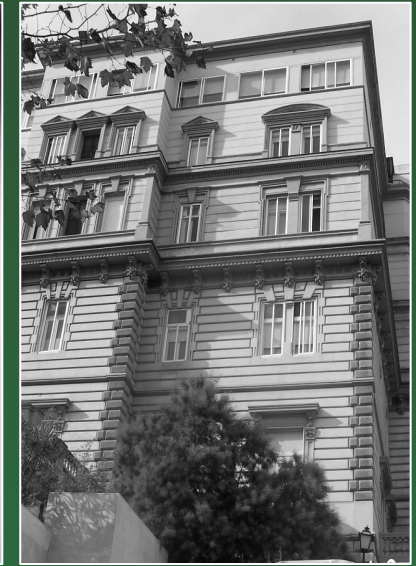
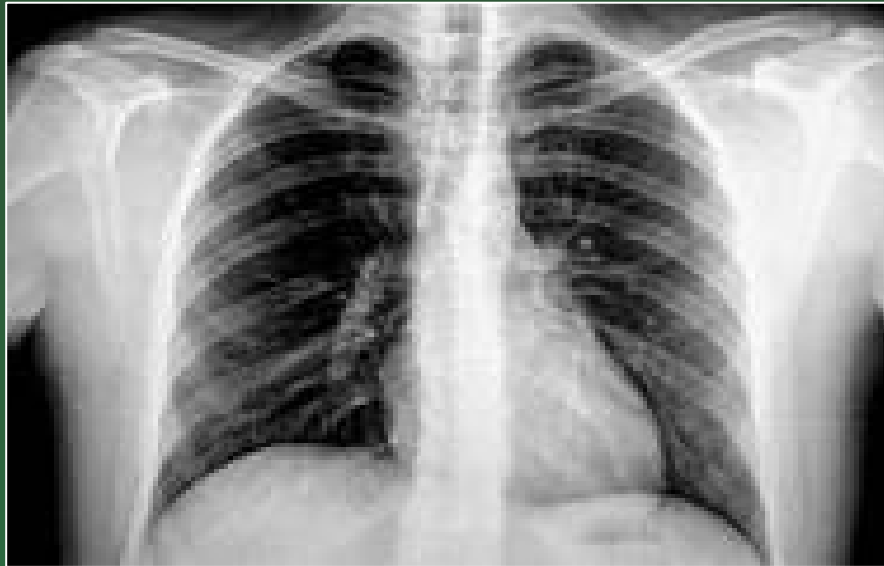


Barcelona, 2 de juliol de 2010 - HOSPITAL PLATÓ



II Jornades d'Atenció Compartida en Pneumologia Asma bronquial i Al·lèrgia Respiratòria AIS BARCELONA ESQUERRA

