

## Varon de 43 años con disnea: EPOC?

Blanco Rodríguez, Elena

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Culleredo (A Coruña).

Naya Cendón, Chelo

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del PAC de Culleredo (A Coruña).

Rodríguez de la Iglesia, Miguel A

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria del Centro de Salud de Sada (A Coruña)

Cad Aten Primaria  
Ano 2010  
Volume 17  
Páx. 134-134

### ANTECEDENTES PERSONALES

Varón de 43 años, bebedor moderado, fumador de 40 cig/día y trabajador de una empresa de elaboración y procesado de fibra de vidrio.

### ENFERMEDAD ACTUAL

Hace 2 meses sufrió un proceso catarral y desde entonces presenta disnea que ha aumentado progresivamente asociada a tos escasamente productiva.

### EXPLORACIÓN FÍSICA

- Constantes vitales normales. Consciente, orientado y colaborador. Obeso.
- Auscultación cardíaca: rítmica, sin soplos.
- Auscultación pulmonar: disminución del MV en ambos campos pulmonares. Roncus dispersos.
- Abdomen: globuloso, blando, depresible y sin visceromegalias.
- EEL: pulsos conservados, no edemas ni signos de flebitis ni trombosis.

### PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se solicitó:

- Rx. Tórax: sospecha de EPOC y signos de fibrosis pulmonar. (Fig. 1 y 2)
- Analítica:
- Hemograma: normal.
- Bioquímica: glucosa, urea, creatinina, ácido úrico, colesterol, triglicéridos y GOT normales. GPT: 56 y GGT: 113.

### PREGUNTA

¿Cuál sería la actitud más apropiada con este paciente?

- a.- Deshabitación tabáquica.
- b.- Iniciar tratamiento broncodilatador.
- c.- Solicitar una espirometría.
- d.- Derivar al especialista de neumología.
- e.- Todas son apropiadas.



FIGURA 1

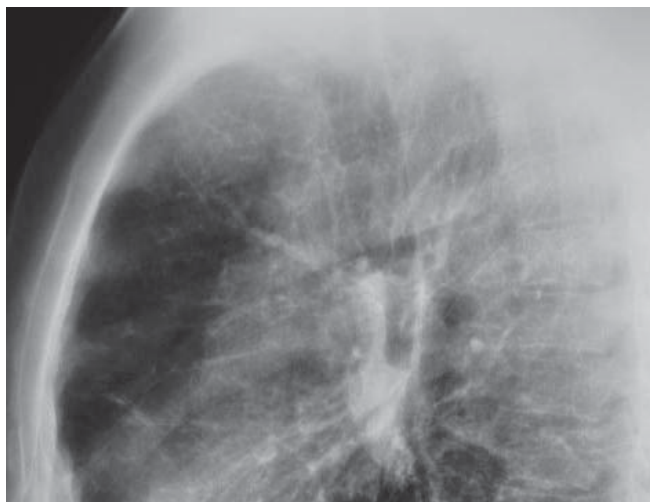


FIGURA 2

## RESPUESTA AL CASO CLÍNICO VARÓN DE 43 AÑOS CON DISNEA: EPOC?

Se inicia tratamiento de deshabituación tabáquica, así como tratamiento broncodilatador con: salmeterol 50-propionato de fluticasona 500/12 horas y un anticolinérgico: bromuro de tiotropio/24 horas, se solicita espirometría y se deriva a neumología.

El paciente es visto en la consulta de neumología, y se le solicitan las siguientes pruebas complementarias con los siguientes resultados:

- Rx. Tórax: enfermedad pulmonar intersticial con áreas de enfisema.
- Espirometría: FVC: 4.950 (87%), FEV1:1.720 (39%), FVE1/FVC: 34%
- Analítica: Alfa 1 antitripsina: 17.
- TAC torácico: severos cambios enfisematosos generalizados de mayor intensidad en bases con engrosamiento difuso de las paredes bronquiales y pequeñas bronquiectasias.

Con el resultado de las pruebas complementarias se llega al diagnóstico de EPOC grave en relación con déficit de alfa 1 antitripsina en paciente fumador y agravado por la exposición mantenida a componentes de la fibra de vidrio.

### COMENTARIO

El enfisema por déficit de alfa 1 antitripsina es la enfermedad hereditaria más frecuente en la edad adulta. Entre las causas del bajo número de casos detectados destaca el infradiagnóstico, debido a que se atribuye el enfisema únicamente al tabaco, sin investigar la posibilidad del déficit de AAT. Para paliar este problema, la OMS recomendó en 1997 la determinación de las concentraciones séricas de AAT en todos los pacientes de EPOC. Se estima que entre el 1%-3% de los pacientes con EPOC o enfisema pueden tener un déficit de AAT.

