

Un ensayo de clasificación del asma bronquial⁴⁵

Por los Dres.:

ARMANDO H. GOMEZ ECHEVARRIA⁴⁶ y ANSELMO ABDO RODRIGUEZ⁴⁷

Gómez Echevarría, A. H.; Abdo Rodríguez, A. *Un ensayo de clasificación del asma bronquial*. Rev Cub Med 18: 3, 1979.

Se expone nuestro concepto del asma bronquial. Se revisan y comentan las clasificaciones más conocidas de esta afección. Se expone y argumenta un intento de clasificación de base inmune y clínica alérgica. Se insta a la realización de más y mejores trabajos al respecto.

INTRODUCCION

Es sorprendente que una afección de la que se han ocupado los médicos ininterrumpidamente, desde *Hipócrates*, *Galeno* y *Areteo*¹ (460-130 ANE) y a la que dio nombre *Celso*¹ (30 NE), no exista, por lo menos en el material por nosotros revisado, una clasificación que registre los hechos causales, patogénicos, clínicos y experimentales que el tiempo se ha encargado de confirmar, para interrelacionándolos de manera adecuada dar a esta afección los perfiles multidisciplinarios y particularmente inmunopatológicos, que constituyen en nuestros tiempos sus características más significantes.

Si lo antedicho es sorprendente, no dejan de serlo las grandes dificultades con que se ha tropezado para lograr un concepto de asma bronquial que tenga una mayoritaria aceptación, ahora bien, el desarrollo de este trabajo exige necesariamente la enunciación previa del concepto de asma bronquial al que nos adscribimos.

Entendemos por asma bronquial a la disfunción respiratoria ventilatoria obstructiva, reversible la mayoría de los casos como resultado de acciones farmacodinámicas apropiadas o espontáneamente, y provocada por el incremento de la motricidad bronquial, la hipersecreción de moco y el deterioro del epitelio de la mucosa bronquial, todo ello debido a fenómenos específicos (inmunológicos) e inespecíficos, en que por lo general, la base genética tiene un significativo determinismo.²

Esta definición no es inobjetable y pudiera ser ampliada o modificada sobre la base de los nuevos conocimientos

⁴⁵ Trabajo realizado en el servicio de alergia del hospital docente general "Calixto García", Vedado. Ciudad de La Habana. Cuba.

⁴⁶ Profesor titular de medicina interna del Instituto Superior de Ciencias Médicas. Especialista de II grado en alergología. Jefe del servicio de alergología del hospital docente General "Calixto García", Vedado. Ciudad de La Habana. Cuba.

⁴⁷ Especialista de I grado en alergología. Alergólogo del servicio de alergología del hospital docente General "Calixto García". Vedado. Ciudad de La Habana. Cuba.

de que hoy disponemos con relación a esta afección, pero no es el momento para ello, y además, porque el concepto enunciado cumple el objetivo que le hemos asignado.

Información previa

En el siglo XVII, para proceder cronológicamente cuando esto sea posible, impregnado de las observaciones de *Von Helmont*, *Willis*, *Floyer* y *Bree*,^{1,2,3} todos ellos asmáticos y coincidentes en mayor o menor grado en los criterios resultantes de sus observaciones, se consideraban en términos generales dos tipos de asma bronquial:

- 1ro. "asma continua", expresión clínica de las más variadas enfermedades orgánicas del aparato respiratorio,
- 2do. "asma convulsiva, paroxística e idiopática" al que se denominaba "asma flatulenta intermitente", causalmente relacionada por ellos con un mecanismo nervioso.

En 1804 *Laennec*,¹ que tan clásico legado nosolológico nos hiciera de esta afección, puso en boga el término "asma esencial", representativo de su fallido intento de demostrar un *substratum* anatómico en los casos estudiados por él.

En 1864, *H. Salter*⁴ distingue dos tipos de asma: uno debido a la "afección intrínseca de los tubos aéreos" por determinados elementos como variedades de aire, emanaciones de animales y otros inhalantes, y asma debido a "las actuaciones sobre los tubos aéreos" de factores causales variados, situados a distancia de los mismos.

Cuando en 1902 *Ruchet* y *Portier*⁵ describen la anafilaxia, se crean las condiciones para que las interpretaciones del asma bronquial se hicieran desde otros puntos de vista, siendo *Meltzer* en 1910, el primero que relacionó esta afección con el broncoespasmo resultante de la anafilaxia experimental.