Pseudoasma



Hernán Manrique Chávez
Metge Pneumòleg
HUSC

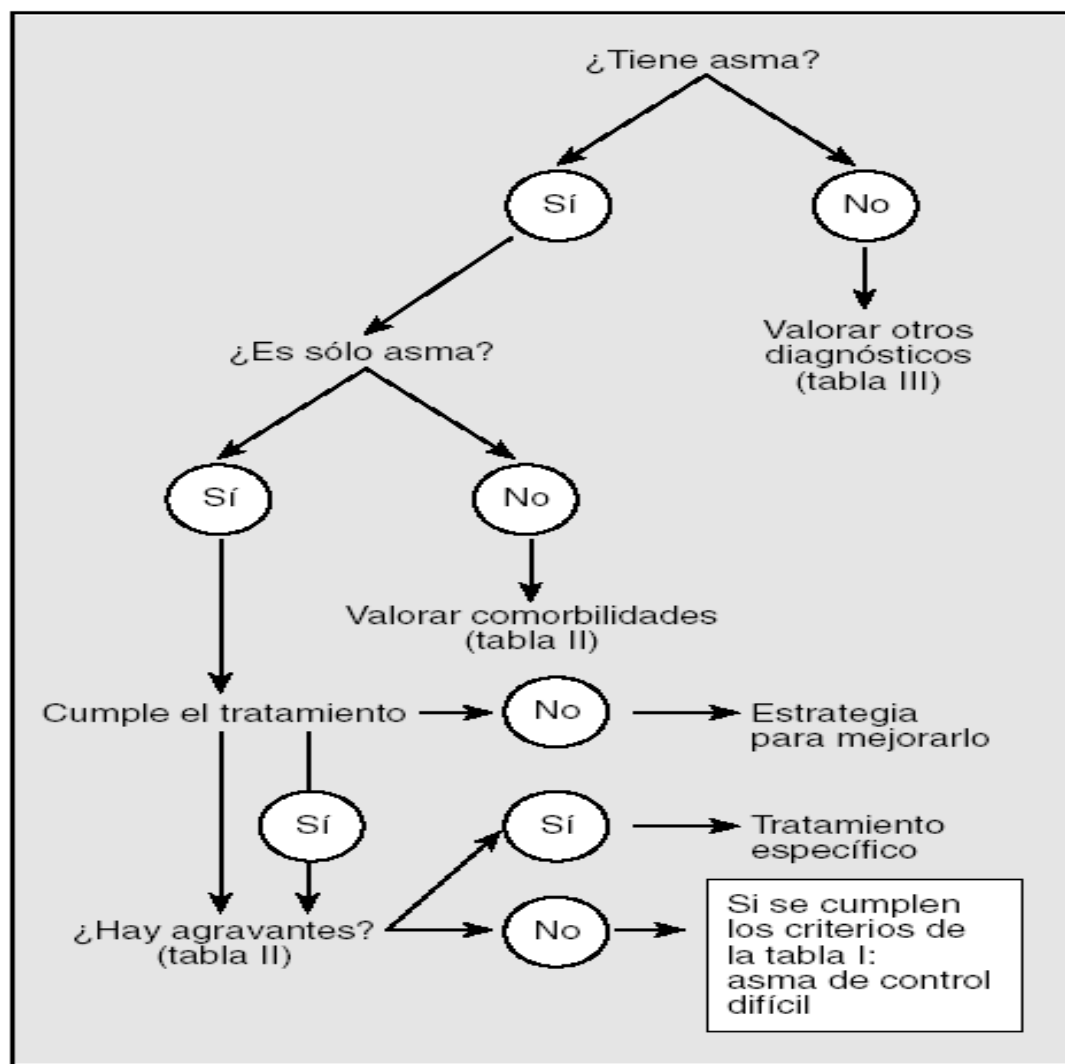


Fig. 2. Esquema de actuación para llegar al diagnóstico de asma de control difícil.



OTROS DIAGNOSTICOS

- . Fibrosis quística.
- . Bronquiectasias.
- . Cuerpo extraño inhalado.
- . Traqueobroncomalacia.
- . Aspiración recurrente.
- . EPOC.
- . Fallo cardíaco congestivo.
- . Tumores en las vías centrales o que las invaden.
- . Bronquiolitis obstructivas.
- . **Disfunción de las cuerdas vocales.**
- . Amiloidosis bronquial.
- . Aspergilosis bronco-pulmonar alérgica y sd eosinofílicos pulmonares.



COMORBILIDADES

- . Rinosinusitis
- . **Reflujo gastroesofágico**
- . Obesidad
- . Apnea obstructiva del sueño
- . Hipertiroidismo
- . Trastornos psicológicos y psiquiátricos

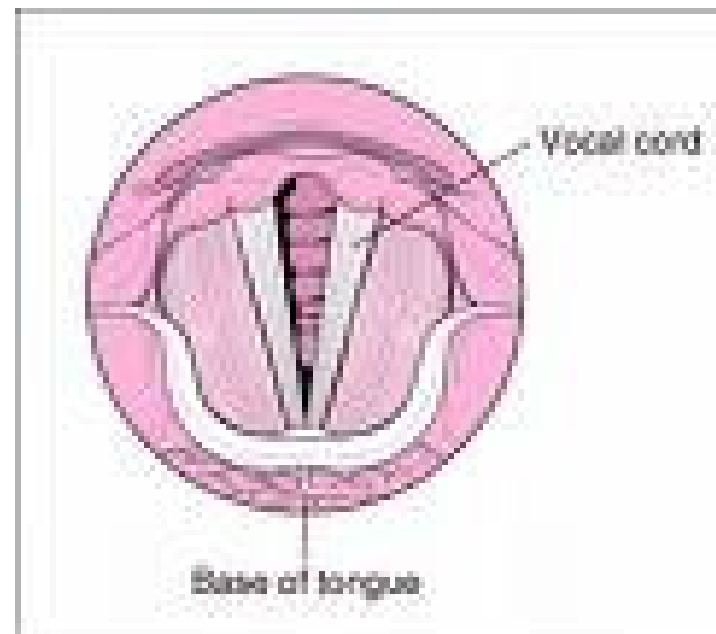


DISFUNCIÓN DE CUERDAS VOCALES

- Estridor de Munchausen
- Sibilancia laringe emocional
- Pseudoasma
- Asma ficticia
- Disquinesia laringea episódica

