

Bronquitis (tráqueobronquitis) aguda

M. Salomé Albi Rodríguez^a, I.Reig Rincón de Arellano^b.
msalbir@gmail.com, isabelreig@gmail.com

^a Servicio de Pediatría. Sección de Neumología Infantil. Hospital Universitario 12 de Octubre. [Servicio Madrileño de Salud]. Madrid

^b Alergóloga y Pediatra. Unidad de Alergia del Hospital de Liria. Valencia

Fecha de actualización: 12/08/2024
(V.2.0/2024)

Cita sugerida: Albi Rodríguez MS, Reig Rincón de Arellano I. Bronquitis (traqueobronquitis) aguda (2024). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del tratamiento antimicrobiano empírico [en línea] [actualizado el 12/08/2024; consultado el dd/mm/aaaa]. Disponible en <http://www.guia-abe.es>

Introducción / puntos clave

La bronquitis (o traqueobronquitis) aguda consiste en una inflamación transitoria que afecta a la tráquea y los bronquios principales, generalmente asociada a infecciones del tracto respiratorio. Estas son causadas principalmente por virus y suelen seguir un patrón estacional, con mayor número de casos en invierno.

Tras 3-4 días de síntomas típicos de infección de vías respiratorias altas (IRVA) se inicia la manifestación clínica principal (a veces única), la tos. Inicialmente seca (4-6 días), se vuelve productiva en unos días (con frecuencia purulenta debido al acúmulo de leucocitos), puede cursar en accesos y acompañarse de vómitos y dolor referido en el área traqueal/esternal (síntoma prominente en niños mayores), pudiendo durar varias semanas. Según la etiología, se pueden presentar síntomas generales y fiebre. En el caso de que aparezca una sobreinfección bacteriana secundaria se manifiesta con fiebre y aumento de secreciones en el tracto respiratorio. En pacientes con enfermedad broncopulmonar de base, el curso clínico puede ser diferente.

El diagnóstico es clínico. La auscultación es anodina al comienzo. Posteriormente pueden aparecer roncus, sibilancias y estertores. Los síntomas se resuelven en un máximo de 2-3 semanas (en general, la duración es inferior a 14 días). Si se mantienen habrá que descartar como parte del diagnóstico diferencial de tos crónica el inicio de una bronquitis bacteriana persistente/prolongada.

La bronquitis aguda puede acompañar o seguir a una IRVA y no merece ser considerada como una entidad clínica específica aunque se incluye aquí por ser un diagnóstico clínico frecuente y motivar prescripciones de antimicrobianos con gran frecuencia.

La traqueítis bacteriana es una entidad específica, infrecuente, equivalente a una forma de infección bacteriana invasora, que puede constituir una verdadera urgencia médica, requiere ingreso hospitalario y tratamiento antimicrobiano agresivo.

La tos recurrente o crónica que conforma el síndrome pertusoides se describe más adelante. Se excluyen las complicaciones como bronquitis recurrentes con daño permanente en la vía aérea y las reagudizaciones de la bronquitis crónica como parte de enfermedades sistémicas en niños con fibrosis quística u otras patologías específicas (asma, inmunodeficiencias, traqueítis asociada a ventilación mecánica, etc.).

Cambios más importantes respecto a la versión anterior: En la presente versión se ha actualizado la bibliografía. Aunque no se incluyen cambios significativos respecto a las versiones anteriores, destacar que la etiología más frecuente de la traqueobronquitis aguda sigue siendo viral y que, por lo tanto, no está recomendado ningún tratamiento antibiótico en la gran mayoría de los casos.

