

ASMA EN LA INFANCIA

DEFINICION

“Enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas en la que participan diferentes tipos de células como los mastocitos, eosinófilos, linfocitos T, neutrófilos y células epitelioideas. En individuos susceptibles, esa inflamación produce episodios recurrentes de sibilantes, disnea, opresión torácica y tos. Estos episodios se asocian con obstrucción generalizada y variable de la vía aérea que son reversibles espontáneamente o con tratamiento. La inflamación también determina que se produzca una hiperreactividad bronquial ante diversos estímulos.”

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ASMA

1. Criterios clínicos (presencia de síntomas de asma)
2. Criterios de diagnóstico diferencial (exclusión razonable de otros diagnósticos probables)
3. Criterio funcional (evidencia, segura o probable, de una obstrucción al flujo aéreo en las vías respiratorias intratorácicas)

Niño menor de 5 años

El diagnóstico en lactantes y preescolares, se basa en la anamnesis y la exploración física.

1. Criterios clínicos

Lo habitual es que sean síntomas con presentación episódica. La exigencia de episodios repetidos es más importante en estas edades.

Actualmente se acepta:

- a) Al menos tres episodios sin límite de tiempo.
- b) Al menos dos episodios en los últimos doce meses
- c) Al menos dos episodios, sin límite temporal, siendo al menos uno de los episodios suficientemente grave para requerir hospitalización.

Síntomas cardinales del asma:

- Respiración sibilante
- Sensación de opresión torácica.
- Disnea, dificultad respiratoria.
- Tos (más frecuente por la noche o al levantarse)

Cualquiera de estos síntomas inducidos por el ejercicio, risa, o emociones, o por exposición a irritantes o alérgenos conocidos, aumentan la probabilidad de asma

2. Criterios de diagnóstico diferencial

Las probabilidades de otras causas a estas edades son mayores.

Estudios a realizar a estas edades son **Rx tórax** y **test del sudor**. Otras pruebas según sintomatología acompañante.

Diagnostico diferencial de asma en niños

<u>Obstruccion de vias altas</u> -Rinitis alérgica -Sinusitis	<u>Obstruccion de vias aéreas pequeñas</u> -Bronquiolitis vírica -Bronquiolitis obliterante -Fibrosis quística, -Displasia broncopulmonar -Enfermedad cardiaca
<u>Obstruccion de vias aéreas grandes</u> -Cuerpo extraño en tráquea y bronquios. -Disfunción de cuerdas vocales. -Anillos vasculares, membranas laríngeas. -Laringotraqueomalacia, -Estenosis traqueal, broncoestenosis.	<u>Otras</u> -Tos recurrente no debida a asma -Aspiración por disfunción de succión o por reflujo gastroesofágico.

El estudio Tucson pretende mejorar la especificidad de los criterios diagnósticos: cumplen este índice de riesgo los lactantes con tres o más episodios de enfermedad de vias respiratorias bajas con sibilancias y con al menos **un criterio mayor** o **dos criterios menores** de los siguientes:

Criterios mayores:

- Asma diagnosticada por un médico en alguno de los padres
- Dermatitis atópica.

Criterios menores:

- Presencia de rinitis alérgica.
- Sibilancias fuera de episodios catarrales
- Eosinofilia mayor de 4%, al final del primer año.

3. Criterios funcionales

El único signo físico que se ha demostrado reproducible y específico es la presencia de sibilantes a la auscultación. Por lo tanto las sibilancias serán el criterio que se usará para aceptar que hay una obstrucción al flujo aéreo en estos niños (sabiendo que su sensibilidad es baja 15%, pero con alta especificidad 99%).

La reversibilidad se valorará como mejoría subjetiva, o desaparición de las sibilancias después de la inhalación de un broncodilatador.