



Cartas al Director

Réplica

Reply

Sr. Director:

En primer lugar queríamos agradecer los comentarios realizados por los autores A. Esquinas y C. Zamarro sobre nuestro trabajo¹.

El envejecimiento de la población es una realidad. A nivel mundial, se estima que en el año 2050 el número de personas mayores de 60 años se situará en torno a los 2 billones². Este fenómeno será más llamativo en países como España, Italia y Japón. El envejecimiento no es en sí mismo un estado patológico, pero supone una mayor fragilidad del individuo para que aparezcan comorbilidades³.

En esta situación debemos establecer estrategias específicas en población anciana en insuficiencia respiratoria aguda y, sobre todo, seguir profundizando en el entendimiento de qué pacientes se beneficiarán más de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI).

En respuesta a las cuestiones planteadas por los Dres. Esquinas y Zamarro:

1. El 65% de los pacientes de nuestro estudio tenían órdenes de no intubación oro-traqueal (IOT). El principal motivo para firmar las órdenes de no IOT fue la situación basal del paciente y un estado avanzado de la enfermedad de base. Aunque no disponemos en la actualidad de un protocolo de actuación en casos de pacientes no intubables, la decisión es tomada por el neumólogo responsable de la Unidad de Monitorización Respiratoria (UMR) o el neumólogo de guardia, y en la gran mayoría de los casos de forma consensuada con la familia tras informales de la situación clínica del paciente.

En este momento, nuestro grupo está desarrollando un estudio en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico (LET), cuyos datos pretendemos publicar próximamente, con el objetivo de determinar las características de esta población. En general, según nuestros datos preliminares, limitamos el esfuerzo en pacientes con mayor dependencia medida con el índice de Barthel, más comorbilidades y de mayor edad.

2. Estamos de acuerdo en que la insuficiencia cardíaca impactó en la mortalidad y fue una de las causas de la mayor mortalidad con respecto a otras series donde se incluyeron a más pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)⁴.

Según nuestro análisis, los pacientes con EPOC con peor pronóstico durante el ingreso mostraron niveles de pH más bajos y de PaCO₂ más elevados. También mostraron una cifra más alta de proteína C reactiva ($p < 0,008$) y un recuento mayor del porcentaje de neutrófilos ($p < 0,009$). Otros factores que aumentaron el riesgo relativo (RR) de reingreso en este grupo fueron:

oxigenoterapia en domicilio al alta (RR = 1,65; intervalo de confianza al 95% [IC 95%], -2,62 a 5,92) e ingresos previos en acidosis respiratoria con necesidad de VMNI (RR = 2,18; IC 95%, 1,77-2,59). No hemos analizado de forma específica los datos de la vida basal, aunque estamos desarrollando un protocolo para comprobar la hipótesis del posible impacto de la situación basal del paciente sobre el reingreso.

3. En nuestra experiencia los reingresos posteriores de los pacientes que requirieron VMNI también se realizaron en la UMR con el mismo protocolo asistencial. Salvo algunas excepciones, cuando se inicia la VMNI fuera de la UMR se intenta el traslado del paciente a la unidad en 24-48 h en función de la disponibilidad de camas.
4. La atención de las complicaciones que pudiese presentar el paciente durante el ingreso en la UMR fueron atendidas por el neumólogo de la unidad o el neumólogo de guardia, incluyendo las cardiovasculares y las renales. En estos casos, cuando el paciente requería atención o la realización de técnicas específicas se comentaba el caso con el especialista correspondiente. La limitación en la realización de técnicas específicas, como la diálisis en el caso de la insuficiencia renal, o la utilización de aminas, se realizó individualmente tomando una decisión tras la valoración multidisciplinar del paciente y en consenso con él y/o los familiares.

Respecto a la pregunta de cuándo limitar el inicio de la VMNI, en la actualidad no disponemos de datos para responder. En nuestra práctica se basa en un criterio clínico y consensuado con los deseos del paciente y la familia. Los datos del estudio de la LET que estamos realizando nos permitirán determinar mejor las características de los pacientes en los que se decide limitar el esfuerzo terapéutico y los motivos para tomar esta decisión. Consideramos que estos datos nos ayudarán para plantear trabajos más amplios y la realización de un protocolo de actuación.

5. La ventilación mecánica en domicilio (VMD) se pautó a los pacientes con EPOC que ingresaban por segunda vez en acidosis respiratoria y presentaban hipercapnia. En este subgrupo la VMD fue un factor protector de reingreso (RR = 0,76; IC 95%, 0,35-1,17).
6. No hemos realizado un análisis coste-eficacia, por lo que no podemos aportar datos específicos a este respecto. Según datos de otros estudios, la utilización de una cama de una UMR es más barata que una cama de UCI⁵. Por tanto, el uso de unidades específicas donde se acorta la estancia hospitalaria y se reducen las complicaciones debe suponer un ahorro de costes. En cualquier caso, nos parece interesante como base de un futuro estudio que confirme este supuesto.

En conclusión, estamos de acuerdo en la necesidad de la creación de espacios específicos para la realización de VMNI y de protocolos multidisciplinarios, tanto durante el ingreso como al alta, dirigidos específicamente a población anciana.

