

HOSPITAL PEDIÁTRICO UNIVERSITARIO  
"JOSÉ LUIS MIRANDA"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

INFORME DE CASO

TERAPÉUTICA DEL ASMA BRONQUIAL SEVERA Y LA RINITIS ALÉRGICA

Por:

Dr. Jorge R Fernández García<sup>1</sup>, Dra. Clara Machado Bermúdez<sup>2</sup> y Dr. Mario Gutiérrez Machado<sup>3</sup>

1. Especialista de II Grado en Alergia. Profesor Auxiliar de Farmacología. Instituto Superior de Ciencias Médicas de Villa Clara.
2. Especialista I Grado en Otorrinolaringología. Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda". Santa Clara, Villa Clara.
3. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Hospital Materno-Infantil. Santa Clara, Villa Clara.

*Descriptor DeCS:*

ASMA/terapia  
RINITIS/quimioterapia  
AGENTES ANTIINFLAMATORIOS/uso  
terapéutico

*Subject headings:*

ASTHMA/terapia  
RHINITIS/drug therapy  
ANTI-INFLAMMATORY AGENTS/therapeutic  
use

El asma bronquial es una de las enfermedades clínicas crónicas más frecuentes en nuestro país, y entre un 8- 10 % de la población cubana la padece.

Es frecuente la asociación del asma con otras entidades alérgicas, como la rinitis alérgica, la dermatitis atópica, el prurigo de Besnier y la urticaria.

Actualmente existe un arsenal terapéutico dirigido a las enfermedades alérgicas, pero siempre los resultados no son los deseados.

Presentamos este caso de asma bronquial severa y rinitis alérgica, en el que se profundizó en aspectos terapéuticos, su evolución clínica y fisiológica.

Presentación del paciente:

Jovencita de 20 años, con antecedentes de padecer de asma bronquial severa desde los primeros años de vida, por lo que ha tenido varios ingresos. En una primera etapa, la terapéutica empleada fue: cromoglicato disódico (spray), ketotifeno (tab), salbutamol (spray) y medidas ambientales. Posteriormente, comenzó a asistir al área terapéutica de niños asmáticos, a la práctica de la natación (deporte como promotor de salud). Los ingresos disminuyeron, pero continuó padeciendo crisis semanales y obstrucción nasal permanente. En la adolescencia comenzaron a evaluarla y tratarla en consulta multidisciplinaria: el médico de la familia, el especialista en Alergia y el especialista en Otorrinolaringología; estos le indicaron medidas preventivas, Plusvent ( $\beta_2$  agonista + antiinflamatorio) Accolate (antileucotrieno) y gotas nasales; en esta etapa hubo mejoría clínica y fisiológica, pero se mantuvo la obstrucción nasal, por lo que se decidió el empleo de Beconase (antiinflamatorio nasal) y Claritine D (descongestionante nasal). Con esta terapéutica nasal asociada, hubo una evolución clínica y fisiológica más satisfactoria del cuadro respiratorio alto y bajo.

## Comentario

Es frecuente la coexistencia de rinitis y asma<sup>1</sup>. La primera constituye un factor de riesgo en esta enfermedad<sup>2</sup>. En los pacientes con rinitis ha sido frecuente la hiperreactividad bronquial<sup>3</sup>. Es común en ambas enfermedades el mecanismo de inflamación<sup>3</sup>. Se ha informado la influencia de infecciones respiratorias altas en las exacerbaciones del asma. En resumen, los aspectos epidemiológicos, fisiológicos e inmunológicos que relacionan la rinitis con el asma, indican que la terapéutica debe ser orientada en conjunto por las especialidades de Alergia, conjuntamente con Otorrinolaringología y el médico de la familia<sup>4</sup>.

En esta paciente se comenzó la terapéutica actual con Plusvent y Accolate en el año 2002. Se produjo una mejoría clínica y fisiológica en la capacidad vital forzada (CVF) y en el flujo máximo medio espiratorio (MMFR) (tabla). Solo hubo una disminución en los parámetros fisiológicos el 16/1/03, ya que coincidió con un cuadro respiratorio infeccioso y estaba en el período de restablecimiento.

Después de comenzar el tratamiento para la rinitis alérgica con Beconase y Claritine D<sup>5-10</sup> en el mes de julio de 2003, observamos el 10/1/04 que el resultado de las pruebas funcionales respiratorias fueron: CVF 95 %; VEF<sub>1</sub> 90 %, MMFR 75 %; en la actualidad, desde el punto de vista clínico, la paciente evoluciona de forma satisfactoria y solo presenta ligeros síntomas.

Tabla Pruebas funcionales respiratorias.

Fecha	6/1/02	6/6/02	16/1/03	8/3/03	10/1/04
CVF	6,24 %	75,9 %	70%	91,5 %	95 %
VEF <sub>1</sub>	62,4 %	68,4 %	65 %	84,6 %	90 %
MMFR	31,3 %	39,6 %	19 %	47,4 %	75 %

CVF: capacidad vital forzada

VEF<sub>1</sub>: flujo espiratorio en un segundo

MMFR: flujo máximo medio espiratorio

## Referencias bibliográficas

1. Bousquet J. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2001;108:S157.
2. Giovanni Passalacqua G, Guerra L. Asthma rhinitis comorbidity. *Allergy Clin Immunol.* 2003;15(3):105-9.
3. Crimi E, Milanese M. Inflammatory and mechanical factors of allergen induced bronchoconstriction in mild asthma and rhinitis. *Appl Physiol.* 2001;91:1029-34.
4. Annesi Maesano I. Rhinitis and asthma epidemiological evidence. *Allergy Clin Immunol.* 2001 Jul-Aug;13(4):147-53.
5. Mincarini M, Pasqually M. Antihistamines in the treatment of bronchial asthma *Pulm Pharmacol Ther.* 2001;14:267-76.
6. Adams RJ, Fuhlbrigge AL. Intranasal steroids and the risk of emergency department visits for asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2002;109:636-42.
7. Crystal Peters J, Nesluson C. Treating allergic rhinitis in patients with comorbid asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2002;109:57-62.
8. Jorgen Malling H. Allergen immunotherapy efficacy in rhinitis and asthma. *Allergy Clin Immunol Int.* 2004 May -Jun;16(3):92-5.
9. Vitapur GV, Cleveland M. Allergic rhinitis and asthma severity. *Allergy Clin Immunol.* 2004 Jan - Feb;16(1):15-9.
10. Underm B, Liechtenstein LM. Fármacos utilizados para el tratamiento del asma. En: Goodman Gilman A. Las bases farmacológicas de la terapéutica vol.1. 10<sup>ma</sup> ed. México: McGraw Hill; 2003. p. 743-64.