

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen
Volume **72**

Número
Number **3**

Mayo-Junio
May-June **2005**

Artículo:

¿Es el asma un síndrome?

Derechos reservados, Copyright © 2005:
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

¿Es el asma un síndrome?

(Is the asthma a syndrome?)

Carlos Coronel Carvajal*

Todos sabemos que el asma es una enfermedad que se caracteriza por obstrucción variable y reversible del flujo aéreo y que se manifiesta por episodios repetidos de dificultad respiratoria, con sibilancias y tos, y que es reversible con o sin tratamiento. Ahora bien, conocemos que un síndrome es un conjunto de síntomas y signos asociados que definen un estado morboso y que pueden deberse a causas diversas.¹¹ Es por eso conveniente reflexionar sobre estos temas.

En el argot clínico es frecuente escuchar que se hace referencia al asma como "síndrome asmático", por lo que me pregunto ¿Es el asma un síndrome? En el asma bronquial, ciertamente hay una obstrucción por estrechamiento de la vía aérea como respuesta a una hiperreactividad bronquial y por la contracción exagerada del músculo liso; esto puede acontecer ante la exposición a un estímulo físico, químico o farmacológico.¹⁻¹² Tal circunstancia puede presentarse ante un alergeno, durante el ejercicio físico, cambios climáticos, reflujo gastroesofágico, condiciones emocionales, inhalación de una sustancia química y estados fisiológicos: como en ciertos momentos del ciclo menstrual.¹³⁻¹⁵

Los factores asociados con esta circunstancia clínica se clasifican como: predisponentes, causales y contribuyentes, siendo condiciones comunes para todos los tipos de asma, así como lo son las manifestaciones propias del asma, como: la dificultad respiratoria, el tiraje y las sibilancias, entre otras; todas éstas aparecen independientemente de la causa que le da origen. Por otra parte, la mayoría de los tipos de asma aparecen en edades tempranas de la vida, pues, cerca de 80% de ellos se presentan antes de los cinco años de edad, cuando aún la vía aérea se encuentra en desarrollo.

En cuanto a los exámenes complementarios a la clínica, no son específicos de la enfermedad, como: las pruebas de la función respiratoria, que sólo corresponden a un patrón obstructivo; la eosinofilia, que no siempre está

presente y puede estar asociada a otras causas, y la inmunoglobulina E (IgE), que indica sensibilización y atopía.³⁴⁻⁴⁰ Además, el tratamiento farmacológico tampoco es específico, ya que en la mayoría de los enfermos es necesario usar medicamentos broncodilatadores y antiinflamatorios.⁴¹⁻⁴⁴

Ante esta serie de consideraciones cabe pensar que el asma es una enfermedad compleja, de cierta manera es el lugar común donde confluyen varias condiciones fisiopatológicas caracterizadas por inflamación y obstrucción bronquial frente a diversos estímulos, por lo que es más bien un *síndrome* que obedece a diferentes entidades que se manifiestan por obstrucción bronquial.

Referencias

1. Asociación Mexicana de Pediatría. Segundo Consenso Mexicano de Asma en Pediatría. *Acta Pediatr Mex* 2002; 23(supl 1): 1-39.
2. Coronel C. El cromoglicato disódico en el manejo de las crisis de asma bronquial. *Rev Mex Pediatr* 2002; 69(6): 221-5.
3. Montes J, Valencia M, Sánchez M. Uso de metotretaxo en asma esteroideo resistente. *Rev Med Hosp Gen Mex* 2000; 63(2): 103-6.
4. Expert Panel Report 2: *Guidelines for the diagnosis and management of asthma*. Bethesda (MD): National Asthma Education and Prevention Program, National Institute of Health; 1997. Report No.: NI II-97-4051 A.
5. Coronel C. Comportamiento de las exacerbaciones de asma bronquial. *Rev Esp Pediatr* 2002; 58(3): 175-8.
6. Álvarez R, Álvarez R, Fernández E, Peraza JL. Mediadores inflamatorios y asma bronquial. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1994; 11(2): 176-9.
7. Álvarez R, Álvarez R, Fernández E, Rodríguez F. Mediadores inflamatorios en el asma. *Rev Cubana Med Gen Integr* 1994; 11(2): 168-71.
8. Siemra JJ, Baeza MA, Serrano A. Tratamiento del asma. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1995; 52(7): 443-50.
9. 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.
10. Centro para el desarrollo de la farmacoepidemiología. Manejo terapéutico del asma bronquial en atención primaria de salud. *Boletín de Información Terapéutica* 1999; 11: 1-8.
11. Ilanio R. *Propedéutica clínica y fisiopatología*. La Habana: Editorial Pueblo y Educación; 1989: 6.

