

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA OBSTRUCCION BRONQUIAL DIFUSA EN EL ADULTO

Dr EDGARDO CRUZ MENA*

La existencia de una obstrucción bronquial difusa se plantea usualmente en un paciente que consulta por disnea, episódica o crónica, que se acompaña de sibilancias audibles para el enfermo o captadas en el examen físico. Su evaluación objetiva se basa en la demostración espirométrica de obstrucción bronquial, especialmente de la relación VEF1/CVF. Si estas evidencias permiten concluir que un paciente presenta como problema central una obstrucción bronquial difusa recurrente o persistente, son dos los aspectos que corresponde abordar:

1.- ¿De qué entidad mórbida forma parte la obstrucción bronquial?

2.- ¿Qué grado objetivo de variabilidad tiene la obstrucción?

En la clínica diaria, el diagnóstico diferencial de la obstrucción bronquial difusa se reduce prácticamente al asma y la limitación crónica del flujo aéreo (LCFA). La obstrucción que puede acompañar a algunas inflamaciones bronquiales o bronquiolares es pasajera, y las otras enfermedades que pueden presentarla en forma persistente son de baja frecuencia y suelen tener una fisonomía suficientemente diferente del asma y de la LCFA.

Si bien el manejo de la obstrucción bronquial de ambas entidades es muy similar, es conveniente distinguir entre ellas por su desigual pronóstico y para decidir sobre algunas medidas diagnósticas y terapéuticas, tales como estudio alérgico, uso de corticoides sistémicos, ipratropio, cromoglicato o ketotifeno, pruebas funcionales complejas, etcétera, que tienen su mejor indicación en una u otra de estas condiciones.

El principal elemento diferencial entre asma y LCFA es aportado por la anamnesis: disnea en crisis en el asma versus disnea de paulatina progresión en la LCFA, lo que cobra mayor valor al ser corroborado espirométricamente.

Existen diversos elementos que pueden apoyar el diagnóstico inicial o servir para una diferenciación en casos mixtos o poco claros. Pesan a favor de asma:

- Comienzo en la infancia o adolescencia.

- Antecedentes familiares de asma.
- Antecedentes de enfermedades atópicas, como eczema o rinitis.
- Relación temporal entre exposición a un alérgeno y crisis de obstrucción. Si se descarta un efecto irritante, este factor es de un gran valor diagnóstico.
- Eosinofilia en sangre o expectoración.
- Hiperreactividad inespecífica de las vías aéreas en pruebas de provocación con histamina, metacolina, ejercicio o aire frío. El aumento leve a moderado no es diagnóstico, pues se puede presentar también en LCFA y en rinitis alérgica.

En cambio, apoyan el diagnóstico de LCFA:

- Antecedentes de tabaquismo, que es el agente etiológico casi obligatorio de esta condición, aunque no debe olvidarse que un fumador también puede tener asma.
- Edad de inicio usualmente mayor de 45 años, lo que está ligado al tiempo que demora en hacerse manifiesto el efecto acumulativo del tabaco.
- Evidencia radiográfica de destrucción alveolar por enfisema pulmonar.

La mayor parte de estos elementos diagnósticos presentan excepciones o pueden estar presentes por simple concomitancia, por lo cual lo que tiene mayor valor es la sumatoria y concordancia del conjunto con los síntomas primarios.

Una situación que puede conducir a problemas son los casos en que el asma se manifiesta sólo por tos crónica o paroxística, sin obstrucción bronquial evidente. Esta condición, denominada equivalente asmático, debe plantearse en el diagnóstico diferencial de la tos persistente, pudiendo identificarse mediante una prueba de provocación con metacolina y, especialmente, por su clara respuesta a broncodilatadores.

Con alguna frecuencia la diferenciación diagnóstica resulta muy difícil por tratarse de casos mixtos o atípicos. En esta situación debe procederse al tratamiento de la obstrucción bronquial difusa de acuerdo a sus características fisiopatológicas, dejando para más adelante la calificación diagnóstica.

* Profesor Titular de Medicina, Departamento de Enfermedades Respiratorias.

Aplicar apresuradamente una etiqueta errónea puede significar privar a un asmático de los beneficios de un tratamiento con corticoides sistémicos o postergar un tratamiento en espera de un diagnóstico que necesariamente será demoroso.

Evaluación de la reversibilidad

Un error frecuente es considerar que la reversibilidad demostrada en una espirometría es igual a la reversibilidad de la enfermedad. Esto no es así, porque el aerosol broncodilatador usualmente empleado en la espirometría es un β - adrenérgico que si bien reduce el espasmo de la musculatura bronquial, no modifica mayormente la inflamación, la que sí puede disminuir en los asmáticos con corticoides sistémicos por un periodo de prueba o por tiempo prolongado que incluya, además, control de alérgenos e irritantes inhalados. Además, la espirometría traduce sólo las condiciones imperantes en el momento del examen, que pueden ser diferentes de las presentes en otras etapas de la evolución del paciente.

