

REPORTE DE CASO

Medicina

Síndrome bronquial obstructivo con laringitis aguda en un preescolar sin episodios previos: reporte de un caso

André Machado Abrao¹, Zara Escobar Benítez¹

¹Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay.

Enviado: 15 de diciembre de 2023

Aceptado: 28 de mayo de 2024

Publicado: 19 de junio de 2024

DOI: [10.5281/zenodo.21909808](https://doi.org/10.5281/zenodo.21909808)



Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC-BY)

RESUMEN

Objetivo: Describir el caso de un preescolar con síndrome bronquial obstructivo y laringitis aguda concomitante, sin episodios similares previos. **Métodos:** Se presenta el caso de un varón de 3 años, sin antecedentes mórbidos relevantes salvo un episodio no tratado de laringitis y antecedente paterno de asma, que consultó por un cuadro de 2 días de evolución de tos, dificultad respiratoria y tiraje intercostal bajo. **Resultados:** Al examen físico presentó taquipnea, taquicardia, saturación de oxígeno de 91 %, coriza hialina, tiraje intercostal y subcostal moderado, y sibilancias difusas bilaterales. Los estudios complementarios (hemograma y radiografía de tórax) no mostraron alteraciones significativas. Se estableció el diagnóstico de síndrome bronquial obstructivo asociado a laringitis aguda leve a moderada, y se indicó tratamiento con dexametasona parenteral, nebulización con adrenalina y budesonida inhalada, con buena respuesta clínica. Se decidió mantenimiento con corticoide inhalado en dosis bajas y reevaluación programada a los 3 meses. **Conclusión:** Este caso ilustra la superposición clínica entre el síndrome bronquial obstructivo, la laringitis aguda y la posibilidad de asma en un preescolar con un primer episodio de obstrucción bronquial, y subraya la importancia de una evaluación diagnóstica cuidadosa y de un seguimiento estructurado antes de establecer un diagnóstico definitivo de asma en este grupo etario.

Autor correspondiente: Zara Escobar Benítez. Carrera de Medicina, Facultad de la Universidad del Norte en Pedro Juan Caballero, Paraguay
Correo electrónico: zara.escobar.105@docentes.uninorte.edu.py

Financiación: Este artículo fue presentado para la Convocatoria 2023 del Programa de Iniciación Científica e Incentivo a la Investigación (PRICILA) de la Universidad del Norte (ARTI-23-082-PJC-MED). Los fondos para PRICILA fueron provistos por el Banco SUDAMERIS y el Rectorado de la Universidad del Norte.

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés financieros, personales, profesionales, institucionales ni de otra índole relacionados con este trabajo.

Palabras clave: Síndrome bronquial obstructivo, laringitis, asma, sibilancias respiratorias, preescolar, reporte de caso

INTRODUCCIÓN

La obstrucción bronquial aguda es una enfermedad de alta incidencia en la infancia, que genera una demanda asistencial considerable tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias, y constituye una causa importante de ingreso hospitalario (1).

Además de su alta incidencia en la forma aguda, el síndrome bronquial obstructivo puede presentarse de forma recurrente, lo que ha impulsado la caracterización de distintos fenotipos de sibilancia en la edad preescolar —transitorios, persistentes y de inicio tardío— a partir de estudios de cohortes con evaluación de función pulmonar, que han contribuido a esclarecer la relación entre las sibilancias tempranas, la hiperreactividad bronquial y el asma (2).

El síndrome bronquial obstructivo se caracteriza por sibilancias, taquipnea y tiraje, y constituye la forma de presentación más frecuente de las infecciones virales de la vía aérea inferior en menores de 5 años; sin embargo, el diagnóstico diferencial debe considerar otras entidades con manifestaciones clínicas superpuestas, entre ellas la laringitis aguda, cuya gravedad puede estratificarse con escalas clínicas como la de Taussig, y cuyo tratamiento con corticoides sistémicos está firmemente respaldado por la evidencia disponible (3,4).