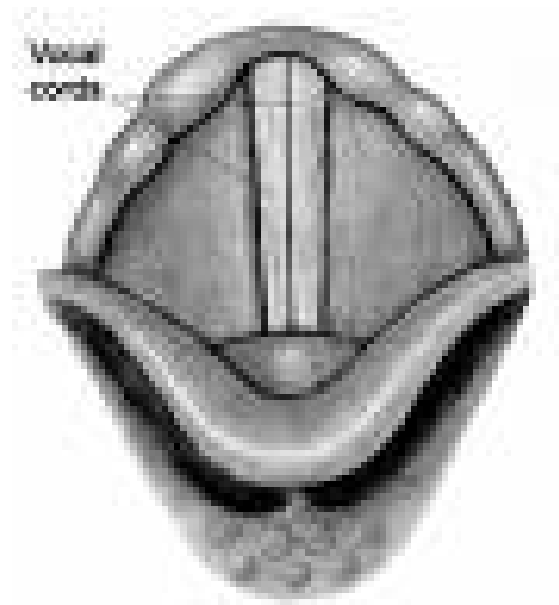


Durante la inspiración se produce ABDUCCION de las CV verdaderas

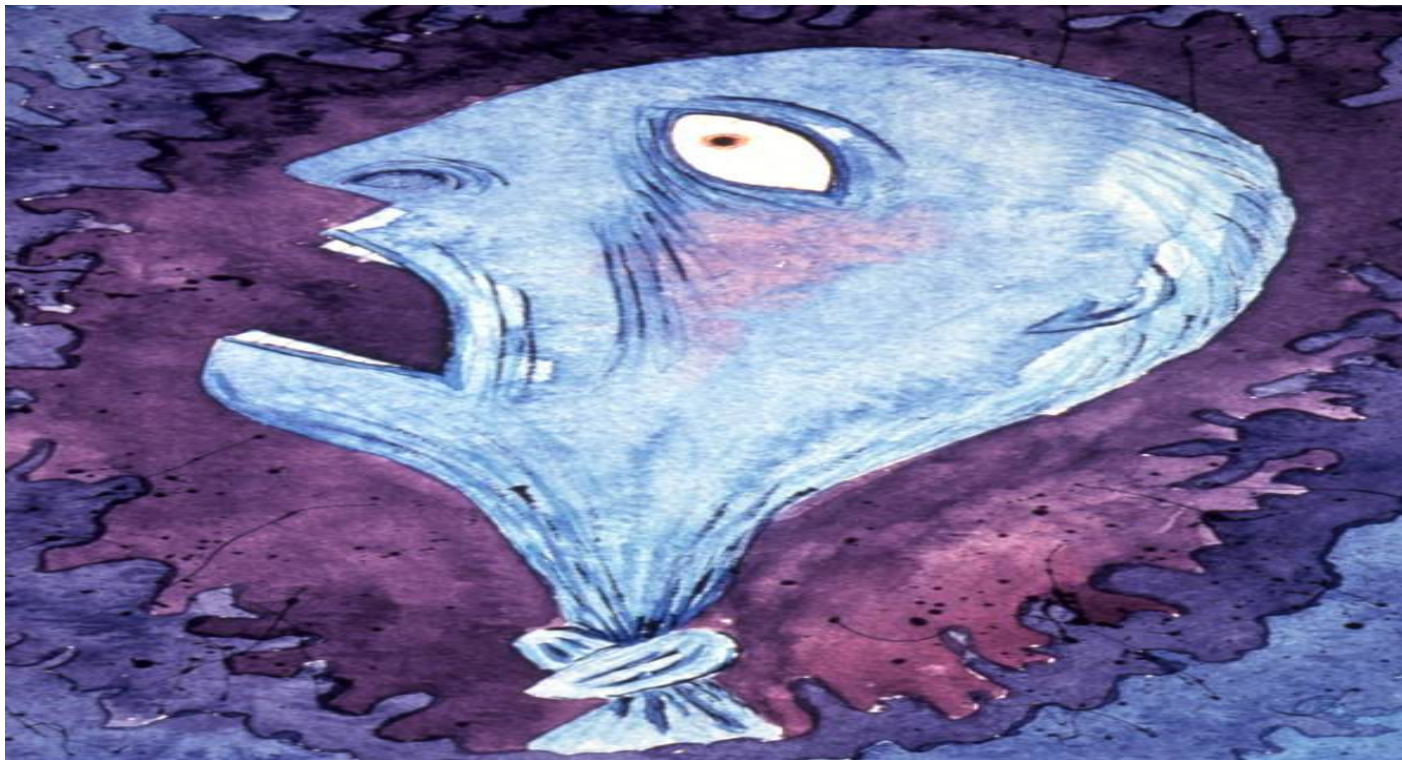


**Durante la espiración se produce ADDUCCION de las CV
verdaderas**

Al tragar, toser..., etc



Obstrucción intermitente y funcional del flujo aéreo durante la inspiración y/o espiración producida por ADDUCCION paradójica de las CV.



SÍNTOMAS

- Estridor.
 - Fase inspiratoria dificultosa.
 - Opresión cervical más acentuada que torácica.
 - Disfonía durante y/o después de la crisis.
 - Inicio y resolución súbitos.
-
- Altas tasas de uso de medicación, como asmáticos “severos”
 - Pobre o nula respuesta a tratamiento médico (inhaladores, broncodilatadores).
 - Irritantes exógenos: olores, ejercicio, pánico.



PREVALENCIA DATOS DEMOGRÁFICOS

- Desconocida