* Especialista grado II, Pediatría. Hospital Docente General "Armando Cardoso". Camagüey, Cuba.

12. Salamanca F. Genes y asma. *Gac Med Mex* 2002; 138(2): 201-2.
13. Zarans R, Croce V, Lozano A. Correlación entre atopia e hiperreactividad bronquial inespecífica en niños asmáticos. *Arch Arg Pediatr* 1995; 93: 255-62.
14. Oyarzún M. Contaminación atmosférica y asma bronquial. *Rev Chil Enferm Respir* 2000; 16(3): 142-7.
15. Panitch HB. Bronchiolitis in infants. *Curr Opin Pediatr* 2001; 13(3): 256-60.
16. Martínez FD, Wright AL, Taussing LM, Holbreg CJ, Halonen M, Morgan WJ et al. Asthma and wheezing in the first six years of life. *The New England J Med* 1995; 332(3): 133-8.
17. Rosas MA, Bolio A, Reyes NI, Sienra JL. Coartación de la aorta y sibilancia. *Bol Med Hosp Infant Mex* 1997; 54(5): 241-3.
18. Yunis A. El fumador pasivo. *Rev Arg Tórax* 1996; 57: 3-4.
19. Coronel C. Infecciones respiratorias recurrentes: Algunos factores de riesgo. *Rev Esp Pediatr* 2002; 58(5): 335-9.
20. Salgado JI, Salgado E, Ripoll U, Remes M. Factores etiológicos en el niño sibilante. *Alergia Immunol Pediatr* 1997; 6(4): 130-3.
21. Ruiz MG, Castillo R, Bermudez F. Risk factors associated with bronchiolitis in children under 2 years of age. *Rev Invest Clin* 2002; 54(2): 125-32.
22. 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.
23. Carmona R, Valdovinos MA, Pacha MT, Aguilar L, Cachafeiro M, Flores C et al. El reflujo gastroesofágico en pacientes asmáticos. *Gac Med Mex* 1999; 135(5): 471-5.
24. Rodríguez O, Suárez R, Morales O, Jove V, Rodríguez A. Reflujo gastroesofágico en asma bronquial alérgica. *Alergia Méx* 1999; 46: 38-40.
25. Galati MR, Alecina R, De Salvo M, Ricciardulli R, Todarello C. El reflujo gastroesofágico y asma bronquial. *Rev Arg Torax* 1996; 57: 43-5.
26. Jain A, Patwari AK, Bajaj P, Kashyap R, Anand VK. Association of gastroesophageal reflux disease in young children with persistent respiratory symptoms. *J Trop Pediatr* 2002; 18(1): 39-42.
27. Hechavarriá J, Blanco A, García M, Hernández M, León I. Algunas consideraciones sobre asma ocupacional. *Rev Cubana Med* 1999; 38(3): 188-93.
28. Valentín M. Neumonías y asma en menores de 12 años de edad. *Arch Alerg Immunol Clin* 2001; 32(4): 124-127.
29. Cossío E, Peña NM, Abad I, López G, Huerta JG. Infecciones virales de vías respiratorias bajas como factor sensibilizante para aeroalergenos. Seguimiento durante tres meses en pacientes pediátricos. *Alergia Immunol Pediatr* 1997; 6(2): 38-46.
30. Vergara JC, Peña NM, Samayoa AC, López G, Huerta JG. Asociación entre infección de vías aéreas inferiores y asma alérgica en sujetos con y sin antecedentes heredofamiliares de atopia. *Alergia Immunol Pediatr* 1997; 6(2): 47-53.
31. Bielli HP, Alonso MC. Asma ocupacional. *Arch Med Interna* 1994; 16(3): 117-22.