Conflicto de intereses

Todos los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Segrelles Calvo G, Zamora García E, Girón Moreno R, Vázquez Espinosa E, Gómez-Punter RM, Fernandes G, et al. Ventilación mecánica no invasiva en una población anciana que ingresa en una unidad de monitorización respiratoria: causas, complicaciones y evolución al año de seguimiento. Arch Bronconeumol. 2012;48:349-54.
2. WHO. Health Statistics and Health Information System. Revised Global Burden of Disease (GBD) 2002. Disponible en: www.who.int/thinfo/bodgbd2002revised/en/index/html [consultado 20 Dic 2012].
3. Yach D, Hankes C, Gould C, Hofman K. The global burden of chronic diseases. JAMA. 2002;291:2616-22.

4. Ortega-González A, Peces-Barba G, Fernández I, Chumbi R, Cubero de Frutos N, González Mangado N. Evolution of patients with chronic obstructive pulmonary disease, obesity hypoventilation syndrome, or congestive heart failure undergoing noninvasive ventilation in a Respiratory Monitoring Unit. Arch Bronconeumol. 2006;42:423-9.
5. Elliot MW, Confalonieri M, Nava S. Where to perform noninvasive ventilation. Eur Respir J. 2002;19:1159-66.

Gonzalo Segrelles Calvo*, Enrique Zamora García y Julio Ancochea

Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IP), Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gsegrelles@hotmail.com (G. Segrelles Calvo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.03.002>

Recidiva local de tumor carcinoide bronquial

Local Recurrence of a Bronchial Carcinoid Tumour

Sr. Director:

Presentamos el caso de un varón de 74 años que acude a urgencias en noviembre de 2012 por expectoración hemoptoica con expulsión de «cuerpo extraño» sólido de aspecto carnoso. En los días previos refería sensación de sibilancias autolimitadas, sin disnea. Antecedentes: no hábitos tóxicos, neumonía en 2003 que precisó ingreso y lobectomía superior derecha por tumor carcinoide bronquial típico en abril de 2008. Sigue controles y revisiones periódicas sin evidencia de recidiva. Exploración: sibilancias en hemitórax derecho, sin otros hallazgos. En la analítica destaca: hemoglobina 11,1 g/dl, resto de parámetros normales. En la radiografía de tórax se apreciaba pérdida de volumen en hemitórax derecho por lobectomía superior derecha, sin cambios respecto a las previas. En la TC toracoabdominal se observaron lesiones polipoides en el bronquio principal derecho y en el muñón del bronquio lobar superior derecho. Broncoscopia: restos hemáticos con varias lesiones redondeadas, hipervascularizadas, milimétricas, en el tercio inferior de la tráquea, en la pared anterolateral derecha y anterior del bronquio principal derecho, por encima de la salida del lobar medio; carina principal y árbol bronquial izquierdo normales; masa lobulada en la zona del muñón de lobectomía superior derecha, sugestivas de tumor carcinoide (fig. 1). La biopsia bronquial fue informada como tumor neuroendocrino bien diferenciado tipo carcinoide con patrón de crecimiento organoide, sin identificar focos de necrosis, pero basándose en el índice de proliferación del 70%, corresponde a un carcinoma de alto grado. Inmunohistoquímica: Ki 67(+) en el 70% de las células tumorales, sinaptofisina intensamente positiva. Para completar el estudio de extensión se solicitó una gammagrafía con octreótido que no evidenció captaciones patológicas¹.

En Cirugía Torácica se realizó escisión local de tejido tumoral y coagulación con argón de las lesiones, excepto la infiltración más distal del bronquio derecho e intermediario. Posteriormente recibió tratamiento quimioterápico sistémico².

El tumor carcinoide es una neoplasia maligna de estirpe neuroendocrina originada en las células basales glandulares enterocromafines (Kulchitsky). Las localizaciones más frecuentes son la gastrointestinal (55%) y la pulmonar (30%). En esta, la endobronquial en el bronquio principal o lobar (70%). Histológicamente se subclasifica en carcinoide típico (crecimiento muy lento y 4 veces más frecuente) y atípico en función del número de mitosis por campo y presencia de necrosis³.

Suele ser asintomático o bien sangrar u obstruir produciendo tos, sibilancias, dolor torácico o neumonía recurrente. Solo el 5% secretan sustancias vasoactivas responsables del síndrome carcinoide. Se diagnostica mediante radiografía de tórax, TC y broncoscopia. Para la estadificación se utiliza RNM y gammagrafía con somatostatina⁴.

El tratamiento es cirugía radical (de elección), escisión endobronquial (láser), análogos de somatostatina, interferón alfa, quimioterapia, radioterapia. La supervivencia a los 5 años es: típico, del 82-87%, y atípico, del 56-75%⁵.

Lo llamativo de este caso es que, a pesar de la edad tardía de inicio (69 años), se consideró carcinoide típico con aparición de recidiva local tras más de 4 años libre de enfermedad. En ella



Figura 1. Imagen endoscópica en la que se aprecia una masa polilobulada, con zonas de necrosis, en la zona de muñón de la lobectomía superior derecha.