Conjuntamente con esto, y en base de los trabajos entre otros de *Von Pirquet*, las intradermorreacciones, de las que ya había antecedentes remotos en el tiempo, comenzaron a cobrar el valor que a las mismas habrían de corresponder en el diagnóstico causal de las afecciones alérgicas, y entre éstas del asma bronquial, clasificando *Walzer* en 1917* el asma bronquial según el resultado de las pruebas cutáneas, en asma sensible o no sensible según éstas fueran positivas o negativas. Esto constituye a nuestra manera de ver, el más cercano antecedente de una clasificación que *Rackeman*^{3,6} puso en boga veinte años después, y que a pesar de los críticos enjuiciamientos a que ha sido sometida se mantiene vigente en nuestros días.

Rackeman^{3,6} fijó los conceptos de "asma intrínseca y extrínseca" de acuerdo con los siguientes criterios:

Asma extrínseca: aquélla que se inicia en edades tempranas de la vida, con una base hereditaria definida y con una relación de causalidad evidente para determinados agentes (alergenos), para los cuales las pruebas cutáneas o mucosas resultaban positivas.

Asma intrínseca: para este tipo de asma, *Rackeman* señala tres posibilidades:

- a) casos que se inician con una infección respiratoria generalmente de tipo gripal, que conduce a una bronquitis que en un momento dado adquiere las características clínicas del asma bronquial. El cuadro clínico así establecido puede desaparecer o no, y puede también en el primer caso, recidivar pasado un tiempo más o menos prolongado.
- b) en una segunda posibilidad incluye los casos de enfisema, bronquitis y bronquiectasias con manifestaciones asmatiformes.
- c) refiriéndose por último a un tipo de asma bronquial que se inicia después de los treinta años, y en el que no es posible establecer una revelación causal con factores extrínsecos.

Don Carlos Jiménez Díaz en 1944³ individualiza varios tipos de asma bronquial:

Asma idiosincrásica, que no es otra cosa según él, que las manifestaciones asmáticas que forman parte del cuadro de la "gran anafilaxia alimentaria": fiebre, vómitos, dolores abdominales, diarreas sanguinolentas, urticaria, edema angioneurótico, o ambos.

Asma alérgica reagínica, representada especialmente por el asma bronquial debido al polen.

Asma compleja, en el que actúan múltiples factores desencadenantes como agentes alérgicos, físicos, psíquicos, mecánicos, etc., y

Asma bacteriana, que se atribuye a procesos infecciosos respiratorios.

*Cooke y colaboradores*⁷ se refieren al asma bronquial, al que califican de infecciosa y que consideran homóloga del asma bronquial intrínseca de *Rackeman*.

*Sherman y Kessler*⁶ no se preocupan específicamente en su obra, de clasificar el asma bronquial que maneja el pediatra en su práctica diaria.

Frouthman,⁸ en un trabajo relativo a las variedades etiopatogénicas del asma bronquial se refiere al "asma alérgica", al "asma alérgica complicada", al "asma vasomotor", "cardiogénica", "infecciosa broncoespástica" y al "asma toxínica". Incluye también un tipo al que denomina "asma tuberculosa o tuberculínica", refiriéndose por último a un "asma compleja o indeterminada".

*Walbot*⁵ en su trabajo se refiere a distintos tipos . evolutivos de esta afección, entre los que incluye el "asma premenstrual" sin entrar en otras consideraciones.

*Leo Críep*¹⁰ en su obra se adscribe a la clasificación de *Rackeman*.

*Pérez Lozano*⁹ en su libro clasifica el asma bronquial en atópica, infecciosa y mixta, sobre la base del origen, la clínica, la patogenia y el tratamiento.

*Farreras Valenti*¹¹ no clasifica específicamente el asma bronquial. Se adscribe a las formas descritas por el profesor doctor *Carlos Jiménez Díaz*, sugiriendo se consideren el "asma endocrina infantil", el de la menopausia y el provocado por hiperfoliculinemia.

En la obra de *Corwin y Hinshaw*¹ no se hace una clasificación de esta afección. Se refieren no obstante a la "bronquitis asmática", como una infección bronquial crónica o recurrente acompañada de broncoespasmo.

Cecil y Loeb,¹³ en el capítulo que dedican al asma bronquial, lo clasifican, siguiendo a *Rackeman*, en intrínseca y extrínseca.

*Swineford*¹⁴ agrupa el asma bronquial en alérgica, infecciosa, psicógena, debida a factores no específicos, a fenómenos reflejos, a enfermedades crónicas del pulmón, por obstrucción bronquial, por insuficiencia aguda del corazón izquierdo e idiopática.

