

Mesa Redonda: asma ¿En qué situación estamos?

Asma del lactante. Enfoque diagnóstico y terapéutico

A.A. BLANCO, R. SIRVENT

Unidad de Neumología y Alergia Pediátrica. Hospital Materno Infantil. Complejo Universitario Hospitalario "Juan Canalejo". La Coruña.

Que pediatra o médico de atención primaria no ha usado términos como "bronquitis obstructiva, bronquitis disneizante, bronquitis espástica, bronquitis asmatiforme, bronquitis sibilante..." y posiblemente otros muchos, cuando en la exploración de un niño menor de dos o tres años de edad encontramos un signo auscultatorio tan frecuente como son las sibilancias, sinónimo de síndrome de obstrucción bronquial, que como todos sabemos, también puede ser sinónimo de **Asma**.

De la frecuencia tan elevada con la que en este grupo de edad se presentan las sibilancias o popularmente "pitos", es un buen ejemplo el excelente trabajo de F. Martínez en el que tras enrolar a 1246 recién nacidos en el área de Tucson (Arizona), consigue completar su seguimiento a lo largo de los 6 primeros años de la vida en un total de 826 niños. De todos estos resulta que 425 (51,5%) no "pitan" nunca; pero si lo hacen, 401 (48,5%) y estos a su vez se dividen en tres grupos de sibilantes, según el momento en que presenten

- Una menor capacidad retráctil del pulmón.
- Un menor calibre de las vías aéreas.
- Una mayor compresibilidad dinámica.

Características todas ellas inversamente proporcionales a la edad del niño, más acentuadas cuanto menor es, pre-disponiéndole a una más fácil limitación del flujo aéreo que se expresa en forma de sibilancias.

Así pues, visto lo frecuente que pueden ser las sibilancias en el niño pequeño, cuando un pediatra se enfrenta a un niño con un proceso respiratorio que cursa con "pitos", dado que las posibilidades diagnósticas son numerosas, aconsejamos actuar un mínimo de metodología diagnóstica, a fin de confirmar, tanto la primera como la segunda

parte de este aforismo, "*todo lo que pita es asma,...mientras no se demuestre lo contrario*".

La conducta a seguir depende de la edad del niño, sus antecedentes personales y/o familiares, y de si se trata del primer proceso o si ya presentó otros similares.

Si se trata del primer episodio en un menor de 3 años, caben básicamente 2 posibilidades: **Bronquiolitis o Aspiración de cuerpo extraño**. La historia clínica: aparición súbita de tos con disnea y en algunos casos incluso cianosis, casi siempre tras el claro antecedente de un atragantamiento mientras el niño comía frutos secos o manipulaba piezas pequeñas de juguetes u otros objetos; la exploración física con la presencia de hipoventilación y/o sibilancias unilaterales; y la Rx. De tórax en inspiración y espiración mostrando un patrón de atrapamiento aéreo unilateral, permitirán el diagnóstico de probable aspiración de cuerpo extraño endobronquial.

Si no efectuamos el diagnóstico anterior, dicho primer episodio de sibilancias será calificado como Bronquiolitis, en relación a una infección vírica respiratoria con máxima frecuencia por el Virus Sincitial Respiratorio (VSR) y ello implicará entre otras actuaciones que alertemos a los padres sobre la posibilidad de que a partir de entonces puedan repetirse procesos similares.

El primer episodio de sibilancias en un niño con antecedentes personales (por ejemplo, dermatitis atópica) y/o familiares (por ejemplo, madre asmática), así como tres o más episodios de obstrucción bronquial, en cualquier niño, independientemente de su edad deben suponer siempre la realización de un estudio para descartar las diferentes posibilidades diagnósticas y tratar los factores etiológicos de la enfermedad.

Metodología diagnóstica

Tabla I Historia clínica (anamnesis).

Tabla II Exploración física.

Tabla III Exámenes complementarios.

La exploración física debe ser minuciosa y siempre que sea posible, sobre todo en este grupo de niños menores en los que la historia puede ser dudosa, practicada en la fase aguda de la afección para comprobar la existencia de sibilancias.

La metodología diagnóstica que aplicamos a nuestros pacientes incluyen siempre una serie de exámenes complementarios, sencillos pero fundamentales (Tabla III).

En algunos casos puede ser preciso para efectuar el diagnóstico recurrir a exploraciones más agresivas o sofisticadas, tales como el estudio baritado de un posible reflujo gastroesofágico, exploraciones endoscópicas, estudios radiológicos como la TACAR o gammagráficos...etc.

