

Pericarditis recurrente: ¿la anakinra puede aportar un tratamiento prometedor para adultos con síntomas refractarios? Respuesta



Recurrent Pericarditis: Can Anakinra Offer a Promising Therapy in Adults With Refractory Symptoms? Response

Sra. Editora:

He leído con interés la correspondencia de Chhabra et al sobre la cuestión de la pericarditis recurrente refractaria¹. Un subgrupo pequeño pero significativo de pacientes (un 5% o menos, en mi experiencia) pueden presentar varias recurrencias a pesar de la polifarmacia y pueden pasar a ser corticodependientes, puesto que todo intento de reducir gradualmente o suspender los corticoides conduce a una recurrencia.

Las alternativas terapéuticas podrían ser los fármacos inmunosupresores, en especial azatioprina, o las inmunoglobulinas humanas intravenosas (IgIVh). Estos fármacos se emplean en dos grandes grupos de enfermedades: inmunodeficiencia y autoinmunidad. Existen publicaciones de presentación de casos y de series pequeñas de pacientes con pericarditis recurrente idiopática que respaldan el uso de IgIVh en dosis de 400 a 500 mg/kg por vía intravenosa durante 5 días y una posible repetición del ciclo terapéutico en caso de recurrencia de la enfermedad.

Anakinra, un antagonista del receptor de la interleucina 1 β humano, es un nuevo fármaco biológico prometedor para el tratamiento de las enfermedades autoinflamatorias, como las criopirinosopatías, el síndrome periódico asociado al receptor del factor de necrosis tumoral y la hiperinmunoglobulinemia D con síndrome de fiebre periódica, en especial en el contexto pediátrico. El principal problema es que este fármaco requiere una adminis-

tración subcutánea prolongada y no se conoce la duración exacta del tratamiento. Además, la retirada del tratamiento con estos fármacos con frecuencia se sigue de una recaída.

Los fármacos biológicos se consideran una posible nueva frontera terapéutica en el tratamiento de la pericarditis recurrente idiopática pero, como acertadamente se señala, su utilidad deberá demostrarse en nuevos estudios aleatorizados. Como último recurso, se ha propuesto la pericardiectomía, cuyos principales defensores son expertos estadounidenses de la Clínica Mayo, pero esta intervención es controvertida y no todos los expertos en pericardio la recomiendan. Además, tal como se señala, algunos pacientes pueden sufrir de todos modos dolor torácico y síntomas después de la operación. Por último, la pericardiectomía es una intervención prolongada y requiere la participación de un equipo de cirugía cardíaca experimentado.

Massimo Imazio

Cardiology Department, Maria Vittoria Hospital, Turín, Italia

Correo electrónico: massimo_imazio@yahoo.it

On-line el 30 de septiembre de 2014

BIBLIOGRAFÍA

1. Imazio M. Treatment of Recurrent Pericarditis. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:345-8.

VÉASE CONTENIDO RELACIONADO:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2014.05.019>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recresp.2014.07.007>

¿Los trastornos por cocaína asociados al infarto agudo de miocardio son lo mismo que el infarto de miocardio asociado al consumo reciente de cocaína?



Is Cocaine-associated Acute Myocardial Infarction the Same as Myocardial Infarction Associated With Recent Cocaine Consumption?

Sra. Editora:

Hemos leído con mucho interés el artículo publicado recientemente por Gili et al¹, que relaciona los trastornos por consumo de cocaína con la incidencia y la evolución del infarto agudo de miocardio analizando los Conjuntos Mínimos Básicos de Datos (CMBD) de 87 hospitales de nuestro país. El estudio concluye que los trastornos por cocaína aumentan hasta en 3 veces el riesgo de sufrir un infarto de miocardio, con lo que se incrementan la estancia hospitalaria y el gasto.