*Pepys*¹⁵ incorpora a la clasificación de *Rackeman* los aportes de la inmunología, y divide el asma bronquial en extrínseca atópica mediada por reagentes, y en extrínseca no atópica mediada por precipitinas. No olvida *Pepys* la posibilidad de casos inmunológicamente mixtos, esto es: reagentes que desarrollan precipitinas y precipitínicos con actividad reagínica. Con relación al asma bronquial intrínseca, la acepta de acuerdo con los criterios clásicos.

Cueva,¹⁶ aunque no pretende hacer una clasificación, distingue las siguientes variedades de asma bronquial: alérgica, bacteriana, mixta, psicógena, climática e intrínseca.

En nuestro medio el profesor *A. Rodríguez de la Vega*¹⁷ clasifica el asma bronquial, atendiendo a los aspectos etiopatogénicos y evolutivos. Etiopatogénicamente considera como *Rackeman* el asma con alérgenos demostrables o alérgicos, y el asma con alérgenos no demostrables o asma no alérgica.

Evolutivamente individualiza los siguientes tipos: asma precoz, paroxística (reversible, 1er. estadio), asma fijada o crónica (no reversible, 2do. estadio), asma tardía (reversible, a veces) y asma angiomesenquimatosa o asma maligna (irreversible, 3er. estadio).

El profesor *Rubén Rodríguez Gavalda*^{1S} ubica los pacientes asmáticos en una de las siguientes categorías: alergias respiratorias debidas a factores inhalantes o alimentarios.

En ambas categorías considera la existencia o no de factores infecciosos, y a este factor lo divide de acuerdo con su función etiopatogénico, en patógenos o alergógeno.

La Comisión Nacional de Asma de nuestro Ministerio de Salud Pública^{11'} aconseja siguiendo a Kraepplien, se clasifique al asmático de acuerdo con la intensidad de la afección del modo siguiente:

Grado I

Menos de seis crisis al año.

De corta duración, habitualmente menos de doce horas.

No disnea por esfuerzo.

Desarrollo físico normal de niños y adolescentes.

Grado II

Entre seis y nueve ataques al año.

De más de doce horas de duración habitualmente.

Provocadas por la risa, el ejercicio, o ambos.

Ausencia o presencia de disnea de esfuerzo en los períodos intercrisis.

Posibilidad de retraso en el desarrollo físico de niños y adolescentes.

Grado III

Diez o más ataques en el año.

Asma crónica, no regreso a la normalidad intercrisis.

Asma esteroide dependiente, actividad aceptable sólo bajo la acción terapéutica de estos agentes.

Niños o adultos jóvenes que han presentado un *status* asmático bien demostrado.

COMENTARIOS

Resulta extraordinariamente difícil hacer comentarios con relación a las clasificaciones del asma bronquial a que nos hemos referido, o a las denominaciones que ciertos autores han dado a las distintas modalidades de esta afección, pero que en realidad no reúnen como ya hemos señalado, l^{as} características mínimas indispensables inherentes a una clasificación, en el justo sentido del término. Esta dificultad radica fundamentalmente en el hecho de que las mismas se hicieron sobre la base de los conocimientos disponibles en el momento de su enunciación, de tal manera que todas y cada una de ellas tienen un valor intrínseco innegable, aún cuando se aparten de las concepciones actuales, no teniendo estos comentarios otro objetivo, que poner de manifiesto la trayectoria ininterrumpida ñor la que han transcurrido hasta nuestros días, los conocimientos relativos a la afección que consideramos.

En los primeros tiempos las clasificaciones eran el resultado de las más acuciosas observaciones y tenían un carácter eminentemente clínico, pero a partir de los trabajos de *Richet*, *Portier* y *Von Pirquet* que vamos a elegir como representativos del inicio de una época caracterizada por el desarrollo explosivo de la inmunología, de la enzimología, de la bioquímica, de la biología celular y de la genética, entre otras disciplinas en que se apoya la jmunopatología, se hizo inevitable un cambio en las bases sobre las que debían estructurarse las futuras clasificaciones, cambio que, por otra parte, no ha sido muy significativo, tal como se infiere de la revisión oor nosotros realizada y expuesta.

