

## Aspectos alergológicos del diagnóstico diferencial del asma

Profesor A. Oehling

Fueron De Besche y Meltzer los primeros en sospechar las relaciones entre el asma bronquial y la anafilaxia. Desde un punto de vista alergológico, habremos de tener en cuenta en su diagnóstico diferencial que los síntomas de la enfermedad que nos ocupa son la consecuencia directa o indirecta de la reacción antígeno-anticuerpo, que puede tener lugar en el organismo o bien directamente en el órgano de choque, y que en este caso lo sería el parénquima pulmonar. Todos los demás factores exógenos tienen solamente una función reguladora, responsable en determinadas circunstancias de agravaciones de la enfermedad.

La inflamación hiperérgica, consecuente a la reacción Ag-Ac. del llamado por Hansen "aparato asmático" y por Letterer "unidad primitiva del acini pulmonar", trae consigo una alteración dinámico-estructural que consideramos, de acuerdo con este último autor, como una "reacción orgánica anafiláctico-hiperérgica". Este modo de ver el asma bronquial, repito, como una reacción del conjunto funcional sinérgico de la unidad primitiva del acini, puede verse claramente en el ejemplo del asma alérgico-anafiláctico.

Teniendo en cuenta la "regla de contacto" de Hansen, son los alérgenos por inhalación o "inhalantes" los que en el asma bronquial juegan un papel preponderante, puesto que, a causa de la inhalación de los antígenos, pulvígenos o polínicos, se establecen inflamaciones alérgicas intermitentes de la mucosa en las diferentes zonas de las vías respiratorias con las que llegan a ponerse en contacto. En general, lo más frecuente es que la sensibilización comience por las mucosas de las vías respiratorias altas, llegando finalmente a la unidad primitiva del acini pulmonar. Sin embargo, muy frecuentemente nos encontramos con enfermos en que la sensibilización lo ha sido sólo del tejido pulmonar.

Teniendo en cuenta la serie de hechos expuestos, el diagnóstico alergológico del asma bronquial tendría que ir dirigido hacia la identificación del o de los antígenos patógenos, lo cual nos conduciría a determinar ante qué tipo de asma nos enfrentamos. Ante el enfermo asmático nos encontramos, pues, con que el mecanismo alergénico podrá ser puesto en marcha por los más diversos tipos de antígenos, bien de tipo *exógeno*, *bacterianos*, e incluso,

como últimamente se admite y ha sido demostrado, por *autoantígenos*.

Veamos, pues, desde un punto de vista crítico, los elementos de que nos valemos en clínica para llegar a un diagnóstico causal del asma alérgico.

## ANAMNESIS

Indiscutiblemente, en la mayoría de las veces, la identificación del antígeno causal puede conseguirse a través de una metódica y exhaustiva anamnesis que conecte todos los datos clínicos y que, aun en sus más mínimos detalles, pueda conducirnos al descubrimiento de la etiopatogenia. Una minuciosa y detenida anamnesis nos dará el grado de agresividad del antígeno que buscamos y, por tanto, una pauta para elegir la prueba de diagnóstico adecuada. Schwarting y Gronemeyer, en un estudio realizado sobre 10.000 pruebas cutáneas, pudieron comprobar cómo en casi el 80 por 100 de los pacientes a través de la anamnesis se podían sospechar los factores antigénicos causales. En determinados casos, incluso la anamnesis nos induce a hacer innecesario el test con un antígeno agresivo y peligroso. Sin embargo, no debemos olvidar aquí que también la anamnesis puede conducirnos a errores de diagnóstico, despreciando antígenos importantes que a través de la misma pasan inadvertidos, como a veces ocurre con los antígenos alimentarios. A veces, enfermos relativamente inteligentes no han sido capaces de relacionar sus crisis asmáticas con el contacto o ingestión de un determinado alérgico, dificultándose con ello nuestra labor diagnóstica. Cuántas veces nos encontramos con enfermos que aseguran que sus crisis tienen lugar todo el año y, por más que se les insista, no lo relacionan con una determinada estación, mostrándonos luego los test cutáneos intensísimas sensibilizaciones polínicas. Esto mismo suele ocurrir con los alimentos, donde la prueba de exposición con el alimento que dio un test positivo trae consigo la comprobación de su patogenicidad en el desencadenamiento del broncoespasmo. En cuanto a los pormenores o pauta a seguir en una anamnesis alérgica, me parece obvio hacer

aquí mención de ello. La entrega al paciente de un cuestionario dirigido con una serie de preguntas, al objeto de completar al máximo la anamnesis, puede ser de mucho valor. No obstante, en la mayoría de los casos nos encontramos con que éstos no colaboran como sería de desear y que, debido a ello, nosotros desde hace algunos años hayamos tenido que prescindir de esta eficaz ayuda.

Así, pues, ninguna prueba o técnica diagnóstica debería llevarse en Alergología a cabo sin valorar exactamente la historia clínica, dirigiendo el test en cuanto a concentración según los datos recogidos.

