

CASO CLÍNICO

ACOS: ¿cuál es el tratamiento indicado?

EDUARDO MÁRQUEZ-MARTÍN
Y MARÍA ABAD ARRANZ

Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades Respiratorias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Varón de 67 años, fumador de 10 cigarrillos diarios desde la juventud, con un consumo acumulado de 25 paquetes-año. Ha padecido una angina de esfuerzo como expresión de una cardiopatía isquémica, por lo que sigue tratamiento antiagregante y con betabloqueantes. Tiene una hermana que está diagnosticada de asma bronquial.

Hace 2 años se le practicó en su centro de salud una espirometría que mostraba un patrón obstructivo con una reversibilidad parcial. Está en tratamiento con un broncodilatador de larga duración de forma permanente a lo que une un broncodilatador de corta duración cuando tiene síntomas. Estos síntomas, consistentes en tos, sibilancias en el pecho y sensación de falta de aire, aparecen principalmente en primavera, con una gran variabilidad entre los días que tiene síntomas y los que no los tiene (la mayoría), en los que se mantiene prácticamente asintomático. Fuera de estas crisis el paciente no refiere disnea ni con los esfuerzos y realiza ejercicio 3 días por semana (golf).

Actualmente los síntomas se han acentuado, especialmente desde hace 2 semanas, motivo por el cual acude a la consulta.

A la exploración, el paciente se muestra eupnéico en reposo, sin uso de musculatura accesoria. A la auscultación tiene un aceptable murmullo vesicular, si bien tiene sibilantes de predominio en vértices.

Aporta una radiografía del tórax que muestra datos de cierta hiperinsuflación, además de una cardiomegalia con elongación y calcificación del cayado aórtico.

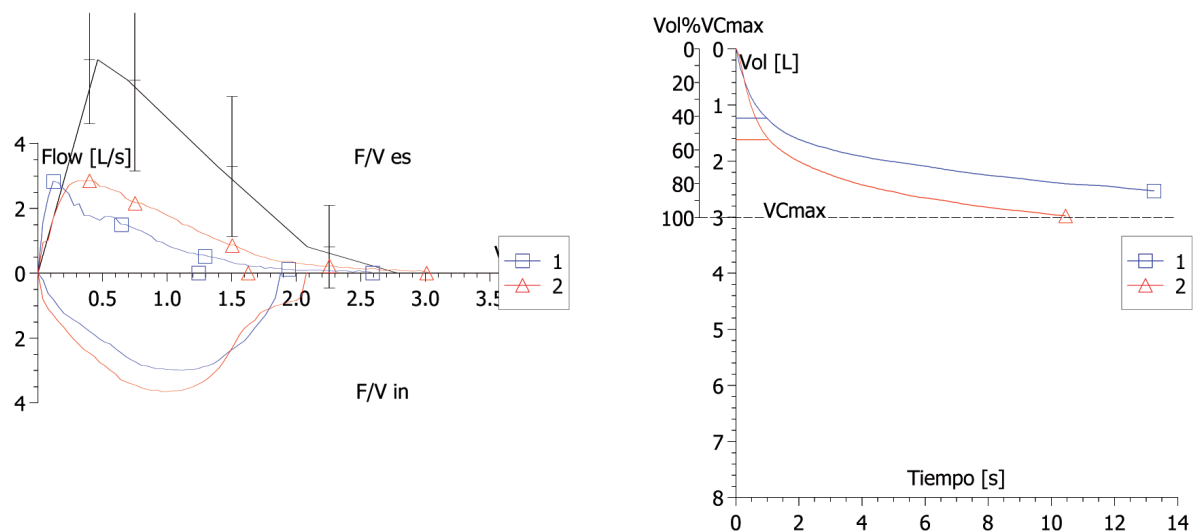
Se le realiza un electrocardiograma en el que se aprecia un ritmo sinusal con un hemibloqueo anterior conocido y una amputación de la onda «r» en la cara anterior.

Realizamos un estudio de función respiratoria con una espirometría basal y posbroncodilatador cuyas curvas flujo-volumen se exponen en la figura 1, que muestra un patrón obstructivo con reversibilidad parcial.

Con los datos que tenemos de este paciente y según el reciente consenso GINA-GOLD acerca del ACOS (del inglés *astma-COPD overlap syndrome*, tabla 1) podemos establecer este diagnóstico¹. Realizamos por este motivo un cambio en el tratamiento, añadiendo al broncodilatador de larga duración un corticoide inhalado.

El tratamiento inicial en los pacientes con ACOS debe elegirse con la finalidad de que los pacientes con manifestaciones de asma reciban un tratamiento de control suficiente, incluidos los corticoides inhalados y no solo broncodilatadores de acción prolongada en monoterapia, y que los pacientes con manifestaciones de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) reciban un tratamiento con broncodilatadores de acción prolongada o un tratamiento combinado, pero no solo corticoide inha-

PUBEPOC - ACOS: ¿CUÁL ES EL TRATAMIENTO INDICADO?



