



11220
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
UNIDAD DE ESTUDIOS DE POSGRADO
CENTRO MÉDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"
"LIBERACIÓN SOCIAL"
ISSSTE

7
21EJ



DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ASMA

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN
INMUNOLOGÍA CLÍNICA

PRESENTA
DRA. MARÍA ANTONIA RIVERA GÓMEZ

MÉXICO, D.F.

1995

FALLA DE ORIGEN





UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**DIAGNOSTICO
DIFERENCIAL DE
ASMA**

Autor: Dra. Ma. Antonia Rivera Gomez.

Asesor: Dr. Alfonso Javier Miranda Fera.

**CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE
NOVIEMBRE**

ISSSTE


SERVICIO DE INMUNOLOGIA CLINICA.

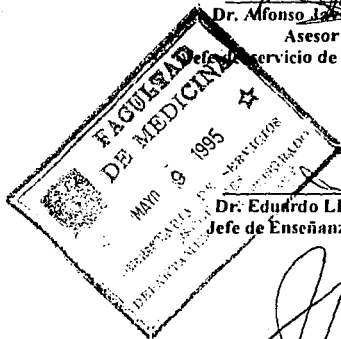
México

D.F.

Octubre

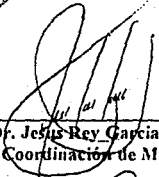
1994.


Dr. Alfonso Jasso Miranda Feria
Asesor de Tesis.
Servicio de Inmunología Clínica.




Dr. Eduardo Llamas Gutierrez.
Jefe de Enseñanza e Investigación.




Dr. Jesús Rey García Flores.
Jefe de la Coordinación de Medicina Interna.


Dra. Aurora Erazo Valde.
Coordinadora de Enseñanza y Divulgación.

CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE
NOVIEMBRE
ISSSTE

DEDICATORIAS

A mi esposo:

Por ser el motor que me impulsa a seguir adelante, por su apoyo, comprensión confianza y amor siempre.

A mis padres:

Por ser mi mejor ejemplo de superación, porque gracias a su apoyo he logrado un escalón más en mi vida profesional, porque les debo todo lo que soy.

A mis amigos:

Andres, Diana, Yolanda, Armando, César, Coco, Lety, porque a lo largo de nuestras carreras profesionales, hemos compartido buenos y malos momentos, nos hemos ayudado e impulsado para seguir adelante, a ellos que siempre han compartido triunfos y fracasos.

A mis primos hermanos, a Rocio y Sandra:

Por confiar siempre en mí. Por su cariño siempre.

A mis Tías y a la memoria de mi Abuela:

Porque siempre han sido ejemplo de tenacidad, fuerza y positivismo.

A mis maestros: Al Dr. Alfonso Javier Miranda Feria, por haber compartido conmigo sus conocimientos y apoyar el desarrollo de esta tesis.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ASMA.

RESUMEN:

Desde tiempos de Hipócrates, se ha tratado de definir el asma, y hasta la fecha, Internistas, Patólogos, Inmunólogos, Alergonólogos, y Neumólogos tienen diferentes perspectivas de la etiopatogenia y la fisiopatología del asma, por lo tanto aún no se determina una definición lo suficientemente específica para poder excluir a otras entidades clínicas que comparten con el asma, una o más características.

Es menester del presente trabajo demostrar que en cualquier nivel de atención, una mala evaluación del paciente, iniciado por la historia clínica, y terminando con exámenes de laboratorio y gabinete, nos puede llevar a cometer errores diagnósticos en detrimento de la evolución del enfermo.

MATERIAL Y METODOS:

De 180 pacientes con diagnóstico de asma revisados en consulta externa, se tomó a un grupo de 20 pacientes, con el diagnóstico de asma complicada o de difícil control, el rango de edades fue de 10-65 años, grupo heterogéneo, 12 mujeres y 8 hombres.

DISEÑO:

Los 20 pacientes se les estudio de los meses de abril a septiembre de 1994, realizandose historia clínica de alergia, pruebas cutaneas, IgE, EKG, Rx de Torax, PEFV, y FEV1.

FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS:

De los 20 pacientes, 9 de ellos aunque la sintomatología demostraba similitud con Asma, por un adecuado interrogatorio y acuciosa interpretación de exámenes realizados, se determinaron otras patologías; 3 de ellos *Neumonitis de Hipersensibilidad*, 2 mujeres y un hombre, 2 *EPOC* un hombre y una mujer, una mujer con *Cardiopatía Reumática*, dos con *Bronquiectasia* (hombre y mujer) y el último de ellos con *Hernia Hiatal y Esofagitis por Reflujo*.

El rango de edad vario de 12 a 64 años, el resto de los pacientes se le encontró asma complicada con *autoinmunidad e inmunodeficiencia*, 4 de estos pacientes tienen el diagnóstico de asma, sin embargo no siguen adecuadamente el tratamiento.

CONCLUSIONES:

Es de suma importancia que de primera instancia el paciente que es referido como asmático, se le realice detalladamente historia clínica y exámenes de rutina, ante la importancia de poder estar frente a una patología que semeje la sintomatología del paciente asmático y diste mucho de serlo.

El fin del estudio integral propuesto es para optimizar la ayuda al paciente y tratar de manera acertada la etiología de su padecimiento.