## PRUEBAS CUTANEAS

La elección de una u otra de dichas pruebas depende de la práctica y experiencia particular que tenga cada clínico, pudiéndose utilizar cualquiera de ellos indistintamente. En cuanto a la técnica de *escarificación*, tal vez sea ésta la que requiere una mayor práctica para su realización, ya que, debido a la diferente intensidad de presión con que se realice, puede dar resultados anómalos para cada extracto. Por otra parte, el pequeño trauma producido es suficiente de por sí para dar resultados positivos inespecíficos. Con estas consideraciones podríamos enjuiciar el denominado "Prick-test", que aún sigue teniendo algunos seguidores. Van der Bijl, en un estudio comparativo, llega incluso a la conclusión de que este tipo de técnica es desaconsejable por ofrecer un mínimo de fiabilidad diagnóstica. Por lo que a la técnica intradérmica se refiere, ésta es la que reúne sobre todas las demás una mayor especificidad frente, como es lógico, a un mayor número de riesgos. En general, éstos se pueden soslayar utilizando mayores diluciones de aquellos antígenos sospechosos, e incluso prescindiendo de la intradermorreacción y recurriendo a la "prueba del roce".

Llegamos ahora a un punto en el que se hace conveniente enjuiciar qué tipo de antígenos y cuántos de ellos deberemos de probar en el enfermo asmático para llegar al diagnóstico preciso. Por lo que al antígeno en sí se refiere, cada alergólogo es-

coge el método de estructuración que cree más idóneo. Nosotros, por nuestra parte, y después de haber hecho un estudio comparativo con las diversas soluciones en uso, preferimos la solución alcohólica. Sin embargo, en cuanto al número de antígenos o grupos de antígenos a probar, tal vez sea aquí donde pueda haber cierta discrepancia, en el sentido de que algunos autores sólo se limiten a utilizar un grupo de antígenos en relación con la anamnesis, existiendo, por el contrario, otros que prefieren utilizar de una forma estándar todos aquellos más importantes que por su frecuencia juegan un papel en la etiopatogenia del asma alérgico. Como es natural, ambos procedimientos tienen sus inconvenientes y sus ventajas. Las ventajas de las pruebas reducidas se limitan a un menor número de inyecciones a sufrir por parte del paciente. Sin embargo, el inconveniente radica en lo que anteriormente hemos expuesto para la anamnesis, o sea, el que se nos escapen sensibilizaciones a antígenos importantes que quedarían ignoradas y que, por tanto, su conocimiento sería valiosísimo para el tratamiento causal. Por el contrario, el inconveniente en las pruebas realizadas de una forma estándar con veinticinco o treinta antígenos o grupos de antígenos sólo radica en que hay que someter al enfermo a un mayor número de pinchazos. Sin embargo, mediante este proceder tendremos siempre la ventaja de poder detectar sensibilizaciones ignoradas y no detectadas en la anamnesis. Misión del alergólogo será entonces en este punto determinar, mediante pruebas complementarias de exposición, hasta qué punto se trata de sensibilizaciones actuales o bien mudas o apatógenas.

Si aceptamos las pruebas estándar como las más idóneas, viene ahora el problema de cuál ha de ser el grupo de antígenos a

elegir. En líneas generales pienso que, a través de la experiencia adquirida en la moderna Alergología, podemos considerar como dignos de inclusión antígenos inhalantes y alimentarios que indiscutiblemente la experiencia ha hecho considerar como indispensables. Por otra parte, luego se podrán incluir aquellos otros que según la experiencia individual se consideren más necesarios. Nosotros actualmente venimos utilizando los grupos que exponemos y que, como comprenderán, tienen sus imperfecciones, que año a año vamos mejorando.

La importancia de las pruebas cutáneas con alimentos la hemos expuesto ya con anterioridad en otros trabajos. Admitimos que la fiabilidad diagnóstica de los antígenos alimentarios es menor que la de los inhalantes, pero no por ello podemos prescindir de los mismos, y valga aquí de nuevo lo que anteriormente referíamos cuando hablamos de la anamnesis.

#### PRUEBAS DE EXPOSICION

Lógicamente, toda reacción cutánea positiva a un determinado antígeno debería ir seguida, salvo con clara anamnesis, de su correspondiente prueba de exposición, oral en caso de antígenos alimentarios y de inhalación con los inhalantes. Indudablemente es la oral la más simple y la más fácil de conseguir. Generalmente hacemos ingerir al paciente el antígeno alimentario en cuestión en ayunas y esperamos hasta dos horas la aparición del broncoespasmo. Más compleja es ya la inhalativa, que requiere aparellaje especial y, sobre todo, tiempo. A cualquiera de las técnicas inhalativas hasta ahora descritas y en uso le concedemos una gran utilidad. No debemos olvidar en este apartado la utilidad que como prueba de exposición nos brinda el test conjuntival u oftálmico.