

# BRONQUIECTASIAS

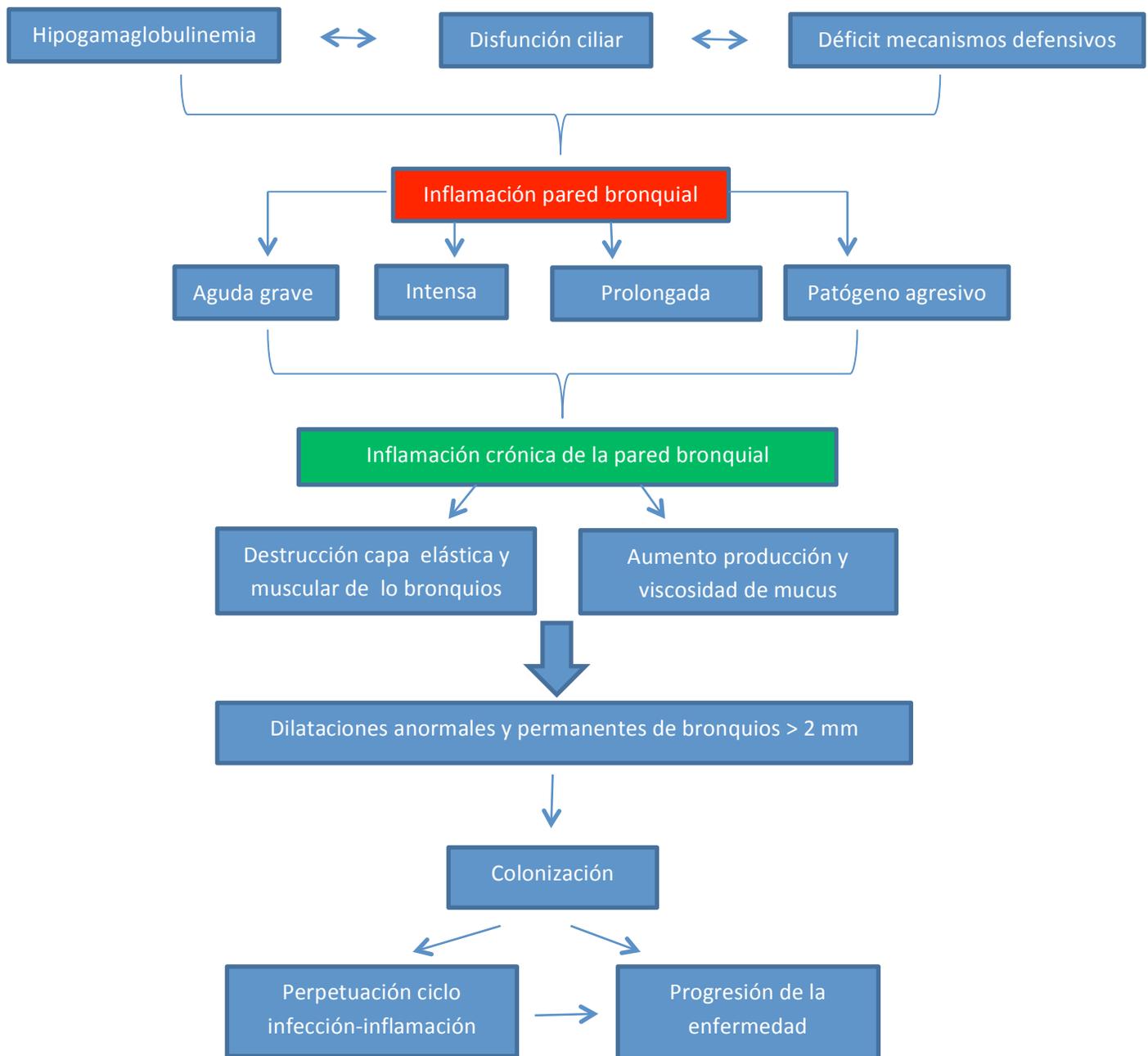
Soto M. Camila, Torrealba A. Andrés  
Dra. Emiliana Naretto Larsen

Guías Clínicas Respiratorio

## Definición

“Las bronquiectasias (BQ) corresponden a dilataciones anormales e irreversibles de los bronquios con alteración del epitelio ciliar. No son una enfermedad en sí misma, sino el resultado final de enfermedades diferentes que comprometen los bronquios. Clásicamente se diferencian en BQ debidas a fibrosis quística (FQ) y BQ no FQ.

