

La odisea de los corticoides en la laringitis

“Los corticoides no están indicados en el tratamiento de la laringitis”. Todavía tengo las diapositivas previas a PowerPoint® que dicen esto. Las utilicé en mis sesiones docentes de residente hace 3 décadas. Las diapositivas actuales (necesitamos un término mejor para referirnos a nuestras imágenes almacenadas digitalmente que se proyectan directamente cuando surge la necesidad) anuncian lo contrario. “Los corticoides son el tratamiento recomendado en el tratamiento de la laringitis”. Segal et al¹, en este número de PEDIATRICS, demostraron una disminución del 86% del número de ingresos hospitalarios por laringitis en Ontario entre 1993 y 2002. Este cambio coincidió con la adopción del tratamiento ambulatorio con corticoides de la laringitis. Por tanto, las observaciones de Segal et al pueden considerarse como datos de resultados que apoyan la eficacia de los corticoides en esta enfermedad. Esto requiere una breve revisión de la odisea de los corticoides en la laringitis.

Quizá la primera cuestión más notable del dogma anti-corticoides es la carta al editor de Coffin, de 1971, citada a menudo: “Corticosteroids in croup: is there a reply from the ivory tower?”². Los ensayos clínicos previos en revistas influyentes no apoyaban la eficacia^{3,4}. En 1979, la publicación de un ensayo clínico razonablemente realizado que demostraba el beneficio de la dexametasona⁵ no pareció inclinar la torre de marfil como puso en evidencia un editorial negativo acompañante⁶. El punto de cambio fue el metaanálisis de 1989 de Kairys et al⁷ que revisó los 9 ensayos metodológicamente satisfactorios (5 positivos y 4 negativos) sobre los corticoides en la laringitis. Los resultados principales fueron una mejoría clínica a las 12 y a las 24 h y una tasa más baja de intubación endotraqueal. Encontraron mejores *odds ratios* para estos 3 criterios y una relación dosis-respuesta con estos resultados. Kayris et al llegaron a la conclusión que “este metaanálisis apoya la práctica de emplear corticoides para tratar a pacientes lo bastante afectados para ser hospitalizados por laringitis”.

La siguiente pregunta lógica fue si los corticoides podrían suponer un beneficio para los niños con laringitis que no era lo bastante grave para precisar hospitalización. Terry Klassen⁸, destinado a convertirse en el investigador de la laringitis situado a la vanguardia que cambiaría el tratamiento de los niños con enfermedad leve o moderada, publicó el primer estudio en 1994. En su ensayo clínico aleatorizado, el grupo de Klassen encontró “una mejoría rápida e importante de los niños con laringitis leve o moderada que acuden al servicio de urgencias”. A partir de aquí, múltiples estudios confirmativos realizados por Klassen y otros autores, así como metaanálisis posteriores^{9,10}, establecieron firmemente el tratamiento con corticoides como el estándar

en la laringitis, tanto en el hospital como fuera de él. Un ensayo clínico aleatorizado reciente en niños con laringitis leve (la enfermedad era tan leve que incluso la farmacoterapia resultó discutible), encontró que entre los tratados con dexametasona, pocos regresaron para atención médica a causa de la laringitis, había una mejoría clínica más rápida, además de una menor pérdida de sueño y menos estrés en los padres¹¹.

Existe otra evidencia en la literatura de que el tratamiento con corticoides reduce los ingresos hospitalarios por laringitis. Geelhoed¹², en Perth, Australia, encontró menos ingresos hospitalarios en una unidad de observación de un servicio de urgencias después de convertir en obligatorio el tratamiento con corticoides. En nuestra institución se demostró una reducción de 13 veces la tasa de ingreso por laringitis entre 1991 y 1996 después de adoptar el tratamiento con corticoides¹³. Para la presentación de este comentario pedí a nuestro departamento de archivo de historias clínicas que me informaran sobre el número de ingresos por laringitis durante los años 1988-2002, el mismo período descrito por Segal et al. Hubo 191 y 75 ingresos durante los períodos de 3 años 1988-1990 y 2000-2002, respectivamente, con una disminución del 60%, muy similar a su 86%.

