azufre, dióxido de nitrógeno o amoníaco.

¿CUÁL ES LA CLÍNICA DE LA BRONQUITIS AGUDA?

La bronquitis aguda se caracteriza por la presencia de:²

- * Tos productiva o no productiva. El esputo puede ser claro o purulento, pero su aspecto no es predictivo de una infección bacteriana. La fatiga por tos nocturna es con frecuencia la razón por la que los pacientes consultan.
- * Sibilancias
- * En ocasiones disnea de esfuerzo.

También pueden aparecer otros síntomas como:

- * Síntomas de resfriado, como fiebre, dolor faríngeo, congestión y moco nasal.
- * Costocondritis o dolor torácico de características pleuríticas, debido a la tos.

Los síntomas generalmente se resuelven en 7-10 días, pero la tos puede durar más de 3 semanas en el 50% de los pacientes e incluso más de un mes en el 25% de los pacientes.

¿CÓMO SE DIAGNOSTICA?

El diagnóstico de la bronquitis aguda es clínico. No existen criterios diagnósticos claros. Lo más importante es descartar la presencia de neumonía, que debe sospecharse ante la presencia de:^{2,3}

- * Taquicardia (FC > 100 lpm).
- * Taquipnea (FR > 24 rpm).
- * Fiebre (T^a > 38°C).

* Auscultación pulmonar anormal (crepitantes).

Analítica sanguínea. No está indicado realizar una analítica sanguínea rutinaria, que generalmente es normal o presenta leucocitosis. Una prueba útil es la medición de los **niveles de procalcitonina** en sangre (con un precio aproximada de la prueba entre 35 y 75 euros), que aunque no está disponible de forma generalizada disminuye el empleo de tratamiento antibiótico. Los niveles séricos de los precursores de la calcitonina, incluyendo la procalcitonina, se encuentran elevados en muchas infecciones bacterianas, pero permanecen bajos en las infecciones virales y en enfermedades inflamatorias inespecíficas. Existe un estudio⁴ en el que 243 pacientes con sospecha de infección del tracto respiratorio inferior fueron asignados de forma aleatoria a un grupo de tratamiento habitual (119 pacientes) o a un grupo (124 pacientes) en el que el tratamiento antibiótico está indicado en función de los siguientes niveles séricos de procalcitonina:

- * Niveles menores o iguales a 0,1 mcg/L indican que no existe infección bacteriana y desaconsejan totalmente el tratamiento antibiótico.
- * Niveles de 0,1-0,25 mcg/L indican infección bacteriana poco probable y desaconsejan el tratamiento antibiótico.
- * Niveles de 0,25-0,5 mcg/L indican posible infección bacteriana y aconsejan el tratamiento antibiótico.
- * Niveles iguales o mayores a 0,5 mcg/L indican infección bacteriana y aconsejan totalmente el tratamiento antibiótico.

El diagnóstico final en este estudio fue de neumonía en el 36% de los pacientes, bronquitis crónica reagudizada en el 25%, bronquitis aguda en el 24%, asma en el 5% y otras infecciones respiratorias en el 10% de los casos.

Se encontró evidencia serológica de infección viral en el 81% de los pacientes examinados (141 de 175 pacientes examinados). El cultivo bacteriano del esputo fue positivo en el 21% de los pacientes y el hemocultivo fue positivo en el 7%.

En el grupo de pacientes con tratamiento guiado por los niveles séricos de procalcitonina se disminuyó el uso de antibióticos un 39% con una evolución clínica y analítica similar en ambos grupos.

Se debe tener en cuenta que los niveles séricos de procalcitonina pueden estar elevados en el fallo cardiaco.

Estudios radiológicos. La radiografía de tórax no está indicada de forma rutinaria porque no modifica el manejo en la mayoría de los casos. Solamente podría estar indicada ante la sospecha de neumonía^{1,2}.

Cultivo del esputo. No es útil, generalmente es negativo o indica una flora respiratoria normal.¹

Espirometría. Puede ayudar a detectar la obstrucción de la vía aérea pero no es necesario realizarla en adultos sanos.

