

INTRODUCCIÓN

La dificultad respiratoria es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias pediátricas siendo la bronquiolitis aguda la causa más frecuente en lactantes. Causas menos frecuentes deben considerarse en el diagnóstico diferencial como neumopatías intersticiales, malformaciones congénitas, bronquiolitis obliterante, cardiopatías o atragantamientos. Un alto índice de sospecha desde el servicio de urgencias es fundamental para el adecuado manejo y pronóstico de estos pacientes.

CASO CLÍNICO

♿ 3 meses, polipnea e hipoxemia. No tos, rinorrea ni fiebre. “Respiración rápida desde siempre”
 Bronquiolitis por VRS a los 46 días evolución tórpida.

TEP afectado respiratorio FR: 84rpm SatHb: 89% Tiraje sub-supraesternal. Buena ventilación bilateral sin agregados.

URGENCIAS

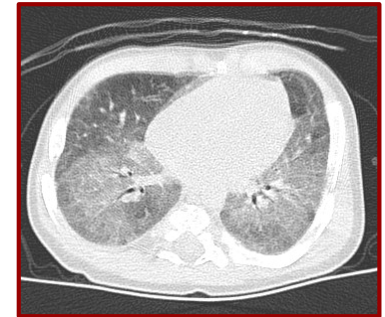
No respuesta broncodilatadores.
 Radiografía de tórax normal
 Analítica con proBNP normal
 Sospecha neumopatía → ingreso

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Test del sudor negativo
 Inmunidad normal
 Deglución y tránsito normales.
 LBA patrón proteinosis alveolar. Cultivos negativos.
 TCAR y biopsia neumopatía intersticial
 Genética pendiente.

EVOLUCIÓN

Deterioro progresivo a pesar de tratamiento, oxigenoterapia de alto flujo, y desnutrición.
 Pendiente de trasplante pulmonar.



CONCLUSIÓN

El fallo de medro, dificultad para la alimentación, taquipnea y retracciones subcostales previas, hipoxemia, crepitantes en la auscultación, bronquiolitis de evolución tórpida... son signos y síntomas que deben alertar de la posibilidad patologías subyacentes.
 En este caso llamó la atención la taquipnea e hipoxemia marcada persistentes desde el nacimiento, lo que hizo plantear un diagnóstico diferente a la bronquiolitis durante la valoración en urgencias. Un adecuado abordaje evitará retraso en el diagnóstico y permitirá establecer de forma precoz el tratamiento en caso de haberlo.