

Actualización de GesEPOC 2014 y corticoides sistémicos en la agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)



2014 GesEPOC and Systemic Steroids in chronic obstructive pulmonary disease (COPD) Exacerbation: An Update

Sr. Director:

Hemos leído la última versión de la guía GesEPOC, publicada recientemente (enero del 2014) en nuestra revista de difusión ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA¹. Cuando el estudio AUDIEPOC fue publicado en julio del 2012, observamos que existía poca homogeneidad en el manejo de la agudización de la EPOC a nivel nacional². Haciendo una revisión más precisa de los datos publicados, se observó que esta variabilidad existe también en el uso de los corticoides sistémicos durante las agudizaciones. En la actualización del 2014, la guía clínica GesEPOC propone un cambio en el tratamiento con corticoides sistémicos durante la agudización de la EPOC. Así, en su versión inicial, se recomendaba una tanda corta durante 7 a 10 días³, mientras que en la actualización del 2014, la guía apoya el uso de «tandas cortas de 5 días en agudizaciones que no precisan de ingreso hospitalario».

Creemos que este cambio se basa fundamentalmente en los datos aportados por el ensayo clínico REDUCE⁴. Este estudio comparó el tratamiento de una tanda corta de 40 mg de prednisona durante 5 días con uno de 14 días durante las agudizaciones. El ensayo demostró una tasa similar de reagudizaciones, con la ventaja de una menor exposición a corticoides y datos muy parecidos en los «outcomes» (estancia hospitalaria y defunciones).

Estamos de acuerdo en que es posible manejar las agudizaciones con dosis más bajas y durante menos días de tratamiento que las empleadas en la práctica clínica habitual. Al mismo tiempo, consideramos que esta conclusión, actualmente limitada por la guía a los pacientes manejados a nivel ambulatorio, también podría ser ampliable a algunos de los pacientes con agudizaciones más graves y que requieren ingreso hospitalario. En el ensayo clínico REDUCE, de los 314 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias (311 evaluados) y que fueron aleatorizados a recibir pauta corta o larga de corticoides, 289 (92%) pacientes fueron ingresados en el hospital. Los grupos fueron adecuadamente «balanceados» respecto a la gravedad de la EPOC (GOLD 2, 3 y 4 en ambos grupos) y a la presentación clínica (constantes vitales, oxigenación al ingreso, leucocitosis).

Por otra parte, el metanálisis publicado por el grupo de Cheng et al.⁵ refuerza la hipótesis presentada de que las dosis menores de corticoides (30-80 mg de prednisona durante 5 días) pueden utilizarse con seguridad en el paciente con agudización de EPOC de manejo intrahospitalario.

Aunque quizá este metanálisis y el ensayo clínico REDUCE son los únicos que avalan las pautas cortas intrahospitalarias y que probablemente se necesitarán algunos estudio que lo confirmen en poblaciones especiales (¿pacientes con broncoespasmo persistente?), consideramos que en GesEPOC se debería incluir a esta población de enfermos y señalar que no solo son tributarios aquellos con agudización de la EPOC de manejo ambulatorio.

Bibliografía

- Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle MD, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Actualización. Arch Bronconeumol. 2014;50 Supl 1:1-16.
- Pozo-Rodríguez F, López-Campos JL, Álvarez-Martínez CJ, Castro-Acosta A, Agüero R, Hueto J, et al. AUDIPOC Study Group. Clinical audit of COPD patients requiring hospital admissions in Spain: AUDIPOC study. PLoSOne. 2012;7:e42156.
- Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)-Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2012;48 Supl 1:2-58.
- Leuppi JD, Schuetz P, Bingisser R, Bodmer M, Briel M, Drescher T, et al. Short-term vs. conventional glucocorticoid therapy in acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. JAMA. 2013;309:2223-31.
- Cheng T, Gong Y, Guo Y, Cheng Q, Zhou M, Shi G, et al. Systemic corticosteroid for COPD exacerbations, whether the higher dose is better? A meta-analysis of randomized controlled trials. Clin Respir J. 2013;7:305-18.

Pedro J. Marcos^{a,*}, Arturo Huerta^b y Eduardo Márquez-Martín^c

^a Servicio de Neumología, Instituto de Investigación Biomédica de A Coruña (INIBIC), Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC), SERGAS, A Coruña, España

^b Imperial College London Academic Unit of Respiratory Medicine at Royal Brompton Hospital, London, Reino Unido

^c Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pedro.jorge.marcos.rodriguez@sergas.es (P.J. Marcos).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.05.007>

Lipoma intrapulmonar periférico: reporte de un caso



Peripheral Intrapulmonary Lipoma: A Case Report

Sr. Director:

Los lipomas pulmonares son raros, de ubicación endobronquial e intraparenquimatoso, siendo esta última presentación mucho más rara. Nuestro caso trata de una mujer de 62 años de edad, de ocupación quehaceres domésticos, con antecedentes de colpitis, psoriasis, hipertensión arterial e histerectomía, sin antecedentes de tabaquismo. En un control médico particular, la radiografía de tórax evidenció una imagen radiopaca en base pulmonar derecha de bordes nítidos de 4 × 3 cm, siendo referida al Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo, en Guayaquil, Ecuador.

En la exploración física la auscultación pulmonar evidenciaba disminución de murmullo vesicular en base derecha. El resto de la exploración física era normal. Los parámetros hematológicos, bioquímicos y los marcadores tumorales (CEA- CYFRA 21-1 NSE) estaban dentro de los límites normales y el estudio de espirometría fue normal. En el estudio tomográfico de tórax se observa en el segmento basal posterior derecho una formación de tejidos blandos con coeficiente de atenuación de grasa de contornos irregulares con una macrocalcificación en el interior de 4 × 3 cm. La paciente es sometida a toracotomía derecha, localizándose tumoración a nivel del segmento basal posterior derecho del pulmón, decidiéndose realizar lobectomía inferior derecha, sin complicaciones posquirúrgicas. El estudio anatomopatológico de la muestra obtenida reportó: lipoma intraparenquimatoso.

