

## Sibilancias

G. García Hernández

Sección de Neumología y Alergia Pediátricas, Hospital 12 de Octubre, Madrid

Se denominan estertores a los sonidos que se originan por el paso del aire a través de los bronquios que presentan una mucosa edematosa o cuya luz está ocupada por un exceso de mucosidad.

Según el grado de humedad de las secreciones presentes en la vía aérea se distinguen los estertores secos de los húmedos, considerándose que en el primer caso la secreción se encuentra adherida a la pared bronquial.

Los estertores secos tienen cierto carácter musical. Si la alteración se sitúa en los bronquios gruesos el sonido es de tono bajo, grave y se denomina *roncus*. Si la lesión está en los bronquios más finos el sonido adquiere una tonalidad más aguda, musical, parecida a un silbido, y recibe el nombre de sibilancia.

Las sibilancias se oyen, sobre todo, durante la espiración y a veces pueden escucharse sin necesidad de fonendoscopio. En general se acompañan de alargamiento de la espiración. Su tono depende de la relación entre el grado de obstrucción de la vía aérea y la velocidad del flujo existente más allá de la obstrucción, pero hay que tener en cuenta que cuando ésta es muy importante se va reduciendo el tono de las sibilancias hasta llegar a desaparecer (tórax silente).

En ocasiones se puede plantear la diferenciación con el estridor. Este último consiste en un sonido vibratorio agudo y fuerte que se produce por el paso del aire a través de la vía aérea obstruida o estrechada.

Cuando la obstrucción se encuentra a nivel de la vía aérea extratorácica el estridor se produce durante la inspiración, generalmente es focal y de tonalidad alta, por ejemplo, en el croup, o de tono medio o bajo en otros procesos, como en la hipertrofia adenoidal y amigdalar. Si la obstrucción se sitúa en la vía extratorácica puede generarse un estridor, que se oye mejor en la fase espiratoria. Puede ser focal y de tonalidad baja o media, o tener unas características más difusas y una tonalidad media o alta. Las causas más frecuentes de estridor se exponen en la tabla I.

### ENFOQUE DIAGNÓSTICO

Teniendo en cuenta que la presencia de sibilancias es característica del asma, pero que no todo lo que sibila es un asma, deberemos iniciar el estudio del niño con sibilancias mediante una historia clínica y exploración física cuidadosas que nos orienten hacia las pruebas complementarias a realizar. Éstas podrían incluir la realización de radiografía de tórax, TAC torácico, RM, broncoscopia, esofagograma, pHmetría, estudio de la deglución, iontest y pruebas de función respiratoria, incluido test de bron-

**TABLA I.** Causas del estridor

#### Obstrucción extratorácica

Laringomalacia  
Parálisis de cuerdas vocales  
Quistes laríngeos  
Estenosis subglótica  
Hemangioma subglótico  
Infecciones de la laringe o región subglótica  
Aspiración de cuerpo extraño en laringe o región subglótica  
Disfunción de las cuerdas vocales  
Hipocalcemia o hipomagnesemia

#### Obstrucción intratorácica

Traqueobroncomalacia  
Compresión de la tráquea por tumoración o anillo vascular  
Estenosis traqueal

**TABLA II.** Causas de sibilancias

#### Sibilancias difusas

Asma  
Aspiración por RGE o alteraciones de la deglución  
Bronquitis  
Bronquiolitis  
Bronquiolitis obliterante  
Bronquiectasias  
Fibrosis quística  
Laringotraqueobronquitis

#### Sibilancias localizadas

Aspiración de cuerpo extraño  
Compresión de la vía aérea por adenopatía, tumores o vasos aberrantes  
Insuficiencia cardíaca con edema pulmonar

codilatación y de hiperreactividad bronquial. Finalmente, el ensayo terapéutico con broncodilatadores puede ser de ayuda en ciertas ocasiones.

Los procesos que pueden cursar con sibilancias y que no son asma figuran en la tabla II.

## BIBLIOGRAFÍA

- Brown MA, Morgan WJ. Clinical assessment and diagnostic approach to common problems. En: Taussig, Landau, Le Souëf, Martínez, Morgan, Sly, eds. *Pediatric Respiratory Medicine*. St Louis: Mosby, 1999. p. 136-52.
- Díaz de Atauri MJ. Semiología clínica. En: Villasante C, ed. *Enfermedades respiratorias*. Madrid: Grupo Aula Médica, 2002. p. 57-65.
- Eid NS, Morton RL. Rational approach to the wheezy infant. *Paediatric Respir Rev* 2004; (supl 5 A): S77-9.
- Granados Garrido JA, Castellanos Maroto J. Semiología respiratoria. En: López Encuentra A, Martín Escribano P, eds. *Neumología en atención primaria*. Madrid: Grupo Aula Médica, 1999. p. 79-89.
- Kumar R. The wheezing infant: diagnosis and treatment. *Pediatr Ann* 2003; 32: 30-6.
- Michelson PH, McColley SA. Wheezing or stridor: intrinsic and extrinsic lesions causing noisy breathing. *Allergy Asthma Proc* 1998; 19: 81-4.
- Pascual Sánchez MT, Pérez Pérez G. Semiología respiratoria clínica. En: Cobos N, Pérez-Yarza EG, eds. *Tratado de Neumología Infantil*. Madrid: Ergon, 2003. p. 87-102.