

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen
Volume **71**

Número
Number **4**

Julio-Agosto
July-August **2004**

Artículo:

El diagnóstico clínico del asma
bronquial.

Cómo orientarlo

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

Otras secciones de
este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

*Others sections in
this web site:*

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

El diagnóstico clínico del asma bronquial. Cómo orientarlo

(Clinical diagnosis in asthma. How could be oriented)

Carlos Coronel Carvajal*

RESUMEN

Objetivo. El diagnóstico del asma bronquial en la infancia es difícil, por la ausencia de parámetros establecidos y la similitud clínica con otras afecciones. En los últimos años se ha visto un aumento en los reportes de la enfermedad, una posibilidad puede ser por un sobrediagnóstico, por lo que se decidió realizar un análisis de los principales elementos a tener en cuenta para el diagnóstico certero del asma bronquial.

Conclusiones. Se concluyó que para el diagnóstico del asma bronquial en la infancia se basa, en la sibilancia recurrente como signo principal y los criterios mayores (la historia familiar de asma y el ambiente asmogénico), para tener en cuenta los criterios menores, se deben descartar otras posibilidades diagnósticas.

Palabras clave: Asma, diagnóstico, historia familiar.

SUMMARY

Objective. The diagnosis of the asthma in the children is difficult, because there aren't parameter and the clinical manifestations are similar with other diseases. In the last years the asthma showed an increase in the incidence, a possibility can be the over diagnosis of it. Decided to realize an analysis of the principal elements for a certain diagnosis of the asthma.

Conclusions. I concluded that, the diagnosis of the asthma should be based in the recurrence sibilance and the greater criterion (family history and ambient), the smaller criterion should has in mind reject other diagnosis possibility.

Key words: Asthma, diagnosis, family history.

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta a las vías respiratorias. Aparece como respuesta a una extensa variedad de inmunógenos y se caracteriza por obstrucción de la vía aérea, de gravedad variable y de curso reversible; ésta es la característica principal de esta enfermedad.^{1,2}

En los niños el diagnóstico de este padecimiento suele ser difícil, pues en las edades tempranas se puede confundir con otras enfermedades que tienen manifestaciones similares, como la bronquiolitis y las infecciones respiratorias que manifiestan sibilancias.^{3,4} A medida que los niños avanzan en edad, disminuye la incidencia del asma y las pruebas funcionales respiratorias facilitan al médico hacer el diagnóstico.

En los primeros cinco años de la vida es necesario recurrir a indicadores clínicos, que de no ser interpretados correctamente llevan, en ocasiones, a que esta enfermedad sea sobrediagnosticada. Pensando en esta posibilidad, y en vista del incremento en los reportes que se hacen de esta enfermedad, se consideró pertinente revisar los aspectos clínicos que deben ser tomados en cuenta al hacer el diagnóstico de ese padecimiento.

INDICADORES DE SOSPECHA

Es necesario tener en cuenta para el diagnóstico los antecedentes y manifestaciones clínicas, ya que las pruebas que miden la función respiratoria no son útiles en los primeros años de la vida.

El primer aspecto a considerar es la historia familiar, en que la herencia juega un papel importante en el asma: la mayoría de los casos tienen antecedentes familiares de

* Especialista II grado Pediatría.

asma. Estudios recientes han reportado alteraciones genéticas en los pacientes asmáticos.⁵⁻⁸

También se debe tener en cuenta la historia personal. Los pacientes asmáticos presentan en su evolución datos que hacen sospechar problemas de hipersensibilidad: en los primeros años de vida sufren de alergias alimentarias, dermatitis atópica y rinoconjuntivitis, más tarde presentan manifestaciones que hacen sospechar asma. Esta evolución es conocida, por algunos, como marcha alérgica o atópica.⁹

PRESUNCIÓN DIAGNÓSTICA

La dificultad respiratoria recurrente, en un niño, es una manifestación sugestiva de esta enfermedad; si además se tiene en cuenta que la obstrucción de la vía aérea por la inflamación crónica es el aspecto fisiopatológico más relevante de esta enfermedad,¹⁰ los episodios repetidos de tos con predominio nocturno y la obstrucción aérea son elementos importantes para llegar al diagnóstico de asma. Sin embargo, es necesario precisar si las manifestaciones clínicas no están relacionadas con alguna infección respiratoria ya que éstas son frecuentes en los primeros años de vida.