Microorganismos causales ¹		
Frecuentes	Menos frecuentes	Raros ⁴
<ul style="list-style-type: none"> Virus respiratorios² 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Mycoplasma pneumoniae</i>³ <i>Chlamydomphila pneumoniae</i>³ 	<ul style="list-style-type: none"> <i>Bordetella pertussis</i> Virus del sarampión <i>Mycobacterium tuberculosis</i>⁴ Otras bacterias⁵ <i>Aspergillus</i> sp.⁶

Estudios complementarios		
	Indicados en la evaluación inicial	Indicados en situaciones especiales
Laboratorio	Habitualmente no necesarios	<ul style="list-style-type: none"> Hemograma, recuento leucocitario⁷ PrCR, hemocultivo, análisis cuantitativo de esputo⁸
Microbiología	Habitualmente no necesarios	<ul style="list-style-type: none"> Serología para <i>Mycoplasma pneumoniae</i>, <i>Chlamydomphila pneumoniae</i>⁹, <i>Bordetella</i> o <i>Legionella</i>¹⁰ PCR (y/o cultivo) de secreciones nasofaríngeas para <i>Bordetella pertussis</i> en medio especial PCR (y/o cultivo) para <i>Mycoplasma</i> en secreciones nasofaríngeas Prueba de detección rápida de virus (VRS, gripe, SARS-CoV-2) o PCR en secreciones nasofaríngeas¹¹
Imagen	Habitualmente no necesarios	<ul style="list-style-type: none"> Rx de tórax¹²

Indicaciones de ingreso hospitalario
<p>Es excepcional:</p> <ul style="list-style-type: none"> Algunos lactantes pequeños (menores de 6 meses) con cuadros compatibles con tos ferina. Pacientes con patologías previas (cardiopatía, neumopatía crónicas). Traqueitis bacteriana. Dado el alto riesgo de obstrucción de la vía respiratoria, requiere ingreso y tratamiento antibiótico parenteral.

Tratamiento		
<ul style="list-style-type: none"> En la mayoría de los casos es suficiente el tratamiento sintomático con antitérmicos, ambiente húmedo y medidas generales de soporte. 		
Tratamiento antimicrobiano empírico		
Situación	Tratamiento de elección	Alternativas
Bronquitis (o traqueobronquitis) aguda; cuadros típicos	<ul style="list-style-type: none"> Habitualmente no indicado¹³ 	
Tratamiento antimicrobiano empírico en situaciones especiales		
Situación	Tratamiento de elección	Alternativas
<p>Cuando se sospeche infección bacteriana secundaria, pacientes con neumopatías previas, bronquitis febriles que se prolongan o empeoran</p>	<ul style="list-style-type: none"> Betalactámico con inhibidor de betalactamasas: Amoxicilina/clavulánico, VO: 80 mg/kg/día (de amoxicilina), cada 8 horas. 	<p>Alergia a betalactámico:</p> <p>Macrólidos (ver dosis de azitromicina en tos ferina).</p> <p>En cuadros graves o fracaso terapéutico: levofloxacino (uso <i>off-label</i>) vía oral o intravenosa durante 7-14 días.</p> <p>-Edad 6 m-5 a: 15-20 mg/k/día c/12h</p> <p>-Edad ≥ 5 a: 10 mg/kg/día c/24h Dosis máxima: 500 mg niños (adultos 1000 mg)</p>
Traqueítis bacteriana	<ul style="list-style-type: none"> Betalactámico de amplio espectro, IV y con cobertura frente a estafilococo <ul style="list-style-type: none"> Amoxicilina/clavulánico: 100 mg/kg/día (de amoxicilina), cada 6-8 horas. Cefuroxima: 50-100 mg/kg/día, cada 8 horas. 	

