

## Bronquiectasias

Eva Farrero Muñoz

Servicio de Neumología. Hospital Universitario de Bellvitge. L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.  
Correo electrónico: efarrero@bellvitgehospital.cat.

### Puntos clave

- En un paciente con bronquiectasias (BQ) debe investigarse siempre la causa, puesto que su tratamiento tiene importantes implicaciones pronósticas.
- Debe sospecharse siempre el diagnóstico de BQ en pacientes con tos y expectoración crónica, especialmente en ausencia de hábito tabáquico. La atención primaria desarrolla un papel clave en el diagnóstico precoz de esta entidad.
- El tratamiento adecuado de las agudizaciones con antibióticos a dosis elevadas y durante un período prolongado es un aspecto fundamental para mejorar la evolución y minimizar la morbimortalidad asociada a las BQ.
- La hemoptisis es una de las complicaciones más frecuentes en las BQ que puede ser grave. Todo paciente con hemoptisis significativa (> 25-30 ml) debe ser remitido a un centro hospitalario para valoración de la evolución y tratamiento si fuera necesario.

**Palabras clave:** Bronquiectasias • Expectoración crónica • Infección bronquial crónica • Fisioterapia respiratoria.

### Fisiopatología

La patogenia de las bronquiectasias (BQ) tiene 3 componentes fundamentales: infección, inflamación y destrucción de la pared bronquial<sup>1</sup>. Se inicia con una agresión que compromete el aclaramiento mucociliar, dificulta la eliminación de secreciones y permite la persistencia bacteriana en el epitelio bronquial, que a su vez favorece una respuesta inflamatoria. Los mediadores liberados desde las células inflamatorias, además de dañar la pared bronquial, aumentan la producción de mucosidad y alteran la función mucociliar, manteniendo así el ciclo vicioso que lleva al daño pulmonar progresivo con destrucción del tejido elástico, adelgazamiento del cartílago bronquial y broncomalacia.

Además, se promueve la proliferación de arterias bronquiales con comunicaciones arteriovenosas que predisponen a la hemoptisis.

### Etiología

Las BQ son la consecuencia final del daño pulmonar que causan diversas enfermedades, tanto sistémicas como locales (tabla 1)<sup>2</sup>. Aunque en un porcentaje considerable de pacien-

tes (25-50%) no se llega a determinar la etiología, es importante su búsqueda sistemática, especialmente de las tributarias de tratamiento, ya que tiene importantes implicaciones pronósticas<sup>3,4</sup>. En un paciente con BQ siempre deben descartarse: déficit de producción de anticuerpos, aspergilosis broncopulmonar alérgica, reflujo gastroesofágico, obstrucción del árbol bronquial, asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (con o sin déficit de alfa 1-antitripsina), infección por micobacterias, fibrosis quística y enfermedades sistémicas asociadas.

### Clínica y diagnóstico

Las BQ suelen cursar con infecciones de repetición, aunque los síntomas pueden ser variables; algunos pacientes presentan síntomas solo durante los episodios de agudización, mientras que otros presentan síntomas diarios con importante repercusión en su calidad de vida. Los más frecuentes son tos y expectoración crónica, que puede ser mucosa, mucopurulenta o purulenta. Otros síntomas son la expectoración hemoptoica o hemoptisis recidivante, disnea, hiperreactividad bronquial, dolor torácico, astenia y pérdida de peso.

**TABLA 1. Etiología de las bronquiectasias****Postinfecciosas**

Virus, bacterias, tuberculosis, micobacterias no tuberculosas, hongos

**Inmunodeficiencias**

**Primarias:** agammaglobulinemia congénita, inmunodeficiencia variable común, déficit de subclases de inmunoglobulina G, déficit de anticuerpos, etc.

**Secundarias:** neoplasia, VIH, trasplante, quimioterapia

**Alteración de la función mucociliar**

Fibrosis quística, síndrome de Young, discinesia ciliar

**Alteraciones bronquiales congénitas**

Traqueobroncomalacia, sequestro broncopulmonar, síndrome de Mounier-Kuhn, síndrome de Williams-Campbell

**Postobstrucción mecánica bronquial**

Intrínsecas (tumores, cuerpos extraños, estenosis cicatricial)

Extrínsecas (tumores, adenopatías, aneurismas)

**Neumonitis inflamatoria**

Inhalación de tóxicos (drogas, gases), aspiración, reflujo gastroesofágico

**Asociadas a otras patologías**

EPOC, asma, déficit de alfa-1-antitripsina

Enfermedades inflamatorias intestinales: Crohn, colitis ulcerosa

Enfermedades sistémicas: lupus, síndrome de Sjögren, artritis reumatoide, sarcoidosis

Aspergilosis broncopulmonar alérgica, panbronquiolitis difusa

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; VIH: virus de inmunodeficiencia humana.

El diagnóstico de sospecha se basará en la clínica, tos y expectoración crónica, especialmente en ausencia de hábito tabáquico, y la radiografía de tórax. El diagnóstico definitivo debe realizarse mediante una tomografía axial computarizada de tórax de alta resolución (fig. 1), técnica con una alta fiabilidad válida tanto para el diagnóstico como para el seguimiento.

## Tratamiento

Los objetivos fundamentales del tratamiento son mejorar los síntomas y frenar la progresión de la enfermedad. Además de las medidas generales y del tratamiento de la etiología si se conoce, los 3 pilares básicos en el manejo de las BQ son: el control de la inflamación e hiperreactividad bronquial, el tratamiento de las agudizaciones y el manejo de las secreciones bronquiales (fig. 2).

### Medidas generales

Además de evitar el hábito tabáquico, es aconsejable la vacunación antigripal anual y antineumocócica cada 5



**Figura 1.** Imagen de bronquiectasias en tomografía axial computarizada torácica.

años<sup>5</sup>. (Recomendación consistente/calidad de la evidencia baja).

### Tratamiento de etiología

Se debe considerar el tratamiento etiológico en todas aquellas BQ de causa conocida, aunque habitualmente se realiza en unidades especializadas hospitalarias<sup>3</sup>.

### Control de la inflamación y la hiperreactividad bronquial

El uso de corticoides inhalados no se recomienda sistemáticamente en todos los pacientes con BQ, solo en aquellos con asma asociada, clínica de hiperreactividad bronquial, mayor obstrucción bronquial, así como en los que presentan mayor broncorrea<sup>3,5,6</sup>. (Recomendación consistente/calidad de la evidencia moderada).

No hay estudios que avalen la eficacia de otros antiinflamatorios como los antagonistas de los receptores de leucotrienos o las metilxantinas<sup>5</sup>.

El tratamiento prolongado con macrólidos vía oral se ha demostrado eficaz en las BQ secundarias a panbronquiolitis o en fibrosis quística por su efecto inmunomodulador y antiinflamatorio<sup>7</sup>. Sin embargo, debido a los posibles efectos secundarios: alteración hepática, alargamiento de QT y aparición de resistencias, su uso no se recomienda de forma generalizada en BQ no fibrosis quística. Su indicación se debe valorar en pacientes con mal control clínico y exacerbaciones frecuentes, a pesar de un tratamiento adecuado. Aunque la pauta óptima no está establecida, el fármaco más utilizado es la azitromicina (250-500 mg) 3 días por semana durante 3-6 meses. (Recomendación consistente/calidad de la evidencia moderada).

Respecto a la indicación de broncodilatadores, se recomienda valorar la reversibilidad de la obstrucción de las vías aéreas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3470726>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3470726>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)