INDICE:

I) Introducción.....	10
II) Material y Métodos.....	20
a) Diseño.	
b) Criterios de Inclusión.	
c)Criterios de Exclusión.	
d) Criterios de Eliminación.	
III) Variables y unidades de medición	
Análisis Estadístico.....	22
IV) Resultados.....	23
V) Discusión.....	24
VI) Conclusiones.....	25
VII) Cuadros, Figuras, Anexos.....	26
VIII) Referencias.....	27

**CENTRO MEDICO NACIONAL 20 DE NOVIEMBRE
ISSSTE**

TIPO DE INVESTIGACION:

- ♦ Aplicada.
- ♦ Explorativa.
- ♦ Clínica.
- ♦ Longitudinal.
- ♦ Prospectiva
- ♦ Abierta.

FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACION:

La importancia de la realización de este estudio, radica en el concepto claro del diagnóstico diferencial del asma, que permita éste en el tiempo más corto posible con mayor certeza y por lo tanto menor costo institucional y mejor atención del paciente.

FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO GENERAL:

- ◆ *Realizar el diagnóstico diferencial del asma con padecimientos intra y extra pulmonares.*

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- ◆ *El asma se diagnostica por tos en accesos, expectoración de difícil expulsión, disnea, y sibilancias espiratorias audibles.*
- ◆ *Se realizará diagnóstico diferencial auxiliado por pruebas que incluyen Historia clínica completa, pruebas cutáneas, tele de tórax, electrocardiogramas, y pruebas de función respiratoria.*

INTRODUCCION:

El Asma es una entidad clínica, que se caracteriza por la presencia de hiperreactividad de las vías aéreas, condición manifestada por una exagerada respuesta broncoconstrictora, secundaria a cambios físicos, químicos, biológicos o farmacológicos, condicionando un estrechamiento generalizado y difuso de las vías aéreas, con un importante aumento a la resistencia al flujo de la vía aérea pulmonar^(11,10)

El paciente con asma desarrolla síntomas clínicos como tos en accesos, expectoración hialina o blanca de difícil expulsión, disnea y sibilancias, condiciones clínicas condicionadas por la exposición a agentes externos (alérgenos, irritantes, cambios de temperatura, medicamentos, infecciones bacterianas o virales, ejercicio) o bien a condiciones específicas del individuo como serían: alteración en el metabolismo del ácido araquidónico, alteración a nivel de neurotransmisores, exceso de cooperación de Th2, disminución en la supresión (-IF γ), reflejo axónico, antídromo y condicionado^(10,15).

Es de suma importancia dentro de la etiología tener en cuenta aquellos factores que aumentan el GMP cíclico (ejercicio, risa, irritantes, emociones), los cuales condicionan la aparición de asma, los factores que no lo condicionan son aquellos que disminuyen el GMP.⁽¹⁴⁾

Los factores que disminuyen el AMP y por lo tanto también condicionan fenómenos de broncoconstricción son: alergia, infecciones y los neuropéptidos (GRP, SP, NCB, CGRP).

La fisiopatología se centra en la aparición de broncospasmo, edema y aumento de secreciones, ésto como consecuencia de la liberación de mediadores preformados, y formados de Novo, que perpetúan dichos cambios.⁽⁷⁾

En asma leve puede haber evidencia clínica de obstrucción del paso del aire, con cambios detectables en alguna prueba de rutina pulmonar, sin embargo pruebas más sensibles de laboratorio, pueden revelar la hiporreactividad aérea y las manifestaciones la función periférica de la vía aérea alterada. En el asma moderada y severa, la reactividad bronquial incrementa la evidencia de obstrucción aérea, puede ser evidente por exploración física o durante pruebas de funcionamiento pulmonar; espirometría o bien la medición de la máxima capacidad de flujo respiratorio. (3,15)

Existe considerable labilidad en la respuesta de las vías aéreas en asmáticos, en el estrechamiento puede exacerbarse gradualmente y persiste a pesar de la terapia pero también puede desencadenarse abruptamente y producir IRA. (6). (□)

El nivel de hiperreactividad puede ser medido en el laboratorio por pruebas estándar inhalatorias, con metacolina o histamina, así como después de la exposición a estímulos no farmacológicos como la hiperventilación con aire frío, inhalación de aerosoles hipo o hipertónicos, o después del ejercicio, siendo el FEPR, y el FEV, buenas alternativas para medir la respuesta de hiperreactividad. (12)

FALLA DE ORIGEN

Usualmente todos los fenómenos silbantes en adultos se confirman como asma; si las excepciones se sobrevaloran puede ser catastrófico para los pacientes. El clínico debe considerar automáticamente causas no asmáticas de silbilancias en el inicio de estudio de un paciente con síntomas respiratorios. (2)(2)

Los principales diagnósticos en infantes son: (10)

- Cuerpo extraño en tráquea, bronquios, esófago.
- Anillos vasculares.
- Traqueostenosis y Broncoestenosis.
- Laringotraqueomalacia.
- Tumores.
- Bronquiolitis.
- Fibrosis quística.
- Infección por clamideas.
- Displasia Bronco-pulmonar.
- Edema pulmonar.

