

SERIE: CONTROVERSIA

## Enfermedad Bronquial Obstructiva del Lactante: ¿Cómo debemos llamarla?

**Pablo Bertrand***Hospital Clínico Pontificia Universidad Católica de Chile*

### Resumen

"Nuestra equivocación ha sido intentar entender el asma como una ecuación matemática que presenta una sola respuesta. La propuesta científica es comprender y aceptar la heterogeneidad del asma y sus presentaciones clínicas a la vez que logramos simplificar la nomenclatura"

Neumol Pediatr 2006; 1(1): 4-5

Un gran problema genera la nomenclatura usada en la práctica pediátrica referente a la obstrucción bronquial recurrente del lactante. La confusión nace del carácter transitorio que se intenta atribuir a esta condición, contrario a la realidad de enfermedad crónica que presenta el asma. El asma ha sido entendida equivocadamente por años como una sola entidad desde el niño al adulto, como una condición crónica, invariable en el tiempo y por lo tanto, igual en cuanto a criterios diagnósticos. Asimismo, se ha negado la existencia de esta enfermedad en los niños menores con el objeto de evitar la confusión con aquellas condiciones "gatilladas" por infecciones virales denominadas "bronquitis sibilante", "bronquitis asmáticoformo" y más recientemente "síndrome bronquial obstructivo". Hoy sabemos que estos mismos virus son los grandes desencadenantes de muchas crisis agudas de asma a toda edad y que de hecho, también estarían involucrados en la génesis de la enfermedad, de modo que no es ilógico considerar estos episodios como parte del mismo síndrome.

El asma ha sido parte de la humanidad durante toda la historia. En forma descriptiva y general la enfermedad se adivina en algunos párrafos del papiro de Ebers, originario de la medicina Egipcia, 15 siglos antes de Cristo. Su nombre aparece como tal descrito en la literatura Helénica cuando Homero, describe la palabra asma como "respiración entrecortada" en su famosa obra La Iliada. Sólo siglos más tarde, Hipócrates menciona el asma en un contexto clínico cuando desarrolla sus aforismos, aunque él no lo considera una enfermedad sino un síntoma. La verdadera descripción de la enfermedad pertenece al médico Romano Arateo de Capadocia (en el siglo I después de Cristo), quién con pulcro detalle enuncia las características clínicas de la enfermedad.

Hoy el asma, igual que al inicio de nuestra historia, se define en base a criterios clínicos, y aunque han existido grandes avances en el entendimiento de la fisiopatología de la enfermedad, no existe todavía un marcador definitivo que permita realizar su diagnóstico. La descripción de la inflamación en la vía aérea como un hecho principal en el asma, ha permitido plantear que su presencia, pudiera contribuir en forma relevante en el proceso diagnóstico; sin embargo, la inflamación de la vía aérea no es específica a la enfermedad puesto que constituye la respuesta común que presenta la vía aérea frente a distintos estímulos.

Estudios de cohorte y seguimiento desarrollados en los últimos tres decenios nos permiten entender hoy día, de manera más detallada, la historia natural del asma y corroborar varios hechos relevantes. Por ejemplo, considerar y aceptar que el inicio de esta enfermedad, en la mayoría de los pacientes, ocurre antes de los 5 años de vida. Este hecho, que fue negado por años con la retórica frase "no es posible realizar el diagnóstico de asma antes de los seis años", demostró ser un tremendo error. Es necesario considerar el diagnóstico de asma en forma precoz, por cuanto la evidencia publicada sugiere que el deterioro de la función pulmonar ocurre durante los primeros años de la vida, "antes de que los niños aprendan a hablar" como han manifestado algunos investigadores. Estos estudios, además, han descrito los distintos fenotipos de la enfermedad en los primeros años de vida, lo que podría permitir su identificación temprana y válida mas que nunca el antiguo adagio: "no existen enfermedades sino enfermos".