En los datos que integran nuestra información previa hemos encontrado como ya hemos señalado repetidamente más denominaciones que verdaderas clasificaciones del asma

bronquial, y lo que es más, estas denominaciones en un número considerable de casos, se hacen sobre la base de criterios causales, patogénicos, o ambos, bien distintos de los que en la actualidad se aceptan como factores determinantes del asma bronquial, razón por la cual en muchas de estas denominaciones, se toma como asma bronquial, lo que en el momento actual se acepta como pseudoasma. Es por esto que sólo haremos comentarios a un número limitado de clasificaciones.

Refiriéndonos a la clasificación de *Rackerman*^{3,0} debemos señalar, que su concepto de asma extrínseca se superpone al criterio que identifica actualmente al asma atópica. Con respecto al asma intrínseca haremos los siguientes comentarios: en el primer tipo se invoca la existencia de un proceso infeccioso bacteriano o viral, agentes exógenos en última instancia, que provocan un proceso inflamatorio de la mucosa bronquial al que se sobreañade por un mecanismo que no es este el momento para analizar, un componente espástico bronquial. Esto, en definitiva, no es de acuerdo con nuestro criterio, otra cosa que una bronquitis asmátiforme.

En el segundo tipo de esta clasificación, el asma se atribuye a alteraciones anatomopatológicas bien definidas (bronquitis, bronquiectasia y enfisema), criterio discrepante con el concepto que al respecto se ha tenido y se tiene actualmente del asma bronquial.

El tercer tipo de esta clasificación se refiere al asma bronquial de aparición tardía en la vida del paciente, en el que no es posible demostrar ni por la clínica, ni por los medios auxiliares, incluyendo los procedentes inmunoalérgicos de diagnóstico, una relación causal con factores extrínsecos. Estos casos responden mal a los tratamientos reputados de adecuados, tienen en general mal pronóstico, tanto desde el punto de vista clínico como inmunoalérgico, y constituyen una amenaza potencial para la vida del paciente.

Se especula si esta variedad de asma bronquial obedece a un mecanismo causal, patogénico, o ambos, poco conocido en el momento actual (alteraciones enzimáticas de la adenilciclasa o de la *obfodiesterasa*; afección del sistema de los receptores beta adrenérgicos; déficit de catecolaminas; alteración de las enzimas con ellas relacionadas; predominio de fenómenos vagales; etc.) o si la vigencia de sus caracteres está determinada por el insuficiente rendimiento de nuestros medios actuales de diagnóstico.

Ahora bien, en el quehacer diario y por razones que ignoramos, al asma que comentamos, tercer tipo de la clasificación de *Rackeman* o asma intrínseca se le identifica con el "asma bacteriano", lo que consideramos incorrecto, por cuanto que tal clasificación se hace sin disponer de los elementos de juicio indispensables para ello por una parte, y porque esto nos llevaría a identificar esta variedad de asma con la correspondiente al primer tipo de la misma clasificación a la que ya nos hemos referido por otra, y por último, porque este proceder anularía el mérito indudable de esta clasificación, que a nuestro juicio radica en la individualización del asma intrínseca correspondiente al tercer tipo de la misma, cuya existencia es innegable en la clínica, aun cuando su interpretación es discutible.

En cuanto a la clasificación del profesor doctor A. *Rodríguez de la Vega*, el aspecto causal, patogénico o ambos de la misma no da lugar a comentarios, por cuanto que repite los criterios de *Rackeman* a que ya nos hemos referido. En el aspecto evolutivo adolece a nuestro juicio, del defecto inevitable en el momento actual, de tratar de esquematizar entre límites muy estrechos, una evolución cuya característica más saliente es la versatilidad.

Con respecto a la clasificación que aconseja la Comisión Nacional de Asma del Ministerio de Salud Pública,¹⁰ nos

impresiona el hecho de apoyarse fundamentalmente en la frecuencia de los ataques, aunque no pospone a otros aspectos, para ubicar al médico frente a una afección de multifactorial determinismo por una parte, y por otra, porque en la práctica un paciente puede tener 10 o más ataques al año, y si se hace un diagnóstico causal adecuado y un tratamiento oportuno, el número de crisis puede decrecer y hasta desaparecer, lo que en definitiva nos señala que no se pueden tomar los grados a que se refiere esta clasificación ni como elementos de pronóstico, sin un estudio acucioso del paciente que contemple y evidencie en lo posible los factores etiopatogénicos, que en última instancia condicionarán las características del tratamiento, así como las posibilidades evolutivas y el pronóstico de éste.