- 1 estudio, pacientes con ADC mostró que la DCV podía estar presente en un 30% de casos.
- Mujeres y jóvenes mayor prevalencia.
- Profesión del entorno sanitario (?)



CAUSAS POTENCIALES

- Estrés, ejercicio.
- Lesión neurológica
- RGE, RLF.
- Rinitis alérgica y GPN.
- Irritantes inhalados (amonio, productos químicos de limpieza, polvo de construcción, etc)



ENFERMEDADES PSICOLOGICAS ASOCIADAS

- Trastorno conversivo
- Ansiedad
- Depresión
- Personalidad Obsesivo-Compulsiva
- Síndrome borderline
- Somatizadores
- Trastorno de pánico



DIAGNOSTICO

- Historia clínica
- Auscultación
- GAB
- Espirometría
- Laringoscopia



LARINGOSCOPIÀ

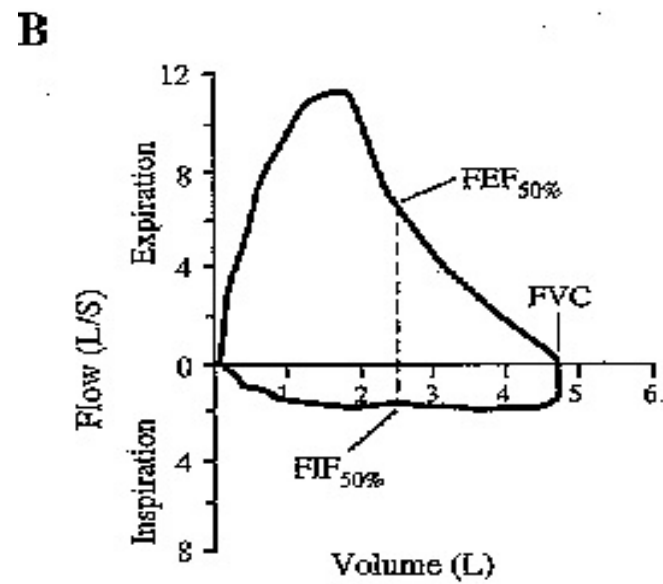
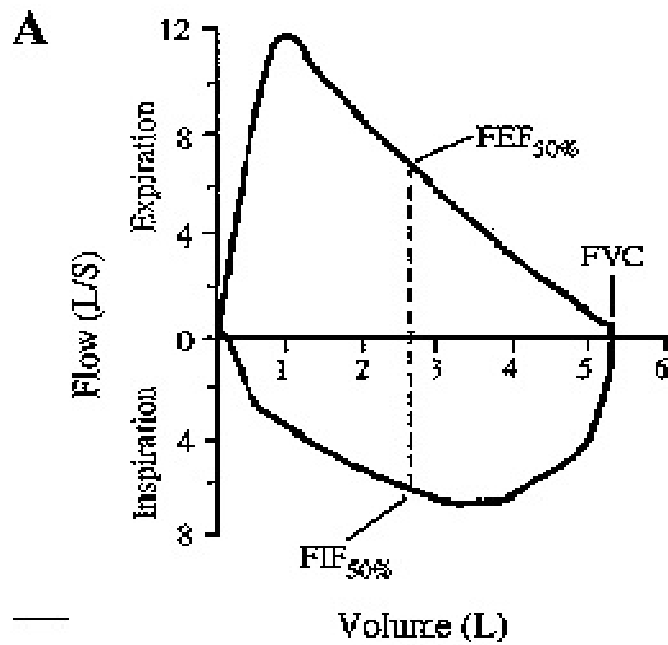
- Gold Standard
- Difícil de realitzar en atacue agudo (seg a 3min)
- Laringoscopista experimentado.
- Pruebas de provocación específica



