

Corticoides inhalados en el asma del niño pequeño ¿Podríamos modificar la evolución del asma?

MI. Barrio Gómez de Agüero

Médico Adjunto de la Unidad de Neumología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid (España).

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9 Supl 1:S15-9

M^o Isabel Barrio Gómez de Agüero, mbarrio.hulp@salud.madrid.org

Términos clave en inglés: *asthma; glucocorticoids; therapeutic use*

Términos clave en español: *asma; corticoides; indicación terapéutica*

Fecha de recepción: 31 de julio de 2006

Fecha de aceptación: 31 de julio de 2006

Cómo citar este artículo: Barrio Gómez de Agüero MI. Corticoides inhalados en el asma del niño pequeño ¿Podríamos modificar la evolución del asma? *Evid Pediatr.* 2006;2:41.

Dirección electrónica del artículo:

www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006_numero_3/2006_vol2_numero3.2.htm

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y en la adolescencia siendo de un 10% la prevalencia en nuestro medio¹.

Esta patología conlleva un gran número de consultas, tanto a nivel de Atención Primaria como hospitalarias. Su elevada frecuencia, su carácter crónico, la cantidad de recursos que conlleva así como la repercusión sobre la calidad de vida familiar, hace que sea un problema que nos afecta a todos los pediatras.

Dado que la mayoría de casos de asma persistente comienzan en los primeros años de vida, las líneas de investiga-

ción se han volcado en los últimos años en conocer cuál es la verdadera historia natural de la enfermedad para así poder realizar posteriormente medidas eficaces para la prevención primaria y secundaria.

Los estudios de cohortes en los que se recogieron datos desde el nacimiento han aportado datos muy importantes² que han dado paso a estudios longitudinales de mayor duración³. Estos hallazgos apuntan que los primeros años son el período clave en el que se desarrollan las alteraciones más importantes en cuanto a la función y la estructuras pulmonares en la mayoría de la perso-

nas con asma persistente. De aquí la importancia de encontrar la forma de frenar o evitar la progresión de la enfermedad desde los primeros años de vida.

Sabemos que el asma del niño preescolar tiene unas características especiales y siempre nos planteamos diversas dudas:

- Definición y fisiopatología:

En estos primeros años aún desconocemos gran parte de la fisiopatología y la definición del diagnóstico siempre ha sido difícil y controvertida, como refleja la definición aceptada en los consensos pediátricos: "sibilancias recurrentes y/o persistentes en una situación en la que el asma es probable y se han descartado otras patologías"⁴.

El desencadenante principal de las crisis en estas edades son las infecciones víricas. El niño pequeño fácilmente "pita" pero la inflamación producida en estos casos probablemente es distinta a la del asma en otras edades.

- Evolución:

¿Va a desaparecer? ¿Va a persistir? En este grupo de edad es importante distinguir a los pacientes con sibilancias recurrentes en relación con infecciones de los de la pobla-

ción de riesgo. Los niños con más de cuatro episodios en el año previo, la presencia de un criterio mayor de riesgo (historia familiar de asma o historia personal de dermatitis atópica) o dos de tres criterios menores (rinitis alérgica, eosinofilia o sibilancias sin infecciones) se consideran de alto riesgo de desarrollar asma⁵.

- Respuesta al tratamiento:

¿Responderá bien con un tratamiento de base? ¿Qué tratamiento de base será el más indicado en estas edades? ¿Responderá mejor según tenga o no atopia? ¿Podemos modificar la evolución si lo tratamos prolongadamente? ¿Y si lo tratamos enérgica e intermitentemente?

Por otro lado, las medicaciones utilizadas con éxito en otras edades se han ido aplicando en el niño más pequeño pero sin tener una clara evidencia de su efectividad.

El motivo de este editorial es comentar unas publicaciones recientes en este grupo de edad realizadas por dos grupos prestigiosos que analizan la evolución tras la aplicación de corticoides inhalados intermitentes y tras la aplicación de los corticoides de forma prolongada, ambos en niños pequeños con alto ries-

go de desarrollar asma, con el objetivo de ver si es posible modificar la historia natural de la enfermedad comenzando el tratamiento desde edades muy tempranas.

En primer lugar, el uso de corticoides inhalados de forma intermitente es una idea atractiva y que se realiza, de hecho, frecuentemente en la práctica; sin embargo, esta forma de administración no aparece en las guías y consensos más conocidos: GINA, GEMA, Guía Británica de Manejo del Asma ni Expert Panel Report⁶⁻⁹ aunque sí en la Guía Canadiense¹⁰, aunque reconoce que no hay evidencias suficientes que apoyen esta práctica. Si pensamos que tras un determinado desencadenante, en general infeccioso de origen viral en estas edades, se produce una inflamación, lógicamente podría ser beneficioso acortar su curso y evitar una inflamación crónica impidiendo así la progresión de la enfermedad y que se convirtiera en un asma persistente.

La publicación de Bisgaard¹¹, comentada en este número de *Evidencias en Pediatría*¹², realiza un seguimiento desde el nacimiento hasta los tres años en hijos de madres asmáticas que conllevan un mayor riesgo de desarrollar asma, con el objetivo de prevenir la progresión a asma persistente. Un grupo recibe, a raíz

del primer episodio, tratamiento con budesonida 400 µcg/día durante 14 días a partir del tercer día de la crisis y otro placebo. No encuentra diferencias entre los dos grupos, ni en el retraso de aparición de la primera a la segunda crisis, ni en la evolución a asma persistente que sucede en un 20% en ambos grupos, ni en la duración de las crisis, sea viral o no (64% víricas confirmadas). Concluye que con la aplicación intermitente no observa ningún beneficio ni a corto ni a largo plazo.