En atención a nuestra información previa y a los comentarios que anteceden, nos propusimos poner en manos del médico práctico un esquema, una agrupación clínico-alergológica orientadora, que basándose en el origen, la patogenia, los síntomas, la evolución y los hechos experimentales ligados al asma bronquial integralmente interpretados a la luz de los conocimientos más recientes, permitieran a éste una clasificación de los casos sometidos a su consideración, con el objetivo práctico de lograr un tratamiento que por sus características, se deje sentir sobre la evolución y el pronóstico de esta afección. Este propósito se resume en el cuadro que se adjunta y que comentaremos a continuación:

1. *Asma bronquial falsa*

Comprende afecciones que por su origen, patogenia y características evolutivas debemos separar del asma bronquial tal y cual concebimos a ésta, pero que en un momento dado pudieran simularlo, lo que obliga indefectiblemente a un diagnóstico diferencial. No nos vamos a referir a la amplia gama de afecciones que pudieran incluirse en este acápite, que se extendería desde el cuerpo extraño intrabronquial hasta la insuficiencia ventricular izquierda paroxística.

2. *Asma bronquial*

Nos referimos aquí al asma bronquial, que pudiera calificarse de verdadera por constituir una entidad bien individualizada en el momento actual por su origen, por su patogenia y características clínicas y evolutivas, a las que por supuesto no vamos a referirnos en este momento. Ahora bien, dentro de este grupo incluimos el asma bronquial con origen demostrable (extrínseca), y el asma bronquial sin origen demostrable (intrínseca), a las que a continuación dedicaremos nuestra atención.

2.1. *Asma bronquial con origen demostrable.*

Es un epígrafe en que se incluyen aquellos tipos de asma bronquial cuya causa es demostrable, ya sea por el resultado de los medios de diagnóstico de fundamento inmunoalérgicos, o en su defecto, por la demostración clínica de la causalidad. De lo antedicho se infiere que a continuación analizaremos los dos grandes grupos que integran este epígrafe.

2.1.1. *Asma bronquial de patogenia demostrable sobre la base del resultado de las técnicas inmunoalérgicas de diagnóstico. Bajo esta denominación se agrupan:*

2.1.1.1. *Asma atópica extrínseca o tipo I de la clasificación de Gell y Coombs, vinculada etiopatogénicamente a la clásica reagina, inmunoglobulina IgE.^{15*20*22}*

2.1.1.2. *El asma bronquial extrínseca relacionada con un anticuerpo de corta duración, sensibilizante de piel, distinto de la reagina convencional, una subclase de la inmunoglobulina G, posiblemente la IgG.^{4*23}*

- 2.1.1.3. Asma extrínseca no atópica, provocada por la intervención de precipitinas o tipo III,¹⁵ a la que *Pepys* ha dedicado tanta atención.
- 2.1.1.4. Tipos de asma bronquial mixtos desde el punto de vista inmunológico, representados por el asma atópica extrínseca, que en un momento de su evolución desarrolla precipitinas, o por el asma extrínseca no atópica, en la que se puede demostrar la participación reagínica.²⁰

Nos vamos a referir a continuación a otros tipos de asma con origen demostrable:

- 2.1.2. Asma bronquial de origen clínicamente demostrable. Incluimos en este epígrafe los casos de asma bronquial en los que los medios de diagnóstico inmunoalérgicos no permiten, por lo menos en el momento actual, establecer su origen, pero en los cuales tal relación de causalidad puede establecerse sobre la base del análisis y valoración de los hechos clínicos, esto por supuesto, con las limitaciones inherentes al alcance de la clínica en los hechos a que nos referimos. Atribuimos estas características a los siguientes casos:

2.1.2.1. Asmas neurógenas

Es de todos conocida la controversial participación de este factor en el origen del asma bronquial, ya sea como agente causal único o como factor etiopatogénico coadyuvante. No obstante, y sin que éste fije criterios que en definitiva no tenemos al respecto, lo individualizamos en nuestro intento de clasificación.

Ahora bien, como resultado de lo anterior se vincula a este factor una proporción variable

de casos de asma bronquial según el criterio de los distintos autores, pero nosotros en atención a directrices didácticas y prácticas sólo incluimos el asma bronquial refleja y la emotiva, sin que neguemos por ello la participación del factor neurógeno en otros tipos de asma bronquial, como pudiera ocurrir entre otros, en el asma bronquial vinculada a los agentes físicos.

- 2.1.2.2. Asma bronquial debida a la acción de agentes físicos, como el frío, el calor, la humedad, los cambios climáticos, las partículas y gases irritantes (?) cuya jerarquía causal debe evaluarse con la mayor austeridad clínico-coalergológica.

