

Temas al día

EPOC fenotipo no agudizador con enfisema

Isabel Martín-Garrido¹, María Teresa Martínez-Rísquez², María Luz Calero-Bernal²

¹Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España

Grupo de Trabajo de EPOC. Sociedad Española de Medicina Interna. España

²Servicio de Medicina Interna. Hospital de San Juan de Dios del Aljarafe. Bormujos (Sevilla). España

Grupo de Trabajo de EPOC. Sociedad Española de Medicina Interna. España

Recibido: 11/09/2017

Aceptado: 04/10/2017

En línea: 31/12/2017

Citar como: Martín-Garrido I, Martínez-Rísquez MT, Calero-Bernal ML. EPOC fenotipo no agudizador con enfisema. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2017 (Dic); 2(3): 146-147.

Autor para correspondencia: Isabel Martín-Garrido. isab_lla@hotmail.com

Palabras clave

- ▷ Enfisema no agudizador
- ▷ Optimización de tratamiento
- ▷ Bullectomía

Keywords

- ▷ Non-exacerbator emphysema
- ▷ Treatment optimization
- ▷ Bullectomy

Resumen

Varón de 48 años fumador excesivo, sin otros antecedentes de interés, derivado para estudio de disnea. Tras la realización de pruebas complementarias, se diagnostica de EPOC grado D de la GOLD y fenotipo enfisema no agudizador según GesEPOC, disnea clase 2-3 de la mMRC con una puntuación BODE de 7 y con presencia de bullas de predominio en pulmón derecho. Tras optimización del tratamiento médico broncodilatador con retirada de corticoides inhalados, inicialmente la situación clínica del paciente mejora, pero 3 meses después presenta empeoramiento paulatino motivado por la aparición de neumotórax leve que precisa tubo de drenaje y posterior bullectomía, con mejoría clínica y funcional.

Abstract

A 48-year-old male smoker with no other history of interest, who is referred for dyspnea. Following complementary tests, the diagnosis of COPD grade D GOLD, non-aggravating emphysema GesEPOC, was made, he has dyspnea grade 2-3 of MRCm with BODE score of 7 and presence of bullas of predominance in the right lung. After optimization medical treatment, removing inhaled corticosteroids, the clinical situation of the patient improves, but after 3 months there is a sudden worsening with the appearance of pneumothorax requiring drainage tube and bullectomy with posterior clinical and functional improvement.

Puntos destacados

- ▷ La caracterización de los pacientes por fenotipos permite dirigir el tratamiento.
- ▷ La optimización de éste incluye la retirada de fármacos no indicados.
- ▷ Existe la opción quirúrgica sobre grandes bullas para mejorar la capacidad funcional del paciente.

Introducción

El fenotipo enfisema no agudizador define a los pacientes con EPOC que presentan disnea e intolerancia al ejercicio como síntomas predominantes, y que con frecuencia se acompañan de signos de hiperinsuflación. Los broncodilatadores de acción prolongada son la base del tratamiento.

Historia clínica

Varón de 48 años que es derivado por su médico de familia por disnea progresiva. No presentaba alergias a medicamentos conocidas. Fumador activo con

consumo acumulado de 60 paquetes/año, no consumo enólico ni otros factores de riesgo cardiovasculares. Sin otros antecedentes médicos. Desde hacía 2 años el paciente aquejaba tos crónica y disnea a moderados esfuerzos, por lo que se inició tratamiento con salmeterol/fluticasona 25/250 µg 1 inhalación/12 h + tiotropio 18 µg 1 inhalación/24 h, con discreta mejoría inicial de la disnea pero manteniendo limitación funcional sin poder caminar más de 110 m (grado 2-3 mMRC). No refería episodios previos de agudizaciones desde el inicio de la sintomatología disneica. En la exploración física presentaba aceptable estado general: TA 130/68, FC 75 lpm y saturación O₂ 95%. A la auscultación pulmonar presentaba hipoventilación generalizada bilateral y algún roncus disperso. Para la confirmación del diagnóstico de EPOC y caracterizarlo según fenotipos y gravedad se realizaron las siguientes pruebas complementarias:

