

Temas al día

Varón de 70 años que ingresa por una exacerbación de EPOC. Fenotipo mixto

Francisco López-García

Servicio de Medicina Interna. Hospital General Universitario de Elche. Elche (Alicante). 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: López-García F. Varón de 70 años que ingresa por una exacerbación de EPOC. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2017 (Dic); 2(3): 155-157.

Autor para correspondencia: Francisco López-García. filoflg1968@gmail.com

Palabras clave

- ▷ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- ▷ Fenotipos EPOC
- ▷ Solapamiento EPOC-asma

Keywords

- ▷ Chronic obstructive pulmonary disease
- ▷ Phenotypes COPD
- ▷ Asthma-COPD overlap

Resumen

Varón de 70 años, exfumador, que ingresó por aumento de la tos con expectoración marronácea y disnea de mediano esfuerzo, sin fiebre y con radiografía de tórax normal. Fue diagnosticado de probable agudización de EPOC y tratado de forma eficaz con antibióticos, corticoides orales y broncodilatadores. Al mes del ingreso, se realizó una espirometría que mostró una obstrucción grave al flujo aéreo y un test broncodilatador muy positivo, que, junto con la presencia de eosinofilia en sangre periférica, confirmó el diagnóstico de EPOC fenotipo solapamiento asma-EPOC (ACO, siglas del inglés *asthma-COPD overlap*).

Abstract

A 70-year-old male ex-smoker who entered for increased cough with brownish expectoration and medium-effort dyspnea, without fever, and with normal chest x-ray. He was diagnosed of probable COPD exacerbation and treated effectively with antibiotics, oral corticosteroids and bronchodilators. At the month of admission, spirometry was performed, which showed a severe airflow obstruction and a very positive bronchodilator test, which, together with the presence of peripheral blood eosinophilia, confirmed the diagnosis of COPD phenotype asthma-COPD overlap (ACO).

Puntos destacados

- ▷ En la EPOC hay que individualizar el tratamiento para mejorar los síntomas de la enfermedad y disminuir las agudizaciones.
- ▷ El fenotipo solapamiento mixto EPOC-asma (ACO) requiere la confirmación espirométrica de obstrucción al flujo aéreo, tabaquismo y características de asma.
- ▷ Los pacientes con ACO responden a los corticoides inhalados que siempre deben asociarse a los LABA (β_2 de acción larga).

diferentes formas clínicas que tienen repercusión en la práctica clínica, pronóstico y tratamiento³.

Caso clínico

Varón de 70 años que ingresó por tos, esputo purulento y disnea. Sus antecedentes eran hipertensión arterial, dislipemia y fibrilación auricular permanente anticoagulada. Refería extabaquismo con consumo acumulado de 60 paquetes/año y dejó de fumar hacía 6 años. No cumplía criterios de bronquitis crónica, no tenía antecedentes de asma bronquial y no se había realizado ningún estudio espirométrico. Recibía tratamiento con candesartán 8 mg, atorvastatina 40 mg y rivaroxabán 20 mg.

Ingresó en el Servicio de Medicina Interna por presentar desde 3 días antes aumento de la tos con expectoración, al inicio amarillenta y el día del ingreso marronácea sin sangre. Refería aumento de su disnea habitual que se hizo de mínimo esfuerzo y reconocía que en el último año presentaba disnea al subir dos pisos de escaleras. No presentó fiebre, distermia, dolor torácico ni

Introducción

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una enfermedad compleja, crónica y multisistémica en la que coexisten frecuentes comorbilidades pero potencialmente tratable^{1,2}. Su presentación clínica es muy variada y se ha comprobado en los últimos años que la afectación espirométrica medida por el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) no define por sí sola la gravedad de la enfermedad ni es útil en la monitorización de la respuesta al tratamiento farmacológico. Por todo ello, se ha clasificado a los pacientes según los fenotipos, que corresponden a

abdominal, ortopnea, ni aumento de los edemas en piernas. Cuando acudió al Servicio de Urgencias se apreció un paciente consciente y orientado, con regular estado general, afebril, ligera taquipnea y saturación arterial basal de oxígeno del 88%. No presentaba ictericia ni cianosis. La auscultación cardíaca fue normal y en la pulmonar predominaban sibilantes en ambos campos pulmonares con algún roncus en las bases. La exploración abdominal, la de los miembros inferiores y la neurológica fueron normales.