## Patogenia



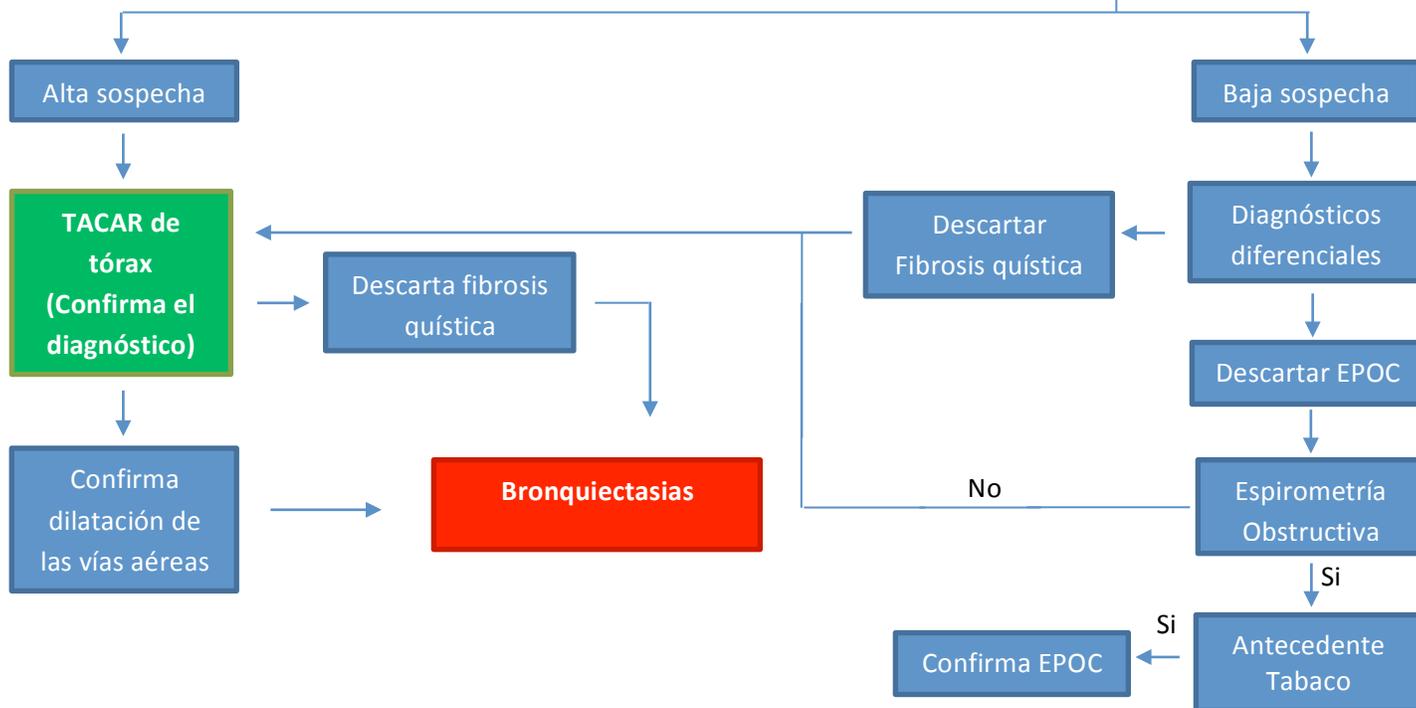
# Cuadro clínico y Diagnóstico

Anamnesis	Síntomas y signos	Examen Físico
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Antecedentes de infecciones respiratorias a repetición.</li> <li>- Antecedentes de Fibrosis quística</li> <li>- Antecedentes de Discinesia ciliar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tos productiva mucopurulenta</li> <li>- Hemoptisis</li> <li>- Disnea</li> <li>- Dolor pleurítico*</li> <li>- Tos seca</li> <li>- Fatiga</li> <li>- Mialgias</li> <li>- Pérdida ponderal</li> <li>- Asintomático</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Crepitaciones y sibilancias (más frecuentemente crepitaciones)</li> <li>- Acropaquias</li> <li>- Normal</li> </ul>



Radiografía de tórax
<b>Alta sospecha</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bronquios dilatados y engrosados como "línea de tranvía" o "sombras anulares".</li> <li>- Compromiso en lóbulo inferior.</li> </ul>
<b>Baja sospecha</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Normal.</li> <li>- Hallazgos inespecíficos.</li> </ul>