Las diapositivas de la época previa a PowerPoint® estaban cortadas por un patrón diferente. Los caracteres estaban escritos con una máquina de escribir de alta resolución sobre papel mate, fotografiados y ampliados. Si se deseaba color para destacar una frase o el título, teníamos que pintarlo directamente a mano sobre la diapositiva empleando esmaltes translúcidos de diferentes tonos. Aunque estas diapositivas no estaban talladas en piedra, cambiarlas, comprensiblemente, no había que tomarlo a la ligera. Por tanto, los datos debían ser científicamente convincentes mucho antes de que la frase “basado en la evidencia” se hubiera incorporado al léxico de la medicina académica. Con PowerPoint®, el cambio es más sencillo, pero uno espera que no haya disminuido el estándar de evidencia necesario para apoyar un cambio de opinión. El peso de la evidencia de los corticoides en la laringitis hace que esta preocupación no sea relevante.

La observación de Jean Martin Charcot (1825-1893) podría aplicarse bien a la odisea de los corticoides en la laringitis. “La enfermedad es muy antigua y nada sobre ella ha cambiado. Somos nosotros los que cambiamos, cuando aprendemos a reconocer lo que era formalmente imperceptible.”

MILTON TENENBEIN, MD
Professor of Pediatrics, Pharmacology and Community
Health Sciences. University of Manitoba. Children's Hospital.
Winnipeg, Manitoba.

BIBLIOGRAFÍA

1. Segal AO, Crighton EJ, Moineddin R, Mamdani M, Upshur REG. Croup hospitalizations in Ontario: a 14-year time series analysis. *Pediatrics*. 2005;116:51-5.
2. Coffin LA III. Corticosteroids in croup: is there a reply from the ivory tower? *Pediatrics*. 1971;48:493.
3. Eden AN, Larkin VD. Corticosteroid treatment of croup. *Pediatrics*. 1964;33:768-9.
4. Eden AN, Kaufman MD, Yu R. Corticosteroids and croup: controlled double-blind study. *JAMA*. 1967;200:133-4.
5. Leipzig B, Oski FA, Cummings CW, Stockman JA, Swender P. A prospective randomized study to determine the efficacy of steroids in treatment of croup. *J Pediatr*. 1979;94:194-6.
6. Cherry JD. The treatment of croup: continued controversy due to failure of recognition of historic, ecologic, etiologic and clinical perspectives. *J Pediatr*. 1979;94:352-4.
7. Kairys SW, Olmstead EM, O'Connor GT. Steroid treatment of laryngotracheitis: a meta-analysis of the evidence from randomized trials. *Pediatrics*. 1989;83:683-93.
8. Klassen TP, Feldman ME, Watters LK, Sutcliffe T, Rowe PC. Nebulized budesonide for children with mild-to-moderate croup. *N Engl J Med*. 1994;331:285-9.
9. Ausejo M, Saenz A, Pham B, Kellner JD, Johnson DW, Moher D, Klassen TP. The effectiveness of glucocorticoids in treating croup: meta-analysis. *Br Med J*. 1999;319:595-600.
10. Russell K, Weibe N, Saenz A, et al. Glucocorticoids for croup. *Cochrane Database Syst Rev*. 2004;(1):CD001955.
11. Bjornson CL, Klassen TP, Williamson J, et al. A randomized trial of a single dose of oral dexamethasone for mild croup. *N Engl J Med*. 2004;351:1306-13.
12. Geelhoed GC. Sixteen years of croup in a Western Australian teaching hospital: effects of routine steroid treatment. *Ann Emerg Med*. 1996;28:621-6.
13. Klassen TP. Glucocorticoids in the treatment of croup: barking up the right tree. *Can Med Assoc J*. 1998;159:1121-2.