

Normativa SEPAR sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica: propuesta de cambio de la clasificación y otras sugerencias

Sr. Director: Hace algunos meses nos fue entregada la normativa actualizada de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)¹ a los miembros de la SEPAR.

Durante el proceso de edición de las directrices españolas, fueron publicadas las de la Sociedad Europea (ERS)² y las de la American Thoracic Society (ATS)³ sobre la misma materia, encontrando quienes estamos interesados en este tema muchas coincidencias entre ellas, pero también algunas diferencias, que, en nuestra opinión y sin pretender con ello actuar de correctores, deberían intentar subsanarse, para evitar confusión entre quienes nos ocupamos, en la práctica clínica diaria, de este tema.

Resultan significativas las diferencias entre las cifras de VEMS o FEV₁ elegidas por cada una de las sociedades en un asunto tan básico como es la clasificación de la enfermedad (tabla I). Así, mientras que en el protocolo norteamericano se hace una estadificación fundamentada en criterios espirométricos de gravedad bien establecidos, en atención a datos publicados de morbilidad y mortalidad⁴, en la propuesta española se realiza una categorización de la enfermedad no acorde con los criterios aceptados desde 1985 por la SEPAR⁵. La clasificación de la ERS tampoco se ajusta a los propuestos, y usualmente empleados por nosotros, de la American Thoracic Society⁴.

Si bien una clasificación completa de la EPOC debería contemplar múltiples aspectos, incluidos la intensidad de la disnea que sufren los pacientes, el grado de su alteración espirométrica y el deterioro gasométrico que puedan presentar, dado que no existen medidas objetivas que definan, de manera cuantitativa, la interrelación de estas variables y que estos factores pueden ser interactivos, pero no necesariamente aditivos, existe la tendencia generalizada de utilizar el VEMS como único parámetro de valoración de la gravedad de la enfermedad^{3,4}. En este sentido, parece más racional la clasificación de la ATS que la española y que la de la ERS, al ajustarse a principios generalizadamente reconocidos, por lo que creemos que debería valorarse la posibilidad de cambiar nuestra clasificación por la de la ATS, o bien, como alternativa, confeccionar una propia siguiendo simple y fielmente las directrices del Gru-

po de Trabajo de la SEPAR, que elaboró la vigente normativa de espirometría forzada, clasificando la severidad del deterioro espirométrico según cifras de VEMS, expresado en tanto por ciento del valor de referencia en cuatro subgrupos: ligera (VEMS \geq 65%), moderada (VEMS 64-50%), severa (VEMS 49-35%) y muy severa (< 35%). Miravittles et al⁶ así lo han hecho recientemente, a nuestro entender con mucho acierto y claridad, en un importante estudio observacional en el que participaron más de 200 investigadores de 11 comunidades autónomas españolas.

Partiendo de una clasificación elaborada con las premisas anteriores, creemos que podría mejorar la calidad del protocolo de la SEPAR la adición de un esquema terapéutico global del paciente con EPOC, que incluya un tratamiento farmacológico escalonado, similar al utilizado en el tratamiento de los pacientes con asma, basado en la frecuencia y gravedad de los síntomas y en la severidad de la obstrucción y pautas para manejo de las exacerbaciones.

I. Blanco Blanco, H. Canto Argiz y F. Carro del Camino

Sección de Neumología. Hospital Valle del Nalón. Langreo. Asturias.

1. Montemayor T, Alfageme I, Escudero C, Morera J, Sánchez Agudo L. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Arch Bronconeumol 1996; 32: 285-301.
2. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P. ERS Consensus Statement: optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Eur Respir J 1995; 8: 1.398-1.420.
3. Celli BR, Snider GL, Heffner J, Timp B, Ziment I, Make B et al. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152: 177-120.
4. American Thoracic Society. Lung function testing: selection of reference values and interpretative strategies (statement). Am Rev Respir Dis 1991; 144: 1.201-1.218.
5. Sanchís Aldás J, Casan Clará P, Castillo Gómez J, González Mangado N, Palencia-Ballesteros, Roca Torrent J. Recomendaciones SEPAR. Normativa para la espirometría forzada. Barcelona: Ediciones Doyma SA, 1985.
6. Miravittles M, Mayordomo C, Artés M, Sánchez Agudo L, Pita S, Segú JL. EOLO (Estudio observacional de limitación obstructiva al flujo aéreo). Cómo es y cómo se trata el paciente con EPOC en Atención Primaria en España. Barcelona: Edipharma, 1995.

Respuesta de los autores

Sr. Director: Ante las recientes directrices de tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) hechas por las distintas sociedades (ATS¹, ERS² y SEPAR³), los autores se centran en destacar las diferencias entre ellas, al valorar el grado de gravedad de la enfermedad según el FEV₁. Quizá haya que destacar antes de entrar en estas pequeñas diferencias, la gran coincidencia y consenso que existe entre todas ellas, sobre la valoración, manejo o tratamiento de estos procesos.