\*: Indicador de complicación



# Etiología

Tabla 1. Etiologías de las bronquiectasias

Infeciosa	No Infeciosa
<b>Virus</b> - Adenovirus - Virus que causen gripe - VIH (Probablemente por las infecciones reiteradas)	<b>Disfunción ciliar primaria</b> - Enfermedad hereditaria autosómica recesiva. - Disminuye la motilidad ciliar, por lo que disminuye la eliminación de bacterias y aumenta la colonización de estas.  <b>Fibrosis Quística</b>  <b>Inhalación de gas tóxico</b> - Amoníaco - Aspiración ácido desde el estómago (se asocia a contaminación por bacterias).  <b>ABPA</b> - Respuesta inmune inflamatoria frente al <i>Aspergillus</i> .  <b>Déficit de <math>\alpha</math>1-antitripsina</b>  <b>Síndrome de las uñas amarillas</b> - Triada: Linfedema, derrame pleural y coloración amarilla de la uñas. - 40% de los casos se asocia a bronquiectasias.
<b>Bacterias</b> - <i>Staphylococcus aureus</i> - <i>Klebsiella sp.</i> - Anaerobios en general - <i>Bordetella pertussis</i> - <i>Mycobacterium tuberculosis</i> - Micobacterias no tuberculosas (MAC) - <i>Mycobacterium avium</i> (Patógeno primario acompañado de bronquiectasias).	
<b>Obstrucción bronquial</b> - Intrínseca: estenosis cicatricial, broncolitiasis, cuerpo extraño, tumor - Extrínseca: adenopatías, tumor, aneurisma	
<b>Asociada a enfermedades sistémicas:</b> -AR -LES -Síndrome de Marfan -EII	

## Estudio y manejo

Generalmente las bronquiectasias se identifican cuando el paciente se encuentra cursando un cuadro infeccioso de foco pulmonar. En el estudio y manejo de este paciente se realizan los siguientes estudios:

Microbiológicos	Función pulmonar	Inmune y anomalías congénitas	Otros
<b>Tinción de Gram y cultivo de esputo:</b> -Deben realizarse para poder definir mejor la terapia antibiótica. <b>Baciloscopía y cultivo de Koch:</b> - 1 vez al año y de manera obligatoria en pacientes con antecedentes de TBC. <b>Cultivo para <i>Aspergillus sp</i></b> - En caso que se sospeche ABPA. <b>Elisa para VIH</b> <b>PPD</b>	<b>Espirometría:</b> - Puede presentar un patrón obstructivo, restrictivo o normal. - El patrón depende de la etiología de las bronquiectasias, y si es que son focales o difusas. - Pueden presentar reversibilidad con test de metacolina. <b>GSA:</b> - Es posible evidenciar hipoxemia en etapas avanzadas. Útil en exacerbaciones.	<b>Biopsia de mucosa nasal:</b> - Permite descartar disfunción ciliar primaria. <b>Espermiograma:</b> - Uso en conjunto con la biopsia de mucosa nasal para descartar la disfunción ciliar primaria. - Uso en conjunto con la prueba del sudor para descartar el <i>Sd. de Young</i> . <b>Medición de subclases de IgG</b>	<b>Prueba del sudor:</b> - Permite descartar el diagnóstico diferencial de la fibrosis quística. <b>Niveles de <math>\alpha</math>1-antitripsina:</b> - Útil para descartar déficit de esta glicoproteína. <b>Fibrobroncoscopía (FBC):</b> - Recomendado en casos de hemoptisis.

