

CASO CLÍNICO

Valoración y tratamientos iniciales de un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica de riesgo alto

MIGUEL SUÁREZ ORTIZ

Médico adjunto. Servicio de Neumología. Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid.

Motivo de consulta y anamnesis

Se presenta el caso de un varón de 48 años, sin alergias a medicamentos conocidas, hipertenso, dislipidémico, con un índice de masa corporal de 18 kg/m², fumador de 20 cigarrillos al día desde los 18 años, con índice tabáquico de 30 paquetes/año. Toma como tratamiento habitual enalapril en dosis de 5 mg en el desayuno y simvastatina en dosis de 10 mg en la cena. Trabaja como conserje. Acude a la consulta de neumología derivado por su médico de atención primaria para la valoración de la disnea de clase funcional III en la escala modificada del British Medical Research Council (mMRC; del inglés, *modified British Medical Research Council*) de varios años de evolución, por la que no había consultado previamente y que ha ido haciéndose mayor en los últimos meses. No refiere tos ni expectoración habituales. No ha presentado infecciones respiratorias de repetición.

Exploración física

En la exploración, se aprecia una disminución marcada del murmullo vesicular sin presencia de roncus ni sibilancias. Presenta un fenotipo leptosomático. No se observan otros hallazgos de relevancia. La saturación de oxígeno basal es del 94 %. Presenta una puntuación de 5 en la escala de índice de masa corporal, grado de obstrucción del flujo aéreo, disnea y capacidad de ejercicio físico (BODEx; del inglés, *body mass index, air-flow obstruction, dyspnea, and exercise capacity*).

Pruebas complementarias

Aporta radiografía de tórax con signos de hiperinsuflación. Se realiza una espirometría, donde se observa un cociente entre el volumen espiratorio forzado en el primer segundo y la capacidad vital forzada (FEV₁/FVC; del inglés, *forced expiratory volume in 1 second/forced vital capacity*) del 66 % y un FEV₁ del 40 %, con valores tras la prueba de broncodilatación de FEV₁/FVC del 65 % y un FEV₁ del 42 %. En la prueba de los 6 minutos de marcha, presenta una saturación basal del 94 % y final del 92 %. Se amplía el estudio con difusión, analítica con eosinófilos y α_1 -antitripsina y tomografía computarizada (TC) de tórax. Presenta una capacidad de difusión pulmonar para el monóxido de carbono (DLCO; del inglés, *diffusing capacity of lung for CO*) del 45 %, un coeficiente de transferencia de monóxido de carbono (KCO) del 63 %, niveles de α_1 -antitripsina dentro de la normalidad, eosinófilos periféricos de 100 células/ μ L y enfisema panacinar extenso de predominio en los campos superiores en la TC (fig. 1).

Tratamiento

Se inicia el tratamiento inhalador con indacaterol/glicopirronio y se acuerda con el paciente el

cese del hábito tabáquico, programando una revisión en tres meses con espirometría. Se le indica que realice ejercicio físico aeróbico.

En la revisión, el paciente presenta mejoría de su disnea (clase funcional II de la escala mMRC) e indica que realiza ejercicio físico durante 45 minutos al día de intensidad moderada. Ha dejado de fumar desde hace dos meses. Refiere una importante mejoría de su calidad de vida.

Se realiza una espirometría de control tras la administración del tratamiento inhalador pautado, con un FEV₁/FVC del 68 % y un FEV₁ del 64 %.

Discusión

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) comporta una elevada morbimortalidad y supone la cuarta causa de muerte en los países desarrollados. Además, presenta un importante infradiagnóstico, que se estima en España en el 73 %, según el último estudio poblacional EPISCAN II¹.

La sospecha diagnóstica de EPOC debe establecerse en aquellos pacientes adultos fumadores o exfumadores, con una carga tabáquica de más de 10 paquetes/año, que presenten síntomas como disnea o tos crónica asociada o no a expectoración. La espirometría es la principal herramienta diagnóstica, debiendo demostrarse un cociente FEV₁/FVC < 70 % con respecto a los valores de la normalidad tras la prueba de broncodilatación. Si el paciente cumple el criterio de exposición, el sintomatológico y el espirométrico, puede ser diagnosticado de esta enfermedad².

Tras el diagnóstico, se debe evaluar el nivel de riesgo, entendido como la probabilidad de presentar agudizaciones, progresión de la enfermedad o futuras complicaciones; lo que conllevaría un mayor consumo de recursos sanitarios y/o mayor mortalidad. Se debe tener en cuenta el grado de obstrucción (FEV₁ posbroncodilatación), el grado de disnea (mMRC) y el número de exacerbaciones en el último año. Se clasificará en riesgo bajo a los pacientes que cumplan los criterios de un FEV₁ posbroncodilatación ≥ 50 %, una disnea de 0-I según la escala mMRC y ausencia de exacerbaciones o presencia de una al año sin ingreso. Para ser considerado paciente de alto riesgo, bastará con que cumpla alguno de los siguientes parámetros: FEV₁ posbroncodilatación < 50 %, disnea de II-III según la escala mMRC o presencia de dos o más exacerbaciones o, al menos, una exacerbación que haya requerido hospitalización³.

En la última actualización de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC, 2021), se establecen tres fenotipos en los pacientes con EPOC de alto riesgo a la hora de pautar el tratamiento: no agudizador, agudizador eosinofílico y agudizador no eosinofílico. Se mantiene la misma clasificación fenotípica clásica de enfisema y bronquitis crónica; sin embargo, no existen diferencias entre ambos grupos a la hora de pautar tratamiento inhalado.

En el caso de nuestro paciente, podría clasificarse dentro del grupo no agudizador, definido por la ausencia de agudizaciones o la presencia de una al año como máximo, la cual no haya requerido hospitalización. La doble broncodilatación con un antimuscarínico de acción prolongada (LAMA; del inglés, *long-acting muscarinic antagonist*) y un agonista β₂ de acción prolongada (LABA; del inglés, *long-acting beta2-agonist*) —en este caso, indacaterol/glicopirronio— es la recomendación de tratamiento inicial de los pacientes con EPOC de alto riesgo no agudizadores, ya que se ha demostrado que logra una mejoría significativa de la disnea y de la calidad de vida, y una reducción en la utilización de la medicación de rescate frente al tratamiento broncodilatador en monoterapia^{3,4}.

Bibliografía

1. Alfágeme I, De Lucas P, Ancochea J, Miravittles M, Soler-Cataluña JJ, García-Río F, et al. Nuevo estudio sobre la prevalencia de la EPOC en España: resumen del protocolo EPISCAN II, 10 años después de EPISCAN. Arch Bronconeumol. 2019;55(1):38-47.
2. Celli BR, Cote CG, Marín JM, Casanova C, Montes de Oca M, Méndez RA, et al. The body-mass index, airflow obstruction, dyspnea, and exercise capacity index in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med. 2004; 350(10):1005-12.
3. Pleguezuelos E, Gimeno-Santos E, Hernández C, Mata MC, Palacios L, Piñera P, et al. Recomendaciones sobre tratamiento no farmacológico en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica de la Guía española de la EPOC (GesEPOC 2017). Arch Bronconeumol. 2018;54(11): 568-75.
4. 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(S1):2-58.