- 2.1.2.3. Asma bronquial endocrinometabólica: nos referimos en este epígrafe a los siguientes casos de asma bronquial; uterovárico (puberal, con ritmo catamenial, paramenopáusica, embarazo). ¿Tiroides?, ¿diabetes?

Es casi seguro que los factores causales a que nos referimos no sean únicos, pero su participación es tan evidente que no debe silenciarse.

- 2.1.2.4. Asma inducida por el ejercicio, cuya etiopatogenia es objeto del más serio enjuiciamiento, pero cuya individualidad clínica no parece discutible.

En nuestra clasificación, como se habrá podido observar, no hablamos de "alergenos demostrables" sino de "origen demostrable", lo que nos permite dividir el "asma con origen demostrable" en dos grandes grupos como acabamos de ver; uno que se fundamenta en el resultado de proceder inmunológicos bien caracterizados y otro, donde hasta ahora, los antedichos proceder han

permitido confiablemente establecer una relación causal, asumiendo la clínica, hasta donde esto es posible repetimos, el elemento determinista de tales relaciones de causalidad.

Nos referimos a continuación al:

- 2.2. Asma bronquial sin origen demostrable, coincidente con el tercer tipo de la clasificación de *Rackeman* a que ya nos hemos referido en los comentarios de este trabajo. Se trata pues repetimos, de un asma bronquial que aparece tardíamente en la vida del paciente, en el que no es posible demostrar ni por la clínica, ni por los medios auxiliares de diagnóstico, incluyendo los inmunoalergológicos, una relación causal con factores extrínsecos. Estos casos responden mal a los tratamientos reputados de adecuados, tienen en términos generales mal pronóstico y constituyen las más de las veces por ser o por las complicaciones que surgen en su evolución, una amenaza para la vida de los pacientes. A este tipo de asma bronquial podríamos llamarlo también idiopático o esencial, ya que no disponemos de medios confiables para establecer el diagnóstico de su posible origen.

Este tipo de asma bronquial es objeto de varias interpretaciones como ya adelantamos y ahora repetimos; unos consideran que su vigencia se mantiene.

Ahora bien, cuando por la radiografía, la broncografía, la broncoscopia y otras investigaciones similares se demuestran alteraciones evidentes del árbol bronquial, plantean algunos investigadores la posibilidad de que se trate de casos

de bronquitis estenosante difusa en etapa de escasa o ninguna reversibilidad.

Sin embargo, esto no resulta demostrable en todos los casos, y esto da entrada al criterio de que este tipo de asma bronquial puede obedecer a mecanismos causales, etiopatogénicos o ambos, distintos de los que se incriminan en los casos de asma bronquial de origen demostrable y por ello de conocimiento y manejo que el tiempo y la experimentación deben conformar y perfeccionar para garantizar la confiabilidad necesaria en su aplicación práctica.

Ahora bien, cualquiera de estos criterios discrepa netamente de aquél que considera que es el resultado de una infección aguda o crónica del árbol bronquial o de territorios parabronquiales, pues la aceptación de estas últimas posibilidades nos plantearía el asma bacteriana o infecciosa y nunca al asma intrínseca con las características que le hemos atribuido.

Con respecto al asma bronquial tipo III, etiopatogénicamente debido a precipitinas, ya ha sido comentado en el epígrafe correspondiente al asma bronquial extrínseca calificada de no atópica en base a su etiopatogenia inmunológica. Debiendo agregar, por último, que no debe confundirse el asma bronquial tipo III con las alveolitis extrínsecas por hipersensibilidad, de las que se diferencia desde los puntos de vista anatómico, etiopatogénico, radiográfico y funcional.

En el aspecto clínico nuestra clasificación considera:

1. Asma subclínica: se trata de casos bien estudiados por nosotros,^{24,21} en los que el pacien-

te acude a la consulta por una afección alérgica distinta del asma bronquial, habitualmente una rinoopatía, y no presenta manifestaciones subjetivas, ni al examen físico, que permitan sospechar la existencia de la afección bronquial a que nos referimos, pero en el que una espirometría demuestra la existencia de disfunción ventilatoria obstructiva, verdadera asma bronquial subclínica como sugerimos se denomine esta condición.

