

Cristina Abad Fernández*, Rut Romera Sánchez
y Luis Gorospe Sarasua

Departamento de Radiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal,
Madrid, España

* Autora para correspondencia.

Correo electrónico: cristina.abadfernandez@hotmail.com
(C. Abad Fernández).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.09.013>

Termoplastia bronquial para el manejo del asma severo: experiencia inicial en Chile



Bronchial thermoplasty for severe asthma: Initial experience in Chile

Sr. Director:

El asma bronquial es una enfermedad cada vez más prevalente en la población adulta, un 10,2% de la población chilena refiere tener sospecha de asma, sin presentar diferencia entre varones o mujeres¹. En los casos de asma severa, el desarrollo de la termoplastia bronquial (TB) es una alternativa que ha demostrado ser efectiva y segura, mejorando la calidad de vida de estos pacientes^{2,3}.

Presentamos los primeros 4 casos de pacientes con asma severa tratado con TB. Todos ellos estaban recibiendo corticosteroides y β -agonistas inhalados a altas dosis ($> 1.000 \mu\text{g}/\text{día}$ de fluticasona o equivalente), inhaladores de rescate > 3 veces por día, inhibidores de los leucotrienos y corticoides sistémicos permanentes. En la [tabla 1](#) se presentan las características basales de cada paciente. Todos ellos recibieron las primeras 2 sesiones de TB en forma ambulatoria, sin ninguna complicación. Al finalizar la tercera sesión, todos los pacientes presentaron crisis asmática severa, con necesidad de hospitalización. El primer paciente fue hospitalizado durante 48 h, el segundo durante 6 días, y el tercer y cuarto paciente durante 7 días. Este último requirió, además, 3 días de ventilación no-invasiva.

En todos los pacientes el intervalo entre tratamientos fue igual o superior a las 4 semanas. El VEF1 basal previo a cada sesión se mantuvo estable. Todos los pacientes recibieron prednisona 50 mg/3 días previos al tratamiento, el día del procedimiento y el día posterior.

La TB es un procedimiento broncoscópico que consiste en 3 sesiones en las que se genera la ablación de la musculatura lisa bronquial mediante energía térmica. En la primera sesión se interviene el lóbulo inferior derecho, en una segunda se trata el lóbulo inferior izquierdo y en una tercera sesión ambos lóbulos superiores, el tiempo entre cada sesión es de 4-6 semanas⁴.

En una revisión sistemática reciente, donde se incluyeron los ensayos clínicos randomizados más relevantes (AIR, AIR II y RISA), reportaron una disminución en la AQLQ 0,28 (0,07-0,50); ACQ $-0,15$ ($-0,4$ -0,10); respecto a las hospitalizaciones durante el periodo de tratamiento, el RR fue de 3,5 (1,26-9,68) con I^2 0,0%, con un RR de 1,12 (0,44-2,85) postratamiento. No se

reportaron mejoras en la necesidad de medicamentos de rescate $-0,68$ ($-3,63$ -2,28). Tampoco se reporta cambio significativo respecto a la función pulmonar⁴.

Este es el primer reporte de pacientes tratados con TB en Chile, y el segundo en América Latina⁵. Las características basales de nuestros pacientes son similares a otros reportes (estudio RISA). Sin embargo, destaca la necesidad de hospitalización después del tercer tratamiento. El promedio de crisis por año de nuestros pacientes previo a la TB fue elevado, como así también la dosis de corticoides sistémicos requerida. Estos antecedentes pudiesen potencialmente tener relación con la necesidad de hospitalización posterior a la tercera sesión. Por otro lado, todos los pacientes tuvieron una excelente respuesta clínica alejada a las intervenciones. Dos de ellos suspendieron totalmente los corticoides sistémicos y los otros 2 disminuyeron a la mitad la dosis habitual. Todos experimentan menor número y severidad de exacerbaciones. Estos hallazgos deben ser considerados en estudios posteriores.

Financiación

Este artículo no tuvo ningún tipo de financiación

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Resultados encuesta nacional de Salud 2009-2010 [consultado 18 Abr 2014]. Disponible en: <http://epi.minsal.cl/estudios-y-encuestas-poblacionales/encuestas-poblacionales/encuesta-nacional-de-salud/resultados-ens/>
- Torrego Fernández A. Termoplastia bronquial en el tratamiento del asma. Arch Bronconeumol. 2010;46:85-91.
- Torrego Fernández A. Actualización de la revisión de termoplastia bronquial en el asma. Arch Bronconeumol. 2010;46:397.
- Torrego A, Solà I, Muñoz AM, Roqué I, Figuls M, Yepes-Nuñez JJ, Alonso-Coello P, et al. Bronchial thermoplasty for moderate or severe persistent asthma in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2014;3:CD009910.
- Rubin AS, Cardoso PF. Bronchial thermoplasty: Report on the first endoscopic treatment for asthma in Latin America. J Bras Pneumol. 2008;34:59-62.

Sebastián Fernández-Bussy^{a,*}, Gonzalo Labarca^b,
Iván Caviedes^a, Erik Folch^c
y Adnan Majid^c

^a Servicio de Neumología Intervencional, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

^b Medicina Interna, Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

^c Division of Thoracic Surgery and Interventional Pulmonology, Beth Israel Deaconess Medical Center, Harvard Medical School, Boston, Massachusetts, EE.UU.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: sfernandezbussy@alemana.cl
(S. Fernández-Bussy).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.08.012>

Tabla 1
Características basales de los cuatro pacientes sometidos a termoplastia bronquial

Edad (años)	Sexo	FEV1 basal/litros (%)	Dosis corticoide sistémico (prednisona)	Número de agudizaciones/año
73	Masculino	1,45 (53,2)	20 mg/día	6
47	Femenino	1,53 (58,3)	40 mg/día	8
30	Femenino	1,92 (70,1)	15 mg/día	5
68	Femenino	1,18 (59,9)	10 mg/día	6