



Corticoides en las exacerbaciones de la EPOC: sí, pero menos

Sr. Director: El uso de glucocorticoides en las exacerbaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se ha extendido ampliamente en la práctica clínica, pero aún no se ha definido la dosis óptima del fármaco. En su reciente revisión Carrera et al¹ aconsejan, apoyándose en recomendaciones de expertos, una dosis de prednisolona de 1,5 a 2 mg/kg/día (de 105 a 140 mg en un paciente tipo de 70 kg), lo que contrasta con los resultados de 2 estudios aleatorizados incluidos en su artículo en los que se proponen dosis menores^{2,3}.

Los glucocorticoides tienen efectos secundarios importantes que conviene tener presente en la práctica asistencial⁴. Entre los agudos, la hiperglucemia reactiva, que suele aparecer con dosis moderadamente altas incluso en períodos cortos, dificulta con frecuencia el manejo clínico de las exacerbaciones. Entre los efectos a largo plazo son especialmente graves la osteoporosis y las fracturas vertebrales, sobre todo en ancianos con masa ósea basalmente reducida. En los pacientes con EPOC grave, el catabolismo proteico está aumentado y la densidad mineral ósea reducida⁵. Además, en este tipo de pacientes se ha extendido el tratamiento prolongado con glucocorticoides inhalados a dosis altas, lo que además aumenta el riesgo de fracturas osteoporóticas⁶. En este contexto, a medida que la enfermedad progresa, las exacerbaciones son más frecuentes y es habitual el empleo repetido de corticoides, que tienen un efecto acumulativo como inductores de osteoporosis lumbar⁷.

Por lo tanto, conviene retomar las experiencias de Davies et al² (en pacientes hospitalizados con un volumen espiratorio forzado en el primer segundo medio del 25% sin acidosis), y de Aaron et al³ (en pacientes ambulatorios con volumen espiratorio forzado en el primer segundo medio < 40%), que con dosis de 30 y 40 mg diarios de prednisolona añadida al tratamiento broncodilatador y antibiótico demostraron un buen resultado clínico en las agudizaciones de la EPOC. Una dosis baja y, por lo tanto, con menor morbilidad parece la más idónea en esta situación clínica.

H. Vereza-Hernández
Servicio de Neumología.
Hospital Juan Canalejo.
La Coruña, España.

1. Carrera M, Sala E, Cosío BG, Agustí AG. Tratamiento hospitalario de los episodios de agudización de la EPOC. Una revisión basada en la evidencia. Arch Bronconeumol. 2005;41:220-9.
2. Davies L, Angus RM, Calverley PMA. Oral corticosteroids in patients admitted to hospital with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective randomised trial. Lancet. 1999;354:456-60.

3. Aaron SD, Vandemheen KL, Hebert P, Dales R, Stiell IG, Ahuja J, et al. Outpatient oral prednisone after emergency treatment of chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2003;348:2618-25.
4. Walsh LJ, Wong CA, Osborne J, Cooper S, Pringue M, Hubbard R, et al. Adverse effects of oral corticosteroids in relation to dose in patients with lung disease. Thorax. 2001;56:279-84.
5. Bolton CE, Ionescu AA, Shiels KM, Pettit RJ, Edwards PH, Stone MD, et al. Associated loss of fat-free mass and bone mineral density in chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 2004;170:1286-93.
6. De Vries F, Van Staa TP, Bracke MS, Cooper C, Leufkens HG, Lammers JW. Severity of obstructive airway disease and risk of osteoporotic fractures. Eur Respir J. 2005;25:879-84.
7. Dubois EF, Roder E, Dekhuijzen R, Zwinderman AE, Schweizer DH. Dual energy x-ray absorptiometry outcomes in male COPD patients after treatments with different glucocorticoid regimens. Chest. 2002;121:1456-63.