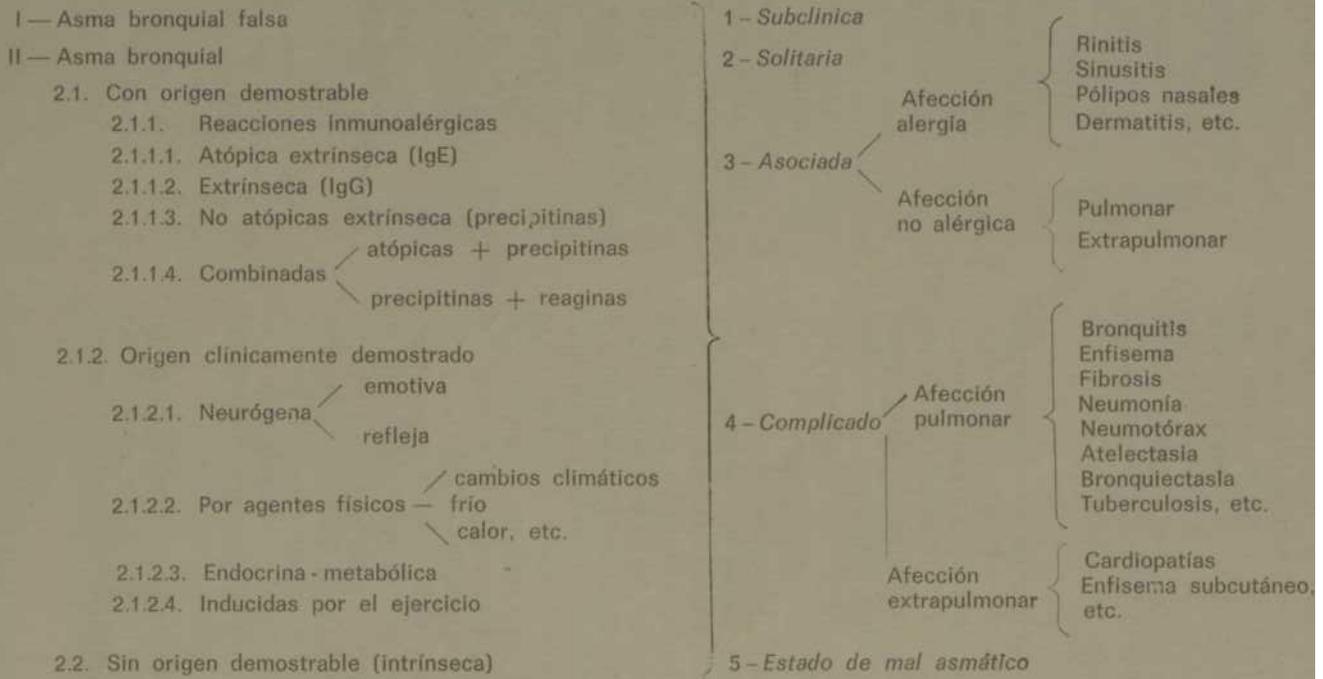
2. Asma solitaria: reservamos esta denominación para aquellos casos de asma bronquial en los que ni la clínica ni los medios auxiliares de diagnóstico permiten descubrir otra afección concomitante o coexistente.
3. Asma bronquial asociada: en estos casos la afección fundamental coexiste con otras que puedan ser o no de mecanismo alérgico. Es importante la consideración de la posibilidad a que nos referimos, particularmente desde el punto de vista del tratamiento integral del asma bronquial, por cuanto que el tratamiento de uno de estos casos debe contemplar la afección que hemos convenido en llamar fundamental, el asma bronquial, pero también la afección asociada, pues de lo contrario sería seguramente, un tratamiento de rendimiento deficitario.
4. Asma bronquial complicada. En estos casos como en el anterior el asma bronquial se asocia a condiciones pulmonares y ex-

tripleuropulmonares que complican la evolución y el pronóstico de la afección fundamental y que como en el caso anterior exigen una orientación terapéutica definida e impostergable.

5. Estado del mal asmático. Se individualiza de las restantes complicaciones por sus características definidas: por la gravedad de su pronóstico y por las particularidades de su tratamiento (unidad de cuidados respiratorios intensivos). *Bodes*¹⁶ cuando se refiere a esta complicación, dice que se trata de una exacerbación aguda del asma bronquial, caracterizada por espasmo intenso y continuo, rebelde a los broncodilatadores, especialmente a la adrenalina y a la aminofilina, que requiere inevitablemente hospitalización y que se cataloga de potencialmente mortal. Todo esto como es natural, justifica la individualización que le hemos dado a esta eventualidad evolutiva del asma bronquial en nuestro intento de clasificación.