El ambiente donde el niño se desarrolla es de interés relacionarlo con la posible aparición del asma en los niños, ya que la exposición reiterada a contaminantes es una condición que influye en el origen de la enfermedad.¹¹ Aunque la predisposición genética suele ser importante en el desarrollo de ésta, no determina la severidad de la enfermedad, pues ésta depende del medio ambiente donde están presentes los factores asociados con este padecimiento, que son contaminantes ambientales.¹² En resumen, el medio ambiente es el que determina la gravedad del asma bronquial. A este respecto, recientemente se ha informado que personas susceptibles que no son expuestas a factores ambientales, desencadenantes de la enfermedad, no desarrollan este problema y si lo hacen lo manifiestan levemente.¹³⁻¹⁴

EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

Los exámenes de laboratorio para el diagnóstico del asma bronquial son limitados; se ha utilizado el conteo absoluto de eosinófilos, que si bien se encuentra elevado en los pacientes asmáticos, no es específico de esta enfermedad: suelen elevarse en algunas parasitosis, y ciertas dermatosis.^{15,16} La concentración de IgE, tampoco es de mucho valor, ya que la concentración sanguínea de esta alta inmunoglobulina sólo indica sensibilización. Es la expresión de la atopía, o tendencia genéticamente determinada para responder de manera exagerada a dife-

rentes estímulos inmunogénicos.¹⁷ Las pruebas que miden la función respiratoria, no son de utilidad en los menores de seis años.¹²

Por lo antes expuesto se comprende la complejidad que entraña el diagnóstico de asma bronquial en los niños, pero si se tienen en cuenta los criterios clínicos de laboratorio y de gabinete y se analizan de manera organizada para llegar al diagnóstico y tomar una decisión acerca del manejo que se hará al niño enfermo, se estará actuando correctamente.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS

Primero, es conveniente precisar las características de la dificultad respiratoria: veces que se ha presentado, particularidades de ésta, y condiciones en las que se presenta. Episodios de sibilancia recurrente: más de tres, permite descartar que el niño tiene bronquiolitis (que se manifiesta de manera similar pero no ocurre en más de dos ocasiones).^{10,18,19}

En segundo lugar, se debe conocer la historia familiar, ya que hay personas que refieren haber padecido asma, en una ocasión, en su niñez. Dado el carácter crónico de este padecimiento y la recurrencia de sus manifestaciones debe tenerse como una información poco creíble.^{6,20}

En tercer lugar, hay que precisar los antecedentes personales de manifestación de atopía, como la dermatitis, la rinoconjuntivitis, alergias alimentarias, así como la aparición de síntomas ante cambios climáticos.⁹

Por último, es necesario tener conocimiento detallado de los ambientes en que se desenvuelve el niño para identificar contaminantes ambientales a los que pueda atribuirse el asma del niño, como: humo del tabaco o de leña, polvo, animales domésticos, materiales de construcción, etc. Cabe resaltar que el medio actúa como catalizador en la patogénesis de esta enfermedad: es el medio el que determina la aparición y curso de la enfermedad.²⁰⁻²⁵

Una vez analizados los aspectos más importantes para el diagnóstico clínico del asma no se debe perder de vista el signo principal de la enfermedad: la sibilancia recurrente; cabe señalar a éste, la historia familiar de asma y el ambiente asmogénico, como criterios mayores en el diagnóstico, considerando como criterios menores los episodios de tos nocturna, la eosinofilia, la elevación de la IgE y los antecedentes personales de manifestaciones de atopía, como dermatitis, rinoconjuntivitis, alergias alimentarias.

Por lo tanto el diagnóstico de asma bronquial se basa en la presencia de sibilancias recurrentes y los otros criterios mayores, para luego tener en cuenta los criterios menores, después de descartar otras posibilidades diag-

nósticas. En esta forma se facilita el diagnóstico clínico de asma en un niño, evitando que se sobrediagnostique esta enfermedad, que puede ser la razón de su aparente incremento en la niñez.

