

Especialistas de toda España asistirán al
IV Simposio ESTEVE Review en Respiratorio en Madrid los días 22 y 23 de mayo

Las alergias respiratorias a hongos son un factor de riesgo en pacientes con asma grave, con más crisis e ingresos hospitalarios

El asma grave afecta a un 10% de los asmáticos adultos y de este grupo de pacientes, entre el 30% y el 60% tiene alergia respiratoria a uno o más hongos

Expertos reclaman avanzar en el diagnóstico de las alergias respiratorias por hongos y la neumonitis por hipersensibilidad, que en su fase crónica causa fibrosis pulmonar

Los asmáticos fumadores tienen de 3 a 5 veces más riesgo de desarrollar EPOC

Barcelona, 21 de mayo de 2015.- La alergia respiratoria a hongos es un factor de riesgo para pacientes con asma grave. Un porcentaje elevado de los asmáticos que deben ser ingresados varias veces está sensibilizado a uno o más hongos. Y, según los expertos, las alergias a hongos siguen siendo las grandes desconocidas, las que plantean más retos en su abordaje y donde queda mucho por investigar para ofrecer un diagnóstico y tratamiento adecuados. Otro tema abordado en el IV Simposio ESTEVE en Respiratorio, una cita de referencia para neumólogos y alergólogos, es la detección y diagnóstico y la terapia de pacientes con un fenotipo mixto de EPOC-asma, un 12% de los que padecen EPOC.

Los hongos son entre cien y mil veces más frecuentes que los pólenes y toda la población está expuesta a ellos durante todo el año, en el ambiente exterior y en los hogares. Si bien hay menos personas sensibles a ellos, quienes padecen una alergia respiratoria a hongos pueden desarrollar enfermedades importantes, potencialmente mortales, como una fibrosis pulmonar. Entre un 5% y un 10% de la población alérgica tiene una prueba cutánea a hongos positiva.

En el caso de sujetos asmáticos con sensibilizaciones a hongos, pueden producirse cuadros de asma muy graves que pueden precisar el ingreso incluso en UCI. De hecho, el asma grave afecta al 5-10% de asmáticos adultos en España, y las pruebas cutáneas indican que entre el 30% y el 60% de estos pacientes son alérgicos a uno o más hongos. *“La alergia a hongos condiciona de alguna manera la gravedad del asma. Además de desencadenar asma con más frecuencia, ésta es de mayor gravedad, con más visitas a urgencias y más ingresos por crisis severas. En estos casos, es frecuente la alergia respiratoria por alternaria”*, explica el **Dr. Antonio Valero**, alergólogo especialista sénior del Servicio de Neumología y Alergias del Hospital Clínic de Barcelona.

Principalmente, son cuatro los más habituales: *Alternaria* y *Cladosporium*, de presencia predominante en el exterior, y *Penicillium* y *Aspergillus*, más abundantes en el interior. El hongo *Alternaria* es el más abundante en nuestro país y el más estudiado, y suele tener picos a finales del verano y al inicio del otoño, siendo más frecuentes las alergias respiratorias por este hongo en climas continentales o interiores.

Según los especialistas, *“el papel de los hongos en el ámbito de las alergias respiratorias sigue siendo un gran desconocido tanto para alergólogos como neumólogos. Por el número de hongos existente, porque conocemos a pocas especies de mohos capaces de causar alergia respiratoria y también porque no disponemos de extractos con una calidad y estandarización adecuada para su diagnóstico. Por ello, el IV Simposio ESTEVE en Respiratorio ha centrado buena parte de su programa en este tema”*.

También pueden causar otras enfermedades, como la neumonitis por hipersensibilidad, que produce una respuesta inmunológica y un proceso de inflamación de las partes más periféricas del pulmón (fundamentalmente de los alveolos) y que también plantea un importante reto en su diagnóstico. *“Su prevalencia se sitúa por debajo del 1% de la población y, si no se diagnostica en sus fases agudas, puede cronificarse y provocar fibrosis pulmonar, una enfermedad con pronóstico muy grave y que puede desencadenar la muerte”*.

La neumonitis por hipersensibilidad se presenta de forma aguda, como si fuera una neumonía. Y, precisamente por ello, muchas veces pasa desapercibida. El diagnóstico puede tardar años, cuando el paciente ya ha desarrollado una fibrosis pulmonar. Según el **Dr. Valero**, *“es importante la sospecha en un paciente con síntomas clínicos que parecen gripe o neumonías repetidas. Y pensar en el foco de exposición para hacer un estudio etiológico”*.

El pulmón del granjero o el pulmón del cuidador de aves son algunos de los ejemplos más conocidos - se calcula que entre el 2% y el 5% de los granjeros tienen neumonitis por hipersensibilidad. Pero puede afectar a profesiones que están expuestas a grandes cantidades de moho y a unos índices elevados de *humedad (piscinas, jacuzzis, fontanería, fábricas de alimentos,...)*.