Saturación de O₂. Puede ser útil si se sospecha neumonía.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Debe hacerse el diagnóstico diferencial con:

Enfermedades con reactividad de la vía aérea como:

- * Asma: en el momento agudo puede resultar complicado diferenciar una bronquitis aguda del asma, debido a que muchos pacientes con una bronquitis aguda pueden presentar hiperreactividad bronquial transitoria (con resultados anormales en la espirometría).³
- * Aspergilosis: la inhalación de hifas de aspergillus es frecuente porque se encuentran ampliamente en la naturaleza pero la invasión del tejido pulmonar se produce casi exclusivamente en inmunodeprimidos y se caracteriza por tos crónica productiva y hemoptisis. En el caso de personas sanas se produce una neumonitis aguda difusa que se resuelve espontáneamente. El diagnóstico se realiza por el aislamiento repetido de Aspergillus en el esputo o el hallazgo de hifas en el esputo o en muestras de cepillado bronquial y la presencia de anticuerpos tipo IgG contra antígenos de Aspergillus.
- * Exposición ocupacional: se sospecha interrogar al paciente sobre empeoramiento de los síntomas en relación con la exposición en el trabajo.
- * Bronquitis crónica: la duración y patrón de los síntomas permite distinguir entre bronquitis aguda y crónica.

Infecciones respiratorias:

- * Sinusitis: predomina el moco nasal y la cefalea. En la exploración física puede existir dolor a la palpación de los senos paranasales.
- * Catarro común: síntomas más leves; congestión nasal y rinorrea.
- * Faringitis: predominio de la odinofagia, fiebre con o sin exudado faríngeo.

Insuficiencia cardiaca congestiva: disnea paroxística nocturna, ortopnea, ingurgitación venosa yugular, edemas en extremidades inferiores, crepitantes en la auscultación pulmonar, etc.

Neumonía: hay que sospechar neumonía en el caso de que aparezca taquicardia, taquipnea, fiebre mayor de 38° C o una auscultación pulmonar anormal (crepitantes). Estaría indicado realizar una radiografía de tórax.

Infección por Bordetella pertussis: La bronquitis aguda causada por Bordetella pertussis obliga a tratamiento antibiótico³. El problema es que no hay datos clínicos que indiquen que un adulto con tos que

dura más de 2-3 semanas tiene una infección por *Bordetella pertussis*, porque en estos casos la clínica es atípica. Por lo tanto se debe limitar la sospecha y el tratamiento de los adultos a determinados casos en los que exista una alta probabilidad de exposición, como en el caso de un brote documentado.

Tuberculosis: debe sospecharse en los casos de tos prolongada, hemoptisis, pérdida de peso, fiebre de predominio vespertino, etc.

IECAS: la tos prolongada es el efecto secundario más frecuente de estos medicamentos, y debe sospecharse en todo paciente que este recibiendo este tratamiento y presente tos prolongada.

Reflujo gastroesofágico: Es una causa común de tos crónica. Generalmente se acompaña de otros síntomas como pirosis, sabor ácido en la boca, etc.^{1,3}

Tumor broncogénico: debe sospecharse en pacientes fumadores o con determinadas exposiciones ambientales, que presentan tos crónica, síndrome general, radiografía de tórax sugestiva, etc.

Síndrome del goteo postnasal: debe sospecharse en pacientes que describen una sensación de presencia continua de moco a nivel postnasal y carraspera. En ocasiones pueden presentar secreción nasal mucopurulenta. El goteo postnasal puede ser causado por un catarro común, rinitis alérgica, rinitis vasomotora, rinitis postinfecciosa, sinusitis, irritantes ambientales, IECAS, etc.³

Inhalación de humo u inhalación de otros tóxicos: debe sospecharse por la historia clínica.

Aspiración de cuerpo extraño: generalmente sucede en niños y debe sospecharse por historia clínica y confirmarse con una radiografía de tórax.

¿CÓMO SE TRATA?

Medidas higiénico-dietéticas

Es importante el abandono del hábito tabáquico. No existe evidencia del beneficio del aumento de la ingesta de líquidos sobre la evolución de los síntomas de la bronquitis aguda¹

Antibióticos^{1-5,7}

No está indicado administrar antibióticos en la bronquitis aguda porque no influyen sobre la duración ni la severidad de la enfermedad ni sobre el posible desarrollo de complicaciones. No existe diferencia en los distintos estudios entre los distintos tipos de antibióticos.

Habitualmente los pacientes esperan recibir tratamiento antibiótico, por haberlo recibido en ocasiones previas. Es importante explicarles

las características de la enfermedad y el plan de tratamiento para que tengan una visión realista de la posible duración de los síntomas, de los efectos adversos del tratamiento antibiótico y de la aparición de resistencias bacterianas por su mal uso.

