

CASO CLÍNICO

Un diagnóstico provisional de enfermedad pulmonar obstructiva crónica

JOSÉ ANTONIO QUINTANO JIMÉNEZ

Médico de familia. Neumólogo.
Centro de Salud Lucena I. Lucena (Córdoba).

Introducción

En la consulta de atención primaria es posible realizar un correcto diagnóstico de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y del asma bronquial siguiendo las directrices de las guías de práctica clínica vigentes, pero en la práctica real no siempre es tan fácil y se producen falsos diagnósticos.

Caso clínico

Mujer de 58 años que acude a la consulta de su médico de familia por presentar un cuadro respiratorio de 3 días de evolución, caracterizado por tos frecuente con esputos de color verdoso, fiebre, disnea de grado II en la escala del Medical Research Council (MRC) y dificultad respiratoria nocturna acompañada de «pitos». Desde hace unos 5 años tiene con frecuencia tos de predominio matutino, generalmente en los inviernos, con expectoración mucosa que

se hace purulenta con los catarros, que son similares al cuadro por el que consulta, en número de unos dos al año. También presenta disnea al andar deprisa o subir cuestas (MRC: 1). Antecedentes personales: desde la infancia frecuentes catarros invernales, hipertensión arterial controlada con valsartán, alergia a la cefuroxima y urticaria en la juventud. Antecedentes familiares: madre asmática y dos hijos con polinosis. Es fumadora, con un consumo acumulado de 25 paquetes-año. En la exploración física destaca la auscultación respiratoria con roncus y sibilancias espiratorias aisladas. Temperatura de 38 °C. Resto de la exploración, incluida la auscultación cardíaca, sin anomalías destacables. Se le realiza en el día una espirometría forzada con prueba broncodilatadora (PBD) (tabla 1) y radiografía de tórax, con ausencia de condensación ni alteraciones en el mediastino ni campos pulmonares. Se diagnostica el cuadro de probable exacerbación de la EPOC. Se realiza consejo antitabaco, se prescribe *amoxicilina/clavulánico* 875 mg/8 h durante 7 días y *salbutamol* inhalado 4 puff/6 h, y se cita a la paciente a las 48 horas, siendo la evolución favorable. Se disminuyen las dosis de *salbutamol* y se pauta posteriormente a demanda hasta revisión al mes. La paciente acude a los 2 meses, fuma de 4 a 6 cigarrillos al día, tiene escasa tos sin expectoración y la disnea es de grado I (MRC). Se realiza nueva espirometría (tabla 2). El médico de familia realiza el diagnóstico de EPOC de grado moderado. Se le refuerza el consejo antitabaco con una intervención mínima en tabaquismo y se prescribe indacaterol 150 mg una vez al día y se le cita pasados 3 meses con espirometría. A los 5 meses la paciente se encuentra mejor, ha dejado de fumar, no tiene tos, la disnea es de grado I (MRC), y la espirometría ofrece valores compatibles con la normalidad (tabla 3).

TABLA 1. Espirometría realizada en la primera consulta

	T	Obs.	% T	Post.	% Post.
FVC (l)	2750	1,88	68	2050	8%
FEV ₁ (l/s)	2070	1260	60	1370	8%
FEV ₁ /FVC	74,45	67,02	90	66,82	0%

TABLA 2. Espirometría realizada a los 2 meses

	T	Obs.	% T	Post.	% Post.
FVC (l)	2750	2110	76	2270	+6%
FEV ₁ (l/s)	2070	1400	66	1500	+7%
FEV ₁ /FVC		66,3		66,07	

TABLA 3. Espirometría realizada a los 5 meses

	T	Obs.	% T	Post.	% Post.
FVC (l)	2740	2170	80	2300	6%
FEV ₁ (l/s)	2050	1570	79	1,64	5%
FEV ₁ /FVC	74 01	72,42	98	71,37	0

FEV₁: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; FVC: capacidad vital forzada; l: litros; T: valores teóricos; Obs.: valores observados; Post.: valores posbroncodilatación; % Post: porcentaje de valores posbroncodilatación sobre los valores previos observados; s: segundo; % T: porcentaje de los valores observados sobre los teóricos.

Discusión

Estamos ante una mujer fumadora, de 58 años, con tos, expectoración y disnea de esfuerzo de varios años de evolución; estas variables clínicas cumplen los criterios de sospecha de EPOC¹. El motivo de consulta es por aumento de la tos, cambios en la expectoración y aumento de la disnea, que definen la exacerbación de EPOC (AEPOC)². La espirometría realizada presenta un patrón obstructivo con una prueba broncodilatadora negativa, lo que confirmaría el diagnóstico de EPOC si la paciente estuviera en situación estable. En estos datos se basa el médi-

co de familia para diagnosticar probable exacerbación de la EPOC.

