

Bronquiolitis obliterante post-infecciosa: ¿Sudamérica tiene la respuesta?

Post-infectious bronchiolitis obliterans. Does South-America have the answer?

La enfermedad pulmonar crónica (EPC) constituye un grupo amplio y heterogéneo de condiciones respiratorias cada vez más frecuentes. El incremento en la supervivencia de muchos pacientes con EPC ha traído consigo la aparición de complicaciones –tanto respiratorias como no respiratorias– que acompañan a niños y adolescentes cada vez más complejos. Los pacientes con EPC exhiben diversos cambios inflamatorios desde el inicio de la injuria (volutrauma, barotrauma, infección) o incluso desde el nacimiento (fibrosis quística, enfermedad pulmonar intersticial); los cuales persisten hasta el desarrollo, muchas veces inevitable, de cicatrices y/o fibrosis pulmonar. Más aún, diversos patógenos oportunistas, pueden colonizar la vía aérea y participar de la progresión de este daño pulmonar inicial.

La bronquiolitis obliterante (BO) es una condición respiratoria poco frecuente en niños, responsable de la obstrucción y/u obliteración final de la vía aérea pequeña¹. En países desarrollados, la BO es un síndrome clínico asociado principalmente a trasplantes, mientras que en Asia² y Sudamérica³⁻⁵ a infecciones respiratorias virales. Aunque se reconoce su existencia desde hace muchos años, aún no existe un consenso para establecer su diagnóstico. La BO post-infecciosa es una causa poco frecuente de obstrucción al flujo de aire en niños⁶; sin embargo, por razones epidemiológicas y/o genéticas aun no determinadas, es la forma más frecuente de presentación de este síndrome en Sudamérica⁷⁻¹⁰. Algunos países como Brasil, Argentina y Chile lideran el número de publicaciones internacionales. La mayoría de las publicaciones^{7,8} coinciden en que el diagnóstico de BO post-infecciosa descansa sobre aspectos clínicos y radiológicos específicos, los cuales fueron recientemente comentados¹¹. Colom y colaboradores⁹ publicaron un puntaje clínico diagnóstico de elevada sensibilidad y especificidad el cual considera a la presencia de adenovirus como el factor de riesgo más importante. Sin lugar a dudas, la tomografía axial computada de alta resolución ha permitido mejorar el entendimiento de muchas condiciones respiratorias¹². Hoy, gracias a cortes de 1,5 milímetros en la tomografía, la presencia de bronquiectasias, cilíndricas o saculares, centrales o periféricas, generalmente difusas asociadas a un patrón en mosaico de perfusión y disminución de la vascularización, son hallazgos que contribuyen a establecer un diagnóstico certero en la mayoría de las veces. Por lo anterior, el papel de la biopsia pulmonar ha sido cuestionado por su elevada invasividad y poca especificidad⁹. Pese a ello las opciones terapéuticas aún son reducidas y el éxito del cuidado y manejo clínico, dependerá muchas veces de la oportuna intervención antibiótica, una constante kinesioterapia respiratoria y el inicio de una adecuada y precoz rehabilitación pulmonar en la mayoría de los sujetos. Cada vez más se reconoce el papel de la nutrición en el éxito y cuidado de pacientes pediátricos con EPC.

Durante las Jornadas de Otoño del año 2008, la directiva de la Sociedad Chilena de Enfermedades Respiratorias, representada por la Dra. Alexis Strickler, fomentó la creación de una comisión -a través de sus miembros- con el propósito de estudiar este heterogéneo grupo de EPC en niños. La comisión, en coordinación con la Sociedad Chilena de Neumología Pediátrica (SOCHINEP), invitó a un grupo heterogéneo y multidisciplinario de profesionales de la salud constituido por neumólogos, pediatras, enfermeras, kinesiólogos, psicólogos y trabajadora social; considerando oportuno dar inicio a sus actividades con la confección y redacción de una guía clínica en torno a BO post infecciosa. Así, luego de algunos meses de reuniones de trabajo y correos, se diseñó una estructura clínica estandarizada con aspectos en común a muchas EPC, asignando temas de revisión específica, basado en evidencia publicada, según la afinidad o fortaleza en el tema de cada uno de sus miembros. Prontamente, se logró la participación de destacados profesionales del medio, con quienes además se organizó y dirigió una jornada científica de casi 36 horas en la localidad de Olmué, V Región, en los primeros días de abril del presente año (11). Con el entusiasmo siempre presente, logramos generar un primer borrador, el cual fue enviado a todos los miembros de esta

comisión, para su discusión, crítica, reflexión y finalmente envío de sugerencias por vía electrónica. Cada autor tuvo acceso a todo el documento en extenso. Luego, en una segunda etapa, la comisión designó un grupo de editores quienes plasmaron las observaciones de cada miembro.

