ARTÍCULO DE REVISIÓN

Neumología

DIAGNÓSTICO DE ASMA

REVISTA ARGENTINA DE MEDICINA
ISSN 2618-4427
Buenos Aires
Zec Baskarad MJ. Diagnóstico de asma. *Rev Arg Med* 2022;10(Supl. 1):S10-S12
ARK CAICYT: ark:/s26184311/ram.v10iSupl. I.709

ASTHMA DIAGNOSIS

Marcos Juan Zec Baskarad[1]

[1] Staff de Terapia Intensiva, Hospital Vélez Sársfield, GCBA. Médico internista, intensivista, neumólogo. Jefe de Terapia Intensiva del Sanatorio Nuestra Señora del Pilar. Jefe de Trabajos Prácticos de Medicina Interna, UDH Vélez Sársfield, UBA. Encargado docente de Neumonología, UDH Vélez Sársfield, UBA.

VIDEO RESUMIDO DEL ARTÍCULO:
https://drive.google.com/file/d/1tbh-KdGNo_iQkvFW7wHQggiNaOJdCJ3P/view?usp=sharing

Resumen

El diagnóstico de asma se sospechará por disnea sibilante, con sensación de opresión torácica desencadenada por exposición a alergenos, hiperventilación, frío, ejercicio, asociada o no a tos crónica. El diagnóstico será confirmado por objetivación mediante espirometría o medición del pico del flujo espiratorio de la variabilidad de la limitación del flujo (aumento del 12% y 200 ml del volumen espirado en el primer segundo), fundamentalmente tras la administración de broncodilatadores o tras 2-3 semanas de corticoides orales, o por broncoprovocación con metacolina, ejercicio, etc. El examen físico puede ser normal fuera de las exacerbaciones. Los estudios por imágenes son útiles para los diagnósticos diferenciales, el óxido nítrico exhalado predice la respuesta a los corticoesteroides, pero no es específico de asma.

Palabras clave. Síntomas, signos, espirometría, test de provocación, metacolina.

Abstract.

The diagnosis of asthma will be suspected by wheezing dyspnea, with a feeling of chest tightness triggered by exposure to allergens, hyperventilation, cold, exercise, associated or not with chronic cough. The diagnosis will be confirmed by spirometry or peak expiratory flow measurement of the variability of the flow limitation (increase of 12% and 200 ml of expired volume in the first second), mainly after the administration of bronchodilators or after two to three weeks of oral corticosteroids, or by bronchoprovocation with methacholine, exercise, etc. Physical examination may be normal apart from exacerbations. Imaging studies are useful for differential diagnoses, exhaled nitric oxide predicts response to corticosteroids, but is not specific for asthma.

Key words. *Symptoms, signs, spirometry, provocation test, methacholine.*

Los autores manifiestan no poseer conflictos de intereses.

CONTACTO PARA CORRESPONDENCIA
Correo electrónico:
marcosjuanzecbaskarad@gmail.com

El diagnóstico tiene un componente subjetivo y otro objetivo.

Componente subjetivo

Los principales síntomas del asma son la disnea y la tos, dos síntomas sumamente frecuentes e inespecíficos, por lo que su semiología resulta clave para que la anamnesis aporte información significativa a fin de corroborar la hipótesis diagnóstica, así como para descartar diagnósticos alternativos.

La disnea es intermitente, de carácter sibilante, con sensación de opresión torácica; se suele presentar por la noche o a primera hora de la mañana, puede desencadenarse tanto por hiperventilación (risa) como por hipoventilación (en obesos asmáticos), estímulos físicos como el clima frío y húmedo, el ejercicio físico, la exposición a alergenos (ácaros, pelo de animales, polen, hongos ambientales) en pacientes atópicos, humo de cigarrillos o combustión de biomasa, gases irritantes como limpiadores a base de amoníaco o lavandina. Las afecciones virales de la vía aérea superior pueden desencadenarla y prolongar la sintomatología por varias semanas, confundiéndose o superponiéndose con bronquitis aguda. Puede desencadenarse, además, por fármacos como los betabloqueantes adrenérgicos o la aspirina (característico del fenotipo de asma con rinitis y pólipos nasales). Suelen aliviarse en forma espontánea o por fármacos broncodilatadores (agonistas betaadrenérgicos o antimuscarínicos).