ESPIROMETRÍA

- Asintomática
 - Curvas flujo volumen normales
- Sintomática:
 - Curva inspiratoria aplanada
 - En algunos casos curva espiratoria aplanada
 - Cociente FEF/FIF al 50% VC mayor a 1.0





TRATAMIENTO EN FASE AGUDA

- Jadeo
- Tos, ssssss, chsssss (?)
- Heliox (20:80)
- Solución salina nebulizada
- Lidocaina tópica en spray
- CPAP
- Oxígeno
- Sedantes/Hipnóticos (??)
- Toxina Botulínica (??)



TRATAMIENTO EN FASE ESTABLE

Equipo multidisciplinario:

- Coordinador
 - Neumólogo, Médico de cabecera, Alergista
- ORL
- Psiquiatra
- ± Fisioterapeuta
- ± Gastroenterólogo
- Logopeda (“rehabilitación laringea”)



ROL DEL MEDICO COORDINADOR

- Diagnóstico e identificación de factores contribuyentes
- Tranquilizador
- Educación
 - Que es lo que tiene
 - Que es lo que no tiene
 - Por que lo tiene
 - El porque del tratamiento
- Evitar medicación innecesaria
- Tratamiento óptimo de factores relacionados
 - (RGE, Asma)



CONCLUSIONES DCV

- Plantearse en los casos de ACD la posibilidad de DCV
- La DCV esta infra diagnosticada
- Laringoscopia: Gold Standard
- La historia clínica es sumamente importante
- Puede aparecer coincidentemente con el asma
- Diagnóstico temprano: Previene “iatrogenia terapéutica” y es de altamente coste-efectivo.



COMORBILIDADES

- . Rinosinusitis
- . **Reflujo gastroesofágico**
- . Obesidad
- . Apnea obstructiva del sueño
- . Hipertiroidismo
- . Trastornos psicológicos y psiquiátricos



REFLUJO GASTROESOFAGICO Y ASMA

- Común en pacientes con asma y potencial desencadenante
- Activación de reflejo vagal – microaspiración
- Los síntomas típicos: Quemor y regurgitación, otros: disfagia, dolor torácico, salivación, sensación de globo, odinofagia, nauseas.



