



## Editorial

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

M<sup>a</sup> Isabel Barrio Gómez de Agüero. Médico Adjunto de la Unidad de Neumología Pediátrica Hospital Universitario La Paz. Madrid (España).

Correo electrónico: 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

Fecha de publicación: 1 de septiembre de 2006

Evid Pediatr. 2006; 2: 41      doi: vol2/2006\_numero\_3/2006\_vol2\_numero3.2.htm

#### 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

Para recibir Evidencias en Pediatría en su correo electrónico debe darse de alta en nuestro boletín por medio del ETOC <http://www.aepap.org/EvidPediatr/etoc.htm>

Este artículo está disponible en: [http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006\\_numero\\_3/2006\\_vol2\\_numero3.2.htm](http://www.aepap.org/EvidPediatr/numeros/vol2/2006_numero_3/2006_vol2_numero3.2.htm)  
EVIDENCIAS EN PEDIATRIA es la revista oficial del Grupo de Pediatría Basada en la Evidencia de la Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. © 2005-06. Todos los derechos reservados

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

M<sup>a</sup> Isabel Barrio Gómez de Agüero. Médico Adjunto de la Unidad de Neumología Pediátrica Hospital Universitario La Paz. Madrid (España). Correo electrónico: mbarrio.hulp@salud.madrid.org

El asma es la enfermedad crónica más frecuente en la infancia y en la adolescencia siendo de un 10% la prevalencia en nuestro medio<sup>1</sup>.

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 investigación se han volcado en los últimos años en ver cual 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 importantes<sup>2</sup> que han dado paso a estudios longitudinales de mayor duración<sup>3</sup>. Estos hallazgos apuntan que los primeros años, son el periodo clave en el que se desarrollan las alteraciones más importantes en cuanto a la función y la estructuras pulmonares en la mayoría de la personas 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"<sup>4</sup>

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 los pacientes con sibilancias recurrentes en relación a infecciones, de los de la población de riesgo. Los niños con más de 4 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 asma<sup>5</sup>.

### \* Respuesta al tratamiento:

¿Responderá bien con un tratamiento de base?

¿Que 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 el comentar unas publicaciones recientes en este grupo de edad realizadas por dos grupos prestigiosos en los que analizan la evolución tras la aplicación de corticoides inhalados intermitentes y otra tras la aplicación de los corticoides de forma prolongada, ambos en niños pequeños con alto riesgo de desarrollar asma, con el objetivo de ver si se pudiera 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 Report<sup>6-9</sup> aunque si en la Guía Canadiense<sup>10</sup> 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 Bisgaard<sup>11</sup>, comentada en este número<sup>12</sup>, 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 µ/día durante 14 días a partir del tercer día de la crisis y otro placebo. No encuentra diferencias entre los dos grupos, ni en 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 Guilbert<sup>13</sup>, comentado igualmente en este número<sup>14</sup>, 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 dos y tres años con alto riesgo de desarrollar asma durante un periodo 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 el 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 conocimientos 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<sup>15,16</sup>, 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-Urueña I, García-Marcos L, Busquets-Monge R, Morales Suárez-Varela M, García de Andoin N, Batlles-Garrido J, et al. 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][fecha de consulta: 31-VIII-2006]. Disponible en: <http://www.ginasthma.com>

7.-Plaza Moral V, Álvarez Gutiérrez FJ, Casan Clara P, Cobos Barroso N, Lopez Viña A, Llauger Roselló MA, y col. Grupo español para el manejo del Asma (GEMA). Guía Española para el Manejo del Asma. Arch Bronconeumol. 2003; 39 (Supl 5): 1-42

8.-British guideline on the management of asthma (SIGN Updated November 2005) [en línea][fecha de consulta: 31-VIII-2006]. Disponible en: <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign63.pdf>

9.-National Asthma Education and Prevention Program Report (NAEPP 2002, actualizada 29/10/2003) [en línea][fecha de consulta: 31-VIII-2006]. Disponible en: <http://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 6): S3-11

11.-Bisgaard H, Hermansen MN, Loland L, Halkjaer LB, Bulchvald F. Intermitent 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, Mauger DT, Boehmer SJ, Szefer 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 E J, 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

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 [16]