- Análítica completa: ácido úrico 7,2 mg/dl; alfa-1 antitripsina 218 mg/dl (normal) con resto de parámetros normales (incluyendo función renal, función hepática, iones, hemograma, coagulación y reactantes de fase aguda).
- Cultivo de esputo: no se aislaron microorganismos.
- Baciloscopia de esputo: negativa (Lowenstein negativo).
- Radiografía de tórax PA y lateral: enfisema bullosos en los campos superiores con presencia de aireación compensadora del parénquima pulmonar derecho. No había signos de tuberculosis residual.

- Espirometría: FVC 2,7 l (70%), FEV1 35% (mejoría tras broncodilatación +8%), índice de Tiffeneau 38%.
- Puntuación del cuestionario CAT: 14 puntos.

Tras este abordaje diagnóstico, se estableció el juicio clínico de EPOC estadio IV según la GOLD, con un fenotipo enfisematoso no agudizador según la guía GesEPOC y BODE = 7. Se realizó un ajuste del tratamiento broncodilatador, suspendiendo el esteroide inhalado (fluticasona) y utilizando un LAMA y LABA (indacaterol 300 µg 1 inhalación/24 h y tiotropio 18 µg 1 inhalación/24 h). Simultáneamente se incluyó en programa de deshabituación tabáquica.

Evolución

A los 6 meses del cambio de tratamiento, el paciente presentó una ligera mejoría de la situación clínica con menos tos matutina y mayor tolerancia al ejercicio pudiendo caminar al menos 200 m sin disnea. Sin embargo, persistía el hábito tabáquico. Se le programó una nueva visita en 3 meses con pruebas complementarias, incluyendo en este caso, además de pruebas funcionales, una tomografía computarizada de tórax de alta resolución (TACAR) para valorar la extensión del enfisema y las bullas, un electrocardiograma (ECG) y un ecocardiograma. En esta visita el paciente volvió a estar sintomático y se quejaba de un dolor pleurítico derecho no presente previamente. Durante estos 3 meses se incluyó con éxito en programa de deshabituación tabáquica dirigido y controlado.

- ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, PR normal. Eje +80°. QRS estrecho, no alteraciones de la repolarización.
- Ecocardiograma: sin alteraciones de interés.
- Espirometría: mejoría respecto a previa (FEV1 39%, índice de Tiffeneau 37%).
- Pletismografía pulmonar: RV 4,39 l (187%), TLC 7,34 l (112%).
- TACAR: parénquimas pulmonares con atrapamiento difuso, enfisema septal con bullas subpleurales, existiendo una muy marcada a nivel del campo superior y medio derecho que hace un pulmón prácticamente evanescente (43% del parénquima pulmonar). Áreas de enfisema centrolobulillar. Existencia de pequeño neumotórax en pulmón derecho. Ateromatosis carotídea. El uso de contraste intravenoso descartó la presencia de tromboembolismo pulmonar.

Ante la sintomatología del paciente, la aparición del neumotórax leve y comprobando una buena adherencia al tratamiento así como abandono del hábito tabáquico, se derivó al Servicio de Cirugía de Tórax para control del neumotórax y realización de bullectomía que cursó sin complicaciones. Progresivamente mejoró su capacidad funcional (test 6 minutos = 443 m), y disminuyó la disnea basal a un grado 2 de la mMRC. La espirometría continuaba siendo de carácter obstructivo pero más leve que previamente (FVC 3 l, FEV1 50%).