PREVALENCIA

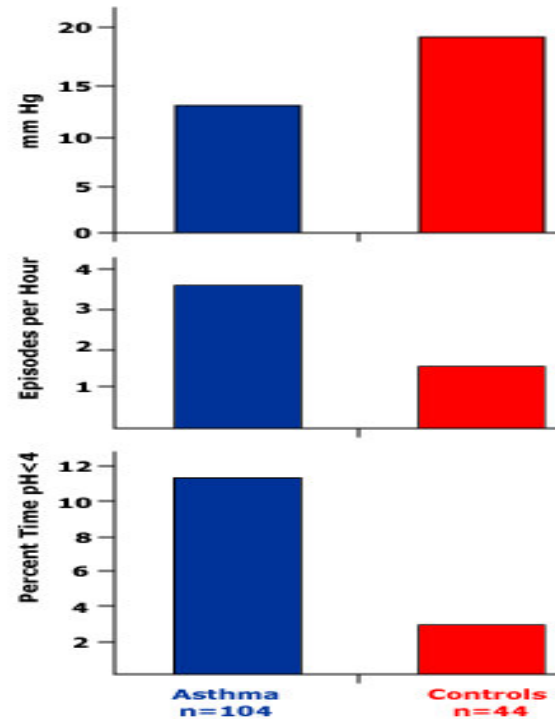
- El RGE es común en pacientes con asma
- Los síntomas asmáticos se presentan mas en pacientes con RGE.
- Variabilidad 30-90%

- Revisión sistemática de 28 estudios 59% de asmáticos presentaban síntomas de RGE, 51% pHmetría anormal, 51% hernia hiatal, 37% esofagitis.

(Havemman BD et al Gut 2007; 56:1654)



Reflux parameters in asthma



Lower esophageal sphincter pressure (top panel) and reflux parameters, number of episodes per hour and percent time that esophageal pH was below 4.0 (middle and lower panels) in patients with asthma and control subjects. Compared to controls, asthmatics had significantly decreased lower esophageal sphincter pressure, more frequent reflux episodes, and higher esophageal acid contact times.

Redrawn from Sontag, SJ, O'Connell, S, Khandelwal, S, *Gastroenterology* 1990; 99:613.



MECANISMOS POTENCIALES

- Incremento tono vagal
- Aumento de reactividad bronquial
- Micro aspiración.

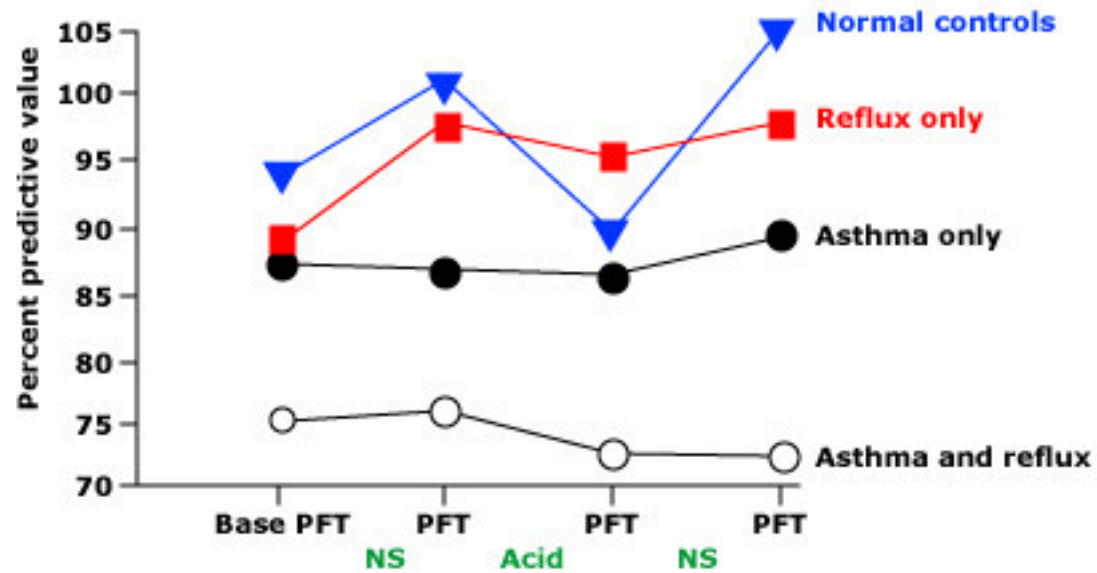


INCREMENTO TONO VAGAL

- Modelos animales:
La instilación de ácido en esófago coincide con incremento resistencia VA
Efecto abolido por vagotomía bilateral.
- Humanos:
La instilación de ácido en esófago coincide con una reducción en PD20 MCh comparado con instilación de sol salina en el esófago



