

Caso 6

Fenotipo enfisematoso sin agudizaciones. Dos mejor que uno

Juan José Soler Cataluña

Servicio de Neumología
Hospital de Requena. Valencia

Varón de 63 años de edad que acude a consultas externas de atención primaria por disnea de esfuerzo de, aproximadamente, 6 meses de duración. El paciente es agricultor de profesión, ex fumador desde hace 5 años (fumó 20 cigarrillos al día durante un periodo de 42 años). Niega consumo de alcohol u otras sustancias tóxicas.

Antecedentes personales

Hipertensión arterial. Dislipemia. Hipertrofia benigna de próstata.

Tratamiento actual

Ante la sospecha de EPOC, su médico inicia tratamiento con indacaterol 150 $\mu\text{g}/\text{día}$ y salbutamol a demanda. Se solicita una espirometría con prueba broncodilatadora, radiografía de tórax y analítica convencional.

Historia clínica

Desde el punto de vista respiratorio, presenta disnea al andar en llano a distancias superiores a 100 metros. Escala de disnea del MRC (Medical Research Council) 2. No refiere ser tosedor ni expectorante habitual ni, tampoco,

expresa agudizaciones en el último año. No añade clínica de rinitis ni de atopia, y tampoco refiere historia de sibilancias en su juventud.

Exploración física

Presenta cierta delgadez. IMC: 23. PA 140/85. FC 60 x'. FR: 20 x'. La AR mostraba disminución del murmullo vesicular. AC: normal. No se objetivan edemas en miembros inferiores, ni cianosis labial.

Pruebas complementarias

- Analítica normal, sin observarse eosinofilia periférica.
- La radiografía de tórax muestra signos indirectos de atrapamiento aéreo, con aplanamiento diafragmático y aumento del espacio retroesternal,
- Pruebas funcionales respiratorias: FEV₁ 1.630 ml (44%), FVC 3.600 ml (75%), índice FEV₁/FVC 0,45. Tras broncodilatación, el cociente FEV₁/FVC es del 0,45, el FEV₁ de 1.740 ml (47%) y la FVC de 3.840 ml (80%).

Evolución y comentarios

Se confirma el diagnóstico de EPOC, con posible fenotipo no agudizador tipo enfisema. La

puntuación BODEx calculada fue de 3 puntos, por lo que se clasificó como nivel de gravedad II (moderado).

Tras el tratamiento inicial con indacaterol, el paciente ha mejorado subjetivamente. No obstante, mantiene disnea al subir pendientes suaves; escala de disnea del MRC: 1. La puntuación del CAT (COPD Assessment Test) es de 22 puntos. Su médico decide añadir tiotropio, 18 µg/día. A los 3 meses de seguimiento con la doble terapia broncodilatadora, la puntuación de CAT se redujo en 4 puntos y la disnea mejoró hasta presentarse a esfuerzos intensos (MRC: 0), sin objetivarse agudizaciones.

Discusión

La nueva guía española de la EPOC (GesEPOC) contempla importantes novedades clínicas, entre las que destacan la orientación hacia los fenotipos clínicos y la necesidad de valoración multidimensional [1]. En este sentido, GesEPOC propone 3 pasos diagnósticos para etiquetar y clasificar al paciente con EPOC. El primero está dirigido a establecer el diagnóstico de EPOC a partir de una sospecha clínica basada en la combinación de 3 variables (edad ≥ 35 años, tabaquismo acumulado ≥ 10 años-paquete y presencia de síntomas respiratorios crónicos) y la confirmación espirométrica, con un FEV₁/FVC tras broncodilatador $< 0,7$. En nuestro caso, las 4 premisas se cumplen, por lo que el paciente puede ser etiquetado fácilmente de EPOC. El segundo paso, y quizás el más novedoso, pasa por tratar de establecer el fenotipo clínico. Para ello, GesEPOC propone la existencia de 4 fenotipos, que orientan hacia 4 posibilidades de tratamiento (fig. 1, ver anexo, pág. 17). Este paciente no cumple ni criterios de agudizador ni de fenotipo mixto (antecedentes personales de asma y/o alergia, prueba broncodilatadora muy positiva o eosinofilia en esputo) [2]; tampoco presenta tos y expectoración crónica, por lo que puede ser catalogado como fenotipo no agudizador tipo

enfisema (grupo A). El tercer y último paso consiste en establecer su nivel de gravedad; para ello se propone como primera opción la utilización del BODE, aunque se acepta el BODEx para pacientes leves y moderados (fig. 3, ver anexo, pág. 19) [3]. Nuestro caso tendría 3 puntos en el índice BODEx, por lo que se clasifica como moderado (o nivel II de gravedad).

Una vez resuelta la categorización y clasificación del paciente, quedará por establecer el tratamiento, que dependerá de dos ejes. El tipo de tratamiento viene determinado por el fenotipo clínico (primer eje) y su intensidad por el nivel de gravedad pronóstica y clínica (segundo eje). Los pacientes incluidos en el grupo A son pacientes que no se beneficiarán de tratamiento antiinflamatorio, y es de elección en ellos la administración de broncodilatadores de acción prolongada (fig. 4, ver anexo, pág. 20). El nivel de gravedad (nivel A-II, moderado) podría indicar tratamiento con LABA o LAMA. Sin embargo, dentro de cada nivel de gravedad, la valoración clínica de los síntomas o del estado de salud, mediante el cuestionario CAT, pueden modificar al alza la pauta farmacológica.

En nuestro caso, los 22 puntos del CAT señalan un alto impacto en calidad de vida relacionada con la salud, por lo que la opción más correcta fue la doble terapia broncodilatadora (LABA + LAMA). Como se comprueba, la respuesta clínica fue satisfactoria.

Bibliografía

1. Hacia un nuevo enfoque en el tratamiento de la EPOC. La Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2011;47:379-81.
2. Soler Cataluña JJ, Cosío B, Izquierdo JL, López Campos JL, Marín JM, et al. Documento de consenso sobre el fenotipo mixto EPOC-asma. Arch Bronconeumol. 2012 (en prensa).
3. Soler Cataluña JJ, Martínez García MA, Sánchez L, Perpiñá M, Román P. Severe exacerbations and BODE index: two independent risk factors for death in male COPD patients. Respir Med. 2009;103:692-9.