

Tabla 1

Influencia de las características de los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad sobre los valores de proteína C reactiva (PCR)

	Sí		No		p
	N.º de pacientes	PCR (mg/l)	N.º de pacientes	PCR (mg/l)	
Edad > 65 años	87	240,4±120,2	74	336,0±181,6	<0,001
Sexo: varones	112	285,1±164,4	49	282,5±145,5	0,924
Comorbilidad ^a	84	283,0±159,8	77	285,7±157,9	0,917
> 1 día de síntomas	134	291,4±166,2	27	248,9±107,5	0,205
Tratamiento previo con antibióticos ^b	34	283,4±183,8	127	284,6±151,7	0,969

Los valores de PCR se expresan como medias ± desviación estándar.

^a Comorbilidad: insuficiencia cardíaca, respiratoria, hepática o renal, o inmunodeficiencia.^b >1 día de tratamiento.

los pacientes, o valorar la utilización de una doble determinación de PCR⁶.

Bibliografía

- Macfarlane JT, Boswell T, Douglas G, Finch R, Holmes B, Honeybourne D, et al. BTS guidelines of the management of community-acquired pneumonia in adults - 2004 update [consultado 01/04/09]. Disponible en: <http://www.brit-thoracic.org/guidelines>.
- Hedlund JU, Hansson LO. Procalcitonin and C-reactive levels in community-acquired pneumonia: correlation with etiology and prognosis. *Infection*. 2000;28:68-73.
- Menéndez R, Cavalcanti M, Reyes R, Mensa J, Martínez R, Marcos MA, et al. Markers of treatment failure in hospitalised community acquired pneumonia. *Thorax*. 2008;63:447-52.
- Alfageme L, Aspa J, Bello S, Blanquer J, Blanquer R, Borderías L, et al. Normativas para el diagnóstico y el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad. Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR). *Arch Bronconeumol*. 2005;41:272-89.
- Bruunsgaard H, Pedersen AN, Schroll M, Skinhoj P, Pedersen BK. Impaired production of proinflammatory cytokines in response to lipopoly-

saccharide (LPS) stimulation in elderly humans. *Clin Exp Immunol*. 1999;118:235-41.

- Chalmers JD, Singanayagam A, Hill AT. C-reactive protein is an independent predictor of severity in community-acquired pneumonia. *Am J Med*. 2008;121:219-25.

Pamela Cabezas^a, Agustín Ruiz-González^{a,b,*} y Miquel Falguera^a

^aBiomedics Research Institut (IRBLLLEIDA),
Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida, España
^bCiber de enfermedades respiratorias (CIBERES 06/06/08)

*Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: aruiz@arnau.scs.es,
agustinruiz@saludalia.com (A. Ruiz-González)

doi:10.1016/j.arbres.2009.05.006

Adalimumab en el tratamiento de la sarcoidosis parotídea

Adalimumab in the treatment of parotid sarcoidosis

Sr. Director:

El adalimumab, de nombre comercial Humira[®], es un fármaco de origen biológico bloqueador específico de la acción del factor de necrosis tumoral, que provoca una rápida disminución de los reactantes de fase aguda de la inflamación. Sus indicaciones aceptadas en ficha técnica hasta el momento son artritis reumatoide, artritis psoriásica y espondilitis anquilosante¹⁻³. Presentamos un caso de sarcoidosis sistémica con brote de parotiditis aguda que no respondió al tratamiento habitual, pero que presentó mejoría clínica importante con este fármaco.

Mujer de 40 años sin alergias médicas conocidas ni hábitos tóxicos, que como antecedentes patológicos presentaba hipertensión arterial en tratamiento con hidrocortisona, portadora de marcapasos desde 2000 por disfunción sinusal y 3 abortos espontáneos. En febrero de 2001 desarrolló un cuadro de eritema nudoso en las extremidades inferiores, junto con un brote de parotiditis bilateral que respondió al tratamiento con 30 mg de prednisona vía oral. En febrero de 2002 presentó insuficiencia cardíaca por posible afectación sarcoidótica miocárdica, y el ecocardiograma mostró una fracción de eyección del 32% e insuficiencia aórtica moderada. Respondió adecuadamente al

tratamiento diurético (furosemida, 40 mg/12 h) y con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (enalapril, 20 mg/día).