Lo expuesto hasta ahora de la clasificación, tiene una base etiopatogénica, no debe olvidarse la necesidad en que se muestran el clínico y el alergólogo una vez situados frente al enfermo con asma bronquial que se trate de factores inhalantes, alimentarios o mixtos, y valorando en su justa participación el factor bacteriano, es decir tener en cuenta los factores causales.

CUADRO
CLASIFICACION CLINICOALERGOLOGICA DEL ASMA BRONQUIAL



SUMMARY

Gómez Echevarría, A. H.; Abdo Rodríguez, A. *An assay for classifying bronchial asthma*. Rev Cub Med 18: 3, 1979.

Our concept of bronchial asthma is exposed. Most known classifications of this affection are reviewed and commented. A classification approach with an immune and a clinical-allergological basis is exposed and argued. We encourage others to pursue this investigation through new and better studies.

RÉSUMÉ

Gómez Echevarría, A. H.; Abdo Rodríguez, A. *Une tentative de classification de l'asthme bronchique*. Rev Cub Med 18: 3, 1979.

Les auteurs exposent leur concept d'asthme bronchique. Ils font une revue des classifications les plus connues de cette affection et en font des commentaires. Ils exposent et argumentent une tentative de classification de base immunitaire et clinique allergologique. Ils insistent sur le besoin de réaliser d'autres travaux sur ce sujet.

PE3KME

roMe3 3^eBepnfl, A.H.; Aó^o Pompares, A. McnHTarae icnaccz- (jHKanmj OpOHXZaJTBHÓfi aCTMH. **Rev Cub Med** 18: 3, 1979.

BunBHraeTCfl Hama KOHueimzH ópoHxzajlHoft acTMU. AHajrcmpyTOT CH z oocyjmaBTCH Hawócuiee z3BecTHue miacczifzKaiuzz 3Toro 3á oojieBaHHfl. BmcsHrajoTCH z apyMeHTzpyBTes perneras Kjracczáiz- Kaunz ajtneprcuorz^ecKofl ZMMYHHoñ z KJizraraecKoñ OCHOBH. Hac TazBaeroe Ha peajm3anjiz nprzx z jryHmzx' paóóT B STOM OTHO- meraz.

BIBLIOGRAFIA

1. *Urbach*. Alergia, 1 ed; pp. 3, 710. Ed. Salvat; Barcelona, 1950.
2. *Gómez Echevarría, A. H.* Conferencia de clases, 1976.
3. *Jiménez Díaz*. Algunos problemas de la patología interna pp. 51, 53, 71-74, 128. Ed. Científico-Médica; Madrid, 1944.
4. *Pérez Lozano*. Asma bronquial, pp. 38. Ed. Edima; Caracas, 1965.
5. *Arasa, P.* Tratado de Alergia, pp. 5, 341-432. Ed. Científico Médica; Barcelona, 1960.
6. *Gell, P. G. H.; Coombs, R. A.* Clínica Inmunológica. I Ed. pp. 333. Ed. Salvat; Barcelona, 1965.
7. *Cooke, R. A.* Allergy in Theory and practice pp. 100-181. Ed. Saunders; Philadelphia, 1947.
8. *Sherman; Kessler*. Pediatric Allergy in Practice. pp. 160-189. Ed Mosby; St. Louis, 1957.
9. *Froutchman, R.* Alergias Respiratorias en tratado de Patología y Clínica Médica (Prof. A. Pedro Pons). Tomo III, pp. 49-85. Ed. Salvat; Barcelona, 1969.
10. *Criep, L. H.* Inmunología clínica y alergia, pp. 170. Ed. Paz Montalvo; Madrid, 1964.
11. *Farreras Valentí*. Medicina Interna, pp. 593. Tomo I. Ed. Revolucionaria; La Habana, 1966.
12. *Corwin Hinshaw, H. Garland, L. H.* Enfermedad del Tórax, pp. 228-245. Ed. Revolucionaria; La Habana, 1968.
13. *Cecil-Loeb*. Tratado de Medicina Interna. Tomo I, pp. 513. Ed. Revolucionaria; La Habana, 1968.
14. *Hansen, K.; Werner, M.* Alergia Clínica, pp. 15. Ed. Salvat; Barcelona, 1970.
15. *Pepys, J.; Frankland, A. W.* Disodium Groglycate in Allergic Airways Disease. pp. 5-8. Ed. Buterworths; London, 1970.
16. *Cueva, J.* Inmunología y Asma Bronquial. Alergia 20: 65, 1, 1972.
17. *Rodríguez de la Vega, A.* Etiopatogenia y clasificación del Asma. Rev Cub Med 1: 3-8, 4, 1962.