En adultos el diagnóstico diferencial sería con: ⁽¹⁾

- Obstrucción mecánica de la vía aérea.
- Disfunción laringea.
- Bronquitis crónica.
- Enfisema pulmonar.
- Neumonitis de Hipersensibilidad.
- Bronquiectasias.
- Falla cardiaca congestiva.
- Tos secundaria a medicamentos. (INH, ECA, Betabloqueadores)
- Isquemia miocárdico.
- EPOC
- Barotrauma.
- ABPA.

OBSTRUCCION MECANICA DE LAS VIAS AEREAS:

Obstrucción de la laringe, traquea u obstrucción del bronquio principal, semejando asma; parálisis de cuerda vocal, anillos glóticos, tubos poseodotraqueales postraumáticos, traqueomalacia, neoplasmas, compresión neoplásica o inflamatoria, cuerpo extraño.

El paciente frecuentemente provee una historia clínica que muestra el daño de espiración, y localiza el sitio de obstrucción, el estridor y los sonidos musicales inspiratorios en cuello proveen una buena señal. Los Rx suelen ser normales, las pruebas funcionales sugieren obstrucción espiratoria e inspiratoria.⁽¹⁰⁾

DISFUNCION LARINGEA:

Desordenes laringeos en pacientes no asmáticos con conversión asmátiforme facticia, u anomalías mecánicas pueden simular el paroxismo de silbancias en asma y puede ser refractario al tratamiento estandar de terapia asmática.

Durante el ataque la espirometría puede mostrar obstrucción extratorácica y la laringoscopia permitirá la visualización de la obstrucción laringea. Debido a los cambios en la apertura glótica, la obstrucción de la vía aerea puede ser inconfundible con asma.⁽¹⁰⁾

EPOC:

Desorden caracterizado por tests anormales en el flujo espiratorio, que no cambia aún después de largos periodos de observación y manejo broncodilatador, tres desórdenes son importantes en esta patología: una alteración anatómica caracterizada por anomalía en el bronquiolo y destrucción de sus paredes alveolares, inflamación de los bronquiolos terminales con fibrosis y estrechamiento, metaplasia celular, bronquitis crónica con secreción mucosa del árbol bronquial.

Pacientes con EPOC deberán ser identificados por tabaquismo crónico, falla crónica ventilatoria, signos de hipertensión pulmonar o cor-pulmonale y falla de reversibilidad de obstrucción aérea, entre exacerbaciones agudas. Para separar el asma del EPOC la prevalencia de fumador crónico ha sido asociada a EPOC más que al asma, así como la tos crónica, con expectoración. La obstrucción de la vía aérea se comprueba por imágenes radiológicas, curvas de flujo o inspección directa. (6)(9)(1)

El embolismo pulmonar deberá ser esperado cuando coexiste con asma, la prueba ventilatoria perfusoria, en estos casos no es útil, por la limitación aérea, por lo que se sugiere la medición de la obstrucción con PEFR y FEV₁, si la disnea es desproporcionada al grado de obstrucción o fue súbita, se podrá pensar en embolismo pulmonar. La broncoconstricción en pacientes con embolia pulmonar puede por lo tanto enmascarar el asma, algunos pacientes tienen estridor, y puede haber o no dolor torácico, la taquipnea, taquicardia, hipoxemia arterial están presentes. La Rx, EKG, y el laboratorio puede ser normales por lo que la angiografía pulmonar es de suma utilidad para esclarecer el diagnóstico. (4)

ASMA CARDIACA:

La hipertensión venosa pulmonar debida a la falla ventricular izquierda, o a anomalías de la valvula mitral pueden causar disnea y estridor, especialmente por la noche, simulando obstrucción aérea broncogénica, esto puede ocurrir en asmáticos verdaderos o en pacientes con enfermedades aéreas, lo cual puede ser confuso particularmente en pacientes con enfermedades primarias de vías respiratoria o cardiacas.

En estos pacientes debemos buscar signos físicos de cardiomegalia, galope, enfermedad valvular, cardiomegalia y edema intersticial. El ecocardiograma puede confirmar o excluir la enfermedad valvular, identificar la localización y severidad de las lesiones valvulares. (5)

TUMOR CARCINOIDE:

Son diferenciados con neoplasmas neuroendócrinos, que crecen e invaden localmente, como otros neoplasmas endobranquiales, pueden ser asintomáticos o producir estridor unilateral, con episodios de hemoptisis o neumonitis.

El *BAROTRAUMA* es una complicación usual del asma y por lo tanto el neumodiastino o neumotorax se correlaciona con una progresión de falla ventilatoria. El dolor torácico, el deterioro agudo, desviación traqueal, enfisema subcutáneo, ruidos respiratorios asimétricos deberán ser buscados en una radiografía de torax para determinar el diagnóstico diferencial.⁽²⁾

La *NEUMONIA* puede presentar exacerbación del componente asmático encontrando además hipoxemia, que no corrige con poco oxígeno y que además se acompaña de esputo purulento y fiebre.

BRONQUITIS OBLITERANTE:

Enfermedad fibrótica pulmonar que se presenta con inflamación aguda cuando hay obstrucción de bronquiolos, formando granulaciones intraluminales y fibrosis peribronquial, todo esto secundario a la exposición de solventes tóxicos o agentes infecciosos. Estos pacientes presentan tiempo después de la exposición señalada, tos no productiva y disnea, la función ventilatoria irreversible. Los Rx se caracterizan por observarse patrón miliar y nodular.

