



# ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGIA

www.archbronconeumol.org



## Cartas al Director

### La nueva gripe A/H1N1: una pandemia con un sinfín de protagonistas

#### *The New A/H1N1 Influenza: a Pandemic With a Great Many Protagonists*

Sr. Director:

Hemos leído con atención el editorial de Pérez-Padilla y Torre-Bouscoulet recientemente publicado en ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA<sup>1</sup>. Aun entendiendo que su Revista está especializada en enfermedades del aparato respiratorio, y reconociendo que se trata de una excelente descripción de las medidas puestas en marcha en México DF durante las primeras semanas de la pandemia, no podemos dejar pasar por alto el hecho de que los autores hacen especial hincapié, a nuestro entender excesivo, en el papel central que han tenido y tienen los neumólogos en el control y tratamiento de esta pandemia. Creemos sinceramente que estas situaciones a menudo están generadas por un afán, lícito a todas luces, de obtener protagonismo. Sin ir más lejos, y en este mismo sentido, recientemente un grupo de autores, también mejicanos, resaltaban cuál había sido el papel de los servicios de urgencias en dicha ciudad durante los primeros días tras el conocimiento de la situación<sup>2</sup>. Qué duda cabe que la gripe siempre ha supuesto un gran desafío para la medicina<sup>3</sup> y, consecuentemente, tanto neumólogos como “urgenciólogos”, “infectólogos”, epidemiólogos, microbiólogos, internistas, intensivistas o médicos de familia, por citar sólo algunos de los especialistas implicados en la atención de estos pacientes, van a tener mucho que decir y mucho que hacer durante los próximos meses<sup>4,5</sup>. El trabajo multidisciplinario es la base de la medicina moderna y todos los que participan en la atención del paciente deben contar con un reconocimiento explícito. Únicamente así es posible avanzar no sólo en una mejor atención médica, sino también en la investiga-

ción de los procesos y las enfermedades que a diario ocupan a la profesión médica. Un ejemplo de esta colaboración lo constituye la descripción de los primeros casos de gripe nueva A/H1N1 atendidos en España, cuya publicación fue posible gracias a la complicidad de diferentes especialidades médicas<sup>6</sup>. Si los peores escenarios se cumplen, ni que sea sólo en lo que se refiere al aumento de demanda asistencial durante la próxima campaña invernal, habrá trabajo y protagonismo para todos.

### Bibliografía

1. Pérez-Padilla R, Torre-Bouscoulet L. La medicina respiratoria y la nueva gripe A/H1N1: la visión desde México. Arch Bronconeumol. 2009;45:313-4.
2. Saldaña Díaz O, Carreón Méndez CA, Díaz Soto E. Epidemia de gripe nueva A (H1N1): la visión desde un servicio de urgencias de México DF. Emergencias. 2009;21:224-7.
3. Torres-Lana A. Gripe humana y gripes animales: una convivencia forzada. Emergencias. 2009;21:203-12.
4. Torres A. Comité Científico de la SEPAR para la gripe H1N1. Algunas reflexiones sobre la gripe que no quieren llamar porcina: la visión desde Europa. Arch Bronconeumol. 2009;45:315-6.
5. González del Castillo J. La gripe nueva A (H1N1): papel de los servicios de urgencias como atalaya y primera línea de choque frente a brotes epidémicos. Emergencias. 2009;21:162-3.
6. Miró O, Rovira E, Blanco AJ, Salmerón JM, Gatell JM, Cervera C, et al. Descripción clínica y epidemiológica de los primeros casos de gripe nueva A (H1N1) atendidos en España. Emergencias. 2009;21:166-71.