La ERS contempla tres estadios según el FEV₁: leve, moderado y severo o grave; el único comentario se podría hacer sobre la escasa amplitud del primer grado o leve, pues abarcaría entre el límite de la normalidad (> 1,64 desviación estándar residual) y el 70% de FEV₁. La ATS diferencia una sola división por encima del 50% que, según su propia opinión, englobaría una buena parte de los pacientes atendidos por médicos no especialistas y considera, sin embargo, dos grados, severo o grave y muy severo según el FEV₁ se encuentre por debajo del 50 y el 35% de sus teóricos, respectivamente. Los autores comentan que el protocolo americano está basado en criterios espirométricos de gravedad bien establecidos, según datos de morbilidad y mortalidad y eso desgraciadamente no puede sustentarse y menos categóricamente. Lo que sí está cada vez más claro, es que las cifras de FEV₁ en EPOC se correlacionan de una forma muy parcial con las pruebas de esfuerzo^{4,5} y con la calidad de vida de los pacientes⁶. Así mismo, es cierto que el FEV₁ es el parámetro más interesante desde el punto de vista pronóstico, siendo peor cuanto mayor obstrucción se detecte; sin embargo, los trabajos son múltiples, muchos no establecen las divisiones de la ATS para su valoración, e incluso los más recientes demuestran pronósticos más benignos que los clásicamente descritos, con lo que de nuevo parece excesiva la rotundidad expresada por los autores.

Todo ello no quiere decir que no sería bueno consensuar una mayor equivalencia entre normativas a este respecto, sino que los criterios de cada una de ellas son discutibles con argumentos de peso equivalentes. Un punto simple en el que se podría avanzar es el que la normativa española asuma un FEV₁ < 50% como estadio grave o severo, con lo que coincidiáramos todas y en la reunión sobre normativas que tuvo lugar en Sevilla recientemente, con participación de todas las sociedades implicadas (ATS, ERS, SEPAR, Sociedad Australiana, etc.), así lo sugerimos, aunque los responsables de otras normativas restaban importancia a este punto. El subdividir por debajo del 50% en otro grado (< 35%) tampoco parece que tenga mucho valor, salvo que estableciésemos, por ejemplo, un límite por debajo del 25%, que al menos tendría la utilidad de identificar a los pacientes con EPOC que, cumpliendo otra serie de criterios, fuesen tributarios a cirugía de reducción de volumen o trasplante pulmonar.

De todas formas, tratar de identificar la división según severidad para establecer normas parecidas a las del asma bronquial no es tampoco superponible, y no tiene el mismo sentido. En la EPOC el Estudio de Salud Pulmonar ha demostrado cómo la utilización de anticolinérgicos durante 5 años y en EPOC

TABLA I

Clasificación de la EPOC de acuerdo con la reducción del VEMS o FEV₁ (expresado en porcentaje del valor teórico) en tres protocolos actuales

ERS ²	ATS ³	SEPAR ¹
Leve \geq 70	Estadio I > 50	Leve < 65
Moderada 50-69	Estadio II 35-49	Moderada 45-64
Grave < 50	Estadio III < 35	Grave < 45

leve y poco sintomáticas, no modificaba la evolución y el curso de la enfermedad. Todas las normativas proponen tratar por síntomas y no por grado del FEV₁ y según la respuesta, se van añadiendo otros regímenes terapéuticos y en este punto las coincidencias son casi totales de cómo ir introduciendo o añadiendo las distintas alternativas. Tampoco el FEV₁ es el único determinante de la entrada de un paciente con EPOC en un programa de rehabilitación respiratoria, ni se recomienda sólo para uno de los estadios propuestos.

Finalmente, los grupos participantes en la normativa española quedan abiertos a una mayor participación y a avanzar en una mayor coincidencia consensuada, tanto a nivel nacional como internacional, si así se viera conveniente, ofreciendo una vez más nuestra colaboración.

T. Montemayor Rubio

Sección de Neumología. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

1. Celli BR, Snider GR, Heffner J et al. American Thoracic Society Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 77-120.
2. Siafakas NM, Vermeise P, Pride NB et al. Consensus Statement Optimal assessment and management of chronic obstructive pulmonary disease (COPD). A consensus statement of the European Respiratory Society (ERS). *Eur Respir J* 1995; 8: 1.398-1.420.
3. Montemayor T, Alfageme I, Escudero C et al. Normativa SEPAR sobre diagnóstico y tratamiento de la EPOC. *Arch Bronconeumol* 1996; 32: 285-301.
4. Sue DY. Exercise testing in the evaluation of impairment and disability. *Clin Chest Med* 1994; 15: 369-387.
5. Ortega F, Montemayor T, Sánchez A et al. Role of cardiopulmonary exercise testing and the criteria used to determine disability in patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 150: 747-751.
6. Jones PW. Issues concerning health related quality of life in COPD. *Chest* 1995; 107: 87S-93S.