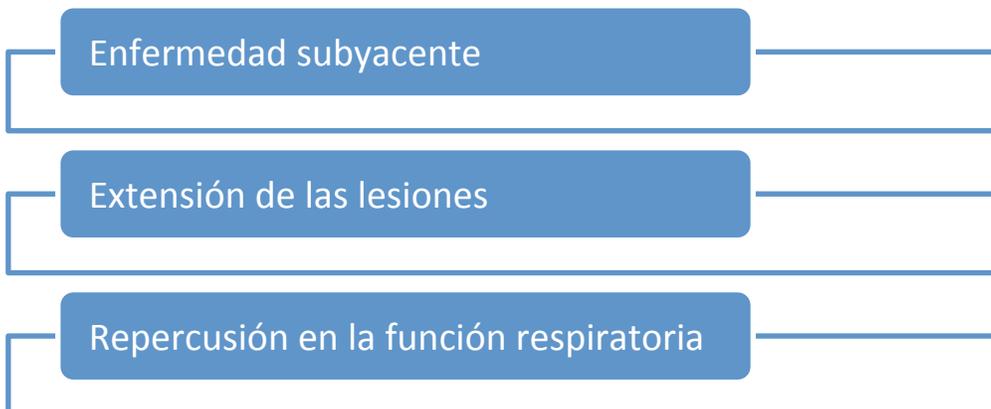
## Diagnósticos diferenciales

El diagnóstico diferencial de las bronquiectasias debe hacerse con otras enfermedades respiratorias crónicas o de evolución prolongada que se caracterizan clínicamente por tos, expectoración purulenta o mucopurulenta, con o sin disnea.(Tabla 2)

**Tabla 2. Diagnósticos diferenciales**

<p><b>EPOC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Es el diagnóstico diferencial mas importante</li> <li>- Clínica muy parecida</li> <li>- Broncorrea y hemoptisis mas frecuentes en bronquiectasias</li> <li>- Realizar TAC de tórax en estos casos.</li> </ul>	<p><b>Bronquitis crónica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frecuentemente asociada al hábito tabáquico y a veces a EPOC</li> <li>- Suele confundirse en un paciente con bronquiectasias localizadas o de poca extensión.</li> <li>- La forma de progresión, broncorrea y hemoptisis deben orientar a la sospecha de bronquiectasias.</li> </ul>	<p><b>Asma bronquial</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- El paciente con bronquiectasias puede presentar cuadros obstructivos agudos o disnea de esfuerzo progresiva que se confunde con asma bronquial de larga data con remodelacion bronquial.</li> <li>- Los antecedentes clinicos y la variabilidad del asma entre otros, permiten una orientación diagnostica.</li> </ul>
<p><b>TBC pulmonar activa</b></p> <p>-El paciente se presenta con tos y expectoración prolongadas, compromiso del estado general y baja de peso, asociada eventualmente a fiebre. Cuadro que debe diferenciarse de bronquiectasias por medio de estudios radiológicos y especialmente microbiológicos.(BK)</p>	<p><b>NAC</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En el contexto de un cuadro respiratorio agudo febril, La NAC es la primera posibilidad.</li> <li>- Si el cuadro es prolongado, recurrente o de evolución tórpida, debe sospecharse la presencia de bronquiectasias</li> <li>- Se confirma con la presencia de una condensación a la radiografía de tórax.</li> </ul>	<p><b>Enfermedades caracterizadas por bronquiectasias</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fibrosis quística</li> <li>- Discineia ciliar primaria</li> <li>- Síndrome de Kartagener</li> <li>- Inmadeficiencias</li> <li>- Obstrucción bronquial focal</li> <li>- Deficit de alfa 1 antitripsina</li> <li>- Reflujo gastroesofagico severo</li> <li>- Enfermedades autoinmunes</li> <li>- Daño por inhalación</li> </ul>

