

## LACTANTE CON SIBILANCIAS RECURRENTES, ¿QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA?

**Autor: Dra. Isadora Iglesia H. Residente Medicina Familiar UC**

**Editor: Dra. Pamela Rojas G. Docente Departamento Medicina Familiar UC**

**Fecha: 19 de Mayo de 2020**

**Palabras Claves: Sibilante Recurrente, tratamiento, APS, Medicina Familiar**

**Resumen portada:** Las sibilancias recurrentes son una condición muy prevalente entre los lactantes, de modo que los equipos de salud deben estar bien capacitados en su manejo. Este artículo revisará la evidencia disponible en relación a su tratamiento.

### INTRODUCCIÓN

Un lactante sibilante recurrente (SR) se describe como aquel que ha presentado 3 o más episodios de sibilancias y tos en el periodo de un año <sup>1</sup>. No existe consenso absoluto al respecto; la Sociedad Europea Respiratoria (ERS) define un SR como a todo paciente que presente episodios de sibilancias asociadas a episodios virales o multi gatillantes. La Sociedad Americana de Tórax (AST), por su parte, lo define como aquel lactante menor de 2 años que presente episodios de sibilancias <sup>2,3</sup>.

En Chile está ampliamente difundido el concepto de Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente (SBOR), el cual se define como 3 o más episodios de obstrucción bronquial en 1 año, en un lactante menor de dos años. En aquellos niños mayores de 2 años, y que cumplen criterios similares, el concepto utilizado es el de Asma del lactante.<sup>4</sup>

La etiología de un SR es variada y se resume en la tabla 1.

**Tabla 1: Etiología de las Sibilancias Recurrentes del lactante.**

CAUSA ESTRUCTURAL	CAUSA FUNCIONAL
● Traqueobroncomalacia	● Asma
● Anillo Vascular	● Reflujo Gastroesofágico
● Estenosis Traqueal	● Cuerpo Extraño
● Masas o Lesiones Quísticas	● Inmunodeficiencias
● Tumores/ adenopatías	● Fibrosis Quística
● Cardiomegalia	● Disquinesia Ciliar primaria
	● Displasia Broncopulmonar
	● Bronquiolitis Obliterante

Fuente: Adaptado de Fakhoury et al, Up To Date 2020.

### MANEJO DEL LACTANTE SB

El tratamiento del Sibilante Recurrente se asemeja bastante al de un paciente asmático, e incluye un abordaje agudo y uno de mantención.

#### I. MANEJO AGUDO/ EXACERBACIONES

## **1. BRONCODILATADORES DE ACCIÓN CORTA (BDAC):**

El uso de broncodilatadores de acción corta como el Salbutamol o el Bromuro de Ipratropio, se basa en la fisiopatología de la generación de sibilancias.

No existe evidencia que recomiende o rechace el uso de broncodilatadores de acción corta en episodios de reagudización de SR. Por ahora, se mantiene como una recomendación de expertos, plasmada además en guías internacionales para el manejo de obstrucción bronquial.

## **2. CORTICOIDES INHALADOS NTERMITENTES**

Una revisión sistemática (RS) del año 2016<sup>6</sup>, que incluyó 22 estudios primarios, con 4550 pacientes entre 6 meses y 6 años con diagnóstico de Asma o SR, analizó el uso de corticoides inhalatorios intermitentes (7 a 10 días a dosis medias altas) versus placebo, en la reducción de episodios de exacerbaciones anuales. Al realizar el análisis por subgrupo de pacientes SR asociados a episodios virales o de asma intermitente (Asma Controlada), se obtuvo un RR 0.65 IC 95% (0.51-0.81), con heterogeneidad I<sup>2</sup> 0%, lo que se traduce en un RRR 35%, con un NNT de 6. Esto significa que el uso de CSI intermitentes en pacientes con diagnóstico de SR asociadas a episodios virales o Asma Intermitente, a dosis media-alta por 7 a 10 días, podría disminuir el número de exacerbaciones en un 35%. Además, por cada 6 niños tratados, se podría prevenir un episodio de exacerbación.

Por ahora, los expertos no recomiendan el uso de corticoides inhalados intermitentes de manera sistemática en lactantes con SR.

## **3. CORTICOIDES ORALES**

Una revisión sistemática del año 2016<sup>7</sup>, que incluyó 11 estudios primarios y 1733 pacientes entre 1 y 18 años con enfermedades sibilantes (Asma o SR), comparó el uso de diferentes corticoides sistémicos versus placebo, evaluando: hospitalizaciones, visitas no programadas al médico y números de días de hospitalización. Para ningún outcome el corticoide fue superior al placebo.

Respecto del número de hospitalizaciones, específicamente, al hacer análisis por subgrupo, los estudios que se realizaron en el servicio de urgencia mostraron un RR 0.58 IC 95% (0.37-0.92), con heterogeneidad I<sup>2</sup> 0%, mostrando una RRR 42% en éste setting.

## **4. ANTILEUKOTRIENOS INTERMITENTES**

Una RS del año 2017<sup>8</sup>, incluyó 5 estudios clínicos randomizados con 3960 pacientes entre 6 meses y 6 años de edad con alguna enfermedad sibilante; y comparó el uso de Montelukast intermitente con placebo. Se evaluaron diferentes resultados: número de episodios de sibilancias, visitas no programadas al médico, uso concomitante de corticoides sistémicos y reacciones adversas a medicamentos. No se evidenció diferencias estadísticamente

significativas al comparar el uso de antileukotrienos versus placebo para ninguno de estos resultados.