32. Hernández D, Zárate A, Martínez S. Asma premenstrual: relación con hormonas. *Alergia Méx* 1997; 44(2): 35-8.
33. Parrillo AL, Sosa B, Parrillo S, Torres JE, Traibel JA, Bangueses GB, Graglia G. Asma y ciclo menstrual. *Arch Med Interna* 1996; 18(2): 67-73.
34. Várela AL, Segura NH, Salas M, Espinola G, Torres AB. Correlación clínica y espirometría con alergenos intradomiciliarios y con contaminantes. *Alergia Méx* 2001; 48(4): 107-9.
35. López N, de Barros S, Vilela MM, Condino A, Ribeiro JD. Are immunoglobulin E levels associated with early wheezing? *Eur Respir J* 2002; 20(3): 640-5.
36. Mochizuki II, Shigeta M, Morikawa A. Development of bronchial hyperresponsiveness during childhood. *J Asthma* 2001; 38(1): 1-21.
37. Karakoc F, Romos ST, Martinez FD, Wright AL. The association between persistent eosinophilia and asthma in childhood is independent of atopic status. *Clin Exp Allergy* 2002; 32(1): 51-6.
38. Maldonado AM, Torres CV, Taranilla AG, Zamora A, Witowski ME. Modificaciones inmunológicas por virus respiratorio sincitial (VRS) en niños alérgicos. *Arch Alerg Immunol Clin* 2001; 32(3): 84-92.
39. Sigurs N, Bjarnason R, Sigurgeirsson F, Kjellman B, Björksten B. Asthma and immunoglobulin F antibodies after respiratory syncytial virus bronchiolitis: a prospective cohort study with matched controls. *Pediatrics* 1995; 95(4): 500-5.
40. Pifferi M, Ragazzo V, Caramella D, Baldini G. Eosinophil cationic protein in infants with respiratory syncytial virus bronchiolitis: predictive value for subsequent development of persistent wheezing. *Pediatr Pulmonol* 2001; 31(6): 419-24.
41. Hernández M, Salmen S, Berrueta L, Navas M, Sánchez B, Muñoz J et al. El control de los desencadenantes inhalables disminuye el requerimiento prolongado de farmacoterapia en pacientes asmáticos. *Inv Clin* 2000; 41(1): 3-18.
42. Kajosaari M, Syvanen P, Hurars M, Juntunen K. Inhaled corticosteroids during and after respiratory syncytial virus-bronchiolitis may decrease subsequent asthma. *Pediatr Allergy Immunol* 2000; 11(3): 198-202.
43. Mcnon K, Sutcliffe T, Klaussen TP. A randomized trial comparing the efficacy epinephrine with salbutamol in the treatment of acute bronchiolitis. *J Pediatr* 1995; 126: 1004-7.
44. Milgrom H, Tausin LM. Keeping children with exercise-induce asthma active. *Pediatrics* 1999; 104(3): 38.

Correspondencia:

Dr. Carlos Coronel Carvajal
Calle i. Edificio B apto. No. 3
Rpto. Progreso, Guáimaro 72600
Camagüey, Cuba.

Nota al Editor

Por omisión de los autores del artículo Infección por *Helicobacter pylori* en niños. Su identificación en la placa dental (Rev Mex Pediatr 2005;72(2):89-93) me han pedido que se considere un agradecimiento por subversión otorgada por ser un proyecto financiado por CONICIT (S1-2000000475, F-2001001203) y CDCHT (0-062-99-07-D, 0-97-04-07-B y Proyecto VPH-Telomerasa).