

Ventilación no invasiva en la esclerosis lateral amiotrófica en pacientes ambulatorios y hospitalizados, ¿una perspectiva similar o diferente?



Non-invasive ventilation in amyotrophic lateral sclerosis in outpatients and inpatients. Different perspectives?

Sr. Director:

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una enfermedad neuromuscular caracterizada por una degeneración progresiva de las neuronas motoras. Debido al mal pronóstico de la enfermedad, un manejo integral del paciente se ha demostrado como factor fundamental, junto al inicio precoz de la ventilación mecánica no invasiva (VMNI), para prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida¹.

Hemos leído con interés el artículo original de Sanjuán-López P, et al.², que refleja la importancia de una asistencia neumológica integral y que permite detectar las posibles carencias existentes. Sin embargo, creemos que deberían tenerse en consideración algunos aspectos reflejados en el estudio:

1. La no inclusión en el estudio de pacientes manejados de manera ambulatoria limita la extrapolación de los resultados de evolución y supervivencia, puesto que al incluir solo a pacientes que han precisado ingreso hospitalario se está seleccionando a un subgrupo de pacientes que probablemente presenten una situación clínica más grave que los manejados en el domicilio. Por este motivo, hubiera sido interesante haber incluido al subgrupo de pacientes que tuvieron un manejo ambulatorio, indicando los criterios utilizados para el inicio de la VMNI y la evolución de estos pacientes.
2. Según describen los autores, el inicio de la VMNI de los pacientes incluidos en el estudio se realizó en base a criterios de insuficiencia respiratoria, no teniendo en cuenta que la indicación de la VMNI actual en pacientes con ELA se establece en base a criterios clínicos y estudios de función pulmonar³. En este sentido, cabe destacar que solo 30 de los 43 pacientes en los que se inició la VMNI durante el ingreso presentaban estudios de función pulmonar previa, lo que apoya la idea de que en muchos de los casos el inicio de la VMNI se realizó de manera tardía, pudiendo repercutir en los datos de evolución y supervivencia descritos en el artículo. Este aspecto es importante puesto que la ventaja de iniciar la VMNI mediante una evaluación neumológica precoz radica, por un lado, en la mayor probabilidad de poder

manejar a los pacientes desde consultas, manteniendo una relación estrecha entre domicilio y atención hospitalaria⁴ y, por otro lado, en una mejoría en la calidad de vida y supervivencia. De esta forma, el ingreso hospitalario quedaría limitado a situaciones más complejas como pueden ser la desadaptación a la VMNI o complicaciones derivadas de la evolución de la enfermedad.

Consideramos que en este sentido se debe destacar el papel del neumólogo y la existencia de una unidad multidisciplinar como herramienta esencial, de tal manera que nos permita realizar una valoración integral del paciente y una evaluación neumológica precoz que nos permita un adecuado manejo del paciente, lo cual se traduce en una mejor calidad de vida y supervivencia⁵.

Bibliografía

1. Aldana Espinal JM, Álvarez Rueda JM, Arispón García C, Barrera Chacón JM, Barrot Cortés E, Boceta Osuna J, et al. Guía Asistencial de Esclerosis Lateral Amiotrófica. Plan de Atención a Personas Afectadas por Enfermedades Raras de Andalucía. 2012. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud y Bienestar Social. Junta de Andalucía Avda. de la Constitución 18, 41071 Sevilla.
2. Sanjuán-López P, Valiño-López P, Ricoy-Gabaldoñ J, Vereá-Hernando H. Esclerosis lateral amiotrófica: impacto del seguimiento neumológico y ventilación mecánica en la supervivencia. Experiencia en 114 casos. Arch Bronconeumol. 2014; pii: S0300-2896(14)00177-X.
3. Andersen PM, Abrahams S, Borasio GD, de Carvalho M. EFNS guidelines on the clinical management of amyotrophic lateral sclerosis (MALS)-revised report of an EFNS task force. Eur J Neurol. 2012;19:360-75.
4. Güell MR, Antón A, Rojas-García R, Puy C, Pradas J. Atención integral a pacientes con esclerosis lateral amiotrófica: un modelo asistencial. Arch Bronconeumol. 2013;49:529-33.
5. Zoccollella S, Beghi E, Palagano G, Fraddosio A, Guerra V, Lepore V, et al. ALS multidisciplinary clinic and survival. Results from a population-based study in Southern Italy. J Neurol. 2007;254:1107-12.

Candela Caballero-Eraso^{a,*}, Antonio Dominguez-Petit^b y Antonio M. Esquinas^c

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

^b Servicio de Urgencias y Emergencias, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España

^c Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Morales Meseguer, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ccaballero-ibis@us.es (C. Caballero-Eraso).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.08.011>

Síndrome de vena cava superior secundario a una forma focal idiopática de fibrosis mediastínica



Superior vena cava syndrome caused by an idiopathic localized form of mediastinal fibrosis

Sr. Director:

La fibrosis mediastínica (FM) es una de las causas benignas más frecuentes de síndrome de vena cava superior (SVCS) junto con la trombosis secundaria a dispositivos intravasculares (vías centrales, cables de marcapasos...). No obstante, la causa más frecuente de SVCS continúa siendo las neoplasias malignas, especialmente el carcinoma broncogénico. En zonas endémicas, la FM es una

complicación relativamente frecuente de las infecciones por *Histoplasma capsulatum*, si bien en nuestro medio son más frecuentes las formas idiopáticas, las formas asociadas al depósito de inmunoglobulina (Ig) G4 (en el contexto de las enfermedades relacionadas con IgG4 como la fibrosis retroperitoneal o la tiroiditis fibrosante de Riedel), o las formas secundarias a otras enfermedades granulomatosas como la tuberculosis¹⁻⁴.

Presentamos el caso clínico de un varón de 44 años, no fumador, que acudió a nuestro hospital por presentar un cuadro clínico progresivo de cefalea y edema facial y de extremidades superiores de un mes de evolución. La radiografía de tórax mostró un sutil ensanchamiento mediastínico paratraqueal derecho (fig. 1A) pero sin opacidades parenquimatosas ni derrame pleural. En la exploración física únicamente destacaba una dilatación de las venas del cuello y un edema facial y cervical. En la tomografía