Se considera que la frecuencia de los lipomas pulmonares es del 0,1 al 0,5% de todos los tumores pulmonares. Se localizan



Figura 1. Tomografía computarizada torácica que muestra imagen de tejidos blancos con coeficiente de atenuación de grasa de contornos irregulares con una macrocalcificación en el interior de 4 x 3 cm.

endobronquialmente, y muy ocasionalmente en la periferia del pulmón¹. Para Watts, Clagget y MacDonald, los lipomas que se producen en el parénquima del pulmón o por debajo de la pleura podrían surgir de la grasa que a menudo está presente en los bronquios más pequeños².

Son pocos los casos de lipoma intrapulmonar periférico publicados, con escasa literatura lo cual hace más difícil su diagnóstico y adecuado manejo terapéutico. La mayoría de los casos registrados hablan de hallazgos incidentales y de diagnóstico después de la resección quirúrgica. Consideremos el primer caso reportado en la literatura en 1911 por Buchmam quien describe el hallazgo en una autopsia²; Hirata en 1989 resalta que «el tratamiento del lipoma periférico está limitado a la intervención quirúrgica»³; en el 2004 para Wood la revisión previa del archivo radiológico evitó la necesidad de intervención quirúrgica con fines

diagnósticos. Pero también pone de manifiesto que el diagnóstico diferencial de una masa pulmonar periférica que contiene grasa incluye, además de lipoma, el fibrolipoma-hamartoma y liposarcoma³.

En nuestro caso teníamos una paciente sin archivo radiológico previo, con una imagen radiopaca intrapulmonar, en la que en la búsqueda de un diagnóstico preciso que descartara o confirmara malignidad solo la anatomía patológica fue la herramienta de certeza (fig. 1).

Conflicto de intereses

Certificamos no tener conflictos de intereses, ni con ningún gobierno constitucional, ni con ninguna empresa de la industria farmacéutica ni médica que implique en este trabajo.

Bibliografía

1. Sánchez-Font A, Pijuan L, Rodríguez-Rivera C, Vollmer I, Curull V. Tumores endobronquiales benignos infrecuentes. RevEsp Patol. 2011;44:245-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.patol.2010.11.003>.
2. Touroff AS, Seley GP. Lipoma of the bronchus and the lung. A report of two unusual cases. Ann Surg. 1951;134:244-50.
3. Wood J, Henderson RG. Peripheral intrapulmonary lipoma: A rare lung neoplasm. Br J Radiol. 2004;77:60-2.

Norma Castro Ramírez^a, Fernando Cano Pazmiño^b
y Tannia Rivera Rivera^{b,*}

^a Servicio de Medicina Interna, Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo, Guayaquil, Ecuador

^b Servicio de Neumología, Instituto Oncológico Nacional Dr. Juan Tanca Marengo, Guayaquil, Ecuador

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dramimo@hotmail.com

(T. Rivera Rivera).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2013.11.006>

Situs inversus asociado a atelectasia pulmonar



Situs Inversus With Pulmonary Atelectasis

Sr. Director:

El *situs inversus* total (SIT) es una enfermedad congénita poco frecuente con una transposición de los órganos torácicos y abdominales¹. El *situs inversus* (SI) es un defecto congénito, autosómico recesivo cuya incidencia en la población general tan solo es del 0,001 al 0,01%². En general, esta rara anomalía genética se descubre o diagnostica fortuitamente durante una prueba de imagen torácica y abdominal. En el presente artículo se describe un caso con atelectasia pulmonar derecha, observándose el corazón, el bazo y el hígado a la derecha de la línea media.

Un hombre de 46 años de edad, no fumador y que no refería molestia alguna, fue derivado a nuestro servicio con una radiografía de tórax anómala que mostraba dextrocardia y una opacidad homogénea en la zona media del pulmón derecho. La tomografía computarizada (TC) de tórax reveló una atelectasia segmentaria, que se extendía desde el lóbulo inferior derecho hasta el lóbulo medio derecho (fig. 1). El corazón y el bazo también se observaban a la derecha de la línea media y el hígado se localizaba a la izquierda. Con estos hallazgos, se definió un SIT. La broncoscopia de fibra óptica reveló la ausencia de lóbulo superior en el pulmón derecho, pero es interesante destacar que la estructura del lóbulo superior del pulmón izquierdo era similar a lo habitual, es decir, incluía los 3 segmentos: apical, anterior y posterior. Los resultados del lavado broncoalveolar y de la citología fueron normales. El lavado broncoalveolar y el broncoaspirado fueron negativos para bacilos ácido-alcohol resistentes y el cultivo de Lowenstein para tuberculosis fue negativo. Con 6 meses de seguimiento no se observaron cambios clínicos ni radiológicos.

El SI es una anomalía posicional congénita en la que las vísceras abdominales se desarrollan en una posición incorrecta. El SI es una anomalía poco frecuente, con una proporción varones:mujeres de 3:2³. En la lateralidad habitual o *situs solitus* el pulmón trilobulado, el hígado, la vesícula biliar y otros órganos internos se encuentran a la derecha, mientras que en el SI se localizan a la izquierda. Puede observarse tanto con levocardia como con dextrocardia⁴.

En el presente caso, el SIT se definió con atelectasia segmentaria del pulmón derecho y del lóbulo superior derecho desarrollado en el área del lóbulo superior izquierdo. Hasta lo que el autor conoce, esta combinación no se ha descrito nunca en los estudios