

# Asma Intrínseca y Extrínseca



# Asma Intrínseca y Extrínseca

- El asma puede ser clasificada en base a su etiología, severidad y patrón de limitación del flujo aéreo. *GINA 2002*
  - **Etiología:** agente ambiental sensibilizante no demostrable en algunas pacientes. → Desuso
  - **Severidad:** Síntomas, necesidad de B2 agonistas y función pulmonar. (Intermitente, leve persistente, moderada persistente y severa persistente.)
  - **Limitación del flujo aéreo:** patrón de limitación del flujo aéreo monitoreado por Flujo Pico.

# Clasificación etiológica

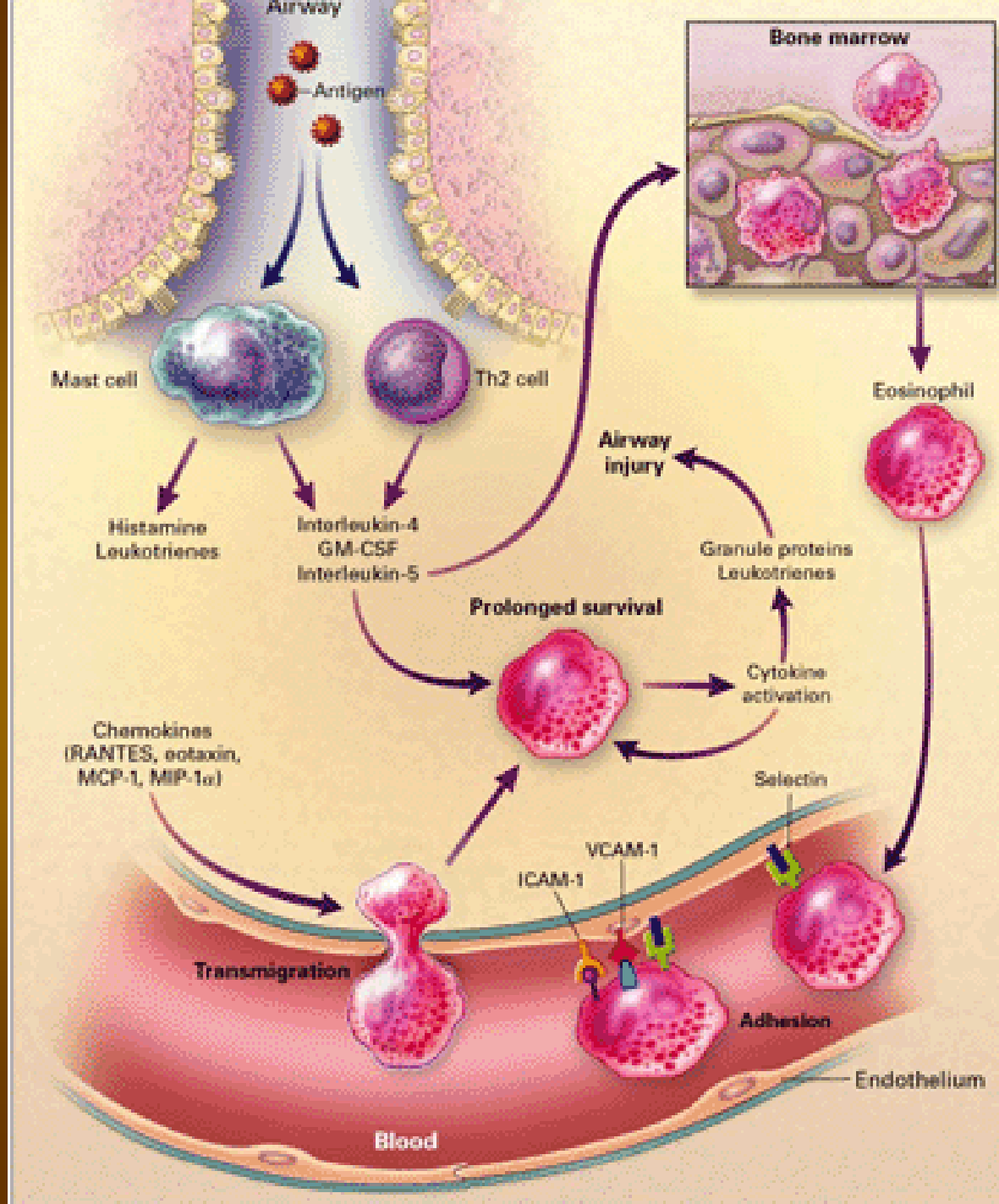
- Asma Extrinseca: alérgica, atópica, causada por agentes externos. El episodio asmático puede relacionarse de manera clara con la exposición a un Ag no específico (alergeno) como polen, polvo, acaros, etc.
- Asma Intrinseca: ocurre en ausencia de una reacción Ag-Ab. Los factores etiológicos son fugases (infecciones, aire frío, vapor, irritantes, humo del tabaco, etc)