Solo existe una situación en la que estaría indicado el tratamiento antibiótico, que es la infección por *Bordetella pertussis*. El principal problema con el que nos encontramos es que no hay datos clínicos que nos indiquen que un adulto con tos que dura más de 2-3 semanas padece una infección por *Bordetella pertussis*, porque en el adulto la clínica es generalmente atípica. Por esta razón ante un adulto en el que existe una alta sospecha de infección por *Bordetella pertussis*, como por ejemplo en un brote documentado, estaría indicado dar tratamiento antibiótico. En este caso, si se inicia el tratamiento antibiótico después de 7-10 días del comienzo de los síntomas, no se acelera la curación, pero se evita la propagación de la enfermedad.

Broncodilatadores

El uso de broncodilatadores puede ser útil, pero solo cuando existen signos de obstrucción de la vía aérea. En estos casos los broncodilatadores tanto inhalados como orales pueden disminuir los síntomas, aunque no tienen efecto sobre la evolución de la enfermedad ni sobre la posible aparición de complicaciones. La mayoría de los estudios se han realizado con *Salbutamol* a dosis de 2 inhalaciones/ 6 horas. También existe algún estudio con *Bromuro de Ipratropio*, a dosis de 2 inhalaciones /6 horas^{2,6,7}.

Antitusivos y expectorantes

No hay datos en los distintos estudios para aconsejar el uso de este tipo de medicamentos, se ha demostrado que no tienen efectos sobre la evolución de la enfermedad y que no existen diferencias entre los distintos grupos de medicamentos⁷.

Analgésicos y antipiréticos

Muchos pacientes presentan síntomas de catarro común y pueden beneficiarse del empleo de este tipo de medicamentos sintomáticos.

Antivirales²

El patógeno que se aísla con más frecuencia en la bronquitis aguda es el virus influenzae. La Rimantadina y la Amantadina son eficaces solo contra el virus influenzae A, mientras que los nuevos antivirales, los inhibidores de la neuraminidasa son activos frente a los virus influenzae A y B. El empleo de estos medicamentos tiene varios inconvenientes por lo que no se usan de forma rutinaria:

- * El tratamiento debe iniciarse en las primeras 48 horas desde que comienzan los síntomas para que sea efectivo.
- * Escaso beneficio (se acorta la duración de la enfermedad un día y se reinician las actividades normales solo medio día antes).
- * Posibilidad de aparición de resistencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dynamed. Acute bronchitis. Ebsco; 2006 [acceso el 11/11/2006]. Disponible en: <http://www.dynamicmedical.com>.
2. Snow V, Mottur-Pilson C, Gonzales R; American Academy of Family Physicians; American College of Physicians-American Society of Internal Medicine; Centers for Disease Control; Infectious Diseases Society of America. Principles of appropriate antibiotic use for treatment of acute bronchitis in adults. *Ann Intern Med*. 2001; 134(6):518-20. [PubMed] [Texto completo].
3. Bartlett J. Acute bronchitis. Uptodate 2006. [Monografía en Internet]. Waltham (MA): UpToDate; August 2006 [acceso 11 de noviembre de 2006]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>.
4. Christ-Crain M, Jaccard-Stolz D, Bingisser R, Gencay MM, Huber PR, Tamm M, Muller B. Effect of procalcitonin-guided treatment on antibiotic use and outcome in lower respiratory tract infections: cluster-randomised, single-blinded intervention trial. *Lancet*. 2004;363(9409):600-7 [PubMed].
5. Smucny J, Fahey T, Becker L, Glazier R. Antibióticos para la bronquitis aguda (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Resumen] [Texto completo en Biblioteca Cochrane].
6. Smucny J, Flynn C, Becker L, Glazier R. Agonistas beta2 para la bronquitis aguda (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.). [Resumen] [Texto completo en Biblioteca Cochrane].
7. Wark P. Bronchitis (acute). *Clin Evid*. 2006 Jun;(15):1996-2005. [PubMed].

Información

Cadernos de Atención Primaria

Material adicional en Internet

A revista Cadernos de Atención Primaria é accesible por internet (www.agamfec.com). Os autores que o desexen poden presentar material complementario na páxina web (enquisas utilizadas, anexos, aspectos metodolóxicos máis detallados, fotos,...). Este tipo de material enviarase de modo diferenciado ao resto do texto. Cando algún traballo inclúa material adicional na páxina web, éste identificarase na revista con esta imaxe.

