

**CASO CLÍNICO****Paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica moderada y disnea a pesar del tratamiento broncodilatador****XAVIER FLOR ESCRICHE**

Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Profesor asociado y doctor en Medicina por la Universidad Autónoma de Barcelona. Miembro del grupo de respiratorio de la Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria (Camfic) y del grupo español de respiratorio de atención primaria (GRAP).

El señor Ignacio es un hombre de 64 años, sin alergias medicamentosas conocidas. No presenta hábito enólico y es exfumador desde hace 7 años con un índice tabáquico de 45 paquetes-año. Como antecedentes patológicos destacan: hipertensión esencial tratada con enalapril 20 mg/24 h e hipercolesterolemia en tratamiento con simvastatina 20 mg/24 h.

Acude a consulta porque hace una semana estuvo en urgencias del hospital de referencia por una bronquitis aguda, donde le pautaron salbutamol 4 inh/6 h, bromuro de ipratropio 4 inh/6 h, pred-

nisona 30 mg/24 h y amoxicilina-ácido clavulánico 500 mg/8 h durante 10 días, y viene para control de la patología respiratoria.

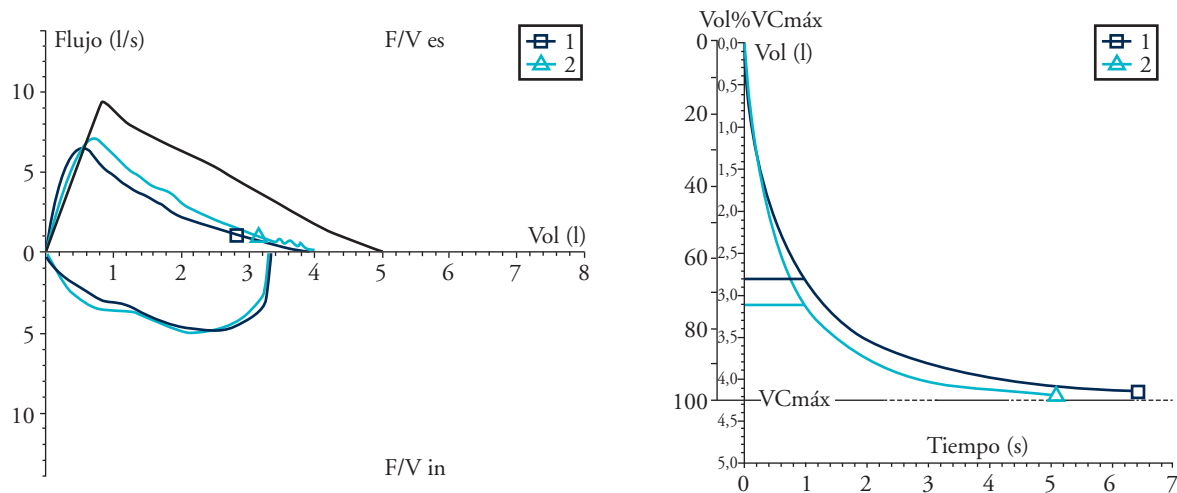
Referente a la clínica respiratoria, el paciente nos explica que desde hace casi un año presenta disnea de esfuerzo en subidas poco pronunciadas, pero que lo relaciona con su edad y con el tabaco que fumó. Niega ortopnea y disnea paroxística nocturna. Reinterrogando al paciente, este refiere que desde joven presenta ocasionalmente y coincidiendo con algún catarro, sibilantes intermitentes pero que nunca le ha dado importancia. Nos comenta que no es el primer episodio de bronquitis, sino que en el último año ha tenido dos episodios más que han requerido antibioticoterapia, broncodilatación y corticoesteroides sistémicos. Por otro lado, vemos que desde hace 5 años no ha venido a la consulta y explica que “le da miedo que le encuentren algo”.

Tras etiquetar la disnea del paciente en la escala de Council<sup>1</sup> como mMRC 1, realizamos la exploración física en la que objetivamos una SatO<sub>2</sub> del 96% (basal), frecuencia cardíaca de 89 lat/min y frecuencia respiratoria de 18 resp/min. A la auscultación presenta algún roncus aislado con murmullo vesicular conservado. No presenta signos de insuficiencia cardíaca.

Ante esta clínica decidimos solicitar una espirometría forzada con prueba broncodilatadora y una radiografía de tórax para el diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

En la espirometría forzada observamos que presenta un volumen espiratorio máximo en el primer segundo/capacidad vital forzada (FEV<sub>1</sub>/FVC) pos-broncodilatador del 63,82%, con un FEV<sub>1</sub>% pos-broncodilatador del 69,71%. La prueba broncodilatadora es positiva con una diferencia de 330 ml y 14% (fig. 1). En la radiografía de tórax no se observan alteraciones significativas. Se le administra el

PUBEPOC - PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA MODERADA Y DISNEA A PESAR DEL TRATAMIENTO BRONCODILATADOR