Se asocian frecuentemente a *Micoplasma Pneumoniae*, *Legionella Pneumophila*, e infecciones virales. Estas últimas patologías presentan fiebre, malestar general, tos, disnea taquicárdica, radiológicamente presentan infiltrado difuso nodular o retículo nodular.

Existen otras entidades clínicas ya mencionadas anteriormente como diagnósticos diferenciales como la Neumonitis x Hipersensibilidad, la ABPA, TB, asma por reflujo, que aunque evidentemente, el hacer una historia clínica adecuada, una exploración completa y exámenes en el laboratorio y gabinete certeros, ante un clínico acuisososo, apesar de compartir sintomatologíasimilar al asma, el inicio de los síntomas, las características de los mismos y sobretodo las diferencias radigráficas, su diagnóstico diferencial es relativamente fácil de discernir, no siendo así cuando la apreciación sea sumamente subjetiva, abviamente repercusión en la evolución clínica del paciente. (13)

TUMORES TRAQUEALES:

Su presentación en un paciente aioso, las manifestaciones clínicas usualmente estan ausentes hasta que el 50-70 % del conducto está obstruido, observándose síntomas como estridor, sibilancias, dificultad para hablar, sensación de ahogo, que usualmente también se presentan en el asma. El diagnóstico diferencial se realizará con biopsia y roentgenograma.

Es de suma importancia para hacer el diagnóstico diferencial de diversas patologías, iniciar con una historia clínica completa, siendo uno de los parámetros más importantes los antecedentes personales y sobre todo interrogar antecedentes de atopía, exámenes de laboratorio como Bh completa, con diferencial, lo cual nos marcaría un panorama integral del paciente, y podríamos valorar si coexiste alguna disrregulación del sistema inmune, como rastreo de general una electroforésis de proteínas, y gabinete de Rx o EKG como parámetros iniciales de estudio, con lo cual pudieramos orientar fácilmente nuestro diagnóstico. (10)

PRUEBAS DE ESPIROMETRIA:

Las mediciones espirométricas repetidas durante el tratamiento del asma, provee un parámetro objetivo, mediante el cual nos podemos formar un criterio de manejo adecuado, valorar la evolución del paciente, y formar una importante base en cuanto a la decisión de modificación del manejo; además de ser útil para valorar cuando un paciente requiere o no hospitalización. El asma disminuye los niveles de PEFV y FEV durante la crisis, parámetros que tienden a normalizarse posteriormente a tratamiento o estabilización de la misma. Esto no sucede en otras patologías donde la obstrucción de vías respiratorias es irreversible. ⁽¹⁾

IgE:

El asma es atribuible a hipersensibilidad mediada por IgE, cuando nos enfrentamos a atopia por polvo, aeroalergenos, inhalables, encontrando en suero IgE específica a éstos agentes. Debido a que el 0.1 % de IgE específica esta libre en el plasma y el resto está en pulmón, piel y otras células cebadas, las PC son más sensibles y proveen una mejor información y menos costosa.

La cuenta sérica total de IgE se eleva arriba de 250 u/ml. en pacientes asmáticos altamente sensibles a aeroalergenos. Aún cuando pueden existir pacientes con 100 u/ml. que también pueden presentar sintomatología. Por lo tanto es más específico el uso de RAST que de IgE, pacientes sin atopia también pueden mostrar presencia de IgE sin que sea significativo ni indique la presencia del asma.

EKG:

En asma bien controlado usualmente no encontramos cambios, sin embargo en Status Asmático, con falla respiratoria (PaC 245 mmHg) el EKG frecuentemente muestra alteraciones de rama derecha, P Pulmonale, reflexiva y una marcada presión pleural negativa, aumento de la presión transmural de corazón derecho.

Rx:

En asma no complicada, la Rx de torax es normal, puede haber incremento del aire residual manifestado por sobreexpansión de los pulmones con un incremento de luminosidad retroesternal y depresión del diafragma, hallazgos indistinguibles de enfermedades obstructivas de vías aéreas.

En asma agudo, persistente o severo, no debemos olvidar que puede haber anomalías importantes como atelectasia, adelgazamiento de las paredes bronquiales, neumonía, neumomediastino o neumotorax.

Situaciones que debemos mantener presentes cuando el fin es documentar un diagnóstico diferencial.

Inicialmente el estudio incluía pacientes directamente del servicio de Neumología, Medicina Interna y Cardiología, debido a reformas intrahospitalarias, la muestra estudiada se tomó de pacientes de la Consulta Externa de Alergias, referidos por diferentes servicios (donde también se incluyen los ya mencionados), con el fin de detectar aquellos pacientes que aunque referidos a nuestro servicio como asmáticos, y ante la evidencia de mala evolución a manjcos estándar para el asma, nos encontramos la utilidad de que el clínico maneje adecuadamente el diagnóstico diferencial de esta patología, ya que sin un estudio detallado, y ante la amplia gama de patologías que cursan con la misma sintomatología del asma, se puede cometer errores diagnósticos que repercuten en la evolución clínica de los pacientes.

MATERIAL Y METODOS.