La combinación de tabaco y asma quintuplica el riesgo de EPOC

Entre el 12% y el 15% de los pacientes con EPOC tiene asma, es decir, el fenotipo mixto EPOC-asma (ACOS por sus siglas en inglés). Y, de hecho, *“se sabe que los asmáticos son una población que tiene mayor susceptibilidad de padecer una EPOC comparado con la población general. Lo habitual es que el asma preceda a la EPOC y que quienes desarrollan este fenotipo mixto sean asmáticos que fuman”*, explica el **Dr. Pérez de Llano**, Jefe del Servicio de Neumología del Hospital Universitario de Lugo. En asmáticos graves, el porcentaje de fumadores puede llegar a ser del 20-30%. Y este grupo tiene entre 3 y 5 veces mayor riesgo de desarrollar EPOC comparado con la población general que fuma.

“Son dos enfermedades muy frecuentes, que afectan a entre el 5% y 10% de la población adulta y que es muy fácil que coincidan”, explica el **Dr. Pérez de Llano**. *“El problema es que el órgano diana es el mismo: los bronquios y que tienen varias similitudes que hacen compleja su diferenciación. Son inflamatorias y causan una obstrucción de las vías respiratorias, pero con una naturaleza diferente, a través de mecanismos distintos”*.

Los pacientes con el fenotipo mixto son pacientes con una obstrucción fija por EPOC que se mide por espirometría pero, además, tienen una característica propia del asma en cuanto a síntomas y función pulmonar. Actualmente, no existen pruebas diagnósticas específicas o un protocolo establecido para el fenotipo mixto EPOC-asma.

La GEMA (Guía Española para el Manejo del Asma) establece pruebas objetivas para diferenciar a estos pacientes, como una espirometría, un test broncodilatador, la determinación de eosinófilos en esputo o sangre y saber si hay antecedentes de asma,.. *“estos datos pueden hacer sospechar que el paciente tiene un fenotipo mixto de EPOC-asma”*. Además, se aconseja el uso precoz de corticoides. *“A todos los pacientes con sospecha se les debe administrar un corticoide oral durante un par de semanas y ver si la obstrucción de la espirometría es reversible. Y si es reversible, sólo tiene asma”*.

Lo que sí parece estar claro es que el fenotipo mixto EPOC-asma implica un tratamiento específico, que consistiría en la combinación de broncodilatadores con corticoides inhalados. *“En pacientes con asma nunca se debe dar sólo un broncodilatador fijo, sino que siempre debe ir asociado a corticoides inhalados. Y en EPOC es esencial un broncodilatador de acción prolongada debido a la obstrucción irreversible de la vía aérea”*.

Otro tema abordado en el IV Simposio ESTEVE en Respiratorio es, precisamente, el uso de los corticoides inhalados. Según el estudio TORCH¹, realizado por la SEPAR, los corticoides inhalados aumentan el riesgo de neumonías en pacientes con EPOC, pero también reducen el grado de mortalidad de dichas neumonías. Actualmente, el objetivo es determinar qué perfil de pacientes pueden beneficiarse realmente del tratamiento con corticoides inhalados.

Según el **Dr. Pérez de Llano**, *“un elevado porcentaje de pacientes con EPOC tienen colonizada su vía aérea por gérmenes y cuando se les administra este tratamiento inmunosupresor es posible que estos gérmenes puedan proliferar y causar una neumonía. Pero, al mismo tiempo, los corticoides inhalados son antiinflamatorios y parece ser que podrían modular la respuesta inflamatoria producida por la neumonía”*.

Lo ideal sería poder disponer de biomarcadores que permitieran saber qué pacientes tendrían una mejor respuesta a los corticoides inhalados, lo cual aún está en proceso de investigación. Sí que existen una serie de criterios clínicos, el más importante de los cuales es la exacerbación en EPOC. *“Estos pacientes podrían beneficiarse de esta terapia, y también aquellos con algún antecedente de asma o que tienen eosinofilia en esputo o sangre periférica”*, explica el **Dr. Pérez de Llano**.

Bibliografía

¹http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13148330&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=6&ty=140&accion=L&origen=bronco&web=www.archbronconeumol.org&lan=es&fichero=6v45nSupl.5a13148330pdf001.pdf

Acerca de ESTEVE

ESTEVE (www.esteve.com) es un grupo químico-farmacéutico español fundado en 1929, líder en nuestro país y con una importante presencia internacional, con filiales e instalaciones productivas en varios países europeos, en EE.UU., China y México, que comercializa sus productos en más de 90 países. Desde sus inicios, la investigación es la principal seña de identidad de la compañía, manteniendo un firme compromiso con la innovación y la excelencia en el entorno sanitario y dedicando todos sus esfuerzos a promover la salud y mejorar la calidad de vida de las personas.

Puedes seguir a ESTEVE en Twitter en: http://twitter.com/esteve_news

Para más información, contactar con:

Olga Cajal, Comunicación ESTEVE, Tel. 93 446 62 60, ocajal@esteve.es
M^a José Egea, Atrevia, Tel. 93 419 06 30, megea@atrevia.com