En los niños que presentan un episodio de obstrucción bronquial sin antecedentes previos, resulta particularmente relevante distinguir entre un evento aislado desencadenado por una infección viral y una primera manifestación de asma, dado que los índices predictivos de asma en la infancia temprana —que incorporan la frecuencia de los episodios, los antecedentes personales y familiares de atopía, y las características clínicas del cuadro— permiten estimar el riesgo de que un lactante o preescolar sibilante desarrolle asma persistente (5).

El antecedente familiar de asma es uno de los factores considerados en esta evaluación, dado que los niños con herencia atópica presentan un riesgo diferencial de desarrollar enfermedades alérgicas respiratorias en función de su exposición ambiental temprana (6). Se presenta el caso de un preescolar con un primer episodio de

síndrome bronquial obstructivo asociado a laringitis aguda, con el objetivo de ilustrar el abordaje diagnóstico diferencial y la decisión terapéutica de mantenimiento en este contexto.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se describe el caso de un varón de 3 años que consultó al servicio de urgencia pediátrica por un cuadro de 2 días de evolución de tos, dificultad respiratoria y tiraje intercostal bajo, que le dificultaba conciliar el sueño. La madre negaba otros síntomas asociados y negaba que el niño hubiera presentado un cuadro similar con anterioridad.

Como antecedente personal relevante, el paciente había presentado un episodio de laringitis que no recibió tratamiento. Era producto de un embarazo de evolución fisiológica, parto eutócico y período neonatal normal, sin antecedentes mórbidos de importancia, con desarrollo psicomotor acorde a su edad cronológica y esquema de vacunación completo para su edad. Como antecedente familiar relevante, el padre tenía diagnóstico de asma.

RESULTADOS

Al examen físico, el paciente presentaba tos de características laríngeas, taquipnea (frecuencia respiratoria de 40 respiraciones por minuto), taquicardia (frecuencia cardíaca de 118 latidos por minuto), saturación de oxígeno de 91 % y temperatura de 36 °C. La rinoscopia mostró coriza hialina y edema bilateral de cornetes inferiores. La expansión pulmonar era normal, con tiraje intercostal y subcostal moderado, frémito toracovocal conservado, murmullo vesicular audible y sibilancias difusas en ambas bases pulmonares. El examen cardiovascular mostró un precordio normodinámico, sin soplos. El resto del examen físico no mostró alteraciones.

Los exámenes complementarios incluyeron una radiografía de tórax anteroposterior, que resultó normal, y un hemograma completo que mostró glóbulos rojos de 3 450 000/mm³, hemoglobina de 9,6 g/dl, hematocrito de 28 %, glóbulos blancos de 6700/mm³ con 79 % de neutrófilos segmentados y 21 % de linfocitos, y proteína C reactiva negativa.

Con estos hallazgos se estableció el diagnóstico de síndrome bronquial obstructivo asociado a laringitis aguda leve a moderada, según la escala de Taussig. Se consideró como diagnóstico diferencial una posible exacerbación asmática, dado que la tos y las sibilancias forman parte de la tríada característica del asma junto con la disnea, y dado el antecedente paterno de asma; sin embargo, se trataba del primer episodio documentado en este paciente, sin antecedente personal de sibilancias recurrentes. Se consideraron menos probables la bronquiolitis, dada la edad del paciente por encima del rango típico de presentación, y la neumonía, dada la ausencia de fiebre significativa y de expectoración purulenta.

Se decidió la internación del paciente con medidas generales y se inició tratamiento con dexametasona parenteral (0,8 ml de una presentación de 8 mg/2 ml, cada 8 horas), nebulización con 5 ml de solución fisiológica más una ampolla de adrenalina cada 6 horas, y budesonida inhalada (1 puff cada 12 horas mediante aerocámara pediátrica), con tratamiento sintomático asociado. Ante la buena evolución clínica y considerando que se trataba de un paciente sin tratamiento anti-asmático previo, se decidió continuar con un corticoide inhalado en dosis bajas como tratamiento de mantenimiento tras el alta, con reevaluación programada a los 3 meses para valorar la técnica inhalatoria, la adherencia y la posibilidad de continuar el tratamiento en el domicilio.