Completada esta metodología diagnóstica y una vez descartadas todas aquellas otras entidades clínicas que pueden presentarse en forma de una broncopatía obstructiva, consideraremos que el niño que tiene episodios recurrentes de dificultad respiratoria y/o sibilancias, se haya afecto de "**probablemente asma**". Así lo recoge ya el Consenso internacional Pediátrico para el Diagnóstico y Tratamiento del Asma de 1992, proponiendo la siguiente definición:

"Enfermedad crónica de las vías aéreas en la que se producen episodios de tos y/o sibilancias, reversibles espontáneamente o bajo tratamiento, tras haber descartado otras patologías menos comunes".

En este punto tenemos que afirmar rotundamente que el asma sigue siendo una enfermedad que se subestima, lo cual conduce a un infradiagnóstico en todos los grupos de edad, pero de manera muy especial en el de lactantes o niños menores, y claro está, ello supone también fallos en el enfoque terapéutico del problema.

En este enfoque terapéutico, también como en otras edades posteriores, se ha demostrado muy útil el esquema de "escalera" según la severidad de la enfermedad. Todas las clasificaciones del asma, nos guste una más que otras, se basan hoy día en criterios clínicos y de función pulmonar. El inconveniente de no poder realizar estos test en la práctica asistencial habitual del niño pequeño o aún no colaborador (solo al alcance de algunos pocos laboratorios de función pulmonar), determina que los criterios clínicos cobren mayor importancia.

TABLA I. HISTORIA CLÍNICA (ANAMNESIS)

-
- Ant. Familiares respiratorios y/o alérgicos • Tabaquismo familiar
 - Ant. Personales: Prematuridad – Ventilación mecánica
Dermatitis atópica...
 - Edad y forma de inicio
 - Cuadro clínico propiamente dicho
 - Frecuencia y cronología de los episodios
 - Estado intercrítico
 - Condiciones ambientales y climatológicas
 - Tolerancia al ejercicio
 - Tos al ingerir líquidos o alimentos (alteraciones del TEG)
-

TABLA II. EXPLORACIÓN FÍSICA

-
- Desarrollo pondoestatural
 - Retracciones y/o deformidades torácicas
 - Cianosis
 - Hipocratismo digital
 - Eccema
 - Area naso-ocular
 - Otoscopia
 - Auscultación pulmonar: sibilancias
-

TABLA III. EXAMENES COMPLEMENTARIOS

-
- Desarrollo pondoestatural
 - Retracciones y/o deformidades torácicas
 - Cianosis
 - Hipocratismo digital
 - Eccema
 - Area naso-ocular
 - Otoscopia
 - Auscultación pulmonar: sibilancias
-

No todo en el tratamiento se dejará a la bondad de los avances farmacológicos que este campo también se han producido. Las medidas preventivas –no fumar.etc.–, y la información y educación de los familiares del niño, también son fundamentales para obtener los mejores resultados en este apartado.

Los agentes farmacológicos antiasmáticos los podemos dividir en dos grandes grupos: a) medicación de rescate – broncodilatadores (β -2 de corta duración y anticolinérgicos) y corticoides parenterales - ; b) medicación antiinflamatoria – corticoides inhalados, cromonas, teofilinas, antileucotrienos y corticoides orales -, los β -2 de larga duración

(medicación de “apoyo antiinflamatorio”) quedan excluidos en esta relación al no estar aún autorizado su uso en el grupo de edad de los niños menores.

El uso de broncodilatadores, recordemos que en el lactante con una respuesta cuando menos variable, de forma continuada se ha asociado a una mala evolución del paciente asmático. Por lo que insistimos hoy solo se conceptúan como medicación de rescate y su alta demanda supone un indicador más de la necesidad de establecer tratamiento de fondo. La medicación antiinflamatoria estrella en este apartado son los glucocorticoides inhalados, con muy poca probabilidad de efectos secundarios si no sobrepasamos dosis máximas de 800 Bgr/día de

Budesonida o equivalentes. Alternativas válidas a los esteroides inhalados en los casos de asma episódica frecuente pueden seguir siendo las cromonas (cromoglicato y nedocromil) y también se puede plantear el uso temprano de los antileucotrienos (montelukast) como monofármaco y no solo unido a los esteroides inhalados como “ahorrador” de los mismos en fases más graves de la enfermedad.

La vía inhalatoria es la de elección para la mayoría de los fármacos antes mencionados, tanto de rescate como de fondo. La educación familiar y posteriormente del mismo niño en los dispositivos a usar, cámaras de inhalación..etc, resulta fundamental.