La tos comparte características de la disnea en cuanto al momento del día en que se presenta, los desencadenantes o sus aliviadores. Si bien suele ser seca, en ocasiones es productiva, con expectoración viscosa, perlada y verdosa por el alto contenido de eosinófilos. Existen variantes de asma exclusivamente tusígena, por lo que exige el diagnóstico diferencial de tos crónica junto al goteo posnasal y la enfermedad por reflujo gastroesofágico, que ocasionan cerca del 80% de los casos de tos crónica.

Entre los antecedentes relevantes se distinguen las internaciones por asma aguda grave o asma casi fatal, por ser predictores de nuevas crisis graves, sobre todo en pacientes que no están en tratamiento con corticoesteroides (tanto inhalados como orales), o que los hayan interrumpido.

Los pacientes con asma fumadores presentan dos problemas que deben diferenciarse: el humo del cigarrillo puede dificultar el control de la enfermedad, así como producir y superponer enfisema o bronquitis crónica, por lo que exige el diagnóstico diferencial con la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Entre los antecedentes familiares, es frecuente encontrar familiares de primer y segundo orden con asma, atopia, eccema, angioedema o alergia a algún fármaco, lo que sugiere un factor predisponente hereditario, que, recientemente, ha sido categorizado como biotipo de asma alérgica. Son pacientes que responden favorablemente a los corticoesteroides (así como los del biotipo de asma de presentación tardía, más frecuente en mujeres, adolescentes o adultos jóvenes). Otros biotipos son el asma no alérgica, el de obstrucción fija o el asma en la obesidad.

La probabilidad de asma decrece cuando los pacientes presentan tos aislada, sin otros síntomas respiratorios, tos productiva crónica, cuando la disnea y sibilancias se acompañan de vértigo, temblor u hormigueo, dolor de pecho o inspiración ruidosa inducida por el ejercicio (1).

Componente objetivo

Los hallazgos del examen físico suelen ser inespecíficos: desde un examen físico completamente normal, pasando por sibilancias tanto inspiratorias como (principalmente) espiratorias, signo que comparte con otros cuadros obstructivos (EPOC, bronquitis, insuficiencia cardíaca), taquipnea, tiraje como signo de reclutamiento de músculos accesorios, etcétera, durante los episodios de asma aguda.

Desde el punto de vista funcional, el paciente asmático se caracteriza por la variabilidad de la limitación del flujo, objetivable por el descenso de la relación entre el volumen espirado en el primer segundo y la capacidad vital forzada (VEF1/CVF), generalmente por debajo de 0,75. La variabilidad puede demostrarse tanto por cambios significativos en los estudios funcionales en un mismo paciente (variabilidad del pico flujo en el curso del día, o del VEF1/CVF en varias visitas), como por pruebas de reversibilidad.

La más común de las pruebas de reversibilidad es la prueba de respuesta a broncodilatadores, en donde la función mejora tras administrar 200 a 400 mcg de salbutamol con dispositivos de dosis medida (MDI) un 12% o 200 ml en el VEF1. También es posible demostrarla tras 4-6 semanas de tratamiento corticoesteroideo inhalado (ICS) (2). Otra posibilidad es objetivar la variabilidad por broncoprovocación, con metacolina, ejercicio o hiperventilación, histamina, manitol o con antígenos conocidos específicos. Si bien son sensibles para detectar asma, son poco específicas, ya que pueden resultar positivas en otras entidades como EPOC, fibrosis quística, hipertensión pulmonar venocapilar o rinitis atópica.

Medir la inmunoglobulina E (IgE), sea total o específica para ciertos antígenos, permite evidenciar atopia; sin embargo, no establece relación causal con los síntomas.

Aquellos pacientes con respuesta inmune inflamatoria vinculada a eosinófilos suelen presentar valores superiores a 30 ppm de óxido nítrico exhalado, valores que predicen buena respuesta a los corticoides; no obstante,

puede estar incrementado en la rinitis atópica, la bronquitis eosinofílica no asmática (entidad poco frecuente, que no suele ser positiva a la prueba de broncoprovocación y presentar eosinofilia en esputo inducido o lavado broncoalveolar) o infecciones virales, así como disminuida en pacientes con asma no eosinofílica o pacientes con broncoconstricción grave.