De 180 pacientes que acudieron a la consulta de Alergias e Inmunología en el CMN 20 de Noviembre durante los meses de abril a septiembre de 1994, se encontraron 20 pacientes con el diagnóstico de *asma complicada*, entendiéndose por esta definición, asma que incluye otros padecimientos de origen autoinmune, inmunodeficiencias, obesidad, o problemas en otros sistemas que dificulten el adecuado manejo de la misma. De estos pacientes se verificaría si el diagnóstico era el de asma complicada o bien se trataba de otra patología con sintomatología similar al asma.

El rango de edades fue de 10 a 65 años de edad, en un grupo heterogéneo de 12 mujeres y 8 hombres.

CRITERIOS DE INCLUSION:

- *Pacientes de la consulta externa de servicio de inmunología clínica y alergia, los cuales son referidos por otras especialidades con el diagnóstico de asma bronquial, y que dentro del servicio eran catalogados como asma complicada o bien asma de difícil control.*

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- *Pacientes fuera de las edades mencionadas.*
- *Pacientes con asma bronquial que tuvieran bien detectada su etiología, siendo ésta de causa: alérgica, infecciosa, colinérgica, por medicamentos, psicógena, etc.*

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- *Pacientes que no desearan colaborar en el estudio.*

VARIABLES Y UNIDADES DE MEDICION:

- 1) Antecedentes hereditarios de atópia
- 2) Antecedentes personales de atópia o no atópia.
- 3) Descartar que el paciente curse con problemas de autoinmunidad, inmunodeficiencia, o alteraciones anatómicas congénitas.
- 4) Valorar la presencia de tós, disnea, sibilancias.
- 5) Medición de IgE.
- 6) EKG: si existen cambios electrocardiográficos significativos.
- 7) Rx de torax: si muestra evidencia de cambios o no.
- 8) Pruebas funcionales: PEFV, FEV₁: Valorar la evidencia de obstrucción o restricción al paso de aire dentro de las vías aéreas.

ANALISIS ESTADISTICO:

De las variables cuantificables matemáticamente se obtuvo:

De las edades encontradas en nuestros 9 pacientes se calculó un promedio de 42.7 con una media de 47, y una desviación estandar de 18.6

El promedio de la IgE cuantificada fue de 83.8, con una media de 70 y una desviación estandar de 45.5

El promedio del FEV₁ fue de 57.6, con una media de 59 y una desviación estandar de 24.

RESULTADOS:

Dentro de los 20 pacientes diagnosticados como asma complicada o de difícil control, que correspondían a un 11.11 % de los pacientes vistos en consulta externa, nos encontramos que 9 de los 20 pacientes (que correspondían al 5% de la consulta externa y al 45 % de los pacientes con asma complicada), compartían la triada de tós, disnea y sibilancias, sin embargo se trataba de diferentes patologías y no de asma como tal. A estos pacientes se lesa determinó las variables ya mencionadas, el resto de pacientes (11 en total, que correspondían al 6.1 % del total de 180 y al 55% del total de 20), fueron pacientes que tienen asma complicada, 3 de ellos con autoinmunidad, 2 con obesidad, 2 con defectos de fagocitosis y los 4 restantes son pacientes que no siguen el manejo y no acuden regularmente a sus citas.

Las patologías detectadas fueron 3 pacientes con neumonitis de hipersensibilidad que corresponde al 15% del total de 20 pacientes, 2 con EPOC (10%), 2 con bronquiectasia(10%), Esofagitis y hernia hialal con reflujo 1paciente (5%), y 1 paciente con cardiopatía reumática (5%)..

De los 9 pacientes 4 tuvieron antecedentes de atopia (48%), y 5 sin antecedentes(55.55%).

En las pruebas cutaneas 3 mostraron negatividad (33.33%), y 6 positividad (66.66%).

La toma de EKG mostró cambios sólo en un paciente (11.11%), el cual fue el de la cardiopatía reumática, y los 8 restantes no lo tuvieron (88.88%).

La Rx de torax mostró 8 pacientes con cambios (88.88%), y sólo 1 paciente sin cambios (11.11%) el cual fue el que padece hernia hialal.

Ver figuras de pastel: 1.1, 1.2, 1.3, 1.4, 1.5

DISCUSIÓN:

Una vez evaluados los resultados, muestran la gran importancia de que desde el primer contacto con el paciente se realice una adecuada historia clínica, y se mantenga presente, que no todo paciente con tos, disnea y sibilancias es un paciente asmático, por lo tanto el clínico antes de emitir su diagnóstico debe realizar acuciosamente el diagnóstico diferencial con otras patologías que por la edad, antecedentes, predisposición, también cursen con la misma sintomatología del asma.

Los estudios realizados en los 9 pacientes estudiados son recursos con los que un médico en un primer o segundo nivel de atención cuenta, por lo tanto aunque no son los únicos recursos y nos muestran como son de utilidad para realizar un diagnóstico diferencial.

De suma importancia fueron los hallazgos de pruebas cutáneas positivas (+), obviamente sin correlación clínica, pero que en algún momento podrían causar confusión en las manos de alguien no experimentado, así como la cuantificación de IgE que en algunos de ellos se obtuvieron en cifras de 130 u, que pueden ser consideradas positivas en pacientes con importante correlación clínica o con PC +, no así en nuestros pacientes que simplemente fue mero hallazgo no significativo. Los trastornos EKG únicamente se observaron en el paciente con cardiopatía reumática como era de esperarse, por lo tanto se pone a consideración este estudio como exámen de primera intención en la evaluación de un paciente.

