



Asma y analgésicos

Sr. Director: Hemos leído con verdadero interés la Revisión de Conjunto firmada por A. Sánchez-Palacios y A. Quintero de Juana: Participación de analgésicos y colorantes en el asma bronquial (Arch Bronconeumol 1984; 20:210-215) y, en líneas generales, nos ha parecido que aporta datos de gran utilidad para la adecuada orientación terapéutica de estos pacientes que, en muchas ocasiones, sufren una larga serie de accidentes medicamentosos, algunas veces evitables. Queremos exponer nuestra experiencia personal en el manejo con este tipo de patología, a la vez que aclarar algunos puntos con los que no estamos de acuerdo.

El espectro de los accidentes medicamentosos producidos por analgésicos es bastante amplio y queda un tanto oscuro en la literatura. Nosotros¹, recientemente y basándonos en una revisión de 6.849 historias clínicas, propusimos una clasificación que se ha mostrado útil para el adecuado diagnóstico y tratamiento de nuestros pacientes (tabla I). No todos los accidentes medicamentosos producidos por analgésicos pueden catalogarse como idiosincráticos^{1,2}. De nuestros 32 enfermos con shock anafiláctico por pirazonas, 23 (71,8 %) tenían IgE específica frente a este grupo de analgésicos, hecho que igualmente encontramos en el 50 % de nuestros enfermos con urticaria presumiblemente desencadenada por estos fármacos. Sin embargo, en ninguno de los 16 individuos con asma inducido por analgésicos pudimos demostrar la existencia de IgE específica.

Nos llama poderosamente la atención la afirmación de que aproximadamente uno de cada tres enfermos que sufren asma inducido por aspirina, también tiene asma cuando toma tartracina. Nosotros³ hemos realizado test de provocación con tartracina, usando dosis de hasta 200 mg en un es-

TABLA I
Clasificación de los accidentes medicamentosos producidos por analgésicos

Mecanismo patogénico	Cuadros clínicos
Anafiláctico	Shock anafiláctico. Algunas formas de urticaria.
Idiosincráticos	Asma inducido por analgésicos. Algunas formas de urticaria.
Mecanismo inmunológico probable (no anafiláctico)	Lyell, eritema polimorfo, S. de Stevens-Johnson, fiebre medicamentosa, etc.

TABLA II

Protocolo diagnóstico. Asma inducido por analgésicos. Grupos de pacientes y dosis de aspirina

Grupo	Dosis de aspirina (mg)
I: han tomado aspirina en el mes anterior al test tolerándola.	62; 125; 250; 500
II: no han tomado aspirina en el mes anterior al test.	Como en I.
III: no queda clara la relación entre sus crisis y la administración de analgésicos	3; 5; 7; 15; 30; 62; 125; 250; 500
IV: relación clara entre las crisis y la administración de analgésicos.	No testar

(1) El intervalo entre las dosis es de 1 hora. Medimos el FEV₁ 30 y 60 minutos después de la administración de cada dosis. El test se completa en 2 días (grupos I y II) o en 3 días (grupo III). En el primer día administramos placebo, midiendo el FEV₁ a los 30 min, 1 h, 2 h, 3 h, 4 h y 5 h. Administramos las dosis de analgésicos y de placebo en cápsulas de gelatina del mismo color y tamaño.

(2) Se suspende el cromoglicato, ketotifeno y betaestimulantes 12 h antes de iniciar el test.

(3) Iniciamos el test solamente si el FEV₁ en situación basal es mayor de 1.500 cc.

(4) Consideramos el test positivo cuando aparece una reducción del FEV₁ mayor del 25 % con respecto al valor basal o bien si aparece urticaria. Cuando aparece hidrorrea, estornudos, obstrucción nasal, mantenemos una vía venosa y realizamos controles espirométricos más frecuentemente. En los individuos del grupo III mantenemos desde el comienzo del test una vía venosa.

tudio comparativo con placebo. De nuestros 30 pacientes con asma inducido por analgésicos, solamente obtuvimos resultado positivo en 2 (6,6 %). Otros autores⁴ han encontrado incidencias del 3,9 %, e incluso Weber⁵ encuentra que ninguno de sus 44 enfermos con asma inducido por analgésicos presentaba test de provocación positivo con tartracina mediante un estudio doble ciego. La opinión de los autores, de que se ha de eliminar la tartracina preventivamente, aunque las pruebas de provocación sean negativas, no puede mantenerse a la luz de estos estudios³⁻⁵, puesto que no parece lógico someter a estos individuos a una serie de restricciones alimentarias cuando el 94 % de ellos no van a sufrir deterioro objetivable en su función respiratoria al administrar este colorante en dosis muy superiores a las que se encuentran en la dieta.

El diagnóstico de asma inducido por analgésicos se realiza muchas veces por la anamnesis y, por los motivos enumerados anteriormente, creemos que el test de provocación con tartracina carece de utilidad para el mismo. Pero el problema se plantea ante los casos dudosos (enfermos en que no aparece clara la relación de sus episodios de broncospasmo con la administración de analgésicos o que no han tomado en los últimos meses ninguno de estos fármacos). Si el diagnóstico se basa exclusivamente en la anamnesis, el asma inducido por analgésicos



tiene una incidencia en nuestra población asmática del 2,46 %¹, mientras que, si realizamos test de provocación con aspirina en todos los asmáticos, ésta se eleva al 19 %⁴. Pensamos por ello, que debe realizarse test de provocación con aspirina al menos a todos los individuos con asma bronquial intrínseco (con mayor motivo aún si presentan poliposis nasal) que no refieran episodios de broncospasmo claramente relacionados con la administración de analgésicos. Usamos para ello el protocolo modificado de Spector⁶ (tabla II).

**L. Prieto, F. Sánchez-Toril, M.C. Morales,
J. Palop y J. Castro**
Servicio de Medicina Interna.
Hospital Dr. Peset. Valencia.

BIBLIOGRAFIA

1. Prieto L. Accidentes medicamentosos por analgésicos. III Simposium Nacional sobre Alergia a Medicamentos, Palma de Mallorca. Abelló SA, Ed. Madrid 1983; 134-148.
2. Phillis J, Perelmutter L. IgE mediated and non IgE mediated allergic-type reactions to aspirin. Acta Allerg 1974; 29:474-490.
3. Morales MC, Basomba A, Prieto L, Peláez A, García Villalmanzo I, Campos A, Mir A. Intolerancia a la tartracina en pacientes con asma asociado a intolerancia a analgésicos (ASA-triada). Estudio comparativo con placebo. XII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Alergia, Sevilla. Abelló, SA, Ed. Madrid 1983; 343-347.
4. Spector JL, Wangaard CH, Farr RS. Aspirin and concomitant idiosyncrasies in adult asthmatic patients. J Allergy Clin Immunol 1979;64:500-506.
5. Weber RW, Hoffman M, Raine DA, Nelson HS. Incidence of bronchoconstrictions due to aspirin, azo dyes, non-azo dyes and preservatives in a population of perennial asthmatics. J Allergy Clin Immunol 1979; 64:32-37.
6. Spector SL, Farr RS. Aspirin idiosyncrasy: asthma and urticaria. En: Middleton E, Reed CH, Ellis E. Allergy. Principles and practice. St. Louis. The CV Mosby Co 1983; 1249-1273.