

# Crisis aguda de asma. Displasia de desarrollo de cadera leve

J. C. BUÑUEL ÁLVAREZ

Pediatra. Área Básica de Salud Girona-4 (Institut Català de la Salut)

### Crisis aguda de asma que precisa tratamiento con corticoides sistémicos; el montelukast no es eficaz

El tratamiento de la crisis aguda de asma está bien estandarizado y protocolizado. Descansa sobre tres pilares básicos: oxígeno, beta-dos inhalados de duración corta y corticoides sistémicos (CS)<sup>1</sup>. Estos últimos están indicados en las crisis moderadas-graves y se sabe que el tratamiento con CS reduce considerablemente la necesidad de ingreso hospitalario, sobre todo si se administran en la primera hora tras el inicio de la crisis<sup>2</sup>. En los niños que precisan tratamiento con CS durante la crisis, es preciso mantener el mismo durante 3-7 días<sup>1</sup>.

Existen casos de «corticofobia» por parte de los padres, o bien preocupación por los posibles efectos de los CS en niños que han tenido que recibir múltiples tandas debido a reagudizaciones asmáticas repetidas que así lo han requerido. Por este motivo, Schuh et al. realizaron un ensayo clínico doble ciego y controlado con placebo para determinar si el montelukast podría ser una alternativa a los CS durante los 5 días posteriores a la crisis<sup>3</sup>. El reclutamiento de participantes se realizó en un servicio hospitalario de urgencias. Se consideraron elegibles todos los niños mayores de 2 años que presentaban una reagudización asmática clasificada como leve-moderada según dos escalas clínicas (*Pediatric Respiratory Assessment Measure* <8 puntos y *Pulmonary Index* <11 puntos). Se excluyeron niños sin historia previa de episodios de sibilancias y tratamiento broncodilatador, pacientes que habían recibido, en las 72 horas previas, más de una dosis oral de prednisolona o bien más de 250 µg/día de fluticasona inhalada o bien montelukast en los 7 días previos. Los pacientes fueron asignados de forma aleatoria a dos grupos de tratamiento: grupo prednisona/prednisolona oral (n = 63) a 1 mg/kg

y día más placebo de montelukast y grupo montelukast (n = 67) a dosis de 4, 5 o 10 mg día. La duración de ambas intervenciones fue de 5 días. La variable de resultado principal fue el fracaso terapéutico (FT) definido como nueva consulta no programada en cualquier servicio sanitario debida a asma entre el momento del alta en el servicio de urgencias y 8 días después. Para ello se realizó un seguimiento telefónico de los participantes. Mientras que en el grupo que recibió CS el porcentaje de FT fue del 7,9%, en el grupo que recibió montelukast fue del 22,4% (incremento absoluto del riesgo: 14,5% intervalo de confianza del 95% [IC 95%] de la diferencia de porcentajes: -26,5% a -2,4%). Los resultados son concluyentes y demuestran la superioridad de los CS sobre montelukast para el tratamiento ambulatorio de los niños que han padecido una crisis aguda de asma que ha precisado tratamiento corticoideo en el servicio de urgencias hospitalario para su adecuado control. En todo niño que presente reagudizaciones asmáticas frecuentes tributarias de tratamiento con CS es recomendable revisar el tratamiento farmacológico de fondo según las guías de práctica clínica vigentes<sup>4,5</sup> y revisar, asimismo, su exposición a alérgenos ambientales.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Jiménez Cortés A, Praena Crespo M, Lora Espinosa A y Grupo de Vías Respiratorias. Normas de Calidad para el tratamiento de la Crisis de Asma en el Niño y Adolescente. Documentos técnicos del GVR (publicación DT-GVR-1) [consultado 04-01-2010]. Disponible en: [www.aepap.org/gvr/protocolos.htm](http://www.aepap.org/gvr/protocolos.htm).

