

## ASPERGILOSIS BRONCOPULMONAR ALÉRGICA Y CORTICOIDES INHALADOS

Sonia Ruanova Suárez<sup>a</sup>, Luis M Domínguez Juncal<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Medicina Interna. Hospital Abente y Lago. CHU Juan Canalejo. A Coruña

<sup>b</sup> Servicio de Neumología. Hospital Abente y Lago. CHU Juan Canalejo. A Coruña

Sr. Director:

En el último número de su revista, hemos leído con interés el artículo "Respuesta al tratamiento antiasmático convencional en la Aspergilosis Broncopulmonar Alérgica" de Cambor Suárez y cols<sup>1</sup>. Dicho estudio estimula el debate sobre las diversas opciones terapéuticas en la Aspergilosis Broncopulmonar Alérgica (ABPA) concluyendo que los corticoides inhalados (CI) son una terapia efectiva en el tratamiento de ABPA, en confrontación con la opinión clásica de que los CI no han demostrado su eficacia a la hora de prevenir la progresión y la lesión pulmonar asociada a la ABPA<sup>2</sup>. ¿Cómo influye la población analizada en este estudio en la conclusión obtenida? Es probable que la respuesta terapéutica se correlacione con la intensidad o estadio de la enfermedad y en esta serie la mayoría de los pacientes está en fase de remisión o de poca actividad de la ABPA, ajustándose la dosis del CI para el control clínico de la enfermedad asmática.

Generalmente el diagnóstico de ABPA, que se sospecha en pacientes con Asma de Dificil Control (ADC), es complejo y requiere una confirmación radiológica e inmunológica dentro de un contexto clínico apropiado. Algunos criterios de ABPA pueden encontrarse en pacientes asmáticos sin ABPA: la eosinofilia severa y la elevación de IgE total son frecuentes, el 20-30% de los asmáticos tienen test cutáneo inmediato positivo a *Aspergillus* y el 10% tienen precipitinas positivas<sup>3</sup>. En el asma mal controlado pueden existir atelectasias e infiltrados pulmonares por impactación mucóide. Los criterios diagnósticos de ABPA establecidos por Rosenberg et al., fueron perfilados y mejorados con la incorporación de parámetros serológicos por Greenberger et al.<sup>4</sup>.

---

### Correspondencia:

Sonia Ruanova Suárez

Servicio de Medicina Interna D. Hospital Abente y Lago  
C/ Sir John Moore. 15001 A Coruña

E-mail: [sonia.ruanova@telefonica.net](mailto:sonia.ruanova@telefonica.net)

---

Pneuma 2007; 8: 53 - 54

Patterson et al.<sup>5</sup> han propuesto 5 estadios en la ABPA, que no son necesariamente fases de la enfermedad ni tiene por qué haber una inexorable progresión de uno a otro, pero que influyen en la opción terapéutica con necesidad de esteroides orales en los estadios I (agudo), III (exacerbación) y IV (asma corticodependiente).

Actualmente la ABPA puede subdividirse en 2 grupos: ABPA-BC (con bronquiectasias centrales) y ABPA-S (serológica, sin bronquiectasias)<sup>4</sup>. Greenberger et al.<sup>4</sup> demostraron que los niveles de anticuerpos son más elevados en los pacientes con ABPA-BC que en aquellos con ABPA-S y concluyeron que ésta representa un estadio precoz o una forma aparentemente menos agresiva de ABPA.

De los once pacientes de la serie de Cambor Suárez y cols<sup>1</sup>, seis son clasificados como estadio I (agudo), cuatro como estadio II (remisión) y uno como estadio IV (asma corticodependiente). En un análisis más minucioso de estos grupos sorprende que los pacientes del estadio I (agudo) no sean los que poseen cifras más elevadas de eosinofilia y de IgE total y que la mitad no tengan infiltrados pulmonares (pacientes 2, 10 y 11), uno de los criterios diagnósticos que, junto con los niveles de IgE total, caracteriza a este estadio. En cambio, de los cuatro pacientes clasificados como estadio II (remisión), dos tienen infiltrados pulmonares y cifras bajas de IgE total (pacientes 3 y 5) y los otros dos (pacientes 7 y 8) no tienen infiltrados pulmonares, pero sí los valores más elevados de IgE total de toda la serie.

En su serie, Agarwal R et al.<sup>6</sup> no encontraron diferencias entre los estadios radiológicos de ABPA y la duración de la enfermedad, la severidad del asma y los hallazgos serológicos, sugiriendo la necesidad de redefinir los estadios introduciendo los criterios serológicos cuantitativos, habida cuenta que los cambios serológicos predicen el daño pulmonar.

Es necesario realizar un diagnóstico precoz de ABPA y tratarla agresivamente para prevenir complicaciones irre-

versibles tales como las bronquiectasias y la fibrosis pulmonar. En este sentido, es probable que la terapia aislada con CI no sea suficiente. El tratamiento de elección para la ABPA son los corticoides sistémicos, que han demostrado lograr la remisión de los síntomas y de los infiltrados pulmonares, controlar la eosinofilia y hacer descender las concentraciones de IgE.

## Bibliografía

1. Cambor Suárez E, Veres Racamonde A, Cambor Suárez J, y colbs. Respuesta al tratamiento antiasmático convencional en la Aspergilosis Broncopulmonar Alérgica. *Pneuma* 2007; 7: 36-40.

2. British Thoracic Association. Inhaled beclomethasone dipropionate in allergic bronchopulmonary aspergillosis: report to the Research Committee of the British Thoracic Association. *Br J Dis Chest* 1979; 73: 349-56.

3. Maurya V, Gugnani HC, Sarma PU et al. Ssitizacion yo *Aspergillus antigens and ocurrente of Allergic Bronchopulmonary Aspergillosis in patients with Asthma*. *Chest* 2005; 127: 1252-1259.

4. Greenberger PA, Miller TP, Roberts M et al. *Allergic Bronchopulmonary Aspergillosis in patients with and without bronchiectasias*. *Ann Allergy* 1993; 70: 333-8.

5. Patterson R, Greenberger PA, Radin RC et al. *Allergic Bronchopulmonary Aspergillosis: staging as aid to management*. *Ann Intern Med* 1982; 96: 286-91.

6. Agarwal R, Gupta D, Aggarwal A N, et al. *Allergic Bronchopulmonary Aspergillosis: lessons from 126 patients attending a Chest Clinic in North India*. *Chest* 2006; 130: 442-448.