

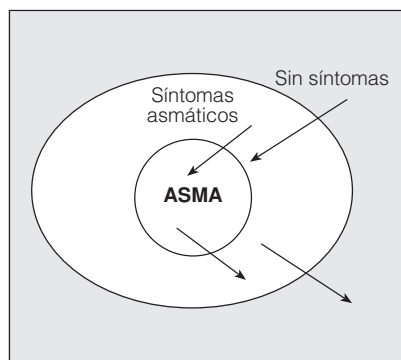
CARTAS AL DIRECTOR

4. Jareño J, Villegas F, Callol L. Herniación diafragmática gigante del adulto y ventilación mecánica no invasiva. A propósito de un caso clínico. Arch Bronconeumol 1998; 34: 315-316.
5. Hernández Borge J, García González L, Martín Arroyo JA, Ruiz Ávalos A. Fallo respiratorio agudo como presentación de una esclerosis lateral amiotrófica. A propósito de un caso. Arch Bronconeumol 1999; 35: 48-50.
6. Xaubet A. El lenguaje médico. Arch Bronconeumol 1999; 35: 47-50.

**Diagnóstico de la tos crónica como primera manifestación del asma**

**Sr. Director:** Una exhaustiva revisión con el título "Estudio y diagnóstico de la tos crónica en el adulto" fue publicada recientemente en la revista que usted dirige<sup>1</sup>. En el apartado *Asma*, de la página 216, los autores afirman: "Los pacientes que consultan por tos crónica, habitualmente tienen un asma leve y no presentan obstrucción al flujo aéreo, por lo que se hace necesario casi siempre la realización de un test de provocación bronquial". Es habitual encontrar esta conclusión en las publicaciones sobre tos crónica. Sería interesante conocer a qué porcentaje de pacientes con tos crónica y espirometría normal, después de descartadas otras causas, se le realiza a continuación un test de hiperreactividad bronquial (HRB).

¿Podemos confirmar o descartar el diagnóstico de asma según el resultado que se obtenga del test de HRB? Hasta hace poco tiempo se asumía que era muy poco probable que un paciente pudiese tener asma si el test de HRB era normal o si no había variabilidad en el registro del pico de flujo espiratorio (PEF). Hace algunos años se consideró que el método definitivo para diagnosticar la tos crónica como variante del asma era un test de metacolina positivo<sup>2</sup>. Pero unos años después, estos mismos autores y otros encontraron porcentajes similares de enfermos que desarrollaron posteriormente disnea sibilante episódica en los grupos de pacientes con tos crónica y test de metacolina positivo o negativo, que se resolvieron con tratamiento. Además, algunos que en un principio tenían un test negativo se hicieron positivos posteriormente, y viceversa<sup>3,4</sup>. Recientemente, Metso et al<sup>5</sup>, en un artículo sobre diagnóstico y tratamiento del asma de reciente comienzo, concluían que



**Fig. 1.** Asma y síntomas parecidos a los del asma. (Modificado de Koskela K et al. Asthma programme in Finland 1994-2004. Report of a Working Group. *Clin Exp Allergy* 1996; 26 [Supl]: 1-24.)

la detección de la enfermedad en este estadio continúa siendo un problema porque las pruebas de función pulmonar y bioquímicas tienen una baja sensibilidad. Según estos mismos autores el test de provocación con histamina tiene una sensibilidad sólo del 48%, cuando se aplica a pacientes con asma leve de reciente comienzo<sup>6</sup>. Por otra parte, ¿en qué límite establecemos la positividad para el test de metacolina o la variabilidad de la monitorización de PEF para diagnosticar asma? Otros enfermos obstructivos, fumadores, viejos, mujeres, o con función pulmonar en los límites inferiores de la normalidad pueden tener hiperreactividad bronquial o variaciones en el PEF. Hasta el momento no existe una definición que, por las características de los síntomas o el grado de variación del flujo aéreo, permita diagnosticar este trastorno. La opinión de los neumólogos finlandeses en relación con el asma leve/muy leve es muy atractiva y se puede deducir de la figura 1<sup>7</sup>.

Un aspecto enormemente complejo de la medicina es definir el límite en el que termina la normalidad y comienza la enfermedad. Ahora bien, siguen estableciéndose repetidamente afirmaciones que es obligado modificar o anular cada vez con mayor rapidez; antes, en las facultades de medicina enseñaban que para diagnosticar asma era fundamental interrogar y confirmar que el paciente había tenido episodios anteriores de disnea sibilante. Los dogmas y estas u otras enseñanzas similares pueden haber influido en cierta medida en que continuemos diagnosticando tardíamente al

paciente con asma. El asma tendrá probablemente un tiempo en el que se inician los síntomas, que puede ser precisamente el momento en el que se presenta el paciente con tos como única manifestación de la enfermedad.

¿Es válido, en el caso señalado, realizar una prueba de tratamiento con corticoides inhalados antes del test de provocación bronquial? Nosotros creemos que sí. En el paciente con tos crónica y características de la misma que sugieran asma (predominio nocturno o matutino, relación con el frío, irritantes, etc.), después de descartadas otras causas, una respuesta positiva a corticoides inhalados, además de resolver la preocupación del paciente, hace la sospecha diagnóstica más consistente. Si al suspender el tratamiento reaparecen los síntomas, aumentan las posibilidades de que el asma sea la causa de la tos crónica.

No debe olvidarse, sin embargo, que continuarán existiendo pacientes con tos crónica en los que ésta desaparecerá sin conocerse la causa, que reaparecerá algunos años después y que, en otros, se presentará más adelante acompañada por el resto de los síntomas de asma.

**J. Lamela, J. Abal y J. Blanco**  
Servicio de Neumología.  
Complejo Hospitalario de Ourense.

1. De Diego A, Perpiñá M. Estudio y diagnóstico de la tos crónica en el adulto. Arch Bronconeumol 2000; 36: 208-220
2. Corrao WM, Braman SS, Irwin RS. Chronic cough as the sole presenting manifestation of bronchial asthma. N Engl J Med 1979; 300: 633-637.
3. Braman SS, Corrao WM. Chronic cough: diagnosis and treatment. Primary Care 1985; 12: 217-225.
4. Gálvez RA, McLaughlin FJ, Levison H. The role of the methacholine challenge in children with chronic cough. J Allergy Clin Immunol 1987; 79: 331-335.
5. Metso T, Kilpiö K, Björkstén, Kiviranta K, Haahtela T. Detection and treatment of early asthma. Allergy 2000; 55: 505-509.
6. Metso T, Kilpiö K, Björkstén, Kiviranta K, Haahtela T. Can early asthma be confirmed with laboratory tests? Allergy 1996; 51: 226-231.
7. Laitinen LA, Laitinen A, Altraja A, Virtanen I, Kämpe M, Simonsson BG et al. Bronchial biopsy findings in intermittent or "early" asthma. J Allergy Clin Immunol 1996; 98: S3-S6.