Pero la confusión no termina ahí, puesto que es un hecho que una definición basada en características clínicas no permite diferenciar ninguna de estas entidades por diferentes que ellas parezcan. Es así, que un lactante que cursa con un episodio sibilante recurrente gatillado por virus presenta en su vía aérea

Correspondencia: Pablo Bertrand N. Pediatra Broncopulmonar.  
Departamento de Pediatría. Pontificia Universidad Católica de Chile.  
E-mail: pbertrand@med.puc.cl

complejos mecanismos inflamatorios con hiperreactividad bronquial asociada y cumple a cabalidad la más docta definición de asma propuesta y aceptada por todo el mundo científico; entonces ¿cómo haremos la diferencia? Ocurre que nos enfrentamos a una nueva concepción de la enfermedad. Como se ha mencionado en los últimos años, podemos percibir que casi todo lo importante para la vida del niño con asma, ocurrirá precozmente en la vida, cuando su situación inmunológica goza de una susceptibilidad no valorada previamente. Se ha invertido mucho esfuerzo en determinar factores que puedan orientar la tendencia de cada individuo a desarrollar fenotipos de asma que prevalecen en el tiempo como ocurre con sujetos portadores de atopía. La evidencia actual nos permite enfrentar la enfermedad y tratarla como tal, de manera tan precoz como en un lactante. Si bien es cierto que a temprana edad el diagnóstico diferencial es amplio y fácil confundir muchas condiciones, también es cierto que es en esa etapa cuando podremos interrumpir la cascada de eventos inflamatorios que lleva a un niño con asma a desarrollar la temida remodelación de la vía aérea.

La medicina de hoy no valora los dogmas del pasado, sino la increíble capacidad que tiene el ser humano de modificar la forma en como reacciona, sobretodo en nuestra civilización occidental "extra protegida" del medio ambiente amenazante. Nuestra equivocación ha sido intentar entender el asma como una ecuación matemática que presenta una sola respuesta. La propuesta científica es comprender y aceptar la heterogeneidad del asma y sus presentaciones clínicas a la vez que logramos simplificar su nomenclatura. Comenzando en el lactante, debemos ser muy cautos ante la enorme susceptibilidad que tiene este individuo a desarrollar obstrucción bronquial con infecciones virales que luego mejoran sin

secuelas, o al menos, que nosotros podamos comprobar actualmente. Este mismo niño puede presentar sibilancias secundarias a una enfermedad digestiva o cardíaca y dependerá de nuestra agudeza clínica el diferenciar entidades completamente distintas. Sigue siendo válido, considerar el asma como lo hizo Warner hace casi 30 años: "aquella enfermedad sibilante recurrente que presenta respuesta clínica a salbutamol en un contexto clínico en que otras enfermedades se han descartado".

En mi opinión, el asma es la enfermedad más prevalente que produce obstrucción bronquial en todo grupo etario y como tal, su búsqueda o su falta de certeza no invalida el enfrentamiento inicial con su nombre bien puesto y no usando eufemismos que sólo confunden al paciente y a su familia. Las definiciones y explicaciones en forma vaga de los mecanismos involucrados en la vía aérea sólo empeoran la confusión toda vez que, en forma adicional, se prescribe tratamiento antiasmático obteniendo muy buenos resultados. Esta situación es la razón por la que muchos niños describen su asma con este carácter transitorio, atribuyendo los síntomas a algún suceso. Los términos Bronquitis, Neumonitis y otros diagnósticos son perfectas palabras para entender los síntomas como parte de una condición transitoria que se distingue claramente de la verdadera amenaza crónica y recurrentemente rechazada por nosotros mismos los médicos. No pretendo mencionar los tratamientos innecesarios que este error le trae al paciente y la frecuencia con que esto ocurre. Y ¿cómo llamaremos entonces, a la enfermedad bronquial obstructiva del lactante? Asma describe el proceso fisiopatológico, asma propicia un tratamiento acorde, asma es una palabra universal entendida por todos, asma aclara la situación. Asma es la palabra correcta.