Òscar Miró<sup>a,\*</sup> y Juan González del Castillo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Sección de Urgencias de Medicina, Área de Urgencias, Hospital Clínic, Barcelona, España

<sup>b</sup>Servicio de Urgencias, Hospital de Alcorcón, Madrid, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [omiro@clinic.ub.es](mailto:omiro@clinic.ub.es) (O. Miró)

doi:10.1016/j.arbres.2009.07.009

### Efectividad del bosentán en el manejo de pacientes latinoamericanos con diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar

#### *Effectiveness of Bosentan in the Management of Latin American Patients Diagnosed With Pulmonary Arterial Hypertension*

Sr. Director:

La hipertensión arterial pulmonar (HTAP) es una enfermedad grave, de múltiples etiologías y con mecanismos fisiopatológicos comunes<sup>1</sup>. Se han propuesto diversas opciones farmacológicas, con inconvenientes considerables<sup>2</sup>. El bosentán, un antagonista de la endotelina-1, ha mostrado mejoría funcional en pacientes con este diagnóstico, pero su efecto sobre los parámetros hemodinámicos es más discreto<sup>3</sup>.

Se presenta el caso de 6 pacientes latinoamericanos de sexo femenino, con diagnóstico de HTAP grave tratado con bosentán,

con un seguimiento de hasta 16 meses (media: 10,8). A las 12 semanas hubo una mejoría importante en la prueba de la marcha de 6 min (basal de 321,25 frente a 428,25 m), tendencia que se mantuvo en el tiempo (490 m a los 7 meses). Se observó una disminución significativa de la gravedad de la clase funcional (clasificación de la New York Heart Association modificada) a los 3 y 7 meses (II y III, respectivamente, frente a la basal: IV). Ninguna paciente ingresó por insuficiencia cardíaca derecha o síncope, no hubo ningún fallecimiento durante el seguimiento ni elevación de las transaminasas (tabla 1). La presión pulmonar sistólica medida por ecocardiografía no cambió de forma relevante, como tampoco lo hizo el grado de insuficiencia tricuspídea.

En nuestro conocimiento, esta descripción de casos es la primera experiencia con bosentán publicada en pacientes latinoamericanos. La mejoría de los parámetros funcionales y el cambio modesto de los datos hemodinámicos son

**Tabla 1**  
Cambio de los parámetros funcionales entre el inicio del tratamiento con bosentán y el seguimiento

		Media	DE	P
PM6M	Inicio	334,2	71,6	0,014
	Seguimiento	467,0	34,0	
NYHA	Inicio	3,8	0,4	0,013
	Seguimiento	2,7	0,5	
PSP por ecocardiografía	Inicio	97,3	35,7	0,234
	Seguimiento	110,5	33,8	

DE: desviación estándar; NYHA: clasificación de gravedad de la New York Heart Association; PM6M: prueba de la marcha de 6 min; PSP: presión pulmonar sistólica.

hallazgos similares a los publicados con anterioridad en otras poblaciones<sup>4</sup>.

El pronóstico de la HTAP se ha modificado desde que se introdujo el tratamiento con prostanoides. Este grupo farmacológico demostró inducir una rápida mejoría hemodinámica y de la capacidad del ejercicio, junto con aumento de la supervivencia. Sin embargo, los inconvenientes propios de su corta vida media y administración (epoprostenol: intravenosa; iloprost: inhalada; treprostinil: subcutánea) limitan significativamente su uso. Poco después, el beraprost, prostanoides activo por vía oral, mostró beneficio, pero éste no se mantuvo en el tiempo.

Los estudios con sildenafil arrojaron resultados similares a los observados con los derivados de la prostaciclina. En publicaciones recientes se ha documentado mejoría en la clase funcional, respuesta al esfuerzo y tendencia al descenso de la presión sistólica pulmonar. Estos hallazgos se relacionan con los descritos con antagonistas de la endotelina-1<sup>5</sup>.

El factor de crecimiento derivado de las plaquetas actúa *in vitro* como un potente agente mitógeno y quimioatrayente e interviene en la extensión distal de las células musculares lisas de la vasculatura pulmonar hacia arteriolas pequeñas no muscularizadas. De ahí que el imatinib, un antagonista del factor de crecimiento derivado de las plaquetas, se esté investigando actualmente en esta enfermedad. García et al<sup>6</sup> exponen 4 casos de pacientes con HTAP grave, en clase funcional IV, a quienes se asoció imatinib al tratamiento con prostanoides, sildenafil o bosentán. Todos los pacientes de esta pequeña serie fallecieron después del inicio del fármaco. Hay que considerar lo avanzado de su enfermedad y el pésimo pronóstico.

