

Abordaje integral del paciente con asma por alergia al polen del olivo

Manuel Alcántara Villar (Coord.)





CAPÍTULO XV

Peculiaridades del asma por sensibilización al polen de olivo en la edad pediátrica

Alfonso J. Miranda Páez

Facultativo Especialista de Área.

Servicio Alergología Hospital Universitario Carlos Haya de Málaga.

1. Introducción

Como se sabe el asma bronquial es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia, con una prevalencia global estimada de alrededor del 10% en España según el estudio ISAAC.

En la edad preescolar las infecciones víricas son causantes habituales de las crisis de sibilancias (que a veces son crisis de asma, a veces no), los niños de entre 6-10 años en su inmensa mayoría, el asma es de causa alérgica (casi en el 90% de los casos), fundamentalmente ácaros, y pólenes.

La exposición a aeroalérgenos es factor de riesgo principal, para el desarrollo de asma en los niños, inicialmente se demostró con ácaros del polvo doméstico, con pólenes es igual. En Andalucía dentro de los pólenes, el Olivo es el más relevante, y más aun en las provincias del interior. En un estudio realizado en Australia en una cohorte de 620 niños, una exposición acumulada a niveles altos de pólenes, de más de 6 meses está altamente asociado con sensibilización a los mismos, que si persiste unos meses más, se relaciona con riesgo elevado de desarrollar asma.

Así mismo en niños con eczema también la posibilidad de años después desarrollar rinitis y asma aumenta.

2. Diagnóstico

En los niños, el diagnóstico de asma en si a veces es complicado, puesto que no “todo lo que pita es asma”. Fernando Martínez en un estudio llevado a cabo en Tucson-Arizona durante más de 20 años, clasificó a los niños con sibilancias en tres grupos o si queremos fenotipos: lactantes con sibilancias transitorias, niños con sibilancias sin atopia, y niños con sibilancias y atopia, grupo este que los constituyen los niños que van a desarrollar asma de inicio en la infancia; en los dos grupos anteriores muchas de las veces los episodios de sibilancias se deben a infecciones por Virus Sincitial Respiratorio, que a veces son recurrentes durante años.

Además de una buena anamnesis, una exploración funcional respiratoria es fundamental. En niños de más 5-6 años una espirometría mediante maniobra de Capacidad Vital Forzada, es perfectamente realizable, y en muchas ocasiones un simple test broncodilatador nos puede confirmar definitivamente el diagnóstico.

El diagnóstico etiológico, es fácil, unos test cutáneo-prick- en condiciones óptimas, con los aeroalérgenos relevantes de la zona geográfica (pólenes de olivo, gramíneas, ácaros y epitelios). Una determinación de IgE específica-CAP en muchos casos nos aclara dudas aparecidas en los test cutáneos.

3. Tratamiento

El asma en los niños debe ser tratada correcta y precozmente, porque hoy día se sabe que las crisis ocasionan remodelado de la vía aérea en sentido, de aumentar el depósito de fibra colágeno e hipertrofiar la musculatura lisa bronquial, consiguiendo progresivo grado de irreversibilidad en la obstrucción de las vías aéreas. Como consecuencia de esto en multitud de asmáticos adultos que refieren haber tenido asma de niños, con muchas exacerbaciones, se aprecian curvas de Flujo/volumen con morfología altamente obstructiva, y obstrucción de vías aéreas finas irreversible.

3.1. Tratamiento de la crisis

La primera línea en el tratamiento de una crisis de asma en los niños, es la inhalación de broncodilatadores beta-estimulantes en especial de acción corta, ya sea en aerosoles o en dispositivos MDI, siempre mejor con campana espaciadora. En casos de crisis algo más intensas, la adición de corticosteroides vía oral o parenteral es de gran ayuda, y en algunos casos en los que sospechemos un agravamiento posterior, un ciclo corto de 1-2 mgr por kilo de peso y día, de Prednisona, de 4-5 días de duración es la mejor opción.

En crisis de mayor gravedad, la administración subcutánea de adrenalina (0,1 ml) es la medida a adoptar.

3.2. Tratamiento de mantenimiento:

Para el tratamiento de mantención, los corticoides inhalados (CSI), son de demostrada eficacia. Está claro que el uso de esta medicación en la infancia puede retrasar el crecimiento, incluso hay estudios recientes que demuestran que adultos asmáticos de en la infancia fueron tratados con CSI, presentan una talla algo inferior a la que les correspondería. En niños tratados con más de 400 mcg de Budesonida por metro cuadrado de superficie corporal, el metabolismo del hueso está afectado produciéndose menor cantidad de osteocalcina, y depósito de procolágeno.

