

CASO CLÍNICO

Enfisema por tomografía axial computarizada de alta resolución no es sinónimo de fenotipo enfisematoso: un caso ejemplo

SANDRA PIZARRO SERRA

Médico adjunto. Servicio de Neumología.
Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi.
Sant Joan Despí (Barcelona).

Paciente varón de 67 años sin alergias medicamentosas, ex fumador importante de un paquete al día de los 16 a los 50 años.

Antecedentes patológicos:

- Hipertensión arterial sistémica en tratamiento farmacológico.
- Hiperuricemia en tratamiento farmacológico con alopurinol.
- Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) muy grave (volumen máximo espirado en el primer segundo de una espiración forzada [FEV₁], 27 %) sin déficit de α_1 -antitripsina ni de inmunoglobulinas, controlado previamente

en otro centro hospitalario y portador desde hace 10 años de ventilación mecánica no invasiva (VMNI) domiciliaria junto a oxigenoterapia. Presenta múltiples ingresos por agudización en contexto de cuadros de infección respiratoria (2-3 agudizaciones al año, de las cuales dos requirieron hospitalización) sin aislamiento de gérmenes multirresistentes. Actualmente sigue controles en el hospital de día del servicio de neumología de nuestro centro, y se encuentra en clase funcional II con disnea habitual de medianos esfuerzos, buen cumplimiento tanto del tratamiento broncodilatador y corticoideo inhalado (bromuro de ipratropio y combinación de salmeterol/fluticasona) como de la VMNI, y se halla incluido en un programa de rehabilitación.

Últimas exploraciones complementarias:

- Ecocardiografía (marzo de 2013): ventrículo izquierdo no dilatado ni hipertrófico con función ventricular conservada (fracción de eyección 60 %) sin alteraciones en la contractilidad segmentaria. Aurícula izquierda no dilatada. Sin valvulopatías. Ventrículo derecho no dilatado, normocontráctil sin derrame pericárdico. Sin señal de insuficiencia tricuspídea (IT) que permita el cálculo de la presión arterial pulmonar. Alteración diastólica de tipo I.
- Test de marcha de 6 minutos (abril de 2013) basal: 294 metros; disnea inicial/final según escala de Borg, 0/2. Fatiga de extremidades inferiores inicial/final, 0/0. SatO₂ inicial/final, 93%/80 %.
- Test de marcha de 6 minutos con oxigenoterapia: 350 metros; SatO₂ inicial/final, 97%/85 %; disnea inicial/final según escala de Borg, 1/2. Fatiga de extremidades inferiores, 2/3.

- Pruebas funcionales respiratorias (julio de 2013): FEV₁/FVC, 28%; FVC, 3550 ml (71%); FEV₁, 1000 ml (27%). Prueba broncodilatadora, negativa. Capacidad pulmonar total, 86%; volumen residual, 127%; capacidad vital, 64%; capacidad inspiratoria, 53%; difusión pulmonar del monóxido de carbono (DLco), 20%; DLco/volumen alveolar, 38%.
- Gasometría arterial basal: PO₂, 61,6 mmHg; PCO₂, 38,7 mmHg; bicarbonato, 24,5 mEq/l; pH, 7,41.
- Tomografía axial computarizada de alta resolución (TACAR) torácica (septiembre de 2012): enfisema pulmonar bulloso en grado moderado/grave con las bullas de mayor tamaño en lóbulos superiores. Árbol traqueobronquial de morfología y calibre normal. Engrosamiento de las paredes bronquiales. Escasas adenopatías límite mediastínicas e hiliares. Sin derrame pleural. Leves engrosamientos pleurales bilaterales con grasa residuales.

Primer ingreso en nuestro centro en febrero de 2012 en contexto de neumonía (infiltrados bilaterales alveolares en la radiografía de tórax con leucocitosis y elevación de la proteína C reactiva [PCR]) a nivel analítico) que requirió ingreso en la unidad de cuidados intensivos con intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva. No se aisló ningún microorganismo en hemocultivos ni en muestras de broncoaspirado, y la determinación de antígenos de *Legionella* y neumococo en orina fue negativa, pero el frotis de gripe A fue positivo. Recibió tratamiento antibiótico con ceftriaxona, azitromicina y oseltamivir con buena evolución clínica, radiológica y analítica.

Tras dicho ingreso y al tratarse de un paciente con agudizaciones frecuentes que requirió incluso intubación orotraqueal, se decidió iniciar tratamiento con roflumilast con buena tolerancia y buen cumplimiento. Desde entonces y hasta la fecha no ha

requerido nuevos ingresos hospitalarios y únicamente ha presentado una agudización en contexto de infección respiratoria en febrero de 2013 (un año sin agudizaciones) con buena evolución tras tratamiento antibiótico con levofloxacino de forma ambulatoria y sin aislamiento microbiológico.

En conclusión, se trata del caso de paciente con EPOC muy evolucionada, con criterios de bronquitis crónica, ya que es tosedor y expectorador habitual y durante más de 3 meses al año más de 2 años consecutivos con múltiples agudizaciones (fenotipo bronquitis crónica agudizador), pero con importante enfisema por TACAR, que sigue tratamiento broncodilatador y corticoideo optimizado. A pesar de ello presenta múltiples agudizaciones infecciosas con requerimiento incluso de intubación orotraqueal, aunque tras el inicio del tratamiento con roflumilast ha presentado una excelente evolución clínica con franca remisión de las agudizaciones y buena tolerancia al fármaco.

Este caso refleja que en ocasiones la identificación de los fenotipos de acuerdo con las últimas guías (GesEPOC¹) puede resultar compleja, puesto que por la presencia de tan importante enfisema podría parecer que corresponde a un fenotipo enfisematoso y, en cambio, lo que predomina es la clínica de bronquitis crónica, beneficiándose claramente de tratamiento como tal, incluyendo inhibidores de la fosfodiesterasa-4. Esta observación muestra que la presencia de enfisema no es sinónimo de fenotipo enfisematoso, sino que es la clínica la que marcará la clasificación y el tratamiento que debe seguirse.

Bibliografía

1. Grupo de Trabajo de GesEPOC. 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.