

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, Huetto 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