En este número de la *Revista Chilena de Enfermedades Respiratorias*, presentamos las Guías clínicas para el diagnóstico y cuidado de niños y adolescentes con BO post-infecciosa. Este documento de carácter inédito en Sudamérica, representa la primera herramienta clínica publicada para una aproximación diagnóstica estandarizada en nuestra región. Sin temor a equivocarnos, esta guía clínica representa la primera piedra en nuestro medio que contribuirá al desarrollo del denominado proyecto BOLAT (Bronchiolitis Obliterans in Latin América) diseñado con el propósito de construir una base de datos multinacional para conocer el espectro e impacto de esta condición respiratoria crónica. Consideramos que este documento contribuirá a aumentar nuestro conocimiento en torno a BO post infecciosa, enriqueciendo y optimizando el cuidado de estos menores, y estimando finalmente el grado real de invalidez asociada; pero sobretodo, el grado de recuperación (en términos respiratorios y no respiratorios) de muchos de ellos. Ya que mucha de la información publicada es sobre población adulta (especialmente post-trasplante o asociada a neumonía en organización), es importante resaltar que la elaboración de estas guías está preferentemente situada en el escenario pediátrico. Esperamos sinceramente que estas guías clínicas sean de la utilidad esperada y que el lector disfrute, lo que con esfuerzo hemos elaborado para mejorar la salud de nuestros pequeños pacientes.

Dr. Luis Enrique Vega-Briceño
 Pediatra Broncopulmonar
 Presidente, Comisión Nacional
 Enfermedad Pulmonar Crónica

Bibliografía

- 1.- WOHL M E, CHERNICK V. State of the art: bronchiolitis. *Am Rev Resp Dis* 1978; 118: 759-81.
- 2.- KIM C, KIM S, KIM J, KOH Y, COHEN A, DETERDING R R et al. Bronchiolitis obliterans in the 1990s in Korea and the United States. *Chest* 2001; 120: 1101-06.
- 3.- FISHER G B, TEPER A M, COLOM A J. Acute viral bronchiolitis and its sequel in developing countries. *Paediatrics Respiratory Rev* 2002; 3: 298-302.
- 4.- JONES M H, PITREZ P M, STEIN R T. Post-Infectious Bronchiolitis Obliterans. *Pediatr Pulmonol Suppl* 2004; 26: 64-5.
- 5.- PÉREZ M J, KOGAN R, MAGGI L, MENDOZA C. Seguimiento clínico y factores de riesgo en niños con enfermedades respiratorias por adenovirus. *Rev Chil Ped* 2007; 78: 261-67.
- 6.- KURLAND G, MICHELSON P. Bronchiolitis obliterans in children. *Pediatr Pulmonol* 2005; 39: 193-208.
- 7.- COLOM A J, TEPER A M, VOLLMER W M, DIETTE G B. Risk factors for the development of bronchiolitis obliterans in children with bronchiolitis. *Thorax* 2006; 61: 503-6.
- 8.- CASTRO-RODRÍGUEZ JA, DASZENIES C, GARCÍA M, MEYER R, GONZÁLES R. Adenovirus pneumonia in infants and factors for developing bronchiolitis obliterans: a 5-year follow-up. *Pediatr Pulmonol* 2006; 41: 947-53.
- 9.- COLOM A J, TEPER A M. Postinfectious bronchiolitis obliterans. *Arch Argent Pediatr* 2009; 107: 160-7.
- 10.- MURTAGH P, GIUBERGIA V, VIALE D, BAUER G, PENA H G. Lower respiratory infections by adenovirus in children. Clinical features and risk factors for bronchiolitis obliterans and mortality. *Pediatr Pulmonol* 2009; 44: 450-6.
- 11.- KOPPMANN A. Bronquiolitis obliterante postinfecciosa: Nuevos desafíos para el pediatra neumólogo. *Rev Chil Enf Respir* 2009; 25: 73-74.
- 12.- COPLEY S J, PADLEY S P. High-resolution CT of paediatric lung disease. *Eur Radiol* 2001; 11: 2564-75.