

Figura 1. A) Tomografía computarizada torácica de alta resolución que evidencia opacidades en vidrio esmerilado bilaterales y engrosamiento de los septos interlobulillares. B) Tomografía computarizada torácica de alta resolución posterior al tratamiento con corticoides, en la que se observa resolución de las lesiones pulmonares.

septal. El tratamiento de elección son los corticoides sistémicos². El caso descrito presentó hallazgos clínicos y radiológicos compatibles con neumonitis por radiación. Reconocer esta complicación es relevante, y debe ser considerada en los pacientes que reciben esta intervención.

Bibliografía

1. Memon K, Lewandowski R, Kulik L. Radioembolization for primary and metastatic liver cancer. *Semin Radiat Oncol.* 2011;21:294-302.
2. Leung T, Lau W, Ho S. Radiation pneumonitis after selective internal radiation treatment with intraarterial 90 yttrium-microspheres for inoperable hepatic tumors. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1995;33:919-24.
3. Salem R, Parikh P, Atassi B, Lewandowski RJ, Ryu RK, Sato KT, et al. Incidence of radiation pneumonitis after hepatic intra-arterial radiotherapy with yttrium-90 microspheres assuming uniform lung distribution. *Am J Clin Oncol.* 2008;31:431-8.
4. Riaz A, Awais R, Salem R. Side effects of yttrium-90 radioembolization. *Front Oncol.* 2014;4:198.
5. Mosconi C, Cappelli A, Pettinato C, Golfieri R. Radioembolization with Yttrium-90 microspheres in hepatocellular carcinoma: Role and perspectives. *World J Hepatol.* 2015;7:738-52.

Horacio Matías Castro*,
Esteban Javier Wainstein y Joaquin Maritano Furcada

Departamento de Medicina Respiratoria, Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: matias.castro@hospitalitaliano.org.ar
(H.M. Castro).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.08.002>
0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Dogmas y creencias médicas acerca de la EPOC



Dogmas and medical beliefs in COPD

Sr. Director:

Los médicos que se dedican a la asistencia de pacientes siempre han convivido con representaciones sociales de la salud, las enfermedades y los medicamentos. Estas representaciones sociales son imágenes construidas de una realidad natural, y son tan antiguas como las propias enfermedades. Están basadas en predisposiciones afectivas y cognitivas, que a menudo albergan miedos, creencias y elementos mágicos y de naturaleza sobrenatural, y su función es familiarizar al paciente con algo inusual y desconocido.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y los medicamentos inhalados no escapan a estos sistemas de representación social. El psicólogo social Serge Moscovici formuló y publicó por primera vez la teoría de las representaciones sociales, en Francia, en el año 1961¹. Sin embargo, me pregunto si los médicos que habitualmente tratan a pacientes con EPOC en hospitales y centros de atención primaria no se hacen también representaciones de esta compleja enfermedad, y si sus representaciones albergan dogmas y creencias médicas.

En la EPOC, al igual que en muchas otras enfermedades crónicas, el incumplimiento terapéutico es un problema crítico². A pesar de que el incumplimiento del tratamiento inhalado de la EPOC se

considera un problema de gran magnitud, y un factor fundamental del fracaso terapéutico, pocos estudios han examinado específicamente el cumplimiento terapéutico de los pacientes con EPOC, y la mayor parte de estos estudios de investigación se efectuaron antes de la generalización del uso de medicamentos inhalados que se administran una o 2 veces al día. Algunos artículos originales no mencionan muchas de las características de los pacientes examinados, tales como el grado de obstrucción bronquial o síntomas como la disnea. No obstante, es bien conocido que la disnea, el miedo a padecerla y la sensación de vulnerabilidad, contribuyen a mejorar el cumplimiento terapéutico. Desde un punto de vista clínico, el incumplimiento terapéutico no parece tener mucho sentido, especialmente entre los pacientes muy sintomáticos, y con enfermedad en los estadios B o D de la clasificación de GOLD. El incumplimiento terapéutico de los pacientes con EPOC se ha convertido en un dogma que posiblemente no se ajusta a la realidad actual, al menos entre los pacientes más graves, por lo que continúa siendo un tema abierto que requiere más investigación³.

También parece persistir el dogma que afirma que la medicación administrada una vez al día es la mejor alternativa para los pacientes con EPOC⁴, porque es más fácil de usar y mejora el cumplimiento. Puesto que la disnea de esfuerzo es el síntoma principal de la EPOC, la pauta de tratamiento broncodilatador recomendada con mayor frecuencia incluye su administración a primera hora de la mañana. Sin embargo, muchos pacientes presentan un agravamiento de la disnea a última hora de la tarde o tienen miedo a presentarla durante la noche. Los pacientes usan inhaladores

porque notan que estos la alivian. Debido a que el tratamiento de la EPOC es, hasta cierto punto, un tratamiento sintomático, la administración del broncodilatador 2 veces al día puede ser más apropiada para aquellos pacientes que presentan un fenotipo exacerbador o el síndrome de solapamiento asma-EPOC.

El papel de los corticoides inhalados (CI) en el tratamiento de la EPOC ha sido objeto de un animado debate en las comunidades médica y científica. La suspensión de los CI en la EPOC, y los 4 ensayos aleatorizados más importantes que han evaluado su efecto (COPE, COSMIC, INSTEAD y WISDOM), constituyen otro tema de debate actual⁵. No obstante, los CI combinados con broncodilatadores han sido un pilar fundamental del tratamiento de la EPOC durante muchos años, y este debate en la comunidad médica solo se abrió tras la reciente aparición de los broncodilatadores de acción prolongada, desarrollados específicamente para el tratamiento de la EPOC y las nuevas combinaciones fijas de LABA-LAMA⁶. En la actualidad, existen indicios clínicos suficientes para no apoyar la generalización del uso de los CI en pacientes con EPOC que no sufren exacerbaciones, y en los que no se ha probado un efecto beneficioso de estos medicamentos⁷.