En segundo lugar, el artículo de Guilbert¹³, comentado igualmente en este número¹⁴, nos ofrece información sobre otra de las dudas que tenemos en esta edad: ¿qué pasaría si en niños con alto riesgo predictivo de asma aplicamos corticoides inhalados desde edades tempranas? ¿Modificaríamos este riesgo? Este ensayo realiza un seguimiento de niños de edades de 2 y 3 años con alto riesgo de desarrollar asma durante un período de tres años. Un grupo recibió fluticasona de forma continua durante dos años y otro placebo. El tercer año no recibieron ningún tratamiento de base. Durante los primeros dos años el grupo de tratamiento tuvo menos síntomas de asma y exacerbaciones, pero en el año de la supresión del tratamiento, los síntomas empeoraron en el

grupo tratado previamente, por lo que el tratamiento previo con corticoides inhalados no consiguió ningún efecto protector posterior y, por lo tanto, no se logró el objetivo del estudio que era poder modificar el desarrollo posterior de asma en niños de riesgo.

Por lo tanto, en el asma del niño preescolar aún nos quedan muchas respuestas por responder que requieren más estudios. En base a los conoci-

mientos actuales, los corticoides inhalados estarían indicados como en otras edades en el caso de síntomas persistentes o frecuentes para controlar la actividad de la enfermedad^{15,16}, pero el uso de corticoides inhalados intermitentes o continuos, incluso en pacientes de alto riesgo, no parece tener ningún efecto preventivo en cuanto a evitar la aparición o la progresión del asma de comienzo en estas edades.

Bibliografía

1. Carvajal Uruña I, García Marcos L, Busquets Monge R, Morales Suárez-Varela M, García de Andoin N, Batlles Garrido J, y cols. Variaciones geográficas en la prevalencia de síntomas de asma en los niños y adolescentes españoles. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) fase III España. Arch Bronconeumol. 2005;41:659-66.

2. Martínez FD. Toward asthma prevention: does all that really matters happen before we learn to read? N Engl J Med. 2003;349:1473-5.

3. Morgan WJ, Stern DA, Sherrill DL, Guerra S, Holberg CJ, Guilbert TW, et al. Outcome of asthma and wheezing in the first 6 years of life: follow up through adolescence. Am J Resp Crit Care Med. 2005;177:1253-8.

4. Busquets Monge RM, Escribano Montaner A, Fernández Benitez M, García Marcos L, Garde Garde J, Ibero Iborra M, et al. Consenso sobre tratamiento del Asma en Pediatría. An Pediatr. 2006;64:365-78.

5. Castro Rodríguez JA, Holberg CJ, Wright AL, Martínez FD. A clinical index to define risk of

asthma in young children with recurrent wheezing. Am J Respir Crit Care Med. 2000;162:1403-6.

6. The Global Initiative on Asthma (GINA Workshop Report, Updated October 2005) [en línea] [consultado el 31/08/2006]. Disponible en www.ginasthma.com

7. Plaza Moral V, Álvarez Gutiérrez FJ, Casan Clara P, Cobos Barroso N, López Viña A, Llauger Roselló MA y cols. Grupo español para el manejo del Asma (GEMA). Guía Española para el Manejo del Asma. Arch Bronconeumol. 2003;39 (Supl 5):S1-42.

8. British guideline on the management of asthma (SIGN Updated November 2005) [en línea] [consultado el 31/08/2006]. Disponible en www.sign.ac.uk/pdf/sign63.pdf

9. National Asthma Education and Prevention Program Report (NAEPP 2002, actualizada 29/10/2003) [en línea] [consultado el 31/08/2006]. Disponible en www.nhlbi.nih.gov/guidelines/asthma/asthmafullrpt.pdf

10. Becker A, Lemièrre C, Bérubé D, Boulet LP, Ducharme FM, Fitzgerald M, et al. Summary of recommendations from the Canadian Asthma

Consensus Guidelines, 2003. CMAJ. 2005;173 (Suppl 1 6):S3-11.

11. Bisgaard H, Hermansen MN, Loland L, Halkjaer LB, Bulchvald F. Intermittent inhaled corticosteroids in infants with episodic wheezing. N Engl J Med. 2006;354:1998-2005.

12. Fino E, González de Dios J. En niños menores de tres años con alto riesgo de asma y episodios de sibilancias, la administración precoz de corticoides inhalados de forma intermitente no produce beneficios en la evolución del espasmo bronquial de episódico a persistente ni tampoco efectos a corto plazo. Evid Pediatr. 2006;2:42.

13. Guilbert TW, Morgan WJ, Zeiger RS, Mautner DT, Boehmer SJ, Szefler SJ, et al. Long-term inhaled corticosteroids in preschool children at high risk for asthma. N Engl J Med. 2006;354:1985-97.

14. Escola R, Aizpurua P. El tratamiento precoz con corticoides inhalados en niños preescolares con riesgo elevado de asma no modifica la evolución de la enfermedad. Evid Pediatr. 2006;2:58.

15. Schokker S, Kooi EM, Duiverman EJ, de Vries TW, Brand PL, Mulder PG, et al. ABS005: Effectiveness of inhaled corticosteroids in preschool children with recurrent respiratory symptoms in general practice: Asterisk study. Prim Care Respir J. 2006;15:186.

16. Bisgaard H, Allen D, Milanowski J, Kalev I, Willits L, Davies P. Twelve-month safety and efficacy of inhaled fluticasone propionate in children aged 1 to 3 years with recurrent wheezing. Pediatrics. 2004;113:e87-94.

