



## Sibilancias en el niño

Las afirmaciones de Peshkin<sup>1</sup>: «Todo lo que es sibilancia es asma», y de Jackson<sup>2</sup>: «No es asma todo lo que es sibilancia», no están todavía resueltas en Pediatría. Las sibilancias son debidas a un cierto grado de estrechamiento de los bronquiolos pudiendo ser causado por contracción de la musculatura bronquiolar, edema de la mucosa y exudación en la luz del bronquio<sup>3</sup>. Aunque las sibilancias pueden ser producidas en el sujeto normal en una espiración forzada, estas se producen muchos más fácilmente en un sujeto asmático espirando con menos fuerza<sup>3</sup>.

El número de situaciones que pueden dar lugar a sibilancias en el lactante y el niño, y que deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial con el asma, está bien establecidas<sup>4</sup>. Aunque la mayoría de los niños con sibilancias no se convierten en asmáticos, la mayoría de asmáticos infantiles inician sus síntomas en la lactancia<sup>5</sup>.

Por ello hay que adoptar una actitud suspicaz ante todo niño con accesos de

tos de predominio nocturno y con presencia de sibilancias en la auscultación. Sin embargo, la falta de colaboración de estos pacientes hace que la obtención de las mismas durante la exploración sea difícil. En el asma latente, la compresión de la pared torácica entre el estetoscopio y la mano del explorador puede provocar su aparición<sup>6</sup>. Las dos modificaciones a esta maniobra que se proponen, resultan mucho más efectivas y pueden ser de ayuda al clínico en la exploración del niño poco colaborador:

— La primera de ellas consiste en comprimir con una mano el abdomen profundamente, sin provocar dolor, durante varios ciclos respiratorios, aumentando así la presión intratorácica mientras se ausculta al paciente.

— La segunda, variante de la anterior, se realiza durante la auscultación comprimiendo bruscamente y sin provocar dolor el abdomen del niño durante la fase espiratoria de la respiración en varios ciclos respiratorios.

Por ambos métodos pueden obte-

nerse incluso sibilancias audibles a distancia y la única limitación para su empleo es el niño que llora, hecho no infrecuente en la práctica pediátrica.

S. GARCIA TORNEL

Servicio de Pediatría. Hospital de San Juan de Dios. Barcelona

J. NADAL AMAT

Servicio de Pediatría. Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Barcelona

## BIBLIOGRAFIA

1. SCHICK, B. y PESHKIN, M.: Bronchial Asthma. Practice of Pediatrics. Edited by Kelly V. C., W. F. Prior Co., 1978.
2. JACKSON, C.: Bronchoscopic Clinic. *Med. Clin. North Am.*, 5: 637, 1921.
3. JONES, R. S.: Asthma in children. E. Arnold Publ. London, 1976.
4. HILLMAN, B. C.: The allergic child. *Annals of Allergy*, 25: 622, 1967.
5. GOODFREY, S.: Asma infantil. *Brit. J. Hosp. Med.*, 8: 2116, 1977. (Ed. española).
6. DEES, S. C.: Disorders of respiratory tract in children. Editado por E. L. Kendig. Saunders, Philadelphia, 1972.