En abril de 2008 presentó un nuevo brote de parotiditis bilateral con fiebre, artralgias y disnea. Recibió tratamiento con prednisona a dosis de 30 mg/día durante 2 meses, sin experimentar mejoría del cuadro de parotiditis. Dada la falta de respuesta, en junio de 2008 se inició tratamiento con infliximab a dosis de 300 mg/día (una dosis mensual), llegando a una dosis máxima de 400 mg, sin que se apreciara respuesta clínica. Dado el poco resultado ofrecido hasta entonces por los tratamientos, nos planteamos la opción de probar el adalimumab (Humira[®]). En septiembre de 2008 se inició adalimumab a dosis de 40 mg cada 15 días durante 4 meses, con el que la paciente presentó una buena respuesta clínica, con desaparición de los signos clínicos de parotiditis.

A pesar de la escasa experiencia en el uso de este fármaco en cuadros de sarcoidosis que no responden al tratamiento convencional, el adalimumab podría ser una terapéutica alternativa para este tipo de pacientes.

Bibliografía

- Abbott Laboratories. Highlights of prescribing information. Humira Adalimumab Medication [consultado 30/03/2009]. Disponible en: <http://www.rxabbott.com/pdf/humira.pdf>
- Callejas-Rubio JL, Ortego-Centeno N, López-Pérez L, Benticuaga MN. Treatment of therapy-resistant sarcoidosis with adalimumab. *Clin Rheumatol*. 2006;25:596-7.

3. Wells AU. Infliximab in extrapulmonary sarcoidosis: tantalising but inconclusive. *Eur Respir J*. 2008;31:1148-9.

Marta Cufí-Benet^{a,*}, Carles Sabadell^b y Oriol Codina^c

^aMedicina Familiar y Comunitaria, Hospital de Figueres, Figueres, Girona, España

doi:10.1016/j.arbres.2009.06.002

^bServicio de Neumología, Hospital de Figueres, Figueres, Girona, España

^cServicio de Reumatología, Hospital de Figueres, Figueres, Girona, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mcufi@hotmail.com (M. Cufí-Benet)

Incidencia de asma en población escolar

Asthma incidence in a school population

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés el artículo de Pereira Vega et al¹ titulado "Incidencia de asma en 2 etapas de la vida: niños y adultos jóvenes de la ciudad de Huelva", uno de los escasos estudios que se han publicado hasta la fecha sobre la incidencia de asma en niños de nuestro país². En el artículo se menciona que los estudios ISAAC (International Study of Asthma and Allergies in Childhood), llevados a cabo por García-Marcos et al³ sobre la prevalencia de asma, no han permitido estimar la incidencia de esta enfermedad. A este respecto, hemos de manifestar que sí ha sido posible estimarla y que los resultados se publicaron en 2007⁴; suponemos que cuando se envió el original a ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA (20-6-2007) aún no estaba publicado nuestro trabajo.

El ISAAC estudió a escolares de 6-7 y 13-14 años en 2 fases, la primera en 1994 y la segunda en 2002. En Castellón se estudió a 3.607 escolares de 6-7 años en la primera fase (participación del 80,1%), y una cohorte de 1.698 de estos escolares que en 1994 no presentaban asma volvió a estudiarse 8 años más tarde, cuando contaban 14-15 años. La determinación de caso de asma se basó en un cuestionario escrito, que contestaron los escolares y que se complementaba con otro cuestionario al que respondían los padres. La definición de caso nuevo de asma fue la respuesta afirmativa a las cuestiones "asma alguna vez", "asma diagnosticada por un médico" o "en tratamiento actual para el asma" entre los escolares sin asma en 1994.