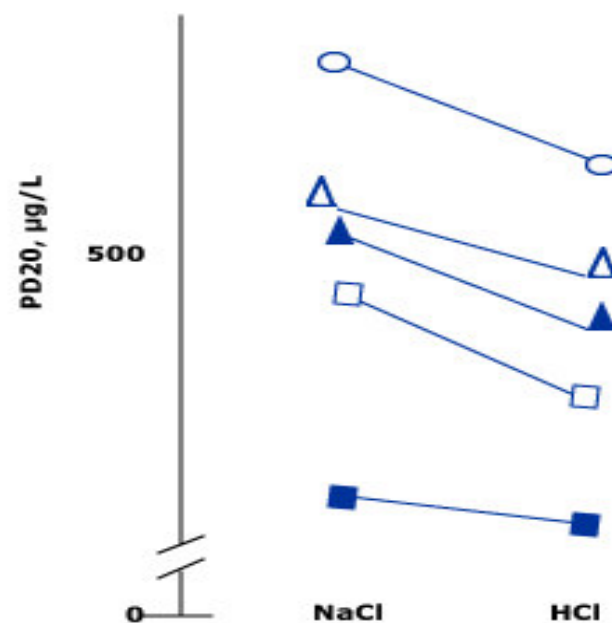
PEFR during esophageal acid infusion



Peak expiratory flow rate data expressed as percent predicted during esophageal infusions of normal saline (NS) and acid. Redrawn from Schan, CA, Harding, SM, Haile, JM, et al, *Chest* 1994; 106:731.



Esophageal acid increases methacholine responsiveness



Provocative doses of methacholine causing a 20 percent decrease in FEV1 (PD20) in five asthmatics during esophageal infusion of NaCl and HCl infusion (open and closed symbols for patients without and with GE reflux, respectively). The change in PD20 is shown for each subject.

Redrawn from herve, PDenjean, A, Jian, R, et al, Am Rev Respir Dis 1986; 134:986.



AUMENTO DE REACTIVIDAD BRONQUIAL

- En 105 pacientes asmáticos se observó correlación entre el grado de reactividad a MCh y el número de episodios de reflujo registrados por pHmetría

Vincent D et al ERJ 1997; 10:2255



MICROASPIRACIÓ

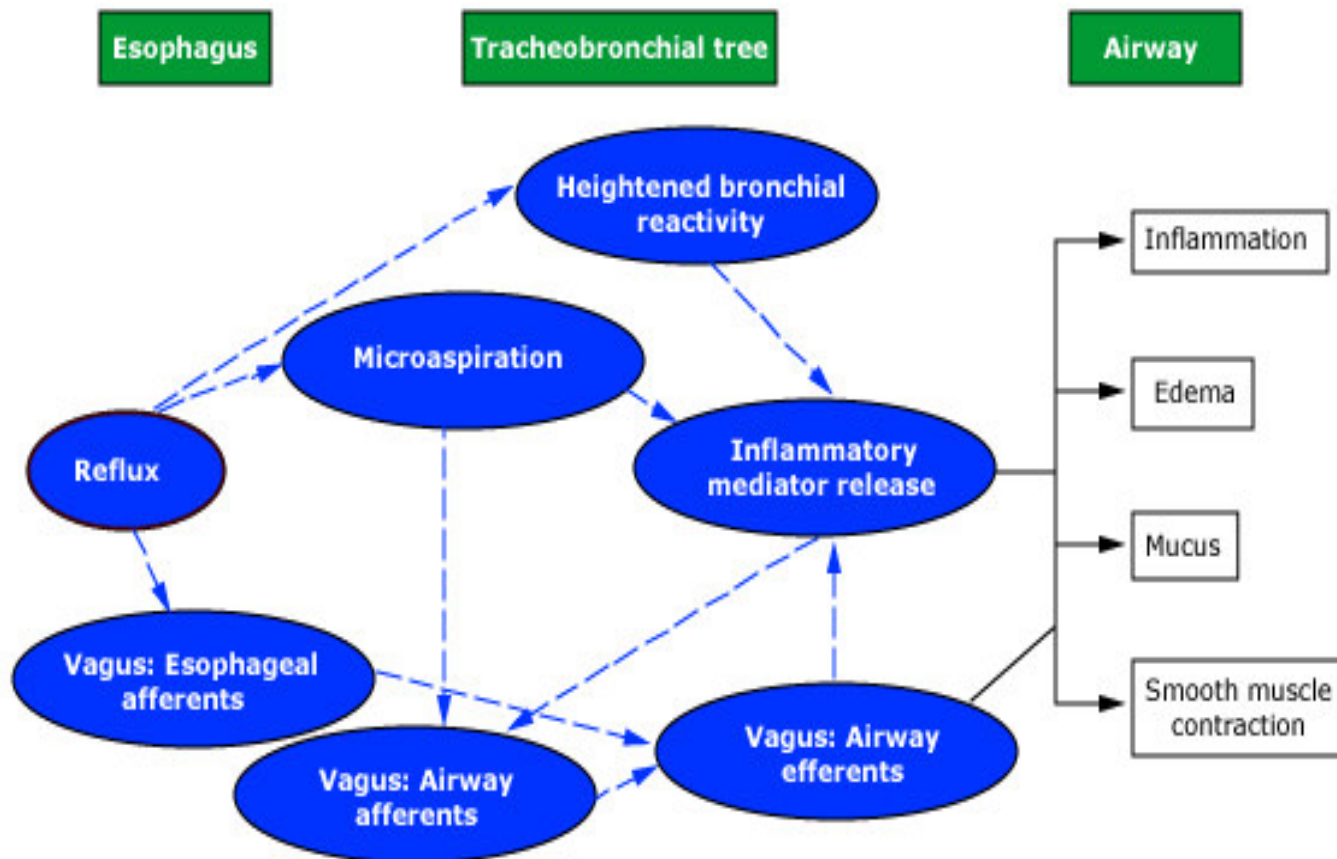
- Modelos animales que demuestran aumento de la resistencia de VA tras la inhalación o instilación de ácido a nivel traqueal.