## **5. MACRÓLIDOS**

Una revisión sistemática del 2020<sup>9</sup>, que incluyó sólo 3 estudios primarios y 334 niños entre 0-18 años, asmáticos o SR cursando exacerbaciones, comparó el uso de diferentes macrólidos versus placebo o versus manejo sintomático en el tiempo de resolución de los síntomas, y el tiempo entre crisis, entre otros. Dada la alta heterogeneidad de los estudios, solo se pudo realizar un metaanálisis de los resultados, que no mostró diferencias estadísticamente significativas entre macrólidos y placebo, para el tiempo entre crisis. Para la resolución de síntomas, 2 estudios mostraron una reducción entre 2.5 a 4 días a favor del macrólido, sin grade reportado, lo que limita la posibilidad de generar una recomendación al respecto.

## **II. MANEJO CRÓNICO**

Para el manejo crónico, al igual que los pacientes asmáticos, se propone el uso de Corticoides inhalados de uso diario y el uso de Montelukast diario. Revisaremos qué dice la evidencia en pacientes SR que utilizan estos tratamientos.

### **1. ANTILEUKOTRIENOS DIARIOS**

En la RS mencionada anteriormente <sup>8</sup> se comparó el uso de Montelukast diario por al menos un año de uso versus placebo, y se evaluaron los mismos outcomes. Al igual que en su uso intermitente, no se objetivó superioridad de este frente al placebo. Si bien, no hubo reportes estadísticamente significativos para los efectos adversos, sí se reportaron vómitos y somnolencia diurna. Expertos recomiendan reservar su uso para aquellos pacientes que no responden a corticoides inhalados, a pesar de la buena adherencia y correcta técnica de uso.

### **2. CORTICOIDES INHALADOS DE USO DIARIO**

En la RS mencionada anteriormente <sup>6</sup>, comparó el uso diario de corticoides inhalados versus placebo. La RS no consideró un análisis por subgrupo, si no que incluyó todos los pacientes con diagnóstico de SR, ya fuesen asmáticos o no. Los resultados mostraron un RR 0.70 IC 95% (0.61-0.79), con heterogeneidad I<sup>2</sup> 0%, lo que se traduce en que el uso diario de corticoides inhalados por al menos 3 meses en pacientes con diagnóstico de SR, podría reducir el número de exacerbaciones entre un 21-39% (promedio 30%). Se requiere tratar a 9 niños para prevenir que al menos 1 de ellos experimente una nueva exacerbación.

## **RESUMEN**

El paciente con diagnóstico de sibilancias recurrentes supone un desafío por el gran número de diagnósticos diferenciales que pueden explicar su condición y modificar su respuesta terapéutica.

De forma similar que el paciente asmático, el manejo agudo de estos pacientes, se debe realizar con broncodilatadores de acción corta, y considerar el uso de corticoides sistémicos en el setting de urgencia o en pacientes con alta probabilidad de ser asmáticos.

Respecto del uso de corticoides inhalados, se plantea el desafío para futuros estudios si su uso de forma intermitente en dosis medias a altas, pudiese ser una alternativa razonable en aquellos pacientes con SR asociadas a episodios virales. Con su respecto en terapias de mantención, la evidencia sugiere un uso diario por al menos 3 meses, sobre todo en aquellos pacientes con una alta probabilidad de ser asmáticos.

## REFERENCIAS

1. Mallol J, García-Marcos L, Solé D, *et al.* International prevalence of recurrent wheezing during the first year of life: variability, treatment patterns and use of health resources. *Thorax* 2010; 65:1004-1009
2. Ng, M. C., & How, C. H. (2014). Recurrent wheeze and cough in young children: is it asthma?. *Singapore medical journal*, 55(5), 236–241.  
<https://doi.org/10.11622/smedj.2014064>
3. Brand, P *et al.* (2008). Definition, assessment and treatment of wheezing disorders in preschool children: An evidence-based approach. *The European respiratory journal* : official journal of the European Society for Clinical Respiratory Physiology. 32. 1096-110. 10.1183/09031936.00002108.
4. Infección Respiratoria Aguda Baja de Manejo Ambulatorio en Menores de 5 Años. MINSAL 2005
5. Becker LA, Hom J, Villasis- Keever M, van der Wouden JC. Beta2-agonists for acute bronchitis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2011, Issue 7. Art. No.: CD001726. DOI: 10.1002/14651858.CD001726.pub4.
6. Kaiser, S *et al.* (2016). Preventing Exacerbations in Preschoolers With Recurrent Wheeze: A Meta-analysis. *PEDIATRICS*. 137. e20154496-e20154496. 10.1542/peds.2015-4496.
7. Castro-Rodriguez, J. A., Beckhaus, A. A., & Forno, E. (2016). Efficacy of oral corticosteroids in the treatment of acute wheezing episodes in asthmatic preschoolers: Systematic review with meta-analysis. *Pediatric pulmonology*, 51(8), 868–876.  
<https://doi.org/10.1002/ppul.23429>
8. Hussein, H. R., Gupta, A., Broughton, S., Ruiz, G., Brathwaite, N., & Bossley, C. J. (2017). A meta-analysis of montelukast for recurrent wheeze in preschool children. *European journal of pediatrics*, 176(7), 963–969.  
<https://doi.org/10.1007/s00431-017-2936-6>
9. Pincheira, M. A., Bacharier, L. B., & Castro-Rodriguez, J. A. (2020). *Efficacy of Macrolides on Acute Asthma or Wheezing Exacerbations in Children with Recurrent Wheezing: A Systematic Review and Meta-analysis*. *Pediatric Drugs*. doi:10.1007/s40272-019-00371-5