# Extrínseca Vs Intrínseca

- Exposición a Ag específico →  
Desencadena crisis de Asma
- Pac atópicos (rinitis, DA)
- Desencadenantes: polvo, acaro, polenes, etc
- Tiene relación familiar
- Niños y adultos < 30 a
- Generalmente mejora después de la pubertad
- Mecanismo inmunológico →  
Hipersensibilidad I
- ↑ IgE sérica – específica, y  
Eosinófilos
- Pruebas cutáneas → +

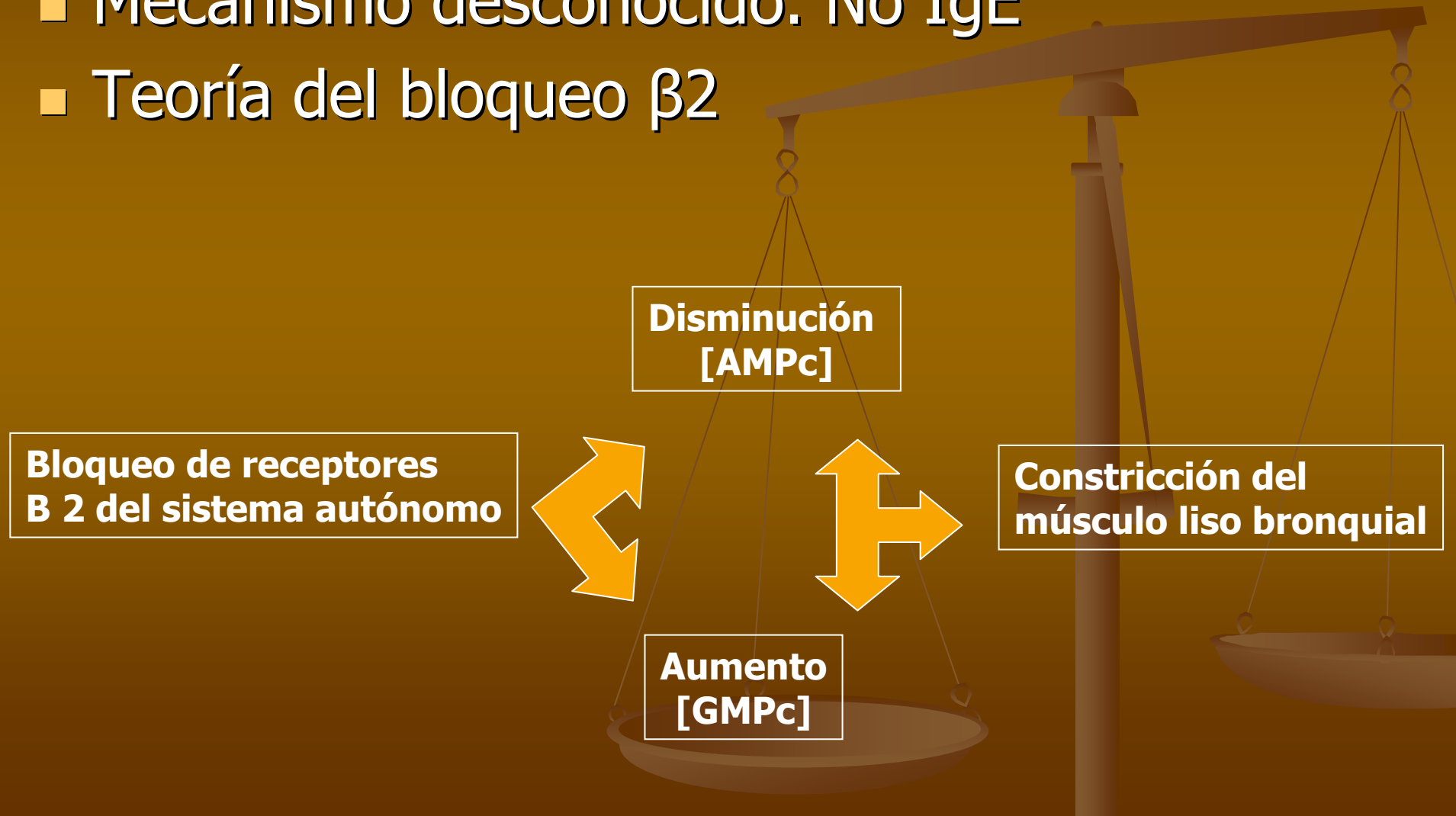
- No exposición a factor externo precipitante
- No son atópicos
- Desencadenantes: frío, infecciones, tabaco, contaminantes, emocional, fármacos (ASA), ejercicio.
- No relación familiar
- Generalmente adultos >35
- Pronostico desfavorable
- Mecanismo desconocido
- IgE sérica, Eo normales
- Pruebas cutáneas → —
- 19% de las asmas