La medición del pico flujo domiciliario y en el medio laboral permite determinar la variabilidad de la obstrucción al flujo ante la exposición de antígenos del ambiente laboral (3).

Los estudios de imágenes suelen ser normales, su utilidad es clave para los diagnósticos diferenciales.

La figura 1, extraída de GEMA (4), sintetiza los esquemas diagnósticos. RAM

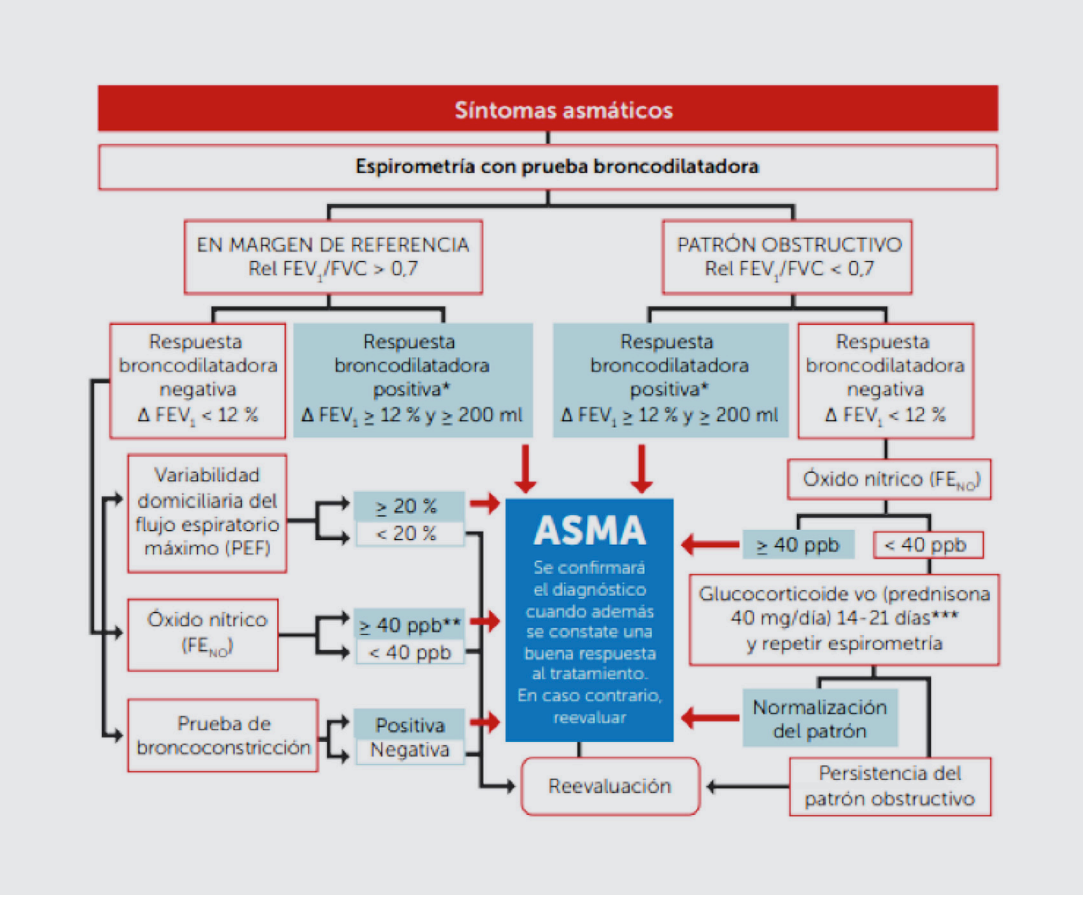


Figura 1. Diagnóstico de asma.

Referencias bibliográficas

1. González Juárez F. *Diagnóstico y tratamiento en neumonología*, 2ª ed., Manual Moderno, 2016; cap. 17, pág. 447-83
2. Crapo J, Karlinsky J, Gassroth J, King TE (h). *Baum's Textbook of Pulmonary Diseases* 2008; cap 10, pág. 185-205
3. GINA, *Global Strategy for Asthma Management and Prevention*, 2021; cap 2, pág. 32-43
4. Guía GEMA 5.0. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica. ISBN: 978-84-17372-97-2. 2020