Discusión

La EPOC es una enfermedad con una alta prevalencia en nuestro medio y una elevada morbimortalidad. Por ello, es crucial un diagnóstico temprano así como una buena clasificación. Para ello la guía GesEPOC propone primero establecer el diagnóstico basado en la sospecha clínica y la confirmación espirométrica, seguido de la determinación del fenotipo del paciente y la gravedad. Todo ello permite optimizar el tratamiento disminuyendo posibles efectos secundarios de fármacos no indicados. En nuestro caso es interesante ver que tras realizar las pruebas complementarias se clasificó al paciente como fenotipo enfisema no agudizador (grupo A) y con gravedad elevada (BODE 7). En este caso la opción de tratamiento indicada es la doble terapia broncodilatadora (LABA + LAMA) sin necesidad del uso de los esteroi-

des inhalados¹. En este sentido nuestra opción fue la retirada de éstos y la vigilancia de aparición de exacerbaciones que requiriesen reintroducirlas, lo que no fue necesario. En la actualidad no existen pautas definidas de cómo ni cuándo deben ser suspendidos los corticoides inhalados, ni tampoco una recomendación firme de qué pacientes pueden prescindir de ellos^{2,3}. En pacientes como el de este caso, con fenotipo tipo enfisematoso con elevado atrapamiento aéreo sin historia de agudizaciones, es una buena opción añadir un LABA de acción ultralarga, como indacaterol, que produce una importante mejoría de la sintomatología, sin aumentar el riesgo de recaída por nuevas agudizaciones⁴.

A pesar de que existió una mejoría inicial de la disnea y de los parámetros de función respiratoria, no hubo tanta mejoría como cabría esperar a pesar de que el paciente abandonase el hábito tabáquico (única medida que ha demostrado detener el progresivo deterioro del FEV1), por ello es necesario buscar otras causas de disnea y realizar pruebas de valoración del atrapamiento aéreo. En este sentido, el mejor método diagnóstico es el TACAR, que en nuestro caso evidenció una bulla gigante (43% del parénquima) junto con un leve neumotórax (ocasionado por otra bulla más pequeña) así como un gran atrapamiento aéreo objetivado en la pletismografía, por lo que se decidió derivar al Servicio de Cirugía de Tórax para plantear una bullectomía y corrección del neumotórax. La realización de una bullectomía permite la expansión del resto del parénquima pulmonar mejorando la relación ventilación-perfusión, con lo que disminuye el espacio muerto facilitando la mecánica pulmonar. No existen ensayos clínicos aleatorizados que refrenden esta teoría, pero sí series de casos que sugieren que en pacientes seleccionados la bullectomía proporciona alivio sintomático y mejoría de la funcionalidad pulmonar (así como la mortalidad y morbilidad) al menos durante 5 años, en un porcentaje variable pero elevado de pacientes (60-90%)⁵.

Conclusiones

En definitiva, es necesario diagnosticar de manera adecuada a los pacientes y clasificarlos según su fenotipo para poder así plantear un tratamiento óptimo según las necesidades individuales. La bullectomía puede ser una opción quirúrgica efectiva y relativamente segura para pacientes seleccionados con EPOC severa y con bullas gigantes, en los cuales persiste la disnea a pesar de la optimización del tratamiento broncodilatador.

Bibliografía

1. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish COPD Guidelines (GesEPOC): pharmacological treatment of stable COPD. Spanish Society of Pulmonology and Thoracic Surgery. Arch Bronconeumol. 2012; 48: 247-257.
2. Nadeem NJ, Taylor SJ, Eldridge SM. Withdrawal of inhaled corticosteroids in individuals with COPD –a systematic review and comment on trial methodology. Respir Res. 2011; 12: 107.
3. Yawn BP, Suissa S, Rossi A. Appropriate use of inhaled corticosteroids in COPD: the candidates for safe withdrawal. NPJ Prim Care Respir Med. 2016; 26:16068.
4. Farne HA, Cates CJ. Long-acting beta2-agonist in addition to tiotropium versus either tiotropium or long-acting beta2-agonist alone for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Oct 22; 10: CD008989.
5. Van Bael K, La Meir M, Vanoverbeke H. Video-assisted Thoracoscopic Resection of a Giant Bulla in Vanishing Lung Syndrome: case report and a short literature review. J Cardiothorac Surg. 2014; 9: 4.