

Bronquiolite: Revisão Bibliográfica

**TEIXEIRA, L. D. P.¹; ALMEIDA, M. P.¹; BARCESSAT, I. A. A.¹; COSTA, L. R. D.¹;
LIMA, A. V.¹; SUÊVO, M. B.¹**

1 – UniFOA, Centro Universitário de Volta Redonda, Volta Redonda, RJ.
lidiapteixeira@gmail.com

RESUMO

Dentre as infecções respiratórias de vias aéreas de pequenos calibres com padrão obstrutivo, a bronquiolite é a afecção mais comum na faixa etária de 0 a 2 anos de idade com prevalência de 2 a 6 meses, e maior número de casos no outono inverno. O vírus sincicial respiratório (VSR) é o patógeno mais comum e os outros agentes etiológicos são adenovírus, rinovírus, influenza, parainfluenza, mycoplasma e clamídia. Das crianças acometidas cerca de 10% desenvolvem bronquiolite no primeiro ano de vida. O objetivo desse trabalho é realizar revisão literária acerca dos aspectos gerais, curso da doença e diagnósticos diferenciais da bronquiolite. O VSR tem tropismo por vias aéreas de menor calibre, inicia a replicação em nasofaringe e causa lise celular e necrose de epitélio respiratório gerando processo inflamatório local com edema tecidual e aumento de secreção que se acumula na luz dos bronquíolos. A resistência da passagem do ar inspirado e principalmente expirado devido ao mecanismo valvular leva a uma hiperinsuflação que assim como atelectasia e sibilos são características da bronquiolite. O curso usual da doença pelo VSR é de 1 a 2 dias de febre, rinorreia, tosse, sibilos expiratórios e taquipnéia. A apneia também tem sido relatada em prematuros e lactentes menores de 3 meses indicando sinal de gravidade. O diagnóstico é essencialmente clínico e exames complementares como radiografia do tórax, hemograma e gasometria arterial são importantes para elucidar o quadro. Dentre as demais causas de broncoespasmos, temos como diagnósticos diferenciais asma, fibrose cística, pneumonia, síndrome aspirativa, colapso de vias aéreas, corpo estranho. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria, os critérios para internação hospitalar são toxemia, baixa ingesta alimentar, apneia, hipoxemia com ou sem hipercapnia, incapacidade de tratamento domiciliar, idade menor que doze semanas, presença de comorbidade e desconforto respiratório com pelo menos um dos sinais: batimento de asa de nariz, retração intercostal ou supra esternal, frequência respiratória maior 60, dispneia, cianose e saturação de oxigênio menor que 91% em ar ambiente. O tratamento baseia-se em suporte, sendo a oxigênio terapia indicada para pacientes com saturação de oxigênio menor que 90% ou se saturação 90-92% com esforço respiratório e criança menor que 3 meses. A ribavirina é a única droga licenciada para tratamento, porém o seu uso é restrito. A profilaxia é como o uso de álcool, a lavagem das mãos e o uso de mascaras e luvas são de extrema importância. Como medicação profilática o palivizumabe é indicado apenas em casos selecionados.

Palavras-chave: lactente; bronquiolite; espasmo brônquico.