El hemograma mostró: Hb 12,6 g/dl, leucocitos 10.600 (80% neutrófilos, recuento de eosinófilos: 600 células/ μ l) y plaquetas 266.000. La bioquímica con función hepática, renal e iones fueron normales y el valor de la proteína C reactiva (PCR) fue de 26 mg/l. El electrocardiograma mostró un ritmo de fibrilación auricular a respuesta ventricular media de 78 lpm sin signos agudos de isquemia. La radiografía de tórax fue normal.

Con el diagnóstico de probable agudización de EPOC, el paciente fue tratado con oxigenoterapia, broncodilatadores de acción corta, antibióticos (levofloxacino) y corticoides orales a dosis de 40 mg/día. La evolución clínica del paciente resultó muy favorable y fue dado de alta con prednisona oral hasta completar 10 días de tratamiento y la combinación inhalada de fluticasona/vilanterol 92/22 μ g en dosis única con el dispositivo Ellipta®. Se instruyó en el manejo del dispositivo y de la técnica inhalatoria antes del alta. El enfermo fue citado en las consultas externas de Medicina Interna al mes del alta hospitalaria para realizar una espirometría en fase estable y confirmar el diagnóstico de EPOC.

En la valoración en la consulta externa de Medicina Interna el paciente refería ausencia de disnea y de expectoración matutina. La espirometría mostró: FEV1/FVC 54,34%, FEV1 45,02%, FVC 77% y la prueba broncodilatadora (PBD) fue muy positiva, mostrando un incremento del FEV1 del 16%. Con este resultado de la PBD y la presencia de eosinofilia que se confirmó en un segundo hemograma de control, el paciente fue diagnosticado de EPOC fenotipo solapamiento asma-EPOC (ACO, siglas del inglés *asthma-COPD overlap*). Dado el riesgo alto, se mantuvo el tratamiento con fluticasona/vilanterol en inhalación única diaria.

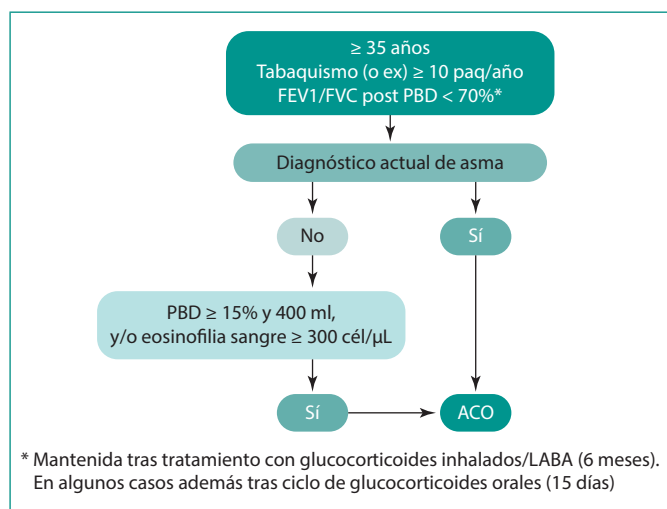


Figura 1. Confirmación diagnóstica de ACO^{3,8}

Discusión

La complejidad de la EPOC y su carácter multidimensional han provocado que en los últimos años hayan surgido distintas propuestas de clasificación que combinan diferentes parámetros y desenlaces, con el objetivo de

calificar y cuantificar el grado de afectación de la enfermedad para facilitar la decisión clínica a la hora de tratar de forma adecuada a los pacientes⁴. En España, la publicación de la Guía española de la EPOC (GesEPOC) en el año 2012 supuso un cambio en la manera de abordar la enfermedad, aproximando el tratamiento de la misma según los fenotipos clínicos, identificando perfiles de pacientes que presentan un pronóstico común y una respuesta similar a los tratamientos farmacológicos existentes⁵. Recientemente se ha publicado la actualización de la Guía en su versión 2017; en ella, se han mantenido los cuatro fenotipos que determinan un tratamiento diferenciado de la enfermedad: fenotipo no agudizador con enfisema o bronquitis crónica, fenotipo agudizador con enfisema, fenotipo agudizador con bronquitis crónica y fenotipo EPOC-asma (ACO)³.

