

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica

Chronic obstructive pulmonary disease

Sergio Fernández García^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-9653-4212>

Drialis Díaz Garrido¹ <http://orcid.org/0000-0002-63454259>

¹Hospital Clínico Quirúrgico “Hermanos Ameijeiras”. La Habana, Cuba.

* Autor para la correspondencia: fernandez.sergito1976@gmail.com

Recibido: 10/01/23

Aceptado: 10/01/23

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se define como un estado patológico caracterizado por una limitación crónica poco reversible al flujo de aire y con frecuencia progresiva. Está asociada a una reacción inflamatoria de las vías aéreas y del parénquima pulmonar como consecuencia principalmente de la exposición al humo del tabaco y a los contaminantes de la biomasa. Se considera una entidad prevenible y tratable, heterogénea en su presentación clínica y evolución, con un compromiso sistémico. Tiene repercusiones importantes en la calidad de vida del paciente y su familia, genera restricciones laborales y psicológicas.

Se estima que para el cierre de 2030, a nivel mundial, se encuentre dentro de las primeras tres causas de muerte, solo precedidas por las enfermedades cardiovasculares y el cáncer y la quinta causa dentro de las enfermedades discapacitantes. Incluye 2 entidades: la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar. Ambas comparten como rasgos comunes la obstrucción persistente al flujo de aire. Tienen características clínicas diferentes que permiten su separación en los dos fenotipos clásicos de la enfermedad: bronquítico crónico o «abotagado azul» y enfisematoso o «soplador rosado». Resultan muy útiles desde el punto de vista clínico para el manejo terapéutico de los enfermos. En la actualidad se consideran cuatro fenotipos clínicos descritos por la GesEPOC (Guía española de la EPOC): fenotipo A no agudizador con bronquitis o enfisema, fenotipo B mixto o síndrome solapamiento asma EPOC, el C corresponde al agudizador con enfisema y el fenotipo D agudizador con bronquitis. Esta clasificación ha permitido una mejor caracterización de los enfermos y un abordaje terapéutico más individualizado.⁽¹⁾

La enfermedad cursa con síntomas respiratorios persistentes de aparición progresiva: disnea, tos y/o expectoración de aspecto blanquecino perlado y de predominio matinal. En ocasiones se acompaña de hemoptisis y cuando la misma se encuentra exacerbada por etiología infecciosa suele cursar con fiebre y toma del estado general.

Existen enfermedades genéticas (déficit de *alfa 1* antitripsina) o infecciosas de la infancia frecuentes y graves que también se describen como responsables de su aparición. En el algoritmo diagnóstico constituye un pilar importante los antecedentes epidemiológicos de los enfermos, el cuadro clínico y un examen físico donde se demuestren los signos de atrapamiento aéreo.⁽²⁾

Los estudios imagenológicos encabezados por la radiografía de tórax en sus vistas posteroanterior y lateral permiten demostrar los signos de hiperinsuflación pulmonar y el reforzamiento de la trama broncovascular, son útiles además para realizar diagnósticos diferenciales o evaluar posibles causas de exacerbación. La tomografía de tórax de alta resolución (TACAR) además de diagnosticar lo descrito, permite definir la presencia de bullas, bronquiectasias, nódulos pulmonares y el estudio de las cadenas ganglionares.

Por ser una enfermedad con alto compromiso cardiovascular, es necesario realizar un electrocardiograma (EKG) y ecocardiografía para buscar los signos de sobrecarga derecha que pueden transitar desde la hipertensión pulmonar hasta el cor pulmonale franco, y estar presente o no la aparición de tromboembolismo pulmonar.

La regla de oro para el diagnóstico son los estudios de función pulmonar. Están contemplados la espirometría donde el valor más simple y con mayor sensibilidad es la relación FEV1/FVC <0,7 (<70 %). El test de la marcha de los 6 min, la dilución del monóxido de carbono y la plestimografía se encuentran dentro de las pruebas a realizar en dependencia de la disponibilidad de estos recursos.

La EPOC no tiene cura, pero un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno son importantes para frenar el empeoramiento de los síntomas y reducir el riesgo de que se produzcan exacerbaciones. La deshabituación tabáquica y la oxigenoterapia continua domiciliaria son los tratamientos que han reducido la mortalidad, asociados a la rehabilitación respiratoria. El uso de broncodilatadores de acción prolongada (*beta 2* adrenérgicos y anticolinérgicos) de acción prolongada, combinados con los antiinflamatorios esteroideos inhalados, según el fenotipo identificado constituyen los pilares fundamentales del tratamiento farmacológico. En la actualidad existen otros fármacos como son los inhibidores de la fosfodiesterasa 4 que se pueden combinar con los medicamentos anteriores.

Otras alternativas terapéuticas incluyen la aplicación de endoprotesis o válvulas endobronquiales unidireccionales a través de la broncoscopia, así como de las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas en esta entidad: bullectomía, cirugía reductora de volumen y la trasplantología.

Referencias bibliográficas

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung diseases (GOLD). Diagnosis, Management and Prevention COPD. 2018 [acceso: 20/01/2019] Disponible en: <http://goldcopd.org/gold2017>
2. Actualización de la Guía Española de la EPOC (GesEPOC): Comorbilidades, automanejo y cuidados paliativos. 2022 [acceso: 20/01/2019];(58). Disponible en: <https://www.archbronconeumolog.org>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.