De lo anterior se deduce que si en la espirometría el

broncodilatador produce una normalización del VEF1, no cabe duda que nos encontramos ante un paciente asmático. En cambio, si la mejoría es sólo parcial, cabe la posibilidad que la reversibilidad real de la enfermedad sea mayor. Esto significa que la calificación de irreversible está siempre sujeta a revisión de acuerdo a los efectos de la terapia. Según estos criterios, en la Figura 1 se propone un diagrama de flujo que incorpora la evaluación de reversibilidad en el diagnóstico diferencial entre asma y LCFA.

Si la espirometría resulta normal, se descarta una LCFA, pero surge la duda acerca de la real existencia de obstrucción bronquial. Esto puede resolverse con pruebas de provocación bronquial inespecífica (metacolina, histamina, ejercicio), que si resultan positivas, confirman el diagnóstico de asma bronquial.

En casos con espirometría anormal, con un patrón obstructivo, pueden darse dos situaciones:

- Normalización de la prueba con broncodilatadores, lo que indica que los mecanismos que causaban la obstrucción eran completamente reversibles, lo que, en ausencia de otras

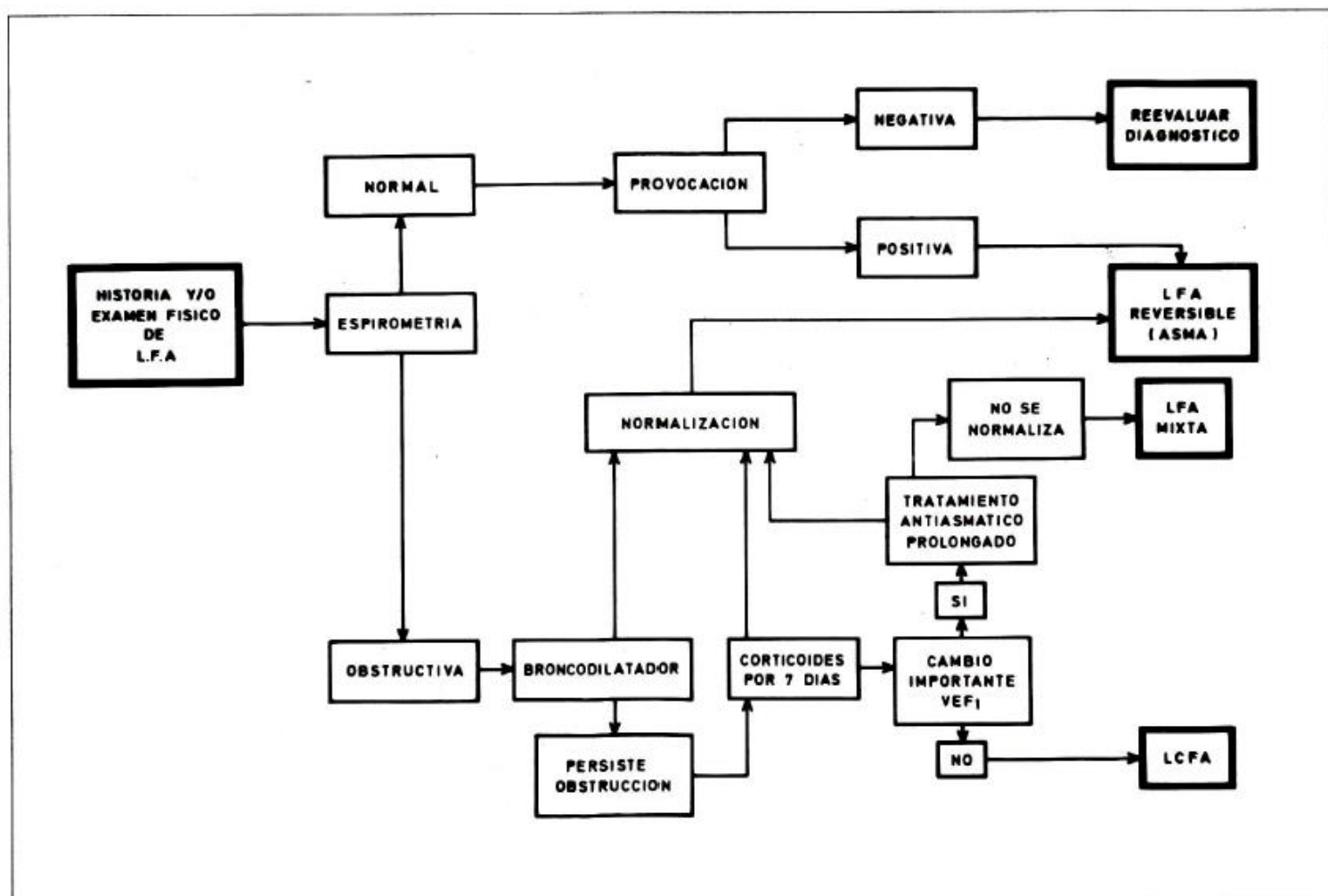


Figura 1. Esquema del diagnóstico funcional de la obstrucción bronquial.

causas de obstrucción bronquial reversible aguda, permite efectuar el diagnóstico de asma bronquial.