Se recalca la importancia de las radiografías en la evaluación de un paciente, ya que como lo pudimos observar, 8 de los 9 pacientes tuvieron cambios e imágenes que inferían distintas patologías al asma.

Y por último la medición de PEFV y FEV1 (que incluso se puede medir en el mismo consultorio), muestran los cambios tan importantes en la capacidad ventilatoria de nuestros diferentes pacientes, que obviamente por presentar patología crónica, y no asma, poseían patrones de tipo obstructivo y restrictivo. Esto sólo nos hace reflexionar en la gran utilidad que estas pruebas tienen para realizar un diagnósticodiferencial certero. Los cambios esperados en asma durante la crisis son mínimos y deben de ceder con la administración de broncodilatadores, lo cual no fue el caso de nuestros pacientes.

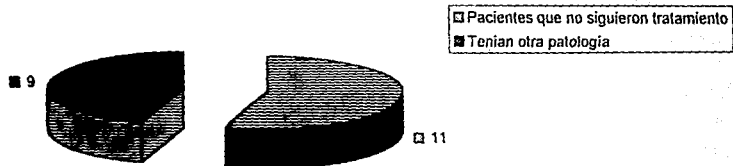
CONCLUSION:

El presente estudio aunque sencillo muestra la importante utilidad del estudio integral del paciente, desde una historia clínica adecuada, dirigida a buscar etiología del asma, o bien de otras patologías que remedan la sintomatología. De suma importancia a sido valorar sencillas pruebas de consultorio, laboratorio y gabinete; con las cuales se pudo valorar las diferentes patologías implicadas que no permitan al paciente tener una buena evolución clínica.

El fin del estudio es optimizar el manejo más certero del paciente, definiendo la etiología de su problema si fuera posible desde la segunda consulta con los resultados obtenidos de los diferentes exámenes de laboratorio y gabinete que en la presente se propone, con el único fin de mejorar la evolución de nuestros pacientes.

1.1

**Pacientes CAP. CE. Inmunología Clínica.
20 Pacientes con Asma Complicada.**

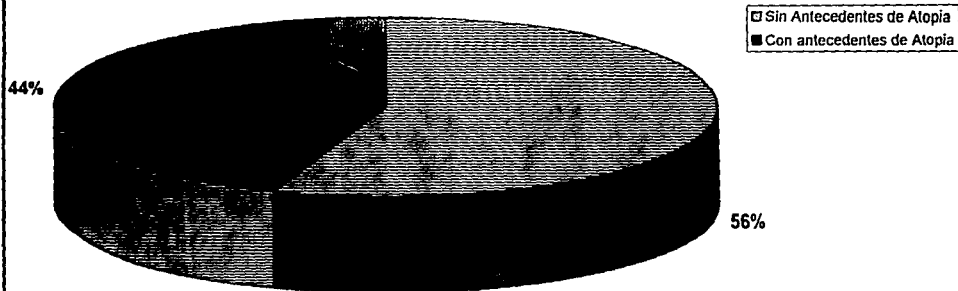


Se relacionan con autoinmunidad o inmunodeficiencia, 2 de ellos obesos.

Dra. Ma. Antonia Rivera Gomez.

1.2

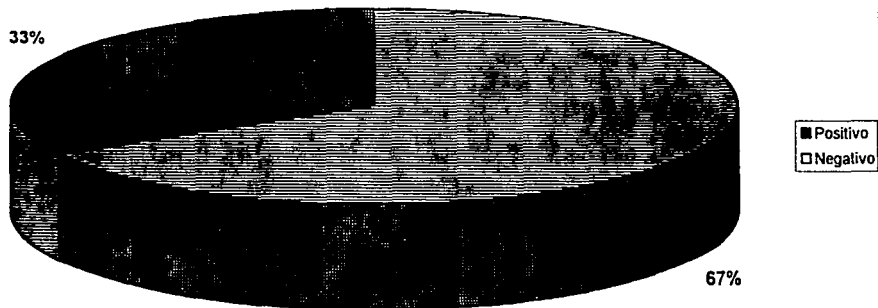
H. Clínica.
A.A. / S.A.A.



Dra. Ma. Antonia Rivera Gomez.

1.3

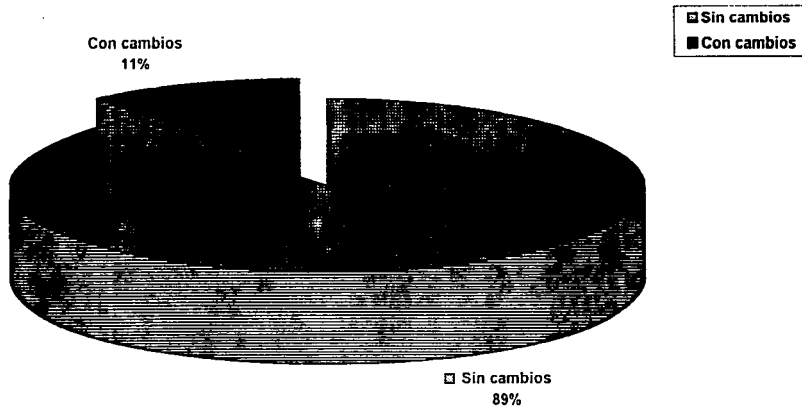
Pruebas Cutaneas.



