

CASO CLÍNICO**Disnea en mujer
exfumadora con
antecedentes de asma.
ACOS****EDUARDO MÁRQUEZ-MARTÍN
Y MARÍA ABAD ARRANZ**Unidad Médico-Quirúrgica de Enfermedades
Respiratorias. Hospital Universitario Virgen
del Rocío. Sevilla.

Mujer de 50 años, exfumadora desde hace 3 años, con un consumo acumulado de 30 paquetes-año. Trabaja en banca y entre sus antecedentes personales destaca haber sido diagnosticada de asma bronquial en la infancia, con necesidad de uso de distintos inhaladores hasta la adolescencia, cuando desaparecieron los síntomas. Padece también una hipertensión arterial que trata con un antagonista de los receptores de la angiotensina y una dislipidemia para la que sigue tratamiento dietético.

Acude a la consulta porque en los últimos años ha notado limitación para el esfuerzo, refiriendo disnea al acelerar el paso o subir escaleras (disnea 1 de la escala modificada de la *Medical Research Council*). Tiene tos matutina con poca expectora-

ción, y en el último año ha tenido dos episodios en los que ha sufrido aumento de tos y expectoración, refiriendo la paciente pitos en el pecho por los que ha tenido que acudir a su médico de cabecera e iniciar tratamiento con un inhalador de budesonida y formoterol.

A la auscultación destaca un murmullo vesicular conservado con múltiples sibilantes universales teleinspiratorios.

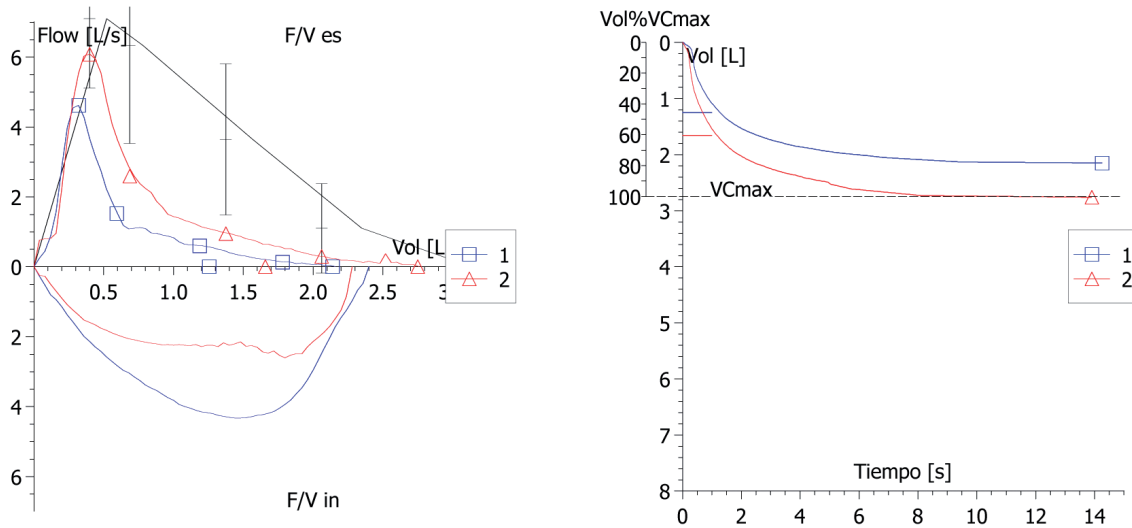
Se solicita una radiografía del tórax en proyecciones anteroposterior y lateral y de los senos paranasales en proyección de Waters, que son anodinas.

Se realiza un estudio funcional respiratorio (fig. 1) que nos muestra un patrón obstructivo con reversibilidad parcial, con una mejoría tras broncodilatador de 410 ml.

En la analítica muestra un hemograma dentro de los límites de la normalidad, con unos niveles de inmunoglobulina E de 1320 kU/l.

Con estos datos podemos diagnosticar a esta paciente una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) con fenotipo mixto EPOC-asma según los criterios diagnósticos que nos propone GesEPOC¹ (tabla 1), al cumplir dos de los criterios mayores y uno de los criterios menores.

GesEPOC es la primera guía de práctica clínica que incluye este fenotipo de paciente, con unos criterios diagnósticos específicos que fueron elegidos por el consenso de expertos, acordándose que sería necesaria la presencia de dos criterios mayores o uno mayor y dos menores para el correcto diagnóstico de esta entidad clínica². Posteriormente, el documento de consenso de GINA y GOLD nos propone, en primer lugar, realizar una historia clínica detallada, en la que podremos encontrar datos a favor de que el paciente padezca asma,



	Teor	Med1	% (Med1/pred)	Med2	% (Med2/pred)	D% M1/M2
FVC	3,16	2,14	67,7	2,75	87,03	28,6
FEV ₁	2,48	1,25	50,7	1,66	66,96	32,1
FEV ₁ /F		58,68		60,29		2,7
MMEF	2,97	0,39	13,1	0,73	24,76	88,9
PEF	7,14	4,62	64,7	6,08	85,17	31,7

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.

TABLA 1. Criterios diagnósticos del fenotipo mixto EPOC-asma de GesEPOC

Criterios mayores	Criterios menores
Prueba broncodilatadora muy positiva (incremento del FEV ₁ > 15 % y >400 ml)	Cifras elevadas de IgE total
Eosinofilia en esputo	Antecedentes personales de atopía
Antecedentes personales de asma	Prueba broncodilatadora positiva en al menos dos ocasiones (incremento del FEV ₁ > 12 % y >200 ml)

FEV₁: volumen espiratorio máximo en el primer segundo; IgE: inmunoglobulina E.



EPOC o ACOS (del inglés *astma-COPD overlap syndrome*)³.

Nos propone un cuadro en el que iremos marcando una serie de casillas. El hecho de tener tres o más casillas marcadas para un diagnóstico sin que se presente el alternativo nos guiará a favor de que realicemos un diagnóstico correcto con probabilidad elevada. Cuando un paciente presente similar número de casillas de asma y EPOC, debemos considerar el diagnóstico de ACOS.

Bibliografía

1. 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.
2. Soler-Cataluña JJ, Cosío BG, Izquierdo Alonso JL, López-Campos Bodineau JL, Marín JM, et al. Documento de consenso sobre el fenotipo mixto EPOC-asma en la EPOC. Arch Bronconeumol. 2012;48(9): 331-7.
3. Asthma-COPD overlap síndrome. Global Strategy for Asthma Management and Prevention, updated 2015. Disponible en: www.ginasthma.org