DISCUSIÓN

Este caso ilustra la presentación característica del síndrome bronquial obstructivo agudo en un preescolar —tos, taquipnea, tiraje y sibilancias difusas, en el contexto de una infección respiratoria—, una de las causas más frecuentes de consulta pediátrica de urgencia y de hospitalización en este grupo etario, cuya fisiopatología involucra mecanismos inflamatorios e hiperreactividad de la vía aérea comunes a distintas entidades clínicas (1,7).

La coexistencia de signos compatibles con laringitis aguda (tos laríngea, coriza, edema de cornetes) y de sibilancias difusas bilaterales plantea un diagnóstico diferencial relevante entre estas dos entidades, cuyas presentaciones pueden superponerse en la práctica clínica y requieren, en ocasiones, reconsiderar el diagnóstico inicial ante una evolución atípica. El tratamiento indicado en este caso —corticoide sistémico y adrenalina nebulizada— es concordante con el manejo estándar respaldado por la evidencia para la laringitis aguda, en la

que los corticoides sistémicos han demostrado reducir de forma consistente la gravedad y la duración de los síntomas (3,4,8).

La consideración de una posible exacerbación asmática como parte del diagnóstico diferencial es razonable dado el antecedente paterno de asma y la presencia de sibilancias, pero debe interpretarse con cautela en un paciente que presenta su primer episodio de obstrucción bronquial documentado, sin sibilancias recurrentes previas. Los fenotipos de sibilancia preescolar descritos en la literatura —transitorios, persistentes y de inicio tardío— y los índices predictivos de asma disponibles para la infancia temprana están diseñados precisamente para esta situación clínica, en la que un episodio aislado no permite, por sí solo, establecer un diagnóstico definitivo de asma, y donde la evolución longitudinal del paciente resulta más informativa que un único episodio agudo (2,5).

El antecedente familiar de asma en el padre constituye un factor de riesgo reconocido para el desarrollo de enfermedades respiratorias alérgicas en la infancia, en un contexto en el que la interacción entre la predisposición genética y la exposición ambiental temprana determina, en gran medida, la evolución clínica de estos pacientes (6).

La decisión de iniciar un corticoide inhalado en dosis bajas como tratamiento de mantenimiento, con reevaluación a los 3 meses, es coherente con el enfoque escalonado recomendado por las guías vigentes para el manejo de la sibilancia preescolar y el asma leve, que enfatizan la importancia de reevaluar periódicamente la necesidad de tratamiento controlador, la técnica inhalatoria y la adherencia terapéutica antes de sostener un diagnóstico y un esquema de tratamiento a largo plazo (9,10). El uso de una aerocámara pediátrica para la administración del corticoide inhalado es igualmente relevante, dado que el dispositivo de inhalación empleado puede influir en la eficacia clínica del tratamiento en niños pequeños (11).

La correcta clasificación de la gravedad de la exacerbación y la adherencia a los protocolos de manejo en el servicio de urgencias son determinantes para las decisiones terapéuticas iniciales y para evitar tanto el subtratamiento como el sobretratamiento de estos episodios (12,13).

Este reporte tiene las limitaciones inherentes a la descripción de un caso único, que no permite establecer

conclusiones generalizables sobre el pronóstico respiratorio a largo plazo de este paciente. La ausencia de pruebas de función pulmonar en este grupo etario impide confirmar objetivamente el componente de hiperreactividad bronquial, y la superposición fisiopatológica entre bronquiolitis, laringitis y asma en la primera infancia dificulta establecer un diagnóstico definitivo en un único episodio, tal como se ha señalado en estudios que comparan el manejo de estas entidades en la práctica clínica (14,15). En conclusión, este caso resalta la importancia de una evaluación diagnóstica diferencial cuidadosa ante un primer episodio de síndrome bronquial obstructivo con signos concomitantes de laringitis en un preescolar con antecedente familiar de asma, así como la necesidad de un seguimiento estructurado que permita distinguir un evento aislado de una primera manifestación de una enfermedad respiratoria crónica.