Hemoptisis y bronquiolitis obliterante con neumonía organizada

Sr. Director: La bronquiolitis obliterante con neumonía organizada (BONO) es una entidad de causa habitualmente desconocida y que se define por una presentación clinicopatológica característica^{1,2}. Desde su descripción inicial el número de casos diagnosticados ha aumentado considerablemente y se ha asociado a numerosos factores predisponentes o a enfermedades sistémicas. Además, los hallazgos clínicos y radiológicos pueden sugerir el diagnóstico y deben dirigir a una confirmación histológica, ya que el pronóstico es muy bueno una vez iniciado el tratamiento corticoide^{2,3}. Sin embargo, una presentación clínica inusual de la BONO, como en este caso, no debe excluir su diagnóstico.

Varón de 39 años, fumador de 20 paquetes/año, sin otros antecedentes que una historia de unos 20 ml al día de hemoptisis en los últimos 15 días, que se acompañó de fiebre y aumento progresivo de la disnea a los 7 días. La exploración física demostraba una auscultación cardíaca normal y estertores crepitantes en ambas bases pulmonares, sin signos de insuficiencia cardíaca, acropaquia o adenopatías periféricas. La radiografía de tórax objetivó la presencia de un patrón intersticial reticulonodular difuso, que en la TC torácica era parcheado y con zonas en vidrio deslustrado, sin adenopatías o derrame pleural asociados. En el hemograma existían 19.280 leucocitos/μl (88% segmentados) y el hematocrito era del 40%. La coagulación, el sedimento y la bioquímica sérica eran normales, incluyendo determinaciones de CEA, CA19.9, alfa-1-antitripsina, inmunoglobulinas (G, A, M y E), serología VIH y respiratoria, ANA, anti-ADN y factor reumatoide. La gasometría arterial basal fue la siguiente: pH 7,44, PaO₂ 51 mmHg, PaCO₂ 40 mmHg y saturación de oxígeno 87%. En las pruebas funcionales respiratorias se objetivó un patrón restrictivo (FVC 58%, FEV₁ 46%, FEV₁/FVC 63%, RV 85% y TLC 70%) y una disminución ligera de la difusión (DLCO 69% y KCO 70%). El PPD y tres baciloscopias de esputo fueron negativas. La ecografía abdominal y el electrocardiograma fueron normales. La broncoscopia demostró la presencia de una bronquitis difusa sin puntos de sangrado o secreciones purulentas. Se realizó un lavado broncoalveolar (LBA) en el lóbulo medio que proporcionó cultivos bacterianos y micóticos y baciloscopias negativas, y en el recuento celular un 42% de linfocitos, un 22% de neutrófilos, un 5% de eosinófilos y muy aislados sideróforos. Las biopsias transbronquiales demostraron la presencia de tapones de tejido conectivo en los espacios alveolares distales, junto a una escasa fibrosis intersticial compatible con una BONO idiopática. La mejoría fue espectacular tras iniciar tratamiento con prednisona oral (1mg/kg/día), disminuyendo progresivamente la dosis hasta los 6 meses y encontrándose el paciente asintomático, con una radiografía y pruebas funcionales respiratorias normales.

La BONO suele presentarse de forma subaguda en la mayoría de los pacientes, con un cuadro seudogripal y/o fiebre, tos (habitualmente importante y no productiva), disnea (raramente grave), mal estado general y pérdida de peso. Es más rara la presencia de broncorrea, dolor torácico, artralgias, sudores nocturnos o hemoptisis^{2,3}. Esta última ha sido descrita en el 1-18% de los casos, no suele ser aislada y sí de escasa cuantía en el transcurso del proceso. Sólo anecdóticamente, en menos de 5 casos, es la forma de presentación del cuadro clínico y de mayor volumen, como en este caso (MEDLINE 1966-1998)⁴. En las biopsias de los distintos estudios de los pacientes con BONO, el hallazgo ultraestructural de áreas extensas de necrosis epitelial, desestructuración de la lámina basal y evidencia de daño alveolar y/o endotelial, junto a la inflamación como parte fundamental del proceso, deben ser suficientes para producir la extravasación de hemátis a los alveolos o al intersticio pulmonar y provocar una hemoptisis^{4,6}.

Es importante considerar la hemoptisis como una posible forma de presentación de la BONO e incluir a este proceso en su diagnóstico diferencial, ya que se trata de una enfermedad benigna, con un tratamiento eficaz que resuelve el cuadro sin precisar de otras intervenciones más invasivas. Esta posibilidad adquiere mayor significación si se considera que su presencia y el hallazgo radiológico frecuente de infiltrados pulmonares localizados o difusos puede sugerir inicialmente otros diagnósticos, como la hemorragia alveolar, que requieren una valoración distinta, en cuya diferenciación el LBA y las biopsias transbronquiales son fundamentales.

M. Haro, A. Núñez y M. Vizcaya
Sección de Neumología. Hospital General de Albacete.

1. Orriols R, Bravo C. Bronquiolitis obliterante: dificultades de la definición. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 1-2.
2. Cordier JF. Cryptogenic organizing pneumonia: bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *Clin Chest Med* 1993; 14: 677-692.
3. Barba MA, Arévalo M, Aguilar X, González G, Vizcaya M, Puras A. Bronquiolitis obliterante con neumonía organizada. Experiencia de un hospital general. