



Asma y alergia: la epidemia del siglo XXI

Manuel Alcántara Villar (Coordinador)

un
Universidad
Internacional
de Andalucía
A

Asma y alergia: la epidemia del siglo XXI. Manuel Alcántara Villar (Coordinador).

Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía, 2012. ISBN 978-84-7998-227-5. Enlace: <http://hdl.handle.net/10334/3590>



CAPÍTULO IV

Qué es y qué no es asma

José María Vega Chicote

La obstrucción bronquial generalizada, variable y reversible, que es característica del asma bronquial, se traduce en unas manifestaciones clínicas típicas: tos, disnea, sibilancias y opresión torácica. Además, las alteraciones fisiopatológicas se traducen en una limitación al flujo aéreo con un mayor o menor grado de reversibilidad.

Los síntomas del asma, a pesar de que sean característicos, no son exclusivos ni patognomónicos de esta enfermedad. Así pues, antes de iniciar el tratamiento se debe hacer un diagnóstico diferencial con otras enfermedades que presentan unas manifestaciones clínicas que pueden inducir a confusión.

Se deben tener en consideración todas las enfermedades del aparato respiratorio y aquellas cardiovasculares o digestivas que pueden producir disnea episódica, tos, sibilancias u opresión torácica.

En la tabla 1 se enumeran las patologías más frecuentes con las que hay que hacer el diagnóstico diferencial del asma. En la mayoría de los casos, con una buena historia clínica, exploración física y la realización de una espirometría forzada con test broncodilatador, será suficiente para su diagnóstico, siendo necesaria en algunos casos la utilización de pruebas y técnicas específicas, como: volúmenes pulmonares, difusión alveolo-capilar, tomografía axial computarizada de senos, vías respiratorias altas o de tórax, óxido nítrico exhalado (FeNO), laringoscopia, broncoscopia, estudio de esputo, pH-metría esofágica o evaluación psiquiátrica.

Tabla 1. Diagnóstico diferencial del asma

- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
- Obstrucción vía aérea superior (Disfunción cuerdas vocales, neoplasias..)
- Afecciones traqueales (Traqueitis, Traqueomalacia)
- Enfermedades pulmonares intersticiales (Neumonitis por hipersensibilidad,etc.)
- Neoplasias broncopulmonares
- Vasculitis pulmonares (Síndrome de Churg-Strauss...)
- Neumonitis y Bronquitis eosinofílica
- Bronquiolitis
- Aspergilosis broncopulmonar alérgica

- Cardiopatías (Insuficiencia ventricular izquierda)
- Tromboembolismo pulmonar
- Fibrosis quística
- Síndrome carcinoide
- Reflujo gastroesofágico
- Aspiración de cuerpo extraño.
- Tos secundaria a tratamiento con IECA
- Disnea-hiperventilación de origen psicógeno

La EPOC es la patología con la que haremos principalmente el diagnóstico diferencial, pudiendo, en ocasiones, coexistir ambas enfermedades. En la tabla 2 se resumen las diferencias más importantes con la EPOC.

Tabla 2. Diagnóstico diferencial del asma y la EPOC.

	ASMA	EPOC
Edad de inicio	Variable	Posterior a 40-45 años
Sexo	Según edad	Predominio en varones
Factor hereditario	Sí	No
Rinitis-conjuntivitis	Probable	Indiferente
Tabaquismo	Indiferente	Muy probable
Citología de esputo	Eosinófilos	Neutrófilos
Síntomas variables	Si	No
Obstrucción bronquial	Reversible	Poco o nada reversible
Curso evolutivo	Variable	Deterioro progresivo
Respuesta al tratamiento	Muy buena	Escasa

La tos crónica es otro de los diagnósticos que pueden producir más problemas en su distinción con el asma bronquial. Cuando la tos se presenta como único síntoma en un paciente, debemos pensar en un listado de entidades que por orden de frecuencia se reflejan en la tabla 3.

Tabla 3. Causas frecuentes de tos crónica

Asma
Goteo postnasal
Reflujo gastroesofágico
Bronquitis crónica
Bronquiectasias
Tratamiento con IECA
Síndrome de Sjögren
Bronquitis eosinofílica
Tos psicógena

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica ¹

La bronquitis crónica y el enfisema siempre plantearán dificultades diagnósticas con el asma, sobre todo cuando el inicio de esta se produce en la edad adulta. En ocasiones, dependiendo de los fenotipos de asmáticos que consideremos, se puede producir, incluso, un cierto grado de solapamiento entre ambas enfermedades.

En general, el inicio del EPOC es más tardío que el del asma, la reversibilidad de la obstrucción al flujo aéreo es menor, la asociación con el tabaquismo es mucho más marcada, la progresión hacia el deterioro de la función ventilatoria es constante y la respuesta al tratamiento insatisfactoria.

En el asma, por el contrario, la edad de aparición es más temprana, la variabilidad de los síntomas es la norma, con frecuencia se acompaña de rinoconjuntivitis, tiene una historia familiar de atopia o asma, responde adecuadamente a los tratamientos y las pruebas de función pulmonar pueden permanecer estables durante mucho tiempo o incluso mejorar.

Se decía clásicamente que el asma se producía por una inflamación eosinofílica, mientras que la bronquitis crónica se debía a una inflamación neutrofílica. Actualmente, esto no es tan claro ya que se sabe que hay múltiples células implicadas en la fisiopatología del asma y se han descrito distintos fenotipos: asma eosinofílico, neutrofílico y paucigranulocítico.

Tos crónica como único síntoma

Conocemos como tal la persistencia de tos, más de tres semanas, sin causa aparente. La faringe y, sobre todo, la laringe tienen gran cantidad de receptores de la tos y juegan un papel de especial relevancia en los cuadros tusígenos.

El estudio de un enfermo con tos crónica debe abarcar todos los supuestos clínicos que se exponen en la tabla 3.

Las causas más frecuentes de tos crónica en pacientes no fumadores, con radiografía de tórax normal y que no estén en tratamiento con inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina, son: el goteo postnasal, el asma, el reflujo gastroesofágico, la bronquitis eosinofílica o una combinación de ellos².

La tos que interrumpe el sueño, produce síncope o, en mujeres, incontinencia urinaria, nunca debe ser aceptada como psicógena. La tos como síntoma único del asma es frecuente, se denomina «tos como variante del asma», y supone un 14% de las consultas por tos crónica. En muchas ocasiones precede a la disnea y a las sibilancias durante meses o años³. En esta situación, el control de la tos con broncodilatadores o GC inhalados puede considerarse diagnóstico, especialmente si existe recidiva de la tos con la retirada del tratamiento. Una prueba de metacolina positiva apoya el diagnóstico.

Obstrucción vía aérea superior

La obstrucción de la vía aérea central, por encima de la carina, puede deberse a múltiples causas: neoplasias, compresión extrínseca, traqueomalacia, quemaduras, anomalías vasculares, etc.

La causa más frecuente de obstrucción de la vía aérea superior y que a menudo se confunde con el asma es la **disfunción de las cuerdas vocales**⁴. Es un trastorno funcional que se origina por una aducción del tercio anterior de las cuerdas vocales durante la inspiración. Suele afectar a personas jóvenes, entre los 20 y 40 años, más en mujeres, que refieren accesos de disnea brusca, tos, molestias faríngeas, cambios en la voz... Se manifiesta como un sibilante único, audible en su entorno, de carácter inspiratorio, parecido al estridor laríngeo, con espiración normal. Los síntomas desaparecen durante el sueño. El diagnóstico lo sugiere la espirometría, analizando el patrón de la curva flujo-volumen, que como en otros procesos obstructivos altos de la vía aérea muestra una meseta inspiratoria y rápida caída de la porción espiratoria. También puede comprobarse mediante exploración directa fibrolaringoscópica; objetivándose la aducción anterior de

las cuerdas, durante la inspiración, que sólo deja una pequeña luz, en forma de diamante de póquer, en la región posterior. El mayor problema diagnóstico estriba en que casi un tercio de estos individuos, además, son asmáticos.

Bronquitis eosinofílica

Se trata de una entidad que se manifiesta con tos crónica, en individuos que, con frecuencia, tienen rasgos de atopia, presentan incrementos de eosinófilos en el esputo y en la biopsia de pared bronquial, sin presentar otros signos de asma como disnea o sibilantes. Además, se caracterizan por tener la prueba de metacolina negativa; esta última característica les diferencia de aquellos catalogados de «tos como variante de asma». Un 13% de los enfermos evolucionan al asma, la mitad permanecen sintomáticos durante años y el resto revierten a la normalidad. El diagnóstico se acepta en aquellos individuos con tos crónica, sin evidencia clínica ni funcional de asma, con abundantes eosinófilos en esputo y buena respuesta clínica a GC inhalados. Si se cumplen estos criterios se puede obviar la biopsia bronquial⁵.

Reflujo gastroesofágico (RGE)

Es ampliamente reconocido que el RGE es un precipitante de crisis en pacientes asmáticos y muchos cuando se estudian aunque no tienen clínica de reflujo, éste puede demostrarse con pHmetría de la porción distal del esófago. Hay que considerar que el RGE solo, con o sin esofagitis puede dar lugar a crisis de disnea por microaspiraciones del regurgitado o por estímulo naso-faringo-bronquial mediado por reflejos neurohumorales. La clínica suele ser nocturna y pueden confundirse con asma.

Otros

Causas menos frecuentes de síntomas sugerentes de asma son las enfermedades intersticiales pulmonares, las vasculitis o las neoplasias, que pueden ser descartadas con estudios de imagen.

Raramente, la insuficiencia cardíaca o el tromboembolismo pulmonar de repetición pueden confundirse con asma. La ecografía cardíaca o el angioTAC serían útiles para este diagnóstico.

La fibrosis quística podría simular un asma en sus fases iniciales y cuando el comienzo es tardío, la afectación leve y restringida al aparato respiratorio. Un test del sudor nos ayudaría a descartar el diagnóstico.

La aspiración de cuerpo extraño en niños podría producir sibilantes, generalmente unilaterales. Una anamnesis detallada, la radiología y la broncoscopia descartarían esta patología.

El síndrome carcinoide produce, en muchos casos, broncoconstricción pero es extraño que no se acompañe de otros síntomas característicos: rubefacción, diarrea, hipotensión. La determinación de ácido 5 hidroxindolacético en orina es la prueba a realizar en caso de sospecha clínica.

La aspergilosis broncopulmonar alérgica, es una enfermedad inmunológica pulmonar causada por una hipersensibilidad a *Aspergillus fumigatus*⁶. Clínicamente el paciente presenta asma, infiltrados pulmonares recurrentes y bronquiectasias. La prevalencia es desconocida y se ha llegado a decir que en Norteamérica, entre pacientes asmáticos puede llegar a ser del 13%. En nuestro país la incidencia es mucho menor, y, por otra parte, la discusión entre aspergilosis broncopulmonar alérgica o asma con sensibilización a *aspergillus* y su relación con la fibrosis quística, todavía no está acabada⁷

Disnea -hiperventilación de origen psicógeno. Los pacientes con enfermedades psicósomáticas pueden referir dificultad respiratoria. Las parestesias en manos, la disnea suspirosa y la constatación de que el estudio funcional respiratorio es normal puede ayudar en el diagnóstico.

Bibliografía

- 1) QASEEM, A., et al. (2011), «Diagnosis and management of stable chronic obstructive pulmonary disease: a clinical practice guideline update from the American College of Physicians, American College of Chest Physicians, American Thoracic Society, and European Respiratory Society. *Ann Intern Med* 155, pp.179-91.
- 2) IRWIN, R.S., et al. (2006), «Diagnosis and management of cough executive summary: ACCP evidence-based clinical practice guidelines», *Chest* 129(1 Suppl), pp.1-23.
- 3) CORRAO, W.M., BRAMAN, S.S., IRWIN, R.S. (1979), «Chronic cough as the sole presenting manifestation of bronchial asthma», *N Engl J Med* 300, pp. 633-637.
- 4) GIMENEZ, L.M., ZAFRA, H. (2011), «Vocal cord dysfunction: an update», *Ann Allergy Asthma Immunol* 106, pp. 267-74.
- 5) GIBSON, P.S., FUJIMURA, M., NIIMI, A. (2002), «Eosinophilic bronchitis: clinical manifestations and implications for treatment», *Thorax* 57, pp. 175-182.
- 6) AGARWAL, R. (2009), «Allergic bronchopulmonary aspergillosis», *Chest* 135, pp. 805-26.
- 7) FAIRS, A., et al. (2010), «IgE sensitisation to *Aspergillus fumigatus* is associated with reduced lung function in asthma», *Am J Respir Crit Care Med* 182, pp.1362-8.