Dra. Ma. Antonia Rivera Gomez.

1.4

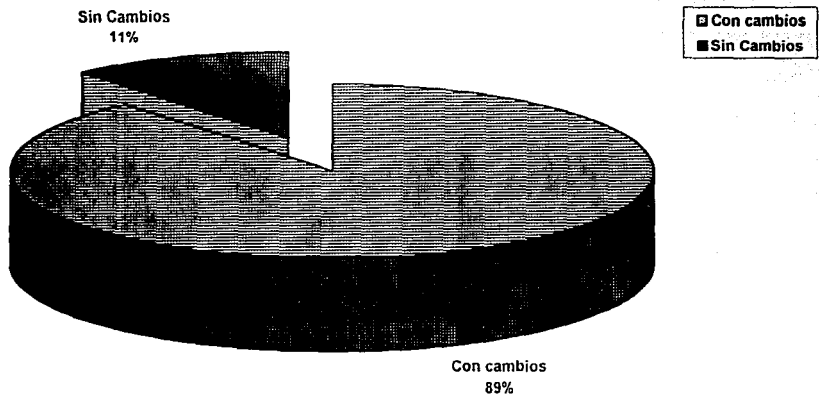
EKG



Dra. Ma. Antonia Rivera Gomez.

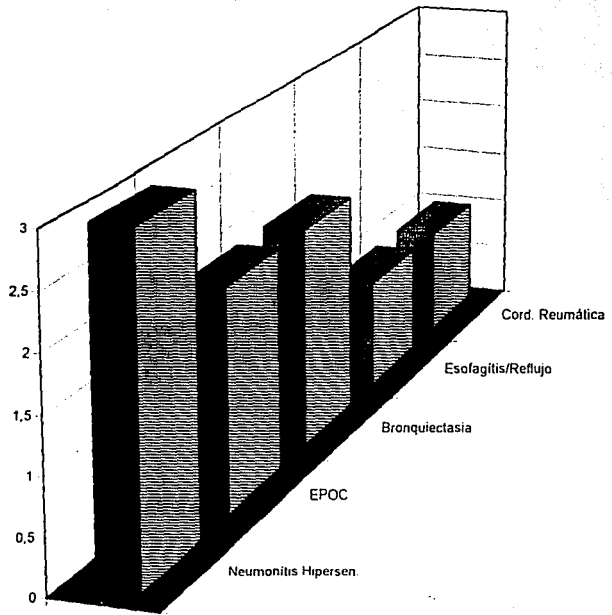
1.5

Rx de Torax



Dra. Ma. Antonia Rivera Gomez.

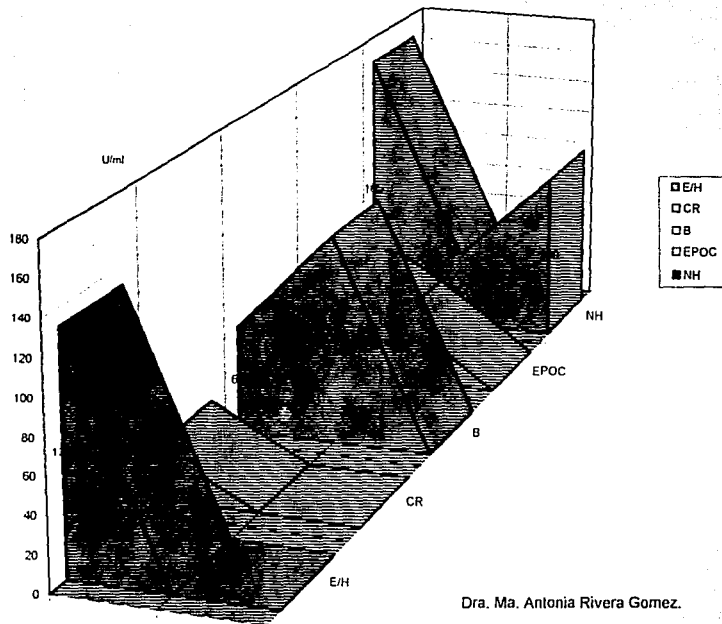
Pacientes con otra Patología.



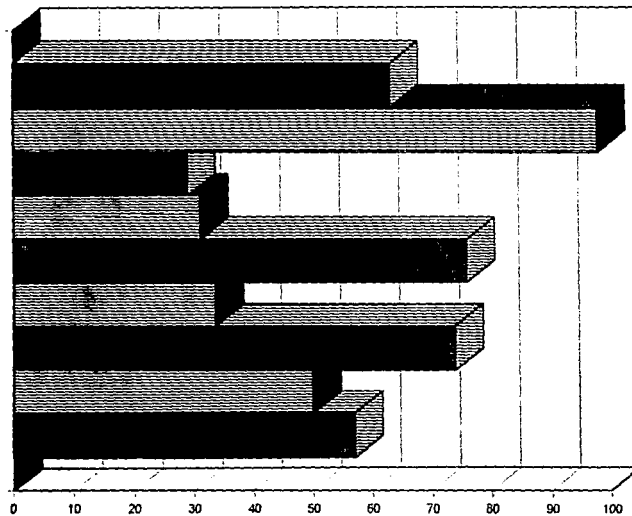
- Neumonitis Hipersen.
- EPOC
- Bronquiectasia
- Esofagitis/Reflujo
- Cord. Reumática

Dra. Ma. Antonia Rivera Gomez.