REFERENCIAS

- Álvarez R, Álvarez R, Fernández E, Peraza JL. Mediadores inflamatorios y asma bronquial. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1994; 11(2): 176-9.
- Álvarez R, Álvarez R, Fernández E, Rodríguez F. Mediadores inflamatorios en el asma. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1995; 11(2): 168-71.
- Martínez FD, Wright AL, Taussig LM, Holbreg CJ, Halonen M, Morgan WJ et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. *The New England Journal of Medicine* 1995; 332(3): 133-8.
- Coronel C. Epinefrina natural en la bronquiolitis. *Rev Esp Pediatr* 2001; 57(6): 497-501.
- Waldhoer T, Haidinger G, Feenstra O, Plank R, Vutuc C. The influence of genetic predisposition on the prevalence of atopic diseases in Carinthian school children. *Acta Med Austriaca* 2000; 27(5): 141-4.
- Salamanca F. Genes y asma. *Gac Med Mex* 2002; 138(2): 201-2.
- Koeppen-Schomerus G, Stevenson J, Plomin R. Genes and environment in asthma: a study of 4 year old twins. *Arch Dis Child* 2001; 85(5): 398-400.
- London SJ, Guderman WJ, Avol E, Rappaport EB, Peters JM. Family history and the risk of early-onset persistent, early-onset transient, and late-onset asthma. *Epidemiol* 2001; 12(5): 577-83.
- Sly M. Trastornos alérgicos. En: Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, eds. Nelson. *Tratado de Pediatría*. 15 edición. Ciudad de la Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1998: 787-802.
- Bustos GJ, Baena CE, Minervini MC, Saranz R. Asma bronquial en niños y adolescentes. Actualización en diagnóstico y tratamiento. *Arch Arg Pediatr* 1994; 92: 37-46.
- Expert Panel Report 2: Guidelines for the diagnosis and management of asthma*. Bethesda (MD): National Asthma Education and Prevention Program, National Institutes of Health; 1997. Report No.: NHI-97-4051.
- Asociación Mexicana de Pediatría. Segundo Consenso Mexicano de Asma en Pediatría. *Acta Pediatr Mex* 2002; 23(suppl 1): 1-39.
- Wijga A, Smit HA, Brunekreef B, Gerritsen J, Kerkhof M, Koopman LP, Neijens HJ. Are children at high familial risk of developing allergy born into a low risk environment? *Clin Exp Allergy* 2001; 31(4): 576-81.
- Reme ST, Pekkanen J, Solnlnen L, Kajosaarl M, Husman T, Kolvlkko A. Does heredity modify the association between farming and allergy in children? *Act Paediatr* 2002; 91(11): 1147-9.
- Croce VH, Saranz RJ, Lozano A. Reactividad bronquial inespecífica y eosinofilia hemática en niños con asma extrínseca e intrínseca. *Arch Argent Allerg Immunol Clin* 1994; 25(1): 38-44.
- Baehner R. Trastornos de la granulopoyesis. Eosinofilia. En: Millar D, Pearson H. *Smith Hematología Pediátrica*. La Habana: Editorial Científico-Técnico; 1989: 573-8.
- Zarans R, Croce VH, Lozano A. Correlación entre atopía e hiperrreactividad bronquial inespecífica en niños asmáticos. *Arch Arg Pediatr* 1995; 93: 255-62.
- Castro-Rodríguez JA, Holberg CJ, Wright AL, Martínez FD. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezing. *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 162(4 Pt 1): 1403-6.
- Coronel C. El cromoglicato disódico en el manejo de las crisis de asma. *Rev Mex Pediatr* 2002; 69(6): 221-5.
- Karunasekera KA, Jayasinghe JA, Alwis LW. Risk factors of childhood asthma. *J Trop Pediatr* 2001; 47(3): 142-5.
- Yunis A. El fumador pasivo. *Rev Arg Torax* 1996; 57: 3-4.
- Pérez JR, Regalado J, Morán AO. La inhalación doméstica del humo de leña y otros materiales biológicos. *Gac Med Mex* 1999; 135(1): 19-29.
- Nafstad P, Magnus P, Gaarder PI, Jaakkola J. Exposure to pets and atopy related diseases in the first: Four years of life. *Allergy* 2001; 56(4): 307-12.
- van Strien RT, Koopman LP, Kerkhof M, Spithoven J, de Jongste JC, Gerritsen J et al. Mite and pet allergen levels in homes of children born to allergic and nonallergic parents. *Environ Health Perspect* 2002; 110(11): A693-8.
- Rhodes HL, Sporik P, Thomas P, Holgate ST, Cogswell D. Early life risk factors for adult asthma: a birth cohort study of subjects at risk. *J Allergy Clin Immunol* 2001; 108(5): 720-5.

Correspondencia:
Carlos Coronel Carvajal.
Edificio B, Apto. 3. Rpto. progreso.
Guáimaro 72600
Camagüey, Cuba.

Exposición sistémica, tolerabilidad y eficacia de la crema de pimecrolimus al 1% en pacientes con dermatitis atópica. El objetivo de este estudio es medir las concentraciones en sangre de pimecrolimus y evaluar su tolerabilidad y eficacia en niños y lactantes tratados tópicamente por dermatitis atópica con crema de este medicamento al 1% durante tres semanas.

Las concentraciones de pimecrolimus en sangre fueron persistentemente bajas, generalmente (81% de los casos) por debajo de 1 ng/mL. La crema fue local y sistémicamente bien tolerada. El efecto adverso más frecuente posiblemente relacionado con el fármaco fue una sensación leve o moderada de escozor en el lugar de aplicación. No se observó ningún efecto sistémico adverso. Los pacientes respondieron bien a la terapia, con un inicio rápido de la acción, generalmente en el plazo de cuatro días.

Un tratamiento de tres semanas en niños y lactantes con dermatitis atópica extensa utilizando la crema de pimecrolimus al 1% dos veces al día es bien tolerado y produce una exposición sistémica mínima, con la cual no se espera ningún efecto sistémico. (Allen BR y cols., *Arch Dis Child* 2003; 88(11): 969-973). Tomado de: *MTA-Pediatria*, Vol. XXV, N° 3.