

Carta al Director

Seguridad de la interrupción del tratamiento para el asma antes de la realización de la prueba de metacolina

Safety of suspending asthma treatment before performing a methacholine challenge test

Sr. Director:

El test de metacolina (TM) es una prueba diagnóstica necesaria en muchos casos de sospecha de asma^{1,2}. Las guías GEMA y GINA precisan que es más útil para descartarla que para confirmarla, pero ninguna específica si se debe hacer con medicación de control o habiendo suspendido esta previamente^{1,2}. Esto es relevante, ya que la sensibilidad del test desciende hasta el 77% cuando el paciente usa tratamiento regular³ y es frecuente que esto ocurra en sujetos referidos a una consulta especializada. En estas circunstancias, el médico debe decidir si mantener el tratamiento o retirarlo antes del TM.

El objetivo de esta carta es compartir nuestra experiencia acerca de la seguridad de la suspensión del tratamiento regular antes del TM. Para ello se revisaron las historias clínicas electrónicas de 523 pacientes a los que se solicitó un TM entre 2010-2016. De ellos se seleccionaron 88 (70% mujeres, edad media: 50,4 años) que recibían una medicación regular antes de la consulta (combinación de corticoide inhalado y β -agonista de acción larga en el 50%, monoterapia con corticoide inhalado en el 13,6% y triple terapia en el 13,5%) y que fue retirada desde ese momento hasta la realización del TM (excepto salbutamol a demanda). Todos fueron instruidos para acudir urgentemente al Hospital de Día de Neumología en caso de empeoramiento. El síntoma más frecuente fue la tos (75%), seguido de disnea (66%) y autoescucha de sibilancias (42%) y en el 18% se había registrado una exacerbación en la historia clínica. Los test cutáneos de alergia fueron positivos en el 30,5% de los casos, y la mediana de eosinófilos en sangre fue de $200 \text{ céls} \times 10^6/\text{l}$. Ningún paciente presentó un FEV1/FVC < 70% y solo un 3% mostró positividad del test broncodilatador. El 11,9% tenía valores de FENO > 50 ppb. Durante el tiempo que transcurrió hasta el TM (mediana 113 días, rango: 23-445), 7 pacientes (8,4%) reclamaron atención por empeoramiento clínico. Después de la exploración médica y funcional, solo se hallaron signos de asma en uno de ellos. En 2 casos más (2,4%) se diagnosticó asma por descenso significativo del FEV1 el mismo día del TM. Ningún paciente sufrió una exacerbación grave. Se perdió el seguimiento de 5 sujetos (5,7%) y se comprobó (revisando la historia clínica electrónica) que solo uno de ellos fue tratado por asma en atención primaria. El TM fue positivo en el 35% de los casos y valores de FENO > 30 ppb

no permitieron predecir su positividad (área bajo la curva ROC: 0,614).

La mayoría de los autores plantea una reducción de la medicación en pasos sucesivos, intercalando TM antes de que haya sido suspendida por completo^{4,5}. Este enfoque supone una sobrecarga para los laboratorios de función pulmonar y una molestia (además de un pequeño riesgo) para el paciente. De acuerdo con nuestra experiencia, juzgamos que la retirada brusca y completa de la medicación es una estrategia segura en pacientes con diagnóstico clínico de asma y función pulmonar normal en los que se pretende descartar o confirmar la enfermedad con un TM.

Conflicto de intereses

El Dr. Pérez de Llano ha recibido compensación económica de los laboratorios Novartis, Astra, GSK, Teva, Sanofi, Sandoz, Zambón, Boehringer, Chiesi, Almirall, Esteve y Ferrer, por presentaciones en congresos médicos, asesoría y coordinación o participación en proyectos de investigación clínica. También ha sido invitado a acudir a congresos nacionales o internacionales por algunos de estos laboratorios.

Bibliografía

1. Global Initiative for Asthma. Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2016 update. [consultado 10 Ene 2017] Disponible en: <http://ginasthma.org/2016-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/>
2. Plaza Moral V, Comité Ejecutivo de GEMA. Guía española para el manejo del asma (GEMA). Arch Bronconeumol. 2015;51 Suppl 1:S2-54.
3. Sumino K, Sugar EA, Irvin CG, Kaminsky DA, Shade D, Wei CY, et al., Writing Committee for American Lung Association Asthma Clinical Research Centers. Methacholine challenge test diagnostic characteristics in asthmatic patients receiving controller medications. J Allergy Clin Immunol. 2012;130:69-75.
4. Luks VP, Vandemheen KL, Aaron SD. Confirmation of asthma in an era of overdiagnosis. Eur Respir J. 2010;36:255-60.
5. Aaron SD, Vandemheen KL, FitzGerald JM, Ainslie M, Gupta S, Lemièrre C, et al. Reevaluation of diagnosis in adults with physician-diagnosed asthma. JAMA. 2017;317:269-79.

Ana María Carballido Vázquez^a, Camino Muñiz^b
y Luis Alejandro Pérez de Llano^{b,*}

^a Departamento de Ciências Biomédicas e Medicina, Universidade do Algarve, Faro, Portugal

^b Servicio de Neumología, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eremos26@hotmail.com (L.A. Pérez de Llano).