<p>Bronquitis bacteriana prolongada</p>	<p>Amoxicilina/clavulánico, VO: 80-90 mg/kg/día, cada 8 horas, 2 semanas y valorar respuesta antes de prolongar antibioterapia.</p>	
<p>Sospecha de participación de <i>Bordetella</i>, <i>Mycoplasma</i> o <i>Chlamydomphila pneumoniae</i></p>	<p><i>Bordetella pertussis</i> (Tos ferina)</p> <p>Azitromicina VO, 1 dosis/día, 5 días:</p> <p>-en menores de 6 meses, 10 mg/kg/día.</p> <p>-en mayores de 6 meses: 10 mg/kg/día primer día (máximo 500 mg), 5 mg/kg/día (máx 250 mg/día) del 2º al 5º día.</p> <p>-adolescentes y adultos: 500 mg/día, el primer día, después 250 mg/día 2º al 5º día.</p> <p><i>Mycoplasma pneumoniae:</i> Azitromicina: 10mg /kg/día 3 días o 10 mg/kg/día primer día y 5mg/kg/día 4 días más.</p> <p>Claritromicina: 15 mg/kg/día, en 2 dosis, 10 días (máx 500 mg/dosis)</p> <p><i>Chlamydomphila pneumoniae:</i> Neumonía atípica: azitromicina oral, alternativa claritromicina.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Doxiciclina, VO: 2-4 mg/kg/día, cada 12 horas, 7-10 días, dosis máxima de 100mg/12 horas (menos de 21 días). • Fluorquinolonas -Levofloxacino (uso <i>off-label</i>) : Edad 6 m-5 a: 15-20 mg/k/día c/12h Edad ≥ 5 a: 10 mg/kg/día c/24h dosis máxima: 500mg niños (adultos 1000 mg) -Moxifloxacino 10 mg/k/día c/24h dosis máxima: 400 mg
<ul style="list-style-type: none"> • Ver "Antibióticos. Dosificación" en http://www.guia-abe.es/ y Tabla de dosis de antibióticos en pediatría. SEIP. Versión 1.0 		
<p>Otras medidas terapéuticas</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Antitusígenos, antihistamínicos, expectorantes: en general no hay pruebas que muestren beneficios; no están recomendados. No hay datos que apoyen el uso de las hierbas tradicionales chinas. • No hay pruebas que apoyen el uso de broncodilatadores beta-2 si no hay signos de broncoespasmo. 		

Referencias bibliográficas

- Becker LA, Hom J, Villasis-Keever M, van der Wouden JC. Beta2-agonists for acute cough or a clinical diagnosis of acute bronchitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 9. Art. No.: CD001726. DOI: 10.1002/14651858.CD001726.pub5.
- Carolan PL, Sharma GD. Pediatric bronchitis, eMedicine. [actualizado el 22/06/2023; consultado el 02/06/2024. Disponible en <http://emedicine.medscape.com/article/1001332-overview>.
- Cavallazzi R, Ramirez JA. How and when to manage respiratory infections out of hospital. Eur Respir Rev 2022; 31: 220092 [DOI: 10.1183/16000617.0092-2022].
- Gardiner SJ, Gavranich JB, Chang AB. Antibiotics for community-acquired lower respiratory tract infections secondary to Mycoplasma pneumoniae in children. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 1. Art. No.: CD004875. DOI: 10.1002/14651858.CD004875.pub5.
- Hersh AL, Jackson MA, Hicks LA, et al. Principles of Judicious antibiotic prescribing for upper respiratory tract infections in pediatrics. Pediatrics. 2013;132:1146-54.
- House SA, Ralston SL. Wheezing, Bronchiolitis and Bronchitis. En: Kliegman RM, St. Gene JW, Nelson textbook of pediatrics. 22th ed. Philadelphia: Elsevier; 2024. p.2585-88.
- Jiang L, Li K, Wu T. Chinese medicinal herbs for acute bronchitis. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 2. Art. No.: CD004560. DOI: 10.1002/14651858.CD004560.pub4.
- Moneo MI, Asensi Monzó MT. Tos crónica en Pediatría. Protocolos del GVR (publicación P-GVR-9) consultado el 02/06/2024. Disponible en https://www.respirar.org/images/pdf/grupovias/tos_cronica_final.pdf
- Muñoz Hiraldo ME, Menasalvas Ruiz AI. Infecciones por Mycoplasma pneumoniae. En Guía-ABE. Infecciones en Pediatría en línea. Actualizado 01-12-2022. Consultado el 02-06-2024. Disponible en <http://www.guia-abe.es>
- Schuster JE, Williams JV. Emerging Respiratory Viruses in Children. Infect Dis Clin North Am. 2018;32:65-74.
- Suárez Rodríguez MA, Moneo Hernández Isabel. Azitromicina: antimicrobiano y antiinflamatorio. Conocerla para usarla. Actualizado julio 2021. Disponible en: https://www.aepap.org/sites/default/files/documento/archivos-adjuntos/azitromicina_definitiva_gpi-gvr.pdf
- Úbeda Sansano I, Croche Santander B, Hernández Merino A. Neumonía (v.3_2020). Guía-ABE. Infecciones en Pediatría. Guía rápida para la selección del antimicrobioano empírico en línea. Actualizado el 25/04/2020, consultado el 02/06/2024. Disponible en <http://www.guia-abe.es>
- Wenzel RP, Fowler AA. Clinical practice. Acute bronchitis. N Engl J Med. 2006;355:2125-30.