Como ciencia, una de las características de la medicina es que esté basada en la evidencia, y otra, que sea revisable, mientras que, como actividad humana, la medicina está necesariamente sujeta a dogmas y creencias. Todavía no se ha determinado si la generalización del uso de CI en la EPOC fue debida a la representación médica de la EPOC como enfermedad inflamatoria o a la creencia médica de que proporcionaban un beneficio real para el paciente. Sin embargo, es necesario que la comunidad médica se plantee si los grandes estudios aleatorizados (que a menudo son doble ciego y controlados con placebo) que respaldan la medicina basada en la

evidencia representan a pacientes reales en situaciones de la vida real.

Bibliografía

1. Sevalho G. Uma Abordagem Histórica das Representações Sociais da Saúde e Doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 9. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 1993. p. 49–363.
2. Sommariva S, Finch A, Jommi C. The assessment of new drugs for asthma and COPD: A Delphi study examining the perspectives of Italian payers and clinicians. *Multidiscip Respir Med*. 2016;11:4.
3. Celli B, Decramer M, Wedzicha J, Wilson K, Agustí A, Criner J, et al. AT/ERS Task Force for COPD Research. An official American Respiratory Society/European Respiratory Society statement: Research questions in COPD. *Eur Respir J*. 2015;45:879–905.
4. Agustí A, Vestbo J. Current controversies future perspectives in chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med*. 2011;184:507–13.
5. Suissa S, Rossi A. Weaning from inhaled corticosteroids in COPD: The evidence. *Eur Respir J*. 2015;46:1232–5.
6. Agustí A. Inhaled steroids in COPD: Reasons for a debate. *Rev Port Pneumol*. 2015;21:175–7.
7. Miravittles M. Towards a patient-oriented treatment of COPD. *Rev Port Pneumol*. 2016;22:73–4.

António Duarte Araújo^{a,b}

^a Respiratory Department, Hospital Senhora da Oliveira, Guimarães, Portugal

^b Life and Health Sciences Research Institute (ICVS), University of Minho, Portugal

Correo electrónico: duartearaujodr@sapo.pt

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.07.016>

0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Antracofibrosis bronquial y enfermedad pulmonar intersticial simultáneas



The co-occurrence of bronchial anthracofibrosis and interstitial lung disease

Sr. Director:

Los médicos coreanos Chung et al.¹ describieron la presencia de pigmentación antracótica y estrechamiento/obliteración bronquial visibles en las bronoscopias de 28 pacientes ancianos con antecedentes de exposición importante al humo de leña, a la que denominaron antracofibrosis bronquial (AFB). Esta pigmentación

de la mucosa se observa de forma característica alrededor de los puntos de ramificación.

La progresiva concienciación acerca de esta enfermedad ha permitido establecer los rasgos clínico-radiológicos y bronoscópicos característicos de la AFB. Se ha resaltado la estrecha asociación que esta enfermedad guarda con la tuberculosis, la neumonía, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y el cáncer de pulmón². Sin embargo, la existencia de una asociación entre la AFB y la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) solo se ha documentado en raras ocasiones. Dos informes mencionan 4 casos^{3,4}, pero solo uno detalla la presentación simultánea de los patrones de neumonía intersticial común (NIC) y de AFB⁵. La excepcionalidad de las descripciones de este tipo en la literatura nos impulsó a comunicar los casos de 2

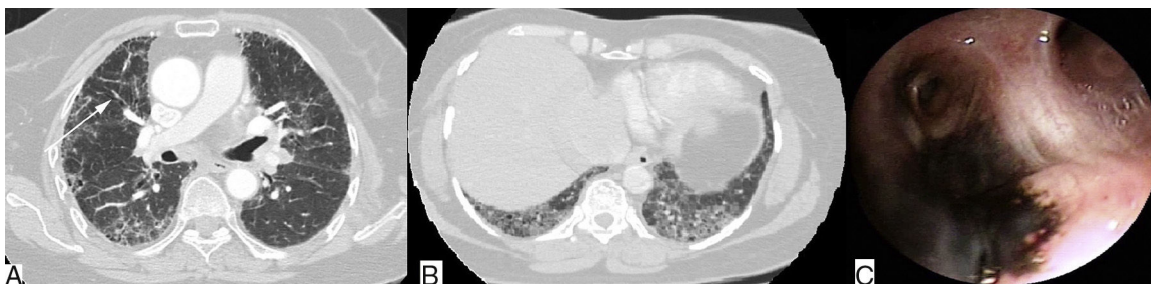


Figura 1. A) Tomografía computarizada de alta resolución torácica (ventana pulmonar), que muestra engrosamiento del septo interlobulillar con opacidades en vidrio esmerilado, bronquiectasias por tracción de distribución subpleural y estrechamiento multifocal del bronquio del lóbulo superior derecho (flecha blanca). B) Tomografía computarizada de alta resolución torácica (ventana pulmonar) que muestra engrosamiento del septo interlobulillar en forma de panal, y de distribución basal y subpleural sugerente de un patrón de NIC. C) Imagen fibrobronoscópica que muestra pigmentación antracótica de la mucosa bronquial con estrechamiento y distorsión del segmento apical del bronquio del lóbulo superior derecho.