Hubo 108 casos nuevos en la cohorte. Así, la incidencia acumulada de asma durante los 8 años fue del 6,4% (108/1.698), que representaría una incidencia aproximada de 8,2 casos por 1.000 personas/año. Para el cálculo del denominador en personas/año asumimos el inicio del asma a mitad del período (a los 4 años de seguimiento), ya que no disponemos del momento exacto del diagnóstico; de manera que los 108 casos suponen 432 personas/año y el resto de niños, 12.720 personas/año, total 13.152 personas/año.

La incidencia de asma estimada en Huelva fue de 15,69 por 1.000 personas/año. Tal vez una mención del número absoluto de casos nuevos de asma habría ayudado a comprender mejor las diferencias de incidencia entre Huelva y Castellón, que pueden atribuirse a: a) diferentes definiciones de caso (basada en cuestionario frente a basada en broncoprovocación y cuestionario); b) distintas edades estudiadas (6-7 frente a 11-16

años al inicio); c) diferencias en sexo (más varones en Huelva); d) problemas de representatividad y sesgo de selección en los estudios debido a las pérdidas de seguimiento en los 2 cortes transversales, y e) diferencias reales entre poblaciones y entorno (Huelva frente a Castellón). Respecto a este último punto, según el estudio ISAAC, la población escolar de Castellón ha presentado prevalencias bajas de asma en relación con otras zonas de España⁵.

En los 2 trabajos se observa la importancia de esta enfermedad en la edad infantil y se constata la dificultad de lograr una participación elevada en el seguimiento. Ahora bien, conviene recordar que la estimación de la incidencia en el ISAAC fue posible por la realización de 2 cortes transversales en la misma población en 2 momentos diferentes. No obstante, la validez de este diseño para contribuir al conocimiento de la epidemiología del asma en nuestro entorno y su vertiente preventiva es manifiesta⁶. Felicitamos a los autores por llevar a cabo su estudio, conociendo el esfuerzo y dedicación que precisa.

Bibliografía

- Pereira A, Sánchez JL, Maldonado JA, Sánchez I, Gil FL, García D. Incidencia de asma en 2 etapas de la vida: niños y adultos jóvenes de la ciudad de Huelva. *Arch Bronconeumol*. 2008;44:464-70.
- Torrent M, Sunyer J, García R, Harris J, Iturriaga MV, Puig C, et al. Early-life allergen exposure and atopy, asthma, and wheeze up to 6 years of age. *Am J Respir Crit Care Med*. 2007;176:446-53.
- García-Marcos L, Quirós AB, Hernández GG, Guillén-Grima F, Díaz CG, Ureña IC, et al. Stabilization of asthma prevalence among adolescents and increase among schoolchildren (ISAAC phases I and III) in Spain. *Allergy*. 2004;59:1301-7.
- Arnedo A, Bellido JB, Pac MR, Artero A, Campos JB, Museros L, et al. Incidencia de asma y factores de riesgo en una cohorte de escolares desde los 6-7 años hasta los 14-15 años en Castellón, según el Estudio Internacional de Asma y Alergias en la Infancia (ISAAC). *Med Clin (Barc)*. 2007;129:165-70.
- Carvajal-Ureña I, García-Marcos L, Busquets-Monge R, Morales-Suárez M, García de Andoni N, Batllés-Garrido J, et al. Variaciones geográficas de la prevalencia de síntomas de asma en niños y adolescentes españoles. *International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) fase III España*. *Arch Bronconeumol*. 2005;41:659-66.
- Antó JM. The causes of asthma: the need to look at the data with different eyes. *Allergy*. 2004;59:121-3.

Alberto Arnedo-Pena^{a,*}, Juan Bautista Bellido-Blasco^a y Ricardo Tosca-Segura^b

^aSección de Epidemiología, Centro de Salud Pública, Castellón, España

^bServicio de Pediatría, Hospital General, Castellón, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arnedo_alb@gva.es (A. Arnedo-Pena)

doi:10.1016/j.arbres.2009.06.003