2. Rowe BH, Spooner C, Ducharme FM, Bretzlaff JA, Bota GW. Tratamiento precoz del asma aguda con corticosteroides sistémicos en el servicio de urgencias (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2005 núm. 3. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en <http://www.update-software.com> (Traducida de The Cochrane Library, 2005 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. Schuh S, Willan AR, Stephens D, Dick PT, Coates A. Can montelukast shorten prednisolone therapy in children with mild to moderate acute asthma? A randomized controlled trial. *J Pediatr* 2009;55(6):795-800.
4. Osakidetza. Guía de práctica clínica sobre asma [consultado el 04-01-2010]. Disponible en [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_384\\_Asma.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_384_Asma.pdf).
5. Scottish Intercollegiate Guidelines. Network. British Guideline on the Management of Asthma. A national clinical guideline [consultado el 04-01-2010]. Disponible en <http://www.sign.ac.uk/pdf/sign101.pdf>.

## Displasia de desarrollo de cadera leve: la conducta expectante con control ecográfico podría ser útil para evitar tratamientos ortopédicos innecesarios

La displasia evolutiva de la cadera (DEC) incluye desde la luxación (dislocación franca), la subluxación (dislocación parcial) y la inestabilidad o luxabilidad (la cabeza entra y sale del cotilo), hasta una serie de anomalías radiológicas que indican presencia de displasia acetabular<sup>1</sup>. El tratamiento ortopédico de la DEC es muy eficaz, tanto más cuanto más precoz sea el diagnóstico, consistiendo en la colocación de una férula que mantenga las caderas en flexión y abducción permanente. El tratamiento puede durar varios meses<sup>1</sup>.

Una posible complicación del tratamiento ortopédico es la necrosis aséptica de la cabeza femoral. Este hecho, junto con la sospecha de que muchas DEC leves pueden evolucionar espontáneamente hacia la resolución, hace pertinente la evaluación de otras estrategias de manejo diagnóstico y terapéutico de la DEC.

Rosendahl et al. compararon, mediante un ensayo clínico con evaluación ciega del radiólogo encargado de realizar las ecografías, 2 estrategias de actuación ante la DEC leve diagnosticada durante los 3 primeros días de vida y confirmada ecográficamente (ángulo alfa entre 43°-49°): tratamiento ortopédico inmediato durante 6 semanas (grupo 1, n = 64) con férula de abducción o vigilancia expectante (grupo 2, n = 64) con control ecográfico a las 6 semanas, 3, 6 meses y radiológico a los 12 meses<sup>2</sup>. En todos los controles los radiólogos desconocían a qué grupo de intervención estaba asignado el niño. En todos los niños se efectuaron los mismos controles radiológicos. En

el grupo 2, 13 niños iniciaron tratamiento ortopédico por presentar signos ecográficos de DEC a las 12 semanas, otros 12 lo iniciaron a los 3 meses y 5 más a los 6 meses. A los 12 meses, todos los niños de ambos grupos no precisaron tratamiento ortopédico alguno y no existieron diferencias estadísticamente significativas ni clínicamente importantes en las mediciones radiológicas realizadas. Estos resultados ponen de manifiesto que, si bien el 46,8% de los lactantes del grupo 2 precisaron férula de abducción, dicho tratamiento pudo ser evitado en el 53,2% restante. Por tanto, en niños con DEC leve diagnosticados durante los 3 primeros meses de vida una actitud de vigilancia expectante puede evitar tratamientos ortopédicos innecesarios con el consiguiente ahorro de molestias para el lactante y sus padres, disminuyendo también el riesgo de yatrogenia (necrosis aséptica de cabeza femoral) que puede asociarse al uso de férulas de abducción.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez Ruiz-Cabello, FJ. Cribado de la displasia evolutiva de cadera. En Recomendaciones PrevInfad/PAPPS. Actualizado octubre de 2006 [consultado el 04-01-2010]. Disponible en <http://www.aepap.org/previnfad/Cadera.htm>.
2. Rosendahl K, Dezateux C, Fosse KR, Aase H, Auckland SM, Reigstag H, et al. Immediate treatment versus sonographic surveillance for mild hip dysplasia in newborns. *Pediatrics* 2010;125(1):e9-18.