# Fisiopatología Asma Extrínseca



# Fisiopatología Asma Intrínseca

- Mecanismo desconocido. No IgE
- Teoría del bloqueo  $\beta 2$



# Clínica

## EXTRINSECA

- Inicio infancia y juventud
- Exposición Ag → clínica
- Crisis de tos, opresión torácica y disnea con sibilancias
- Común coexistencia con Rinitis alérgica, DA.
- Asintomático intercrisis

## INTRINSECA

- > 35 a, predominio ♀
- 1er episodio generalmente rel con infección respiratoria
- Persistir de forma crónica con gravedad variable
- Duración de episodios variable, algunos pac no llegan a estar asintomáticos
- Anosmia e Hidrorrea, poliposis nasal (12%) y/o intolerancia a los AINES (7%)
- Empeoramiento premenstrual, embarazo y menopausia.
- Irritantes inespecíficos,  $\beta$  bloqueantes → exacerbación

# Diagnóstico

## EXTRINSECA

- Confirmar obstrucción reversible de la VA
  - $\uparrow$  > 20% VEM
  - Test metacolina
- Eosinofilia en esputo >20%
- PC  $\pm$  a 1 o más Ag
- IgE específica (RAST)
- Provocación bronquial específica con Ag sospechoso

## INTRINSECA

- Pruebas cutáneas negativas
- Eosinofilia en esputo >20%
- Respuesta a broncodilatador  $\pm$
- IgE total normal
- Eosinofilia periférica
- Sinusopatía hiperplásica (59%)
- Poliposis nasosinusal (12%)
- Test de metacolina
  - Negativo  $\rightarrow$  excluye el Dx
  - Positivo  $\rightarrow$  no lo confirma

# Tratamiento

## EXTRINSECA

- Evitar exposición a Ag
- TTo médico en función de frecuencia, severidad de los ataques.
- $\beta$  2 agonistas
- Corticosteroides
- Cromoglicato disódico o Nedocromil sódico
- Inmunoterapia

## INTRINSECA

- Evitar la exposición a irritantes
- Vacunación contra la gripe y pneumococo
- Evitar  $\beta$  bloqueantes, AINES
- TTO del RGE, sinusitis
- $\beta$  2 agonistas
- Cromoglicato Nedocromil
- Corticosteroides INH-VO