Sobre la base de los resultados publicados hasta la fecha acerca del tratamiento de la HTAP, el bosentán continúa siendo una

opción válida. Por lo tanto, consideramos importante dar a conocer los casos de pacientes de otros grupos poblacionales que han sido tratados con este medicamento.

### Bibliografía

1. Tuder RM, Marecki JC, Richter A, Fijalkowska I, Flores S. Pathology of pulmonary hypertension. *Clin Chest Med.* 2007;28:23-42.
2. Barberà JA, Escribano P, Morales P, Gómez MA, Oribe M, Martínez A, et al. Estándares asistenciales en hipertensión pulmonar. *Arch Bronconeumol.* 2008;44:87-99.
3. Langleben D. Endothelin receptor antagonists in the treatment of pulmonary arterial hypertension. *Clin Chest Med.* 2007;28:117-25.
4. Segovia J, Ortiz JC, Gómez M, Moñivas V, González M, Alonso-Pulpón L. Efectividad del bosentán en el tratamiento de la hipertensión pulmonar debida a tromboembolia venosa crónica. *Med Clin (Barc).* 2007;128:12-4.
5. Otero I, Blanco M, Alonso A, Raposo I, Vereá H. Hipertensión pulmonar: eficacia clínica del sildenafil en clases funcionales II-III. *Arch Bronconeumol.* 2007;43:272-6.
6. García FJ, Castillo MJ, González R, Garrido R, Ocaña C, Sánchez J. Experiencia en el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar con imatinib. *Arch Bronconeumol.* 2008;44:689-91.

Juan Camilo Ortiz-Urbe\*, Franco Javier Vallejo-García,  
Gloria Franco-Jaramillo, Jorge Ortega-Jaramillo y  
Alejandro Londoño-Villegas

*Departamento de Cardiología Clínica, Clínica Cardiovascular Santa María, Medellín, Colombia*

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [camiloou@une.net.co](mailto:camiloou@une.net.co) (J.C. Ortiz-Urbe)

doi:10.1016/j.arbres.2009.05.004

### Una vía respiratoria unificada: las bronquiectasias también se asocian a rinosinusitis crónica y pólipos nasales

#### ***A United Airway: Bronchiectasis Is Also Associated With Chronic Rhinosinusitis and Nasal Polyps***

Sr. Director:

En noviembre de 2008, ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA publicó la normativa de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) sobre el diagnóstico y tratamiento de las bronquiectasias<sup>1</sup>. Aunque de enorme importancia para el diagnóstico y tratamiento de las bronquiectasias, el documento no menciona en absoluto el impacto que dicha enfermedad tiene en la vía respiratoria superior en forma de rinosinusitis crónica con y sin pólipos nasales, hecho que ya se había puntualizado en un artículo de revisión publicado en esta Revista en 2006<sup>2</sup>.

El concepto de "una vía única" se ha demostrado mediante la asociación epidemiológica, fisiopatológica, de diagnóstico y tratamiento de la enfermedad broncopulmonar con la nasosinusal: asma con rinitis alérgica<sup>3</sup>, asma con poliposis nasal<sup>4</sup>, asma no alérgica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica con rinosinusitis crónica<sup>5</sup>. La experiencia clínica en los Servicios de Otorrinolaringología y Neumología del Hospital Clínic de Barcelona ha llevado a investigar desde hace varios años la asociación de enfermedad nasosinusal en pacientes con bronquiectasias.

Como fruto de esta investigación, contamos hoy día con 2 artículos publicados<sup>6,7</sup> y uno actualmente en prensa sobre la asociación de bronquiectasias y rinosinusitis crónica con o sin poliposis nasal. Entre sus conclusiones, debemos destacar que 3 de cada 4 (77%) pacientes con bronquiectasias reúnen criterios clínicos y radiológicos de rinosinusitis crónica, mientras uno de cada 4 (25%) presenta pólipos nasales en la endoscopia nasal<sup>7</sup>.