A los 2 meses, la espirometría presenta una obstrucción al flujo aéreo con una PBD negativa. Esta obstrucción, que ya existía en una paciente fumadora con clínica compatible, es razón para el diagnóstico de EPOC. Estaríamos ante una EPOC de grado moderado (FEV₁ > 50 y < 80%) siguiendo la clasificación de GOLD y semfyc-SEPAR^{1,3}, por lo que el médico prescribe *indacaterol*, un broncodilatador β₂-adrenérgico de larga duración (LABA). Los LABA están indicados en pacientes con EPOC y sín-

tomas permanentes (evidencia alta, recomendación fuerte a favor)³. A los 5 meses en que la paciente presenta escasos síntomas, la espirometría es normal (tabla 3), no existe obstrucción; por tanto, el diagnóstico no era correcto.

¿En qué se ha equivocado el médico de familia?

En no hacer una anamnesis detallada ni un diagnóstico diferencial de la EPOC. En la primera visita se sospecha EPOC atendiendo a la clínica, pero hay que recordar que los síntomas y la exploración física tienen muy baja especificidad y pueden ser comunes a distintos procesos patológicos⁴; una amplia historia clínica es fundamental para diagnosticar la EPOC e igualmente los antecedentes personales, familiares y de atopía tienen importancia para el diagnóstico de asma⁵. Establecida la sospecha clínica, el diagnóstico de EPOC debe ser confirmado mediante espirometría forzada, que se establece por una relación $FEV_1/FVC < 0,7$ tras prueba broncodilatadora en la fase estable de la enfermedad^{1,2}. En nuestro caso, la primera espirometría no se hizo en fase estable, donde puede ser orientativa pero no diagnóstica, incluso no era necesaria ante una AEPOC³. En la segunda visita persiste la obstrucción y la PBD es negativa. Esta prueba es imprescindible en la valoración inicial del paciente para descartar asma bronquial, aunque una prueba negativa no descarta el asma. El asma es la primera enfermedad al hacer el diagnóstico diferencial de EPOC, no sólo por su prevalencia, sino también porque en algunos pacientes ambas enfermedades pueden coexistir en el fenotipo mixto EPOC-asma⁶.

En la última espirometría no existe obstrucción al flujo aéreo, luego no estamos ante un cuadro de EPOC —la variabilidad o fluctuación excesiva de la función pulmonar a lo largo del tiempo resulta esencial para el diagnóstico del asma⁷—, estamos ante un asma que ha estado mal o parcialmente controlada, favorecida la sintomatología por el hábito

tabáquico. Existe suficiente evidencia de que los asmáticos fumadores tienen una evolución clínica peor que los que no lo son⁸. En este caso se podía sospechar asma por los antecedentes respiratorios desde la juventud, los antecedentes familiares y los signos de atopía. El hábito tabáquico ha influido como factor de confusión para el diagnóstico de EPOC.

Este caso clínico es un ejemplo de supradiagnóstico de EPOC, frecuente en nuestro medio. En un estudio multicéntrico sobre EPOC en atención primaria, el 31% de los sujetos diagnosticados de EPOC no tenía obstrucción al flujo aéreo⁹. Este caso disiente de los estudios que muestran que existe un sesgo en el diagnóstico de la EPOC en función del sexo del paciente (a favor del hombre)¹⁰.

Conclusión

Ante un paciente con sospecha de EPOC siempre debe profundizarse en hacer el diagnóstico diferencial con el asma bronquial, pues la clínica puede ser similar y es fundamental el diagnóstico de certeza ante unas patologías crónicas cuyo pronóstico y tratamiento son diferentes.

Bibliografía

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD. Updated 2009. Disponible en: <http://www.goldcopd.org>
2. Guía de práctica clínica de diagnóstico y tratamiento de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. SEPAR-ALAT, 2009 [Último acceso: 16/11/07]. Disponible en: www.separ.es
3. Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre Atención Integral al paciente con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Desde la Atención Primaria a la Especializada. Sociedad Española de Medicina de Familia (semFYC) y Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR); 2010.
4. Broekhuizen BD, Sachs AP, Oostvogels R, HoesAW, Verheij TJ, Moons KG. The diagnostic value of history and physical examination for COPD unsuspected or

- known cases: a systematic review. *Fam Pract.* 2009;26:260-8.
5. Buke W, Fesinmeyer M, Reed K, Hampson L, Carlsten C. Family history as a predictor of asthma risk. *Am J Prev Med.* 2003;24(2):160-9.
 6. Gibson PG, Simpson JL. The overlap syndrome of asthma and COPD: what are its features and how important is it? *Thorax.* 2009;64:728-35.
 7. GEMA 2009. Guía española para el manejo del Asma. Disponible en: www.gemasma.com
 8. Romero PJ. Asma y humo de tabaco. *Arch Bronconeumol.* 2004;40:414-8.
 9. Izquierdo JL, Rodríguez JL, de Lucas P, Martín A, Gobartt E. ¿Ha cambiado el manejo de la EPOC en España? Resultados de un estudio multicéntrico comunitario (VICE). *Rev Clín Esp.* 2008;208:18-25.
 10. Miravittles M, de la Roza K, Naberan K, Lamban M, Gobartt E, Martín A, et al. Problemas con el diagnóstico de la EPOC en atención primaria. *Arch Bronconeumol.* 2006;42:3-8.