	Teor	Med1	% (Med1/pred)	Med2	% (Med2/pred)	D% M2/M1
FVC	2,78	2,59	93,0	3,01	108,0	16,1
FEV ₁	2,10	1,24	59,2	1,63	77,5	30,8
FEV ₁ /F		48,01		54,09		12,6
MMEF	2,50	0,32	12,6	0,53	21,3	68,7
PEF	6,58	2,83	43,0	2,85	43,3	0,8

FIGURA 1. Curva flujo-volumen del estudio de función respiratoria.

% (Med1/pred): valor porcentual prebroncodilatador; % (Med2/pred): valor porcentual posbroncodilatador; D% M1/M2: porcentaje de cambio entre pre y posbroncodilatador; FEV₁: volumen espiratorio máximo en el primer segundo; FEV₁/F: cociente entre FEV₁ y FVC; FVC: capacidad vital forzada; F/V es: flujo/volumen espiratorio; F/V in: flujo/volumen inspiratorio; Med1: valores absolutos prebroncodilatador; Med2: valores absolutos posbroncodilatador; MMEF: flujo medio mesoespiratorio; PEF: flujo espiratorio máximo; Teor: valores teóricos; VCmax: capacidad vital máxima.

lado en monoterapia. En este sentido, ya en 2012 se publicó un documento de consenso en el que 23 expertos en EPOC españoles consensaban la existencia de un fenotipo clínico diferencial denominado fenotipo mixto EPOC-asma, cuyo diagnóstico y tratamiento puede ser distinto al planteamiento tradicional del paciente con EPOC o asma². Se alcanzó suficiente acuerdo para establecer que

en el momento actual, y en ausencia de una evidencia científica que lo contradiga, estos pacientes pueden beneficiarse de un tratamiento similar al del asma, ya que tienen características clínicas que sugieren una mayor eficacia del tratamiento antiinflamatorio. En este sentido, se recomienda utilizar corticoides inhalados de forma precoz en todos los pacientes con fenotipo mixto EPOC-asma³.

TABLA 1. Criterios diagnósticos del ACOS según documento de consenso GINA-GOLD

Características: si está presente sugiere	Asma	EPOC
Edad de inicio	Antes de los 20 años	Después de los 40 años
Patrón de síntomas	Variación a lo largo de minutos, horas o días Empeoramiento de los síntomas durante la noche o primera hora de la mañana Síntomas desencadenados por el ejercicio, las emociones (incluida la risa), el polvo o la exposición a alérgenos	Persistencia a pesar del tratamiento Días buenos y malos, pero siempre con síntomas diarios y disnea de esfuerzo Tos crónica y esputo que preceden al inicio de la disnea, no relacionadas con desencadenantes
Función pulmonar	Registro de una limitación variable del flujo aéreo (espirometría, flujo máximo)	Registro de una limitación persistente del flujo aéreo (FEV ₁ /FVC posbroncodilatador < 0,7)
Función pulmonar entre los síntomas	Normal	Anormal
Antecedentes personales o familiares	Diagnóstico médico previo de asma Antecedentes familiares de asma y otros trastornos alérgicos (rinitis alérgica o eccema)	Diagnóstico médico previo de EPOC, bronquitis crónica o enfisema Exposición intensa a un factor de riesgo: humo de tabaco, combustión de biomasa
Evolución temporal	Sin empeoramiento de los síntomas a lo largo del tiempo. Los síntomas varían estacionalmente o de año en año Puede mejorar espontáneamente o presentar una respuesta inmediata a broncodilatadores o a corticoides inhalados a lo largo de semanas	Los síntomas se agravan lentamente con el paso del tiempo (curso progresivo a lo largo de los años) El tratamiento broncodilatador de acción rápida proporciona un alivio tan solo limitado
Radiografía de tórax	Normal	Hiperinsuflación intensa

ACOS: *asthma-COPD overlap syndrome*; EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEV₁: volumen espiratorio máximo en el primer segundo; FVC: capacidad vital forzada.

Bibliografía

1. Asthma-COPD overlap síndrome. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, updated 2015. Disponible en: www.ginasthma.org
2. Soler-Cataluña JJ, Cosío BG, Izquierdo Alonso JL, López-Campos Bodineau JL, Marín JM, Agüero R, et al. Documento de consenso sobre el fenotipo mixto EPOC-asma en la EPOC. Arch Bronconeumol. 2012; 48(9):331-7.
3. Miravittles M, Soler-Cataluña J, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Tratamiento farmacológico de la EPOC estable. Arch Bronconeumol. 2012;48(7):247-57.