	Pre.	Ref.	%(Pre./Ref.)	Post.	%(Post./Ref.)	%(Post./Pre.)
FVC (l)	4,18	4,97	83,9	4,23	85,1	1,4
FEV <sub>1</sub> (l)	2,40	4,07	69,7	2,73	69,71	14,0
FEV <sub>1</sub> % FVC (%)	57,41	81,78	79,1	63,82	83,2	8,5
PEF (l/s)	6,53	9,59	68,1	7,14	74,4	9,3
FEF 25 (l/s)	4,59	7,92	57,9	5,75	72,5	25,3
FEF 50 (l/s)	2,08	5,44	38,2	2,74	50,4	31,9
FEF 75 (l/s)	0,76	2,29	33,2	0,96	42,0	26,7
MMEF 75/25 (l/s)	1,78	4,86	36,6	2,32	47,6	30,1

**FIGURA 1.** Espirometría forzada con prueba broncodilatadora.

FEF: flujo espiratorio forzado; FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio máximo en el primer segundo; FVC: capacidad vital forzada; F/V es: flujo/volumen espiratorio; F/V in: flujo/volumen inspiratorio; MMEF: flujo medio mesoespiratorio; PEF: pico espiratorio de flujo; Post.: valor posbroncodilatación; Pre.: valor prebroncodilatación; Ref.: valor de referencia; VCmáx: capacidad vital máxima.

cuestionario CAT (COPD *Assessment Test*), que es de 14 puntos. Con esta información, al paciente se le diagnostica de EPOC y se inicia tratamiento con un  $\beta_2$ -adrenérgico como es el indacaterol y se realiza educación en la técnica inhalatoria.

Se cita al paciente en 3 meses para ver su evolución. El paciente refiere que persiste la disnea de esfuerzo (mMRC 1). Se le administra de nuevo el cuestionario CAT y obtiene 12 puntos. Nos aseguramos de que realiza una correcta técnica inhalatoria y un buen cumplimiento terapéutico. Dada la ausencia de mejoría y la persistencia de la sintoma-

tología a pesar de una buena técnica y cumplimiento, se decide asociar un anticolinérgico de larga duración y se cita en 3 meses.

Al mes y medio realiza una visita de urgencias en el centro de salud por aumento de la disnea y sibilantes. Ignacio refiere que alguna primavera comienza con tos y algún sibilante, pero que este año es peor porque ha aumentado su disnea. Recordando la historia inicial, el paciente refería sibilantes ocasionales coincidiendo con los catarros. En este punto, quizá tendríamos que haber reinterrogado por clínica asmática. En este caso, el

## PUBEPOC - PACIENTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA MODERADA Y DISNEA A PESAR DEL TRATAMIENTO BRONCODILATADOR

paciente nos explica que hace 10 años su anterior médico de familia le había diagnosticado de asma, pero dejó los inhaladores hace tiempo porque se encontraba bien.

Ante esta situación sospechamos que el paciente es un fenotipo mixto EPOC-asma. Se le solicita otra espirometría que vuelve a presentar FEV<sub>1</sub>/FVC pos-broncodilatador < 70 % con prueba broncodilatadora positiva. Detectamos también niveles totales de inmunoglobulina E (IgE) elevados. Recordando los criterios de la guía española de la EPOC (GesEPOC<sup>2</sup>) para el diagnóstico de fenotipo mixto EPOC-asma, este se realizará si se cumplen dos criterios mayores o uno mayor y dos menores. Los criterios mayores son: prueba broncodilatadora muy positiva (aumento del FEV<sub>1</sub> ≥ 15 % y ≥400 ml), eosinofilia en esputo y antecedentes personales de asma. Los criterios menores son: IgE total elevada, antecedentes personales de atopía y prueba broncodilatadora positiva (aumento del FEV<sub>1</sub> ≥ 12 % y ≥200 ml) en dos o más ocasiones<sup>3</sup>.

Por lo tanto, cumpliendo un criterio mayor y dos menores, diagnosticamos de fenotipo mixto EPOC-asma. Se recomienda el uso precoz de corticosteroides inhalados<sup>4</sup>, por lo cual cambiamos el tratamiento a un β<sub>2</sub>-adrenérgico de larga duración asociado a un corticosteroide inhalado.

En posteriores visitas de control, el paciente refiere mejoría de su disnea y tos, con desaparición de los sibilantes. Realizamos nuevamente un cuestionario de síntomas (CAT) y obtiene una puntuación total de 8. Ante la buena respuesta clínica, volvemos a insistir en la técnica inhalatoria, en la importancia del cumplimiento terapéutico y realizamos controles más espaciados.

## Bibliografía

1. Collet da Rocha Camargo LA, de Castro Pereira CA. Dyspnea in COPD: beyond the modified Medical Research Council scale. *J Bras Pneumol* [online]. 2010; 36:5.
2. Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, Calle M, Molina J, Almagro P, Quintano JA, et al. Spanish guideline for COPD (GesEPOC). Update 2014. *J Arch Bronconeumol*. 2014;50 Suppl 1:1-16.
3. Soler-Cataluña JJ, Cosío B, Izquierdo JL, López-Campos JL, Marín JM, Agüero R, et al. Consensus document on the overlap phenotype COPD-asthma in COPD. *Arch Bronconeumol*. 2012;48(9):331-7.
4. Kitaguchi Y, Komatsu Y, Fujimoto K, Hanaoka M, Kubo K. Sputum eosinophilia can predict responsiveness to inhaled corticosteroid treatment in patients with overlap syndrome of COPD and asthma. *Int J Chron Obstruct Pulmon Dis*. 2012;7:283-9.