



Protocolo de diagnóstico diferencial del asma

A. Trisan Alonso, A. López Viña y P. Ussetti Gil

Servicio de Neumología. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Diagnóstico diferencial
- Asma
- EPOC
- DCV

Keywords:

- Differential diagnosis
- Asthma
- COPD
- VCD

Resumen

El asma no es una única enfermedad, sino que constituye un síndrome que engloba diversos fenotipos con manifestaciones similares aunque con etiologías diferentes. Dado lo inespecíficos que son estos síntomas, y el hecho de que no exista una prueba patrón oro para su diagnóstico, hace que ante una sospecha de asma sea preciso realizar una serie de pruebas para establecer un diagnóstico diferencial con otras patologías obstructivas, o no, que puedan simular síntomas parecidos. A continuación se realiza una revisión de las diferentes patologías con las que en ocasiones puede ser preciso realizar un diagnóstico diferencial ante una sospecha de asma.

Abstract

Asthma: guidelines for differential diagnosis

Asthma is not a single disease entity, rather a collection of phenotypically related conditions with various etiologies. Because there is not a gold standard diagnostic test for the disease, when asthma is suspected, differential diagnosis by objective methods is required in order to rule out other obstructive airway pathologies or with similar symptoms. The pathologies requiring differential diagnosis with suspected asthma are reviewed below.

Introducción

La *Guía española para el manejo del asma* (GEMA)¹ la define como una enfermedad inflamatoria crónica de las vías respiratorias, en cuya patogenia intervienen diversas células y mediadores de la inflamación, condicionada en parte por factores genéticos, y que cursa con hiperrespuesta bronquial y una obstrucción variable al flujo aéreo, total o parcialmente reversible, ya sea por la acción medicamentosa o espontáneamente.

El asma es sugerida por una historia variable de tos, pitos, opresión torácica y disnea que suele empeorar por las noches o de madrugada. Teniendo en cuenta lo inespecíficos que son estos síntomas, y que no existe una prueba patrón oro para su diagnóstico, cuando se valora a un paciente con una sospecha de asma, siempre se debe realizar, en primer lugar, una espirometría con prueba broncodilatadora (PBD). Si se demuestra una obstrucción reversible en un contexto clínico adecuado, el diagnóstico de asma se obtiene una vez se confirme una buena respuesta al tratamiento^{1,2}.

Cuando la función pulmonar es normal, una prueba de hiperreactividad bronquial (HRB) como la de metacolina ayudaría a confirmar el diagnóstico, al igual que la determinación de la fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO).

En algunos pacientes se detecta una obstrucción aunque no reversible (PBD negativa), por lo que se puede plantear instaurar una pauta de esteroides orales durante 14-21 días y realizar una nueva espirometría o determinar el flujo espiratorio máximo (FEM) domiciliario para valorar si existe reversibilidad a más largo plazo.

Según la presencia de obstrucción bronquial

Cuando no se confirma el diagnóstico de asma, debe realizarse el diagnóstico diferencial con otras patologías; así, dependiendo de que se observe una patología obstructiva o no, hay que realizar un diagnóstico diferencial con las siguientes enfermedades.

Patología obstructiva

Obstrucción de la vía aérea superior (cuerpos extraños, tumores, etc.), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), bronquiolitis, traqueo y broncomalacia, bronquiectasias.

En estos pacientes es donde cobran especial importancia otras pruebas complementarias tales como la tomografía computadorizada (TC), el ecocardiograma, la laringoscopia, la pletismografía y el test de difusión de CO, la analítica, etc.

Patología no obstructiva

Disfunción de cuerdas vocales (DCV), bronquitis eosinofílica, síndrome de hiperventilación y otras disneas funcionales o tos secundaria a otras causas como reflujo gastroesofágico (RGE). Es muy útil la realización de una prueba de HRB inespecífica para diferenciar estas enfermedades del asma.

Según la edad del paciente

Los diagnósticos diferenciales también pueden variar.

Adultos

EPOC, bronquiectasias, obstrucción de la vía aérea superior, disneas funcionales, etc.

Niños

Malformaciones congénitas, fibrosis quística, obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño, bronquiolitis, etc. (tabla 1).

A continuación se detallan cada una de las posibles entidades.

TABLA 1

Diagnóstico diferencial del asma según la edad

Adultos

EPOC

Bronquiectasias

Obstrucción mecánica de la vía aérea

Bronquitis eosinofílica

Disfunción de cuerdas vocales y síndrome de hiperventilación

Tos crónica por otras causas (RGE, IECA, goteo postnasal)

Aspergilosis broncopulmonar alérgica

Neumonía eosinofílica

Niños

Obstrucción de la vía aérea

Bronquiolitis y laringitis

Fibrosis quística

Malformaciones congénitas (displasia broncogénica, laringotraqueobroncomalacia)

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; IECA: inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina; RGE: reflujo gastroesofágico.

Obstrucción de la vía aérea superior

Las causas que producen obstrucción aguda de la vía aérea superior son múltiples, siendo las más frecuentes: infecciosas-inflamatorias, tumores, cuerpos extraños, traumáticas y quemaduras³.

La manifestación clínica más frecuente es el estridor, que se puede acompañar de disfonía, tos no productiva, fiebre, odinofagia, disfagia e incluso hemoptisis.

Se debe contactar con el otorrinolaringólogo, y las pruebas complementarias a realizar dependerán de la sospecha diagnóstica, pudiendo ser útiles: la radiografía de cuello y tórax, la TC, la resonancia magnética (RM), la endoscopia, etc.

La endoscopia constituye la herramienta diagnóstica definitiva, teniendo también en ocasiones utilidad terapéutica.

Malformaciones congénitas

Las más frecuentes son la laringomalacia, la estenosis subglótica congénita, la existencia de membranas laríngeas, fístulas traqueo-esofágicas, granulomatosis concéntrica, anillos vasculares y los quistes broncogénicos.

Bronquiolitis

Es la inflamación de las vías aéreas pequeñas. Fundamentalmente son debidas al virus respiratorio sincitial (VRS), típicamente con aparición estacional en niños menores de 2 años.

Bronquiectasias

Son dilataciones anormales e irreversibles de los bronquios de mediano calibre (mayores de 2 mm de diámetro) debido a la destrucción de los componentes elástico y muscular de la pared bronquial.

Pueden ser debidas a múltiples etiologías: colagenopatías, postinfecciosas, inmunodeficiencias, síndrome del cilio inmóvil, fibrosis quística, etc. Los pacientes presentan típicamente tos crónica con broncorrea e infecciones de repetición. El diagnóstico de confirmación se realiza mediante una TC de alta resolución.

Fibrosis quística

Es una enfermedad hereditaria que se transmite de manera autosómica recesiva y se produce por una mutación en el gen que codifica la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la FQ (CFTR). El defecto de la proteína provoca un trastorno del transporte de cloro y sodio por las células de los epitelios, generándose un espesamiento de las secreciones que determina daños en los epitelios secretores,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806920>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806920>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)