La alfa 1 antitripsina (AAT) es una proteína plasmática que inhibe las proteasas segregadas por los leucocitos, macrófagos y bacterias, y cataliza la descomposición de proteínas titulares, como las de la pared alveolar, condicionando la aparición de enfisema pulmonar. En el déficit de AAT aparece con mayor frecuencia el enfisema panlobulillar o panacinar, donde todo el acino está afectado por igual y sobre todo en los segmentos pulmonares inferiores.

Esta anomalía es hereditaria con carácter autonómico recesivo. El gen que codifica la secuencia de aminoácidos de la AAT se encuentra en el cromosoma 14. El gen, expresado como Pi (protease inhibitor), se identifica por sus dos alelos. En base a la movilidad electroforética de la AAT, los alelos reconocidos son M, S y Z, que dan lugar a seis fenotipos, tres homocigotos (PiMM, PiZZ y PiSS) y tres heterocigotos (PiMS, PiMZ y PiSZ). La clínica grave, con niveles séricos de AAT inferiores al 15% de lo normal, aparece con el fenotipo PiZZ.

El diagnóstico se basa en historia clínica (EPOC), radiología de tórax, espirometría, TAC torácico y determinación de AAT. La importancia del diagnóstico temprano estriba en la posibilidad de realizar un enérgico programa de cesación tabáquica y un estudio familiar que pueda detectar a individuos de alto riesgo en fases más tempranas y la posibilidad de iniciar un tratamiento sustitutivo con AAT en los individuos que cumplan los criterios establecidos.

Existen una serie de CRITERIOS DE DERIVACIÓN DE PACIENTES EPOC A NEUMOLOGIA, como son:

- Tratamiento del tabaquismo en pacientes con intentos previos infructuosos.
- Descenso acelerado del FEV1.
- Hemoptisis o infecciones respiratorias frecuentes.
- Indicación de oxigenoterapia domiciliaria.
- Sospecha de déficit de AAT.
- Cor pulmonale.
- Rehabilitación pulmonar.
- Valoración quirúrgica.
- Realización de pruebas no accesibles desde Atención Primaria.
- Predominio de bullas o enfisema.
- Dudas diagnósticas o terapéuticas.

El tratamiento es como cualquier paciente con EPOC, pero a mayores son susceptibles de ser tratados con AAT humana purificada, y en estadios más avanzados puede ser necesaria la cirugía y/o el trasplante de pulmón.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Álvarez-Sala Walter, J.L. Viejo Bañuelos, J.L. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica. Aspectos clínicos y terapéuticos. Egref, S.A. Madrid 2007.
- 2.- Eduardo Calvo, Jesús Molina, J. Antonio Quintano, Juan a. Trigueros. Consenso Nacional sobre EPOC en Atención Primaria. SEMERGEN Y SEMG. Madrid 2007.
- 3.- Miravittles M. Enfisema por déficit de alfa 1 antitripsina: ¿Es realmente una enfermedad infrecuente?. Med. Clin, 2004, 123:778-9.
- 4.- Joan Ramón Badía. Preguntas y respuestas en la EPOC. Temis Medical, S.L. Barcelona, 2009.
- 5.- Vidal R, Miravittles M. 1995. Informe del Registro Español de Pacientes con déficit de alfa 1 antitripsina. Arch. Bronconeumol, 31:229-302.