Gráfica de IgE



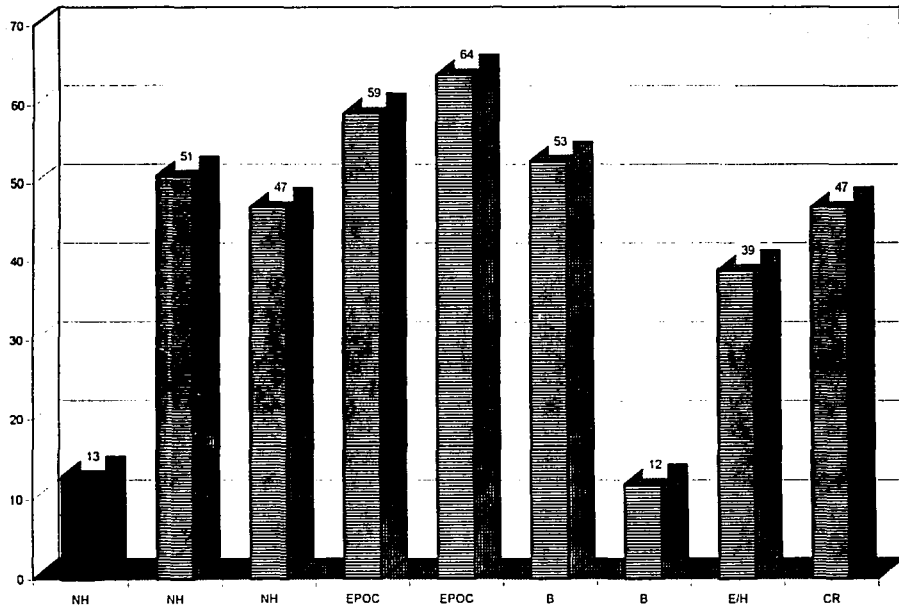
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ASMA.
Gráfica de PEFV-PEV 1



- CR
- E/H
- B
- B
- EPOC
- EPOC
- NH
- NH
- NH

Dra. Ma. Antonia Rivera Gomez.

Gráfica de PEV 1



Dra. Ma. Antonia Rivera Gomez.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Aleva R.M; Wouters B; Kraan J;
Late Onset Asthma ?
Eur-resp-J; Feb 1991; 4(2); p: 239-41.

- 2) Baughman RP MD; London R.MD;
Stridor; Differentiation from Asthma or upper way noise
Am- Rev-Respir-Dis; 1989 Jun; 139 (6); p 1407-9.

- 3) Brostoff J, Scadding G; Male David;
Bronchial Asthma; Differential Diagnosis
Clinical Immunology; Gower Medical Publishing.
Honk Kong 1992; pag; 12.7

- 4) Dogar. JH; Nelson H.S MD;
A 33 year-old Caucasian Woman with asthma and emphysema
Annals-Allergy; 1992 April; 68 (4); P 307-14.

- 5) Fletcher D. Mainardi J.L. Lemaire F. MD
Cardiac Asthma
Intensive Care Medicine; 1990; 16 (7); p 466-468

- 6) James A. Dosman MD; Donald W. Cockcroft MD;
Obstructive Lung Disease
The Medical Clinics of North America
1990, May; Pag; 782-785.

- 7) Lachmann P.J. Summers Q,A
Asthma; General Aspects; Immunopharmacology
Clinical Aspects of Immunology
Vol II, C; 54, Pag; 1015-49

8) Mewhorter W.P; Polis M; Kasl R;
Occurrence predictors and Consequences of adult Asthma
Am-Rev-Resp-Dis; 1989 March; 139 (3); P 721-4

9) Meslier N; Racineaux J.L Six P;
Diagnostic value of reversibility of chronic airway obstruction to
separate asthma from chronic bronchitis.
Eur-Resp-J; 1989 Jun; 2(6); P 497-509.

10) Middleton E; Reed C; Ellis E; Adkinson F;
Asthma in Infancy and Adults
Allergy Principles and Practice
Vol II; Ch; 48,49; Pag; 1225-1263-1301; Mosby Y. Book; 1993.

11) Mosby year Book
Differential Diagnosis of Asthma
The Journal of Allergy and Clinical Immunology
Sep; 1991; Vol 88; N:3; P; 431-433.

12) Ramsdale E. H. Hargrave F.E;
Diferencias en la reactividad de vías respiratorias en el asma y en la
obstrucción crónica del flujo aéreo.
Chest; 1991 Jun; pag; 755-765.

13) Samnter M; David W;
Bronquial Asthma; Differential Diagnosis
Immunological Diseases
Fourth Edition 1978; Vol II; Chap; 41; p; 1067-1119.

14) Stites D; Terr Abba;

Asma

Inmunología Básica y Clínica

Manual Moderno 7ª Edición 1993, Cap: 30 Pag: 451-58.

15) Tardo S, M: MD Broder Y MD

Outcome of assesments for occupational asthma.

Chest: 1991 aug: 100 (2); Pag: 329-35.