

CASO CLÍNICO**¿Enfermedad pulmonar obstructiva crónica o asma? Fenotipo mixto****PATRICIA GARCÍA SIDRO**

Sección de Neumología. Hospital de la Plana. Villarreal (Castellón).

Introducción

Asma y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) son enfermedades distintas, pero muchos pacientes comparten características de ambas entidades y podrían potencialmente tener un curso evolutivo y una respuesta al tratamiento diferente¹. De ahí que la guía GesEPOC² haya propuesto un fenotipo clínico para clasificar a este subgrupo de pacientes, cuya denominación ha sido consensuada por un grupo de expertos como «fenotipo mixto EPOC-asma»³.

Caso clínico

Varón de 59 años, ex fumador (dosis acumulada de 84 paquetes-año), con antecedentes de rinitis y síntomas respiratorios durante la infancia compatibles con asma, intervenido de quiste hidatídico hepático y prejubilado de la construcción. Fue diagnosticado de EPOC moderada a los 52 años y con-

trolado por Atención Primaria, y posteriormente remitido a Neumología por mal control de sus síntomas. Refiere múltiples agudizaciones en los últimos 2 años, sin que ninguna de ellas haya requerido ingreso hospitalario, pero con varias tandas de corticoterapia parenteral, a pesar de afirmar cumplir con el tratamiento (combinación de budesonida y formoterol 320/9 µg cada 12 h). Presenta disnea de grado 3 según la mMRC⁴ (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale), tos con expectoración mucosa de predominio matutino, y sibilantes principalmente por las noches. Su índice de masa corporal es 26,5 kg/m². La sO₂ por pulsioximetría es del 98 %. En la radiografía de tórax se objetivan discretos signos de hiperinsuflación pulmonar (fig. 1). Se solicitan pruebas funcionales respiratorias posbroncodilatación (volumen espiratorio máximo en el primer segundo [FEV₁]/capacidad vital forzada [FVC]: 50,31%; FVC: 3380 ml

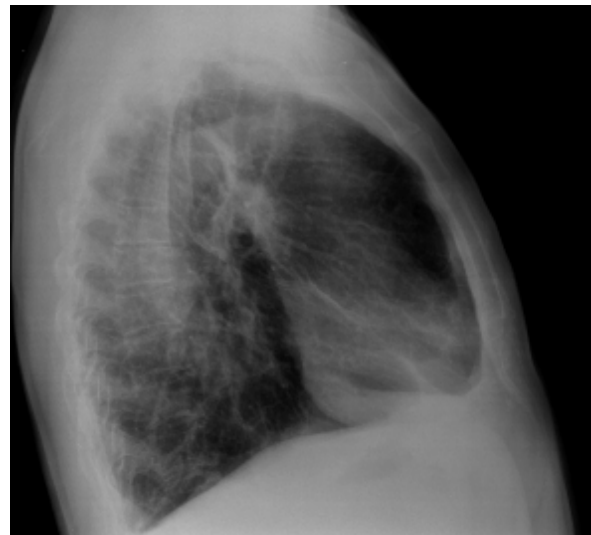


FIGURA 1. Radiografía de tórax en proyección lateral con signos de atrapamiento aéreo.

[85,1 %]; FEV₁: 1700 [54%], con prueba broncodilatadora positiva [PBD+] [+42,1 %] y capacidad de difusión de monóxido de carbono [DLCO] del 54 %, y constante de difusión para el monóxido de carbono [KCO] del 62%), y una tomografía computarizada de alta resolución pulmonar en la que se aprecian lesiones pleuroparenquimatosas residuales en ambos vértices pulmonares que incluyen múltiples bullas, y enfisema de tipo centrolobulillar y paraseptal en el resto de parénquimas pulmonares (fig. 2). En la prueba de marcha de 6 minutos el paciente recorre 242 m. Por tanto, se le calcula un BODE (Body mass index, bronchial Obstruction, Dyspnea and Exercise capacity) 5.

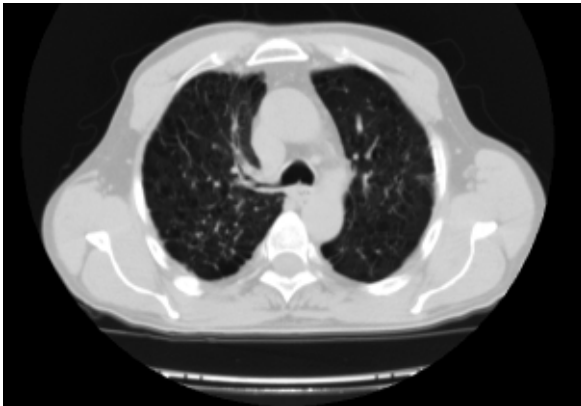


FIGURA 2. Tomografía computarizada de alta resolución con enfisema centrolobulillar y paraseptal.

En el hemograma destacan los siguientes valores: hemoglobina, 16,5 g/dl; hematocrito, 49,8 % con el resto de parámetros normales (eosinofilia 3,1 %), y una inmunoglobulina E de 65,23 UI/ml. Las pruebas cutáneas fueron negativas. El Mantoux también fue negativo.

