

Bronquiolite aguda

ANA SOFIA BRANCO, MARGARIDA PEQUITO, TERESA BANDEIRA

A bronquiolite é a infecção respiratória aguda, com incidência sazonal (Novembro a Abril), mais frequente nos dois primeiros anos de vida.

O vírus sincicial respiratório (VSR) é responsável por mais de 70% dos casos. Outros vírus são: parainfluenza, adenovírus, influenza A e B e rinovírus. Raramente podem ser responsabilizados *Mycoplasma pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. A transmissão ocorre por contacto directo com secreções nasais infectadas.

Surge habitualmente num contexto familiar ou epidemiológico de infecção respiratória. O período prodromico (2-3 dias) inicia-se cerca de uma semana após o contágio e consiste em rinorreia anterior seromucosa, obstrução nasal, tosse, febre moderada e anorexia. Na fase aguda (5 dias) predomina dificuldade respiratória (polipneia, tiragem e adejo nasal) de gravidade variável. No ex-pré-termo e/ou idade < 6 semanas, a primeira manifestação pode ser apneia e cianose. O prognóstico é em regra bom, assistindo-se a uma melhoria gradual, por vezes rápida.

As complicações são raras, podendo incluir: pneumonia, pneumotórax, apneia, atelectasia ou insuficiência respiratória aguda.

Nos episódios recorrentes ou com evolução arrastada deve excluir-se: asma, pneumonia de aspiração ou infecciosa, corpo estranho, anomalia congénita pulmonar ou cardíaca, fibrose quística e compressão extrínseca.

1 – Na anamnese investigar:

- Início, duração e evolução de tosse, febre, dificuldade respiratória, apneias, cianose, recusa alimentar;
- Episódios anteriores semelhantes e contexto epidemiológico;

- Factores de gravidade: prematuridade; idade <6 semanas, patologia de base incluindo cardiopatia congénita, doença pulmonar crónica ou neurológica grave e imunodeficiência.

2 – No exame físico valorizar:

- Estado geral e de hidratação;
- Frequência respiratória (o grau de polipneia tem correlação com a gravidade da hipoxemia);
- Adejo nasal, tiragem, palidez ou cianose;
- Auscultação pulmonar: sibilos, aumento do tempo expiratório, roncós, ferveores ou diminuição do murmúrio vesicular;
- Otoscopia (por associação frequente com otite).

3 – Radiografia do tórax: Realizar na doença grave, deterioração súbita do estado clínico ou evolução arrastada, patologia cardíaca ou respiratória subjacente ou sinais localizados na auscultação pulmonar.

Os padrões mais frequentes são: hiperinsuflação, infiltrado intersticial bilateral ou atelectasia segmentar (mais frequente no lobo superior direito).

4 – Oximetria de pulso: Realizar sobretudo na doença moderada a grave ou com factores de risco associados. Tem interesse na monitorização da necessidade de oxigenoterapia e resposta à terapêutica broncodilatadora.

5 – Laboratório: Hemograma e PCR são normais em cerca de 80% dos casos. Tem interesse na suspeita de infecção bacteriana, deterioração clínica ou evolução arrastada.

6 – Identificação etiológica: Métodos rápidos a partir de secreções brônquicas (imunofluorescência e

ELISA) e métodos culturais ou serológicos (secreções brônquicas, sangue). Interesse na dúvida diagnóstica, sobretudo no lactente pequeno e em epidemiologia.

7 – Critérios de gravidade:

- Ligeira: FR < 50 cpm; tiragem discreta; relação inspiração/expiração mantida (1:2); sibilos bilaterais; Sp O₂ > 92%; boa hidratação; boa tolerância oral.
- Moderada: FR 50-70 cpm; tiragem ligeira a moderada; prolongamento do tempo expiratório; Sp O₂ 88-92%.
- Grave: FR >70 cpm; tiragem global; cianose; Sp O₂ ≤ 88%; toxicidade sistêmica; desidratação; má perfusão periférica; apneia recorrente; doentes com factores de gravidade.

8 – Terapêutica:

- No domicílio: bronquiolite ligeira ou moderada sem critérios de internamento e com facilidade de acesso aos serviços de saúde. Medidas gerais: elevação da cabeceira do leito; antipiréticos; desobstrução das vias aéreas superiores (não usar associações de antihistamínico e descongestionante se idade < 18 meses) e fluidificação das secreções com atmosfera húmida; hidratação adequada; redução e fraccionamento das refeições.

Broncodilatador: se existir melhoria clínica ou da oximetria de pulso após aerossol com agonista beta₂,

o seu uso pode ser indicado se idade > 6 meses por via oral ou inalatória (utilizar dispositivo adequado).

- Em internamento (2 a 5% dos doentes): criança com hipoxemia, recusa alimentar, dificuldade respiratória e incapacidade familiar para prestação de cuidados. Monitorizar Sp O₂. Em ex-pré-termos e/ou idade < 6 semanas, adicionar monitorização cardiorrespiratória, dado o risco de apneias.

Oxigenoterapia: por sonda nasofaríngea ou óculos nasais (débitos de 0,25 a 3 l/min), é a única terapêutica eficaz na resolução da hipoxemia.

Broncodilatador (salbutamol ou brometo de ipratrópio): pode utilizar-se (4-12 vezes/dia), se prova terapêutica positiva.

Aminofilina: com farmacocinética difícil de prever e potencial toxicidade (sobretudo no lactente) deve reservar-se para casos graves.

- Não tem sido provada a eficácia da corticoterapia sistémica ou inalada na bronquiolite aguda, pelo que se desaconselha a sua utilização.
- Antibióticos só têm indicação na coexistência de infecção bacteriana.
- A terapêutica antiviral com ribavirina não provou boa relação custo-eficácia.
- Aguardam-se estudos de eficácia para imunização passiva, bem como vacina para VSR.