El caso presentado cumple los criterios que definen el fenotipo mixto de solapamiento EPOC-asma, actualmente denominado ACO (por la traducción del inglés *asthma-COPD overlap*) y antes denominado simplemente fenotipo mixto EPOC-asma. Se trata de pacientes que comparten características de EPOC y asma, aunque no se conoce bien si esta superposición es debida a la coincidencia de dos enfermedades tan prevalentes o existe uno o varios elementos patogénicos comunes. Su prevalencia varía según las series analizadas y sobre todo de los criterios utilizados para definir el síndrome, estimándose una prevalencia en la población general del 1,6-4,5% que asciende al 15% y al 25% en los pacientes con obstrucción al flujo aéreo^{3,6,7}. Muy recientemente se ha publicado el documento de consenso GesEPOC-GEMA que define al ACO como una limitación crónica al flujo aéreo persistente en un paciente fumador o que lo ha sido y que presenta características de asma⁸. La guía GesEPOC en su actualización 2017, basada en dicho documento de consenso, recoge la evaluación secuencial a realizar para confirmar el diagnóstico de ACO (véase Figura 1). Como se aprecia en la referida Figura 1, los pacientes sin diagnóstico actual de asma, la presencia de una prueba broncodilatadora muy positiva o bien la presencia de eosinofilia en sangre mayor de 300 eosinófilos/ μ l confirman el diagnóstico de ACO^{3,8}. Estas características, presentes ambas en el caso presentado, aunque no son diagnósticas en sí mismas, sí orientan a la existencia de un patrón inflamatorio denominado Th2 alto, el cual, en un paciente fumador con obstrucción al flujo aéreo, permite clasificarlo como ACO^{3,8}. En cuanto al objetivo del tratamiento de los pacientes con ACO, éste coincide con los del asma y la EPOC individuales: controlar los síntomas, mejorar la obstrucción bronquial y prevenir las agudizaciones. Los corticoides inhalados (CI) son el tratamiento electivo para el asma y la EPOC con expresión Th2, por lo que siempre deben utilizarse en los pacientes con ACO clasificados de alto riesgo (FEV1 < 50%, grado de disnea > 2 o 2 con tratamiento, dos o más agudizaciones anuales o una que necesita ingreso) y siempre deben administrarse asociado a los LABA (β_2 de acción prolongada). El tiotropio debe administrarse a la combinación de LABA + CI en los pacientes en los que persisten exacerbaciones o sintomáticos³.

Bibliografía

1. Global for the Diagnosis, Management and Prevention of COPD, Global initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) 2017. Disponible en: <http://goldcopd.org>.
2. Vanfleteren LE, Spruit MA, Wouters EM, Franssen FM. Management of chronic obstructive pulmonary disease beyond the lungs. *Lancet Respir Med*. 2016; 4: 911-924.
3. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Guía española de la EPOC (GesEPOC). Versión 2017. *Arch Bronconeumol*. 2017; 53(Supl 1): 2-64.
4. Ortega Ruiz F, Márquez Martín E, López-Campos JL. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica: en busca de la clasificación ideal. *Arch Bronconeumol*. 2017; 53: 91-92.

5. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) –Guía española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2012; 48(Supl 1): 2-58.
6. Alshabanat A, Zafari Z, Albanyan O, Dairi M, Fitzgerald JM. Asthma and COPD overlap syndrome (ACOS): a systematic review and meta analysis. Plos One. 2015; 10: e0136065.
7. Cosío BG, Soriano JB, López-Campos JL, Calle-Rubio M, Soler-Cataluña JJ, De-Torres JP, et al. Defining the asthma-COPD overlap syndrome in a COPD cohort. Chest. 2016; 149: 45-52.
8. Miravittles M, Álvarez-Gutiérrez FJ, Calle M, Casanova C, Cosío BG, López-Viña A, et al. Algorithm for identification of asthma-COPD overlap: consensus between the Spanish COPD and asthma guidelines. Eur Respir J. 2017; 1: 49(5): 1700068. doi: 10.1183/13993003.00068-2017.