## El Pronóstico depende de:



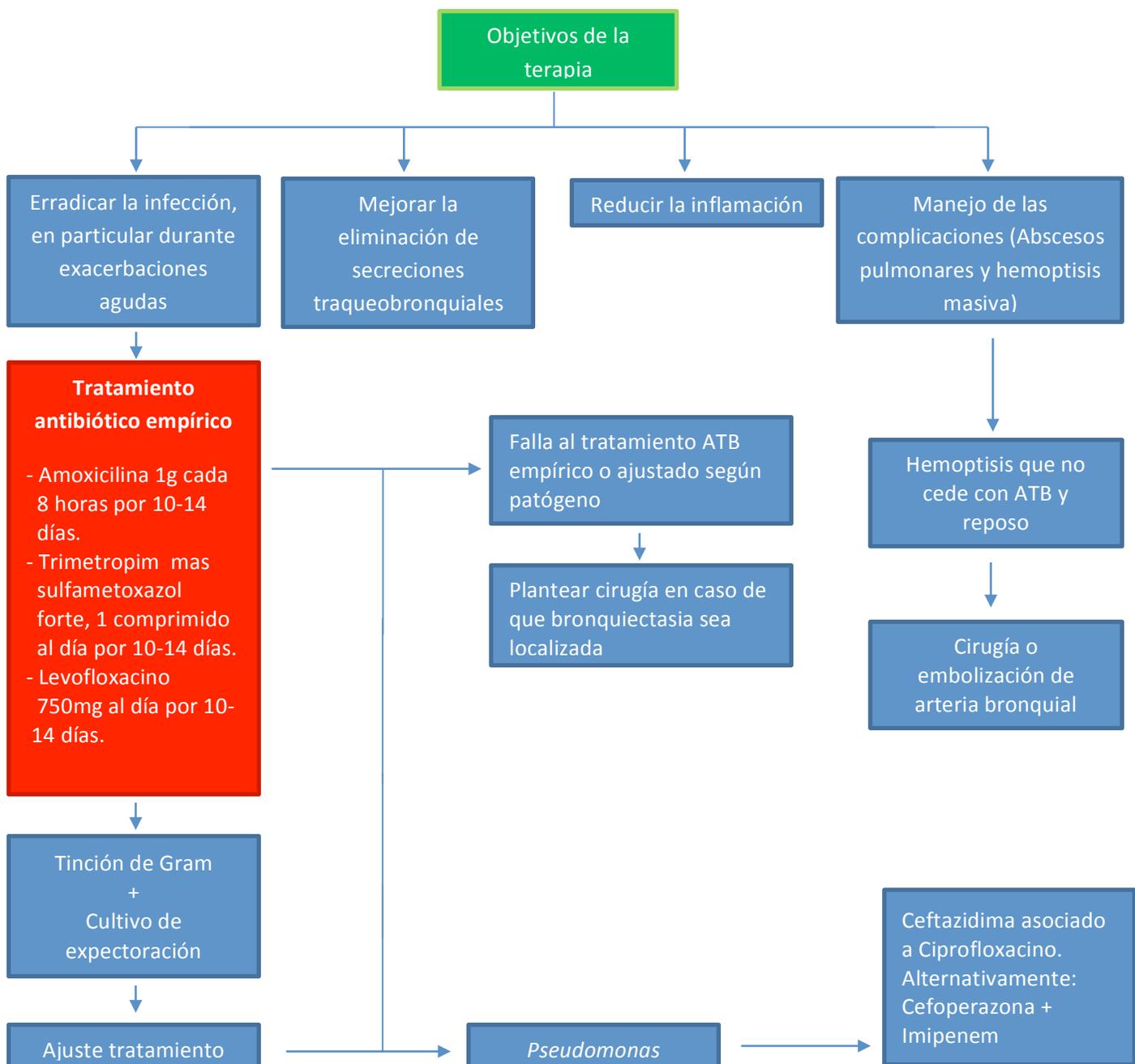
# Progresión

Tabla 3. Progresión

<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Infección bronquial crónica, especialmente por <i>Pseudomonas</i></b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Agudizaciones graves</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Inflamación sistémica</b></li> </ul>
--	---	--

El diagnóstico precoz de bronquiectasias, el manejo apropiado de su cuadro etiológico, el tratamiento adecuado de la infección bronquial crónica, los controles clínicos programados y las medidas preventivas, pueden retrasar la progresión de la enfermedad y mejorar la sobrevida.

# Terapia



## Referencias

1. *Rodríguez J.C., Undurraga A. Enfermedades respiratorias 2da edición, Editorial Mediterráneo.*
2. *Dan L. Longo, Dennis L. Kasper, J. Larry Jameson, Anthony S. Fauci, Stephen L. Hauser, Joseph Loscalzo, Eds. "Harrison Principios de Medicina Interna" 18° Edición, Editorial McGraw Hill.*
3. *King PT, Holdsworth SR, Freezer NJ, et al. Characterisation of the onset and presenting clinical features of adult bronchiectasis. Respir Med 2006; 100:2183.*
4. *Pasteur MC, Bilton D, Hill AT, British Thoracic Society Bronchiectasis non-CF Guideline Group. British Thoracic Society guideline for non-CF bronchiectasis. Thorax 2010; 65 Suppl 1:i1.*
5. *Bozzo. N. Sergio. Bases de la medicina clínica: bronquiectasias. Facultad de medicina Universidad de Chile. Santiago. Chile.*
6. *Vendrell. M. De Gracia. J. Diagnóstico y tratamiento de las bronquiectasias. Normativa SEPAR 2008.*