Discusión

Ante los datos clínicos y los resultados de las exploraciones complementarias, se podría plantear la duda de si el paciente es un asmático fumador con enfisema o bien tiene EPOC con reversibilidad significativa. Desde la publicación de la guía GesEPOC, sabemos que existe un grupo de pacientes en los que se solapan características de ambas enfermedades y que constituyen un fenotipo clínico mixto EPOC-asma, que se define por la presencia de una obstrucción no completamente reversible al flujo aéreo acompañada de síntomas o signos de una reversibilidad aumentada de la obstrucción². Para caracterizar este fenotipo, un grupo de expertos ha llegado al consenso de establecer unos criterios mayores y menores (tabla 1)³, de los que se tienen que cumplir al menos dos criterios mayores o uno mayor y dos menores para su diagnóstico. Hay estudios que han demostrado que estos pacientes pueden tener agudizaciones frecuentes y que probablemente éstas sean no infecciosas o de tipo inflamatorio o eosi-

TABLA 1. Criterios mayores y menores para establecer el diagnóstico de fenotipo mixto EPOC-asma en la EPOC

Criterios mayores

- Prueba broncodilatadora muy positiva (incremento del FEV₁ \geq 15 % y \geq 400 ml)
- Eosinofilia en esputo
- Antecedentes personales de asma

Criterios menores

- Cifras elevadas de IgE total
- Antecedentes personales de atopia
- Prueba broncodilatadora positiva en al menos dos ocasiones (incremento de FEV₁ \geq 12 % y \geq 200 ml)

EPOC: enfermedad pulmonar obstructiva crónica; FEV₁: volumen espiratorio máximo en el primer segundo; IgE: inmunoglobulina E.

no fílico⁵. Estas agudizaciones implican un deterioro más rápido de la función pulmonar, una mayor utilización de recursos sanitarios y una peor calidad de vida, así como un mayor riesgo de mortalidad⁶. Es necesario identificar a estos pacientes y estudiar historia natural para ver si realmente se comportan como un fenotipo específico, pues debido a que han sido habitualmente excluidos de los ensayos clínicos, existe poca evidencia científica sobre su diagnóstico y tratamiento⁷.

Este paciente, con una obstrucción no completamente reversible y signos de enfisema en la tomografía computarizada y KCO < 80 %, pero con una prueba broncodilatadora muy positiva (incremento del FEV₁ > 15 % o 400 ml) y los antecedentes de asma bronquial asociada a rinitis, cumple dos de los criterios mayores, con lo que podemos establecer el diagnóstico de EPOC fenotipo mixto. Al evaluar la gravedad, vemos que al paciente se le ha calculado un BODE 5, que corresponde a un nivel de gravedad III, según la GesEPOC². En estos pacientes es razonable iniciar el tratamiento con una combinación de β_2 -agonistas de acción prolongada y corticoides inhalados (nivel de gravedad I-II), tal y como se había hecho en Atención Primaria, ya que por compartir características de EPOC y asma podrían ser tratados de acuerdo con ambas normativas. Añado también un antagonista de los receptores muscarínicos de larga duración, ya que la triple terapia ha demostrado ser eficaz en EPOC con gran reversibilidad⁸, y el tiotropio, además, ha demostrado eficacia en pacientes con asma grave mal controlados⁹.

Bibliografía

1. Miravittles M, Calle M, Soler-Cataluña JJ. Fenotipos clínicos de la EPOC. Identificación, definición e implicaciones para las guías de tratamiento. Arch Bronconeumol. 2012;48:86-98.
2. 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.
3. Soler-Cataluña JJ, Cosío B, Izquierdo JL, López-Campos 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.
4. Bestall JC, Paul EA, Garrod R, Garnham R, Jones PW, Wedzicha JA. Usefulness of the Medical Research Council (MRC) dyspnea scale as a measure of disability in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Thorax. 1999;54:581-6.
5. Miravittles M. The overlap syndrome between asthma and COPD: implications for management. Hot Topics Respir Med. 2011;16:15-20.
6. Hardin M, Silverman EK, Barr RG, Hansel NN, Schroeder JD, Make BJ, et al. The clinical features of the overlap between COPD and asthma. Respir Res. 2011;12:127.
7. Herland K, Akselsen JP, Skjønberg OH, Bjermer L. How representative are clinical study patients with asthma or COPD for a larger «real life» population of patients with obstructive lung disease? Respir Med. 2005;99:11-9.
8. Welte T, Miravittles M, Hernandez P, Eriksson G, Peterson S, Polanowski T, et al. Efficacy and tolerability of budesonide/formoterol added to tiotropium in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med. 2009;180:741-50.
9. Peters SP, Kunselman SJ, Nikolina Icitovic MA, Moore WC, Pascual R, Ameredes BT, et al. Tiotropium bromide step-up therapy for adults with uncontrolled asthma. N Engl J Med. 2010;363:1715-26.