



Carta al Director

Corticoides inhalados en enfermedad pulmonar obstructiva crónica: algunas consideraciones

Inhaled corticosteroids in chronic obstructive pulmonary disease: Some considerations

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el documento de consenso sobre el uso de corticoides inhalados (CI) en enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), publicado en la revista ARCHIVOS DE BRONCONEUMOLOGÍA¹, y nos gustaría hacer algunas consideraciones.

El uso de corticoides inhalados en EPOC constituye un tema de debate, existiendo un buen número de trabajos tanto a favor como en contra. La principal indicación, que además alcanza un porcentaje de acuerdo del 100% en el documento de consenso, es el paciente con fenotipo mixto EPOC/asma, pero el problema es cómo definir este fenotipo². Un diagnóstico previo de asma parece ser el mejor criterio. Ello implica asumir que ese diagnóstico es correcto, algo que posiblemente no sea cierto en algunos/bastantes casos.

La presencia de exacerbaciones frecuentes es la otra indicación más aceptada. Diversas revisiones han puesto en duda la relevancia clínica que tiene para el paciente la modesta mejoría conseguida. Nos ha llamado la atención el significativo cambio entre la primera y segunda ronda de preguntas en el porcentaje de acuerdo sobre añadir un CI a un paciente con frecuentes exacerbaciones independientemente del valor del FEV₁ (54 vs. 92%). Probablemente esto traduce las dudas de los participantes, incrementadas posiblemente por los estudios Withdrawal of Inhaled Steroids during Optimized Bronchodilator Management (WISDOM) e Indacaterol: Switching Nonexacerbating Patients with moderate COPD from Salmeterol/Fluticasone to Indacaterol (INSTEAD). Aunque el resultado final se toma como consenso, quizá un cambio tan marcado merecería una reflexión.

Otro aspecto reseñable es la falta de acuerdo en retirar CI en función de la presencia de eosinofilia. Existe evidencia creciente sobre el papel predictor de agudizaciones en la EPOC de una concentración elevada de eosinófilos sanguíneos. Un estudio reciente mostró que la reducción de exacerbaciones con fluticasona/vilanterol respecto a vilanterol solo era significativa cuando

la eosinofilia sanguínea era >2%, y se hacía mucho más evidente cuando superaba el 6%³. No parece que los integrantes del consenso estén muy seguros del efecto positivo de los CI en exacerbaciones de origen infeccioso, dado que el acuerdo fue del 37,5% en primera ronda y del 52% en segunda. Bafadhel et al.⁴, indican que las agudizaciones no infecciosas tendrían como principal biomarcador la eosinofilia sanguínea, correlacionándose con la respuesta a los esteroides durante la agudización.

En nuestra opinión, coincidiendo con Ernst et al.⁵, actualmente el mejor marcador de respuesta favorable al tratamiento con CI en EPOC es la presencia de eosinofilia. Necesitamos más biomarcadores que permitan determinar que otros tipos de pacientes con esta enfermedad tan heterogénea podrían beneficiarse del tratamiento a largo plazo con CI.

Bibliografía

1. Alcázar Navarrete B, Casanova C, Miravittles M, de Lucas P, Riesco JA, Rodríguez González-Moro JM. Documento de consenso «Uso adecuado de los corticoides inhalados en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica». Arch Bronconeumol. 2015;51:193-8.
2. Bujarski S, Parulekar AD, Sharafkhaneh A, Hanania NA. The asthma COPD overlap syndrome (ACOS). Curr Allergy Asthma Rep. 2015;15:509.
3. Pascoe S, Locantore N, Dransfield MT, Barnes NC, Pavord ID. Blood eosinophil counts, exacerbations, and response to the addition of inhaled fluticasone furoate to vilanterol in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A secondary analysis of data from two parallel randomised controlled trials. Lancet Respir Med. 2015;3:435-42.
4. Bafadhel M, McKenna S, Terry S, Mistry V, Reid C, Haldar P, et al. Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: Identification of biologic clusters and their biomarkers. Am J Respir Crit Care Med. 2011;184:662-71.
5. Ernst P, Saad N, Suissa S. Inhaled corticosteroids in COPD: The clinical evidence. Eur Respir J. 2015;45:525-37.

 Adolfo Balloira Villar*, Marta Núñez Fernández
y Abel Pallarés Sanmartín

Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, Pontevedra, España

* Autor para correspondencia.

 Correo electrónico: adolfo.balloira.villar@sergas.es (A. Balloira Villar).

 Véase contenido relacionado en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2014.11.001>