REFERENCIAS

1. Abughosh R, Almesmari F, Alattar N, Mohammad B, Tharayil B, Uddin M, et al. Insights into epidemiological and clinical burden of bronchiolitis among hospitalized children: a call for preventive interventions. *Front Pediatr*. 2026. <https://doi.org/10.3389/fped.2026.1803101>
2. Castro-Rodriguez JA, Wolters AAB, Rodriguez-Martinez CE, Biagini JM, Celedón JC, Custovic A, et al. Risk Factors and Mechanisms Leading to Preschool Recurrent Wheeze and Asthma. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2025. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2025.07.051>
3. Azevedo SPDC, Barros LGB, Krey JG, Pinto LA, Amantéa SL. Croup review: comparative analysis of acute and recurrent croup. *J Bras Pneumol*. 2024. <https://doi.org/10.36416/1806-3756/e20240353>
4. Aregbesola A, Tam CM, Kothari A, Le ML, Ragheb M, Klassen TP. Glucocorticoids for croup in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001955.pub5>
5. Romero-Tapia SJ, Becerril-Negrete JR, Castro-Rodriguez JA, Del-Río-Navarro BE. Early Prediction of Asthma. *J Clin Med*. 2023;12(16):5404. <https://doi.org/10.3390/jcm12165404>
6. Hachmeriyan A, Toneva A, Marinova-Achkar M, Pancheva R. Early-Life Environmental Determinants of Allergic Conditions in Children with Atopic Heredity: A Single Center Cross-Sectional Study from Bulgaria. *Med Sci (Basel)*. 2025;13(3):198. <https://doi.org/10.3390/medsci13030198>
7. Suárez-Martínez C, Santaella-Pascual M, Yagüe-Guirao G, García-Marcos L, Ros G, Martínez-Graciá C. The Early Appearance of Asthma and Its Relationship with Gut Microbiota: A Narrative Review. *Microorganisms*. 2024;12(7):1471. <https://doi.org/10.3390/microorganisms12071471>
8. Taniguchi S, Kanno K, Ito Y. When Should the Differential Diagnosis of Croup Be Reconsidered? *Cureus*. 2025. <https://doi.org/10.7759/cureus.99177>
9. Santamaria F, Baraldi E, Cavalieri L, Cutrera R, La Grutta S, Piacentini G, et al. An expert opinion on the management of pediatric patients with wheezing and mild asthma: translating 2025 GINA strategy report into clinical practice in Italy. *Ital J Pediatr*. 2026. <https://doi.org/10.1186/s13052-026-02206-9>
10. Harvanová G, Duranková S. Treatment of bronchial asthma - A simplified overview. *Lung India*. 2026. https://doi.org/10.4103/lungindia.lungindia_210_25
11. Csonka P, Ruuska-Loewald T, Hämynen I, Honkila M, Ojaniemi I, Mykkänen E, et al. Valved Holding Chambers in Young Children With Acute Wheezing: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. 2026. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2025.6479>
12. Pełka K, Buzun WH, Dudek J, Majcherczyk K, Klimek O, Chourasia G, et al. Exacerbation of Asthma Among Pediatric Patients Presenting to the Emergency Department. *J Clin Med*. 2025;14(22):8187. <https://doi.org/10.3390/jcm14228187>
13. Sakulchit T, Sathapornpunya W. Adherence to Pediatric Asthma Guidelines in Children with Asthma Exacerbation at the Emergency Department. *Open Access Emerg Med*. 2026. <https://doi.org/10.2147/oaem.s567362>
14. Yardibi YS, Cetinkaya BB, Tobcu Z, Orum S, Ulker Ustebay D, Ustebay S. Is Intravenous Magnesium Sulfate Beneficial in Children with Acute Asthma Exacerbation and Acute Bronchiolitis? A Retrospective Cohort Study. *Children (Basel)*. 2026;13(5):704. <https://doi.org/10.3390/children13050704>
15. Devonshire AL, Guilbert T, Bauer CS, Schmidt H, Davis S, Hernandez M, et al. Evaluating the Impact of the COVID-19 Pandemic on Pediatric Asthma Incidence. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2025. <https://doi.org/10.1016/j.jaip.2025.04.056>