



FAMIPED

Familias, Pediatras y Adolescentes en la Red. Mejores padres, mejores hijos.

Alergia y asma no es lo mismo

Autor/es: José Antonio Castillo Laita. Pediatra. CS de Fuentes de Ebro (Zaragoza). Grupo de Vías Respiratorias. AEPap.

[Volumen 5. Nº2. Junio 2012](#) [1]

Palabras clave: alergia, asma, alérgeno, diagnóstico

Con frecuencia se suele hablar de **alergia** y de **asma** como si fuesen la misma enfermedad. Cuando a una familia se le informa de que su hijo padece asma, muy probablemente pregunte: “¿Y, a qué es alérgico mi hijo?”. Si un lactante tiene alergia a algún alimento o dermatitis atópica, la familia tal vez pregunte por el riesgo futuro de desarrollar asma o rinitis y conjuntivitis alérgicas.

Pero **alergia y asma no son lo mismo**. Una persona puede ser alérgica y no tener asma. Por el contrario, se puede ser asmático y no tener ninguna sensibilización a alérgenos (ocurre en un 10-30% de los asmáticos). Ambas enfermedades tienen una base genética, pero relacionada con genes distintos. Sin embargo, con frecuencia, asma y alergia concurren en una misma persona.

¿Qué es la alergia y cuál es su causa?

“No es alérgico el que quiere sino el que puede” ya que para “ser alérgico” tiene que haber una predisposición genética (es decir, que se hereda en los genes), que se denomina **atopia**.

Con esta base genética, el sistema inmune de los niños alérgicos responde con reacciones de hipersensibilidad frente a algunas sustancias proteicas que contienen los alérgenos. El anticuerpo que suele ser responsable de las reacciones alérgicas es la inmunoglobulina E.

En la alergia respiratoria (asma o rinitis y conjuntivitis alérgica), los **aeroalergenos** (se llaman así porque están en el aire que respiramos) provocan esta reacción inmunológica al contactar con la vía respiratoria (nariz, bronquio) o la conjuntiva del ojo. Son ejemplos de aeroalergenos: ciertas proteínas del tubo digestivo de los **ácaros** (artrópodos microscópicos que viven en el polvo de la casa, como los dermatophagoides farinae o pteronyssinus); **pólenes** de árboles, arbustos, gramíneas o malezas; epitelio o caspa, saliva u orina de **animales** (gato, perro, hámster, cobaya, conejo, caballo, vaca); **hongos** de la **humedad** (como la alternaria alternata o el cladosporium herbarum).

¿Qué es el asma y cómo se manifiesta?

El asma es una enfermedad respiratoria crónica (dura toda la vida) producida por inflamación de la mucosa que reviste la parte interior de los bronquios del pulmón. Esta inflamación provoca que los bronquios se estrechen y se obstruyan (broncoconstricción) y que el bronquio responda exageradamente (hiperreactividad bronquial) a una variedad de factores desencadenantes, como son: el tabaco, las infecciones respiratorias, el ejercicio, el llanto, la risa, los olores fuertes (lacas, pinturas), o también los aeroalergenos.

El asma se manifiesta con **episodios** de **tos**, **fatiga**, **tirantez** en el **tórax** y “**pitos**”, sobre todo por la noche o con el ejercicio. Aunque menos frecuente, puede haber niños y adolescentes con asma que presentan estos síntomas de manera más persistente (no en forma de episodios, sino muchos días de la semana o del mes, por lo que casi

Alergia y asma no es lo mismo

no tienen periodos libres de síntomas).

En nuestro país, aproximadamente, uno de cada 10 niños tiene asma. Hasta un 80% de ellos habrá comenzado con síntomas antes de los 6 años de edad.

Los preescolares tienen, como principal **desencadenante** de los episodios de asma, las infecciones respiratorias **víricas**. Conforme los niños crecen y se hacen mayores, aquellas pierden protagonismo, por lo que, en el escolar y adolescente, toman preponderancia, como factores desencadenantes, los **aeroalergenos**; sin olvidar el **ejercicio** (que puede afectar más cuanto peor controlada esté el asma) y la exposición al humo del **tabaco**, que es otro importante factor desencadenante. Por ello, es primordial que todo niño y adolescente viva en un **ambiente libre de humo de tabaco**.

¿Por qué es importante saber si un niño con asma tiene alergia?

- Desde el punto de vista del diagnóstico, se pueden hacer **pruebas de alergia**, que se realizan "in vivo" (en la piel) o "in vitro" (a través de una prueba de laboratorio con una muestra de sangre). Con estas pruebas se consigue saber a qué está sensibilizado y, según los síntomas que presente, correlacionarlos con alguno de esos alérgenos (no todas las sensibilizaciones dan síntomas de enfermedad).
- Desde el punto de vista del tratamiento, es importante saberlo porque el 70-90% de los escolares con asma están sensibilizados a algún aeroalergeno. Es muy importante conocer a qué aeroalergeno (uno o varios) está sensibilizado cada niño o adolescente, ya que las **medidas de evitación** a los aeroalérgenos son fundamentales para el **control y tratamiento** del asma.
- Y desde el punto de vista del pronóstico, porque la alergia permite **identificar** desde muy temprana edad quién tiene **riesgo** de desarrollar en el futuro otras enfermedades alérgicas, como el asma. Por ejemplo, los niños lactantes que tienen elevada la inmunoglobulina E frente a los alérgenos de clara de huevo o leche de vaca tienen muchas posibilidades de desarrollar sensibilización a aeroalergenos y síntomas de rinoconjuntivitis y de asma a los 7-10 años de edad. La **alergia (atopia)** es el factor de **riesgo** (que aumenta la probabilidad de padecer una enfermedad) más importante para que un preescolar con asma siga teniendo síntomas en la edad escolar, de adolescente y adulto.

Bibliografía.

- Host A, Andrae S, Charlin S, Díaz-Vázquez C, Dreborg S, Eigenmann PA, et al. Allergy testing in children: why, who, when and how? Allergy. 2003; 58: 559-69.
- Documento de posición de La Sección Pediátrica de la Academia Europea de Alergia e Inmunología Clínica (EAACI) donde se establecen recomendaciones sobre por qué, a quién, cuándo y cómo realizar estudios de alergia en niños.
- Mora Gandarillas I, Morell Bernabé JJ y Grupo de Vías Respiratorias. Protocolo de Identificación de la Alergia. El Pediatra de Atención Primaria y la Identificación de la Alergia. Protocolo del GVR (publicación P-GVR-3) [consultado 12/10/2011]. Disponible en url: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm [2].
- Otros Protocolos del Grupo de Vías Respiratorias de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. Disponible en url: www.aepap.org/gvr/protocolos.htm [2].
- Castillo JA. Uso racional de las pruebas diagnósticas: la exploración del niño alérgico. Form Act Pediatr Aten Prim 2009; 2(1): 42-49. E Disponible en url: www.fapap.es/numero-actual?id=3 [3]

- Morell Bernabé JJ, Bamonde Rodríguez L, Mora Gandarillas I, Pascual Pérez JM. Diagnóstico etiopatogénico del asma. En: Cano A, Diaz CA, Monton JL editores. Asma en el Niño y Adolescente. 2º edición. Madrid: Ed Ergon: 2004.