Respuesta

Sr. Director: Queremos agradecer a Vereza-Hernández por su interés y enriquecedora lectura crítica de nuestro trabajo¹. Los glucocorticoides sistémicos son eficaces en el tratamiento de la agudización de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (AEPOC)². Sin embargo, como se apuntaba en nuestro artículo, no hay estudios concluyentes sobre la dosis y duración óptima del tratamiento con glucocorticoides en estas circunstancias¹. La mejor evidencia médica disponible a este respecto es la derivada del estudio de Niewoehner et al³, el trabajo más extenso (271 pacientes) disponible diseñado específicamente para evaluar variables clínicas como objetivo primario en AEPOC. Sus resultados demuestran que utilizar dosis iniciales altas de glucocorticoides (125 mg/6 h de metilprednisolona) disminuye los fracasos terapéuticos, acorta la estancia hospitalaria y mejora la función pulmonar de estos pacientes³.

Es cierto que dosis menores de glucocorticoides (30-40 mg cada 24 h) han mostrado resultados positivos en trabajos más cortos⁴, realizados en pacientes ambulatorios⁵ o que continuaban con corticoides inhalados durante el estudio⁵. Este dato: a) confirma la utilidad de los glucocorticoides sistémicos en el tratamiento de las AEPOC; b) mantiene la indefinición acerca de la dosis óptima con que se debe iniciar el tratamiento, y c) permite suponer que las agudizaciones más leves pueden tratarse con dosis inferiores de glucocorticoides. Sin embargo, consideramos que no existe evidencia médica suficiente para recomendar dosis bajas de glucocorticoides en el tratamiento inicial de pacientes con AEPOC que requieren ingreso hospitalario. Por ello, en nuestro artículo¹ se recomiendan dosis iniciales de 0,5 mg/kg/6-8 h de prednisolona si-

guiendo las recomendaciones de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica⁶, y con grado de evidencia D (opinión de grupos de consenso). En el otro extremo, y con el mismo grado de evidencia, el consenso de la American Thoracic Society/European Respiratory Society⁷ recomienda emplear dosis bajas de glucocorticoides (30-40 mg/día de prednisolona) y considerar administrarlos por vía inhalatoria incluso en pacientes que requieren cuidados intensivos. En conclusión, la dosis inicial óptima no está bien establecida y cualquier recomendación que se haga sólo puede tener un nivel de evidencia D.

M. Carrera, E. Sala, B.G. Cosío
y **A.G.N. Agustí**

Servicio de Neumología.
Hospital Universitario Son Dureta.
Palma de Mallorca. Mallorca, España.

1. Carrera M, Sala E, Cosío BG, Agustí AG. Tratamiento hospitalario de los episodios de agudización de la EPOC. Una revisión basada en la evidencia. Arch Bronconeumol. 2005;41:220-9.
2. Wood-Baker RR, Gibson PG, Hannay M, Walters EH, Walters JA. Systemic corticosteroids for acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(1):CD001288.
3. Niewoehner DE, Marcia LE, Deupree RH, Collins D, Gross NJ, Light RW, et al. Effect of systemic glucocorticoids on exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 1999;340:1941-7.
4. Davies L, Angus RM, Claverley PMA. Oral corticosteroids in patients admitted to hospital with exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: a prospective randomised trial. Lancet. 1999;354:456-60.
5. Aaron SD, Vandemheen KL, Hebert P, Dales R, Stiell IG, Ahuja J, et al. Outpatient oral prednisone after emergency treatment of chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2003;348:2618-25.
6. Barberá J, Peces-Barba G, Agustí A, Izquierdo J, Monso E, Montemayor T, et al. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol. 2001;37:297-316.
7. Celli BR, MacNee W. Standards for the diagnosis and treatment of patients with COPD: a summary of the ATS/ERS position paper. Eur Respir J. 2004;23:932-46.



Hemotórax espontáneo por rotura de aneurisma de arteria pulmonar en la enfermedad de Rendu-Osler-Weber

Sr. Director: Hemos leído con interés el artículo de Ausín et al¹, que hace referencia a la presencia de un hemotórax espontáneo por rotura de una malformación vascular en el contexto de una enfermedad de Rendu-Osler-Weber. Alrededor de la mitad de los casos de