Dosis altas de CSI además está demostrado que suprimen eje hipotalamo-hipofisis y disminuyen el cortisol plasmático. Son dosis así consideradas Budesonida > 800 mcg, Beclometasona > 800 mcg, o Fluticasona > 400 mcg.

En general con dosis bajas de estos CSI (Fluticasona 100-200 mcg, Budesonida o beclometasona 100-400 mcg) se maneja bastante bien la enfermedad, y los riesgos son mínimos.

En niños de menos de 2 años, los antileucotrienos, como el Montelukast, son eficaces y seguros, prácticamente sin efectos adversos acompañantes; en edades más avanzadas también son útiles, aunque su eficacia nunca es comparable a la de los CSI incluso a dosis muy bajas. En niños con asma persistente la utilización de broncodilatadores betaestimulantes de larga duración (Salmeterol, Formoterol) en combinación con CSI a dosis bajas (beclometasona, budesonida dosis de 80-160 mgr, fluticasona 100 mcg) están indicados en todas las guías. Como ya he dicho los CSI en la infancia mejoran claramente la enfermedad, pero cesado el tratamiento, la situación clínica vuelve a su estado anterior.

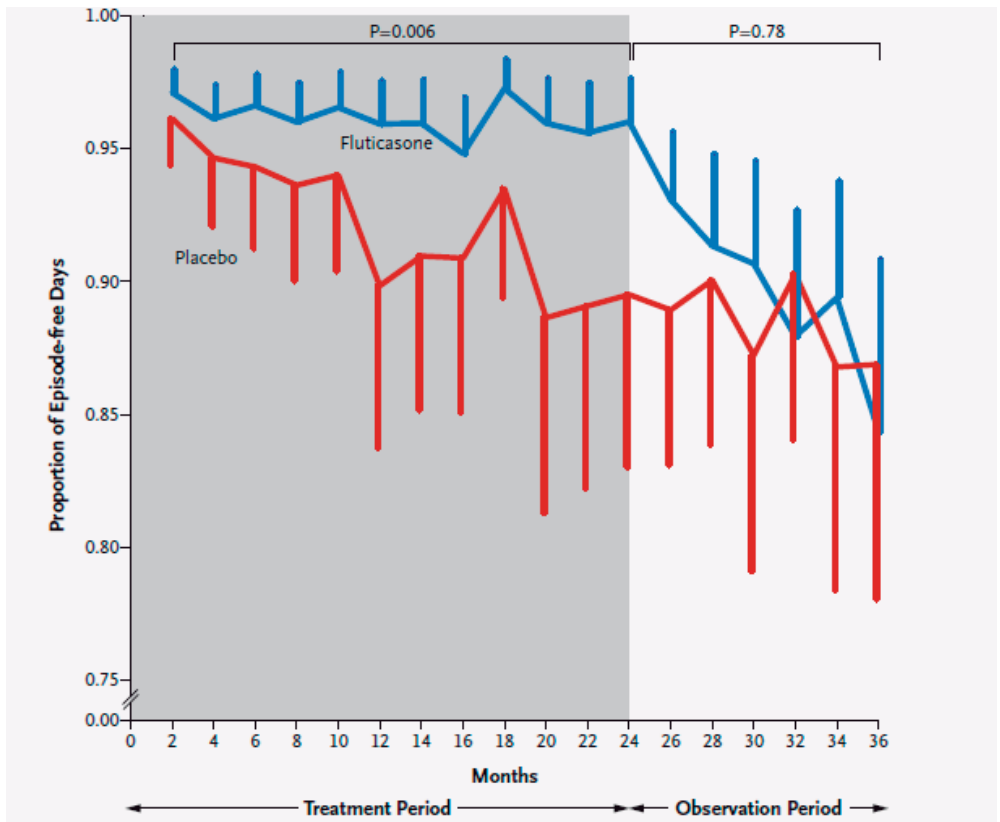


Figura 1-durante el tratamiento con fluticasona la tasa de días libres de asma fue muy superior al placebo ($p=0.006$), pero cesado el tratamiento no ($p=0.78$).

Los CSI en el asma son medicamentos excelentes, mejorando todos los aspectos de la enfermedad, pero no curan nada.

Por otra parte su cese ha de ser escalonado, puesto que una causa frecuente de exacerbaciones del asma tanto en niños como en adultos es la suspensión brusca del tratamiento CSI.