Ricciardolo FLM et al AJRCCM 1999; 159:557

Tuchman DN et al Gastroenterology 1984; 87:872



Mechanisms of esophageal acid-induced bronchoconstriction



TRATAMIENTO RGE y ASMA

Ensayos clínicos controlados y no controlados han mostrado asociación entre tratamiento del RGE y mejoría en los síntomas del asma, sin embargo los resultados sobre parámetros objetivos es muy variable.



PACIENTES SINTOMÁTICOS

- 207 pacientes asmáticos moderados-severos + RGE sintomático.
Lansoprazol 30mg 2/dia Vs placebo 24 semanas
Síntomas de asma, PEF y VEF1 sin mejoría, sin embargo si mejoraron los scores de los cuestionarios de calidad de vida y disminuyeron las exacerbaciones
- 770 asmáticos moderados-severos + RGE sintomático
Esomeprazole 40mg 2/dia Vs placebo 16ss
Mejoría en PEF M y N en pacientes con St nocturnos de RGE y asma.

Littner MR et al, Chest 2005;128:1128

Kiljander TO AJRCCM 2006; 173:1091



PACIENTES ASINTOMÁTICOS

- 412 pacientes asmáticos mal controlados + RGE asintomático.

Esomeprazole 40mg 2/dia Vs placebo 24ss

No se reportaron diferencias en los dos grupos respecto a número de episodios de exacerbación asmática.

- pacientes asmáticos moderados-severos + RGE asintomático.

Esomeprazole 40mg 2/dia Vs placebo 16ss

No se reportaron diferencias en los dos grupos respecto a mejora del PEF durante las 16 ss de tratamiento.

Mastronarde JG et al, NEJM 2009; 60:1487

Kiljander TO AJRCCM 2006; 173:1091



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES I

- RGE es común en pacientes con asma
- 3 mecanismos potenciales
- Los pacientes con asma deben ser interrogados en busca de síntomas de RGE
- La presencia de sintomatología nocturna de regurgitación y asma son características que predicen mejoría de los Síntomas asmáticos tras tratamiento del RGE.
- Trial de IBP 2/día 3m en pacientes con asma moderada-severa y RGE sintomático, antes que algún test diagnóstico (Evidencia 2B).



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES II

- No trial en asmáticos con RGE asintomático.
- Esta indicado referir al digestólogo si hay mala respuesta al tratamiento con IBP + síntomas de alarma (disfagia, pérdida de peso, nauseas y vómitos, etc).
- No existe consenso acerca de la utilidad de la cirugía por RGE en la mejoría del asma.