- Persistencia de la obstrucción bronquial, hecho que puede deberse a múltiples factores, tales como existencia de mecanismos irreversibles de obstrucción (enfisema, daño bronquial irreversible), presencia de mecanismos lentamente modificables (edema, secreciones, infiltración celular) o a dosis insuficientes de broncodilatador. Este grupo es heterogéneo, ya que en él caben desde enfermos sin ninguna modificación a pacientes con grandes cambios, que se acercan a la normalidad sin alcanzarla.

El valor generalmente aceptado en los informes espirométricos como "modificación significativa", correspondiente a un 15% del valor basal del VEF1, es la cifra máxima en que varía este índice sin el uso de broncodilatadores, por lo que sólo indica que el cambio observado no se debe al azar, pero nada dice sobre su significación clínica, ya que no existe un cambio porcentual que permita diferenciar un paciente con asma del con LCFA. Esto se debe a que se observan cambios porcentuales muy elevados, del orden de 30 a 40%, tanto en asmáticos como en pacientes con LCFA.

Es importante tener presente que un mismo cambio porcentual del VEF1 puede tener significados completamente diferentes. Por ejemplo, en un varón de 170 cm y 60 años con VEF1 basal de 800 ml, un cambio de 30%, sólo modifica este índice desde 26 a 34% del valor teórico. En cambio, si otro paciente con iguales características tiene un valor inicial de 1800 ml, con el mismo 30% de cambio modificará su VEF1 de 59 a 77% del teórico, valor que corresponde al límite inferior de lo normal, lo que tiene connotaciones diagnósticas absolutamente diferentes al primer caso.

Existen diferentes estrategias para intentar obtener esta reversión de la obstrucción. En la Figura 1 se sugiere efectuar un tratamiento de prueba con corticoides, generalmente prednisona 30 a 40 mg, durante 7 a 12 días, junto a un tratamiento broncodilatador intensivo por vía inhalatoria. En casos que no se observe ninguna modificación de la espirometría, es poco probable que existan mecanismos reversibles de obstrucción bronquial, por lo que estos enfermos pueden ser catalogados como LCFA. En cambio, cabe considerar la posibilidad de asma bronquial en aquellos pa-

cientes que muestren cambios importantes del VEF1, especialmente en términos absolutos, la que puede confirmarse por una normalización del VEF1 después de un tratamiento antiasmático de duración variable desde semanas a varios meses.

La aplicación de este esquema se ve limitada si las variaciones del VEF1 son de menos de un 15% porque los cambios de esta magnitud pueden ser debidos al azar o a variaciones propias del método. La repetición de la medición después de unos días y la cauta valoración de los cambios subjetivos pueden ser útiles en estos casos.

Algunos enfermos muestran grandes variaciones de su obstrucción bronquial, pero sin alcanzar los límites normales, pese a haber efectuado todos los esfuerzos razonables para lograrlo. Esta condición, que hemos denominado limitación del flujo aéreo mixta, podría deberse a coexistencia de factores reversibles e irreversibles, ya sea por lesiones cicatriciales secundarias a inflamación crónica en asmáticos mal tratados por largos años, o a una real combinación de daño irreversible por tabaco en un paciente con gran hiperreactividad bronquial.

El proceso de evaluación esquematizado es medular para el manejo de estos pacientes, ya sea como base para el diagnóstico diferencial o como herramienta para el seguimiento de la evolución de la enfermedad y la eficacia del tratamiento.

REFERENCIAS ESCOGIDAS

- 1.- International Consensus Report on diagnosis and treatment of asthma. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. Publication 92-3091. June 1992.
- 2.- Global initiative for asthma. Global strategy for asthma management and prevention. NHLBI/WHO workshop report. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. Publication 95-3659. January 1995.
- 3.- Moreno R, Oyarzún M. Recomendaciones sobre informe espirométrico. *Enferm Respir y Cir Torác* 1988; 4: 138-149
- 4.- Cruz E, Moreno R. Aparato respiratorio: fisiología y clínica. Publicaciones Técnicas Mediterráneo, Santiago, Chile 1990.