## RESPUESTA A CASO CLÍNICO FUMADOR DE RIESGO

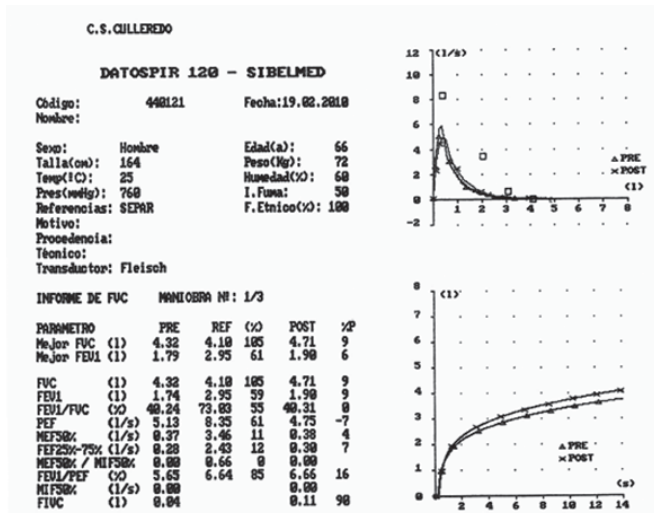


FIGURA 1

- 1º Las curvas flujo-volumen y volumen-tiempo son aceptables, lo que nos indica que las maniobras espirométricas se han realizado de forma correcta y podemos interpretar los resultados.
- 2º Resultados:
  - a-Relación FEV1/FVC:(40,24% pre) es menor del 70%; indica obstrucción
  - b-FVC: (105%), >80% del valor teórico; es normal
  - c-FEV1:(59%), <80% del valor teórico; es bajo
  - d- La prueba broncodilatadora es negativa:
    - FEV1post (1900ml) - FEV1pre (1740ml)= (156ml) es menor de 200ml y reversibilidad (9%\*\*\*) es menor de 12%.
    - La espirometría muestra por tanto un patrón obstructivo con PBD(-).

Con los datos clínicos y con los de la espirometría se confirma el diagnóstico de EPOC.

La clasificación GOLD indica que el diagnóstico se ha de hacer con la relación FEV1/FVC postbroncodilatación que ha de ser menor del 70% (en este caso 40,31%\*\*). Para ver el estadio de gravedad nos fijaremos en el FEV1 postbroncodilatación; en este ejemplo es del 64% con respecto al valor de referencia (1,90 en valor absoluto\*), por 1

Ante este diagnóstico, se insiste en el consejo antitabaco, se inicia tratamiento con bromuro de tiotropio 18mcg/24h y se solicita una Rx de tórax para completar el estudio. La Rx muestra un nódulo pulmonar. Al tratarse de un paciente con EPOC moderado (GOLD II), con varias comorbilidades, se remite a Neumología para valoración. Se le realiza una nueva espirometría que confirma el diagnóstico previo, y se solicita un TAC pulmonar para estudio de nódulo, con resultado de benignidad.

El paciente se ha mantenido estable, sin presentar sobreinfecciones respiratorias y con cierta mejoría en las pruebas de función pulmonar realizadas en el seguimiento. Actualmente no fuma.

NOTA: el modelo de espirómetro Datospir120-C®, calcula los valores postbroncodilatación de FEV1 y FVC en valor absoluto; debemos dividir estos resultados por los valores de referencia y multiplicar por 100, para expresarlos en porcentaje (importante para calcular FEV1 postbroncodilatación).

### COMENTARIO

La EPOC fundamentalmente asociada al consumo de tabaco, es poco conocida por la población general. Es una enfermedad con elevada prevalencia, prevenible y tratable pero infradiagnosticada e infratratada a nivel mundial, con una importante carga sanitaria, económica y social. En España el reciente estudio EPI-SCAN cifra la prevalencia actual en la población general de entre 40 y 79 años en el 10,2%. Se estima que más del 70% de los pacientes está sin diagnosticar.

Los pacientes tienden a no notificar sus síntomas ya que pueden ser mínimos o pueden percibirse como parte normal del envejecimiento o como clínicamente insignificantes.

Las guías actuales de manejo de la EPOC, recomiendan la realización de la espirometría en cualquier paciente fumador o ex-fumador, mayor de 40 años, sobre todo si manifiesta algún síntoma respiratorio. La posibilidad de diagnosticar a estos pacientes en estadio leve o moderado, se encuentra en la atención primaria de salud; para ello es imprescindible la realización e interpretación de espirometrías de calidad en AP.

De esta manera conseguiríamos un diagnóstico precoz, nos ayudaría a reforzar el tratamiento del tabaquismo, a clasificar la enfermedad según el grado de severidad y a iniciar tratamiento farmacológico con broncodilatadores en los casos que fuera necesario. Todo ello conllevaría una mejoría significativa de la calidad de vida de nuestros pacientes y un descenso de las reagudizaciones e ingresos hospitalarios.

### BIBLIOGRAFIA:

- Rabe KF, Hurd S, Anzueto A, et al. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. GOLD executive summary. Am J Respir Crit Care Med 2007;176 :532-55.
- M Miravittles, J B Soriano, F García-Río, et al. Prevalence of COPD in Spain: impact of undiagnosis COPD on quality of life and daily life activities. Thorax 2009;64 :863-868 (EPI-SCAN study)
- Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Sanidad 2009. Ministerio de Sanidad y Política Social.
- Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de EPOC. SEPAR-ALAT 2009