3.3. Inmunoterapia

Desde 1995, el metaanálisis sobre estudios de inmunoterapia (IMT) en asma, llevado a cabo por The Cochrane Library, viene demostrando cada vez con mayor solvencia que la IMT con aeroalergenos, mejora los síntomas asmáticos, y el consumo de medicación antiasmática, y reduce la hiperreactividad, incluso en esta última revisión se llega a decir que el efecto terapéutico de la IMT es comparable al de los CSI. Por otra parte no olvidemos la HPRB inespecífica en niños asmáticos alérgicos al polen de olivo, tras la época polínica, esto en verano, puede quedar con la HPRB inespecífica exacerbada durante meses, en los que mínimos estímulos podrían desencadenar crisis.

La contraindicación al menos transitoria de la IMT en niños es la gravedad del asma con unas Pruebas Funcionales Respiratorias deterioradas, y que dejará de serlo cuando estas mejoren con tratamiento farmacológico. Hay estudios en cantidad que demuestran la eficacia de la vía sublingual (IMTSL), con escasa tasa de reacciones adversas, constituyendo el primer inconveniente, el óptimo cumplimiento del tratamiento, sobretodo en niños de menos de 6-7 años. En la actualidad los alergoides (extractos modificados polimerizados con glutaraldehído o con formaldehído), consiguen muy buenos niveles de estimulación de epitopes de células T, con casi nula opción de combinación con la IgE alérgeno específica con lo que el riesgo de reacciones sistémicas es mínimo.

El único tratamiento capaz de modificar el curso evolutivo de la enfermedad alérgica en este caso el asma, es la IMT con alérgenos (OMS 1998). En un área geográfica de muy alto nivel de exposición al polen de olivo, en niños asmáticos por esta sensibilización, el deterioro de la función respiratoria será progresivo, sin se toman medidas como esta.

3.4. Omalizumab

El Omalizumab es un anticuerpo monoclonal anti-IgE que se emplea en el tratamiento del asma persistente grave alérgico. Se administra por vía subcutánea a partir de los 6 años. El tratamiento con omalizumab redujo significativamente la necesidad de corticosteroides orales cuando se utilizó en niños con edades entre 6 y 11 años, disminuyeron las exacerbaciones. Asimismo, los niños que tomaron este fármaco tuvieron hasta un 46% menos de absentismo escolar.

4. Bibliografía recomendada:

- 1) SPORIK, R. (1990). «Exposure to house dust allergen (Der p1) and the development of asthma in childhood», N Engl J Med 323, pp. 502-7.
- 2) TAUSSIG, LM. (2003). «Tucson Children's Respiratory study: 1980 to present», J Allergy Clin Immunol 111, pp. 661-75.
- 3) ERBAS, B. (2012). «Persistent pollen exposure during infancy is associated with increased risk of subsequent childhood asthma and hay fever», Clin Exp Allergy 43, pp. 337-343
- 4) GARDE, J., MORAL, L. (2005). «Asma en la infancia», En Quirce S, Carrillo T, Olaguibel JM. Asma Volume II, pp. 87-106.
- 5) HOPPER, J. (2012). «Does eczema in infancy cause hayfever, asthma, or both in childhood? Insights from a novel regression model of sibling data», J Allergy Clin Immunol 130, pp.117-22.
- 6) ABRAMSON, MJ., PUY, R. , WEINER, J. (2010). «Injection immunotherapy for asthma (Cohrane review)», The Cochrane Collaboration, issue 8.
- 7) BRITISH THORACIC SOCIETY SCOTTISH INTERCOLLEGIATE GUIDELINES NETWORK. (2008). «British Guideline on the Management of Asthma», Thorax 63, Suppl 4.
- 8) EXECUTIVE COMMITTEE GEMA 2009. . (2010). «GEMA 2009 (Spanish guideline on the management of asthma)», J Investig Allergol Clin Immunol 20, Suppl 1, pp.1-59.
- 9) GILBERT, T. (2006). «Long term inhaled corticosteroids in preschool children at high risk for asthma», N engl J med 354, pp.1985-97.
- 10) RANK, M. (2013). «The risk of asthma exacerbation after stopping low-dose inhaled corticosteroids: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials», J Allergy Clin Immunol 31, pp. 724-9.
- 11) BUSE, W. (2011). «Randomized trial of Omalizumab (Anti-IgE) for asthma in inner-city children», N Engl J Med 364, pp. 1005-15.