Como ya apuntan los propios autores, creemos que el diseño del estudio podría tener una limitación debida a la codificación mediante CMBD, que podría subestimar la prevalencia del consumo de cocaína. Si comparamos los datos con un registro prospectivo de nuestro grupo con pacientes consecutivos menores de 50 años, ingresados por síndrome coronario agudo, a los que se interrogaba sistemáticamente sobre antecedentes de consumo crónico de cocaína y se determinaban metabolitos en orina, mostró unas prevalencias de antecedente de consumo de cocaína del 11,7% y de consumo reciente demostrado por determinación en orina del 5,2%², cifras muy superiores a las obtenidas por Gili et al¹ y

congruentes con las de otros estudios que realizaban determinaciones sistemáticas de metabolitos en orina³. Por otro lado, existen importantes sesgos en la práctica habitual del interrogatorio de consumo de cocaína en la valoración del dolor torácico. Primero, por el médico que realiza la anamnesis, pues hasta en un 44% de los casos no se interroga sobre el consumo de cocaína, con evidentes diferencias según la situación sociodemográfica del individuo⁴, y también por el propio paciente, ya que un porcentaje no despreciable no reconoce el consumo de cocaína pese a tener una determinación positiva de sus metabolitos en orina^{2,3}.

Se ha demostrado que el consumo reciente de cocaína asociado a un infarto agudo de miocardio es un importante factor pronóstico en pacientes jóvenes, ya que aumenta las complicaciones propias del infarto agudo de miocardio⁵ y la mortalidad hospitalaria². A la vista de la importancia del consumo de cocaína como factor pronóstico y la dificultad de reconocerlo en la asistencia inicial, la guía europea de síndrome coronario agudo recomienda realizar una anamnesis específica sobre el consumo de cocaína y la determinación sistemática de sus metabolitos en orina en la valoración de estos pacientes⁶.

Valorar la magnitud del problema del consumo de cocaína y el infarto de miocardio mediante los CMBD puede ser una aproximación interesante, pero ¿creen los autores que estas diferencias en la detección del consumo de cocaína entre los estudios condicionan la subestimación de la prevalencia del infarto de miocardio asociado al consumo reciente de cocaína? ¿Esta subestimación y la mayor edad de inclusión de los pacientes con infarto de miocardio pueden haber subestimado el efecto pronóstico del consumo reciente de cocaína en la mortalidad por infarto agudo de miocardio? Desde nuestro punto de vista,

creemos importante diferenciar los trastornos por consumo crónico de cocaína, que triplican el riesgo de sufrir un infarto con el infarto agudo de miocardio, de un consumo agudo de cocaína, que aumenta las complicaciones y la mortalidad hospitalaria del infarto. Por todo ello, creemos imprescindible interrogar específicamente a los pacientes con sospecha de infarto de miocardio sobre el consumo crónico de cocaína y determinar sus metabolitos en la orina.

Xavier Carrillo^{a,b,*}, Eduard Fernandez-Nofrerias^a,
Oriol Rodriguez-Leor^{a,b} y Antoni Bayes-Genis^{a,b}

^aServicio de Cardiología, Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España

^bDepartamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

* Autor para correspondencia:

Correo electrónico: xcarrillo.germanstrias@gencat.cat (X. Carrillo).

On-line el 11 de septiembre de 2014

BIBLIOGRAFÍA

1. Gili M, Ramírez G, Béjar L, López J, Franco D, Sala J. Trastornos por cocaína e infarto agudo de miocardio, prolongación de estancias y exceso de costes hospitalarios. *Rev Esp Cardiol*. 2014;67:545-51.
2. Carrillo X, Curós A, Muga R, Serra J, Sanvisens A, Bayes-Genis A. Acute coronary syndrome and cocaine use: 8-year prevalence and in-hospital outcomes. *Eur Heart J*. 2011;32:1244-50.
3. Bosch X, Loma-Orsio P, Guasch E, Nogue S, Ortiz JT, Sanchez M. Prevalencia, características clínicas y riesgo de infarto de miocardio en pacientes con dolor torácico y consumo de cocaína. *Rev Esp Cardiol*. 2010;63:1028-34.
4. James TL, Feldman J, Mehta SD. Physician variability in history taking when evaluating patients presenting with chest pain in the emergency department. *Acad Emerg Med*. 2006;13:147-52.
5. Hollander JE, Hoffman RS, Burstein JL, Shih RD, Thode Jr HC. Cocaine-Associated Myocardial Infarction Study Group. Cocaine-associated myocardial infarction. Mortality and complications. *Arch Intern Med*. 1995;155:1081-6.
6. Hamm CW, Bassand J-P, Agewall S, Bax J, Boersma E, Bueno H, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute coronary syndromes (ACS) in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J*. 2011;32:2999-3054.

VÉASE CONTENIDOS RELACIONADOS:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2013.11.009>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.06.022>

<http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2014.06.009>

¿Los trastornos por cocaína asociados al infarto agudo de miocardio son lo mismo que el infarto de miocardio asociado al consumo reciente de cocaína? Respuesta



Is Cocaine-associated Acute Myocardial Infarction the Same as Myocardial Infarction Associated With Recent Cocaine Consumption? Response

Sra. Editora:

Coincidimos con Carrillo et al en la importancia del sesgo de información sobre la exposición a cocaína. No obstante, también otros factores explican las diferencias entre nuestros resultados¹ y los de su estudio² en una unidad de cuidados críticos coronarios (UCCC). En un estudio de Gupta et al³ sobre 102.952 pacientes con infarto agudo de miocardio en 364 hospitales del *American College of Cardiology Registry* de Estados Unidos, solo 924 pacientes (0,9%) de todas las edades dieron positivo en cocaína, definida como consumo en las 72 h previas o su presencia en la orina.

Es problemático extrapolar los resultados de un estudio de 87 hospitales (España) o de 364 hospitales (Estados Unidos) —de casos confirmados de infarto agudo de miocardio en áreas geográficas, tipos de hospitales y de servicios y edades diferentes— a los resultados de una sola UCCC donde se estudió el síndrome coronario agudo en menores de 50 años. Igualmente sería arriesgado hacer una extrapolación de los resultados de una sola UCCC a todos los casos de infarto agudo de miocardio hospitalizados.

Nos llamó la atención la elevada mortalidad de los pacientes de la UCCC con positivo en cocaína. En el de Gupta et al³ y en el nuestro¹ no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. En el de Hollander et al⁴, la tasa de mortalidad entre casos positivos en cocaína fue 0. Esto podría deberse a que:

1. En el estudio de Carrillo et al² se hizo un análisis simple, con 2 defunciones entre 24 pacientes positivos en cocaína y 3 defunciones entre 379 pacientes negativos. Si calculamos la

odds ratio (OR) y un método exacto para medir sus intervalos de confianza con un 95% de margen (IC95%), obtenemos OR = 11,4 (IC95%, 0,89-103,3). Ellos solo valoraron la significación estadística ($p = 0,03$), pero no advirtieron la imprecisión de la OR, que con un IC95% indica que dar positivo en cocaína puede aumentar el riesgo de muerte, pero asimismo presentar nulidad de efecto (OR = 1) y también, sorprendentemente, que podría reducir el riesgo de muerte (OR = 0,89-0,99).

2. En nuestro estudio¹ y en el de Gupta et al³ (pero no en el que da origen a esta carta), se hizo un análisis multivariable que incluyó importantes variables pronósticas (edad, sexo, otras adicciones, comorbilidades, complicaciones, analíticas y tratamientos, según el estudio).

Por todo ello pensamos que, para calcular el riesgo atribuible a la cocaína en la mortalidad de pacientes con síndrome coronario agudo en UCCC, se precisaría una muestra con mayor número de casos que garantizara la potencia estadística del estudio, la precisión de los estimadores de magnitud y el control del sesgo de confusión mediante el análisis multivariable de los resultados.

FINANCIACIÓN

Este estudio fue financiado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (ayuda n° 2009I017, Proyecto G41825811).

Miguel Gili^{a,b,*}, Gloria Ramírez^{a,b}, Luis Béjar^b y Julio López^{a,b}

^aUnidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud, Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España

^bDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Sevilla, Sevilla, España