Abreviaturas: **ATB:** antibiótico. **EHP:** Estenosis hipertrófica de píloro. **IRVA:** infección respiratoria de vías altas. **IV:** vía intravenosa. **Máx:** máximo. **PCR:** reacción en cadena de la polimerasa. **PrCR:** proteína C reactiva. **Rx:** radiografía. **VO:** vía oral. **VRS:** virus respiratorio sincitial.

Notas aclaratorias

¹ Además de los agentes infecciosos relacionados, también pueden causar bronquitis aguda la inhalación de gases y tóxicos, las aspiraciones de material gástrico ácido y los trastornos alérgicos.

² Adenovirus, virus respiratorio sincitial, virus parainfluenza, rinovirus, coronavirus/ SARS CoV-2, influenza, paramyxovirus; también metapneumovirus y bocavirus humano. Aunque sin significación clínica clara es frecuente también la presencia de coinfecciones.

³ Sobre todo en niños mayores de 4 años y adolescentes.

⁴ En general se refieren a procesos de tos prolongada, recurrente o crónica, no considerados en este capítulo.

⁵ Legionella pneumophila, Corynebacterium pseudodiphtheriticum, Bordetella parapertussis. También pueden causar sobreinfección en pacientes con bronquitis aguda de origen viral: Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae, Staphylococcus aureus y Moraxella catarrhalis. La traqueítis bacteriana es, en muchos casos, una sobreinfección bacteriana de una infección viral inicial.

⁶ En áreas endémicas con exposición significativa y en pacientes inmunocomprometidos (en general, produce infección invasiva). Aspergilosis broncopulmonar alérgica: colonización de la vía aérea, en pacientes inmunocompetentes sin enfermedad invasiva, con aparición de reacción de hipersensibilidad que produce episodios de obstrucción bronquial.

⁷ En algunos casos de sospecha de sobreinfección bacteriana. La sospecha de tos ferina puede apoyarse en los hallazgos del hemograma: leucocitosis (> 20 000/ml) con linfocitosis, aunque la ausencia de estos datos no la descarta.

⁸ Cuando se sospeche o deba descartarse una infección de vías bajas (neumonía) de etiología bacteriana. El estudio del esputo en general tiene poco valor en niños sin patología de base, con esta entidad.

⁹ Idealmente aumento de 4 veces en los títulos de IgG en dos muestras separadas 3-4 semanas. Una IgM positiva con clínica compatible puede ser diagnóstica (tener en cuenta que los títulos positivos de la IgM específica pueden durar meses); puede haber falsos positivos.

¹⁰ Detección de antígeno específico de Legionella en orina.

¹¹ Para confirmar la etiología vírica y apoyar la no necesidad de antibioterapia. Se indicarían también para indicación de tratamiento cuando el microorganismo vírico sospechado es tratable, en época epidémica y el paciente presenta síntomas compatibles.

¹² En algunos cuadros febriles prolongados con afectación general y aumento del trabajo respiratorio (sospecha de neumonía asociada o atelectasia). En la bronquitis aguda puede observarse engrosamiento peribronquial inespecífico.

¹³ Es importante destacar la necesidad de evitar el uso de antibióticos en la mayoría de episodios de bronquitis aguda.

Notas: la *Guía ABE* se actualiza al menos 1 vez al año. Próxima revisión prevista en el segundo semestre de 2007. Los autores y editores recomiendan aplicar estas recomendaciones con sentido crítico en función de la experiencia del médico, de los condicionantes de cada paciente y del entorno asistencial concreto; así mismo se aconseja consultar también otras fuentes para minimizar la probabilidad de errores. Texto dirigido exclusivamente a profesionales.

[🔗] Más información en: <http://infodoctor.org/gipi/>

[✉] Comentarios y sugerencias en: laguiaabe@gmail.com

Con la colaboración de:

el gipi

lua
ediciones s.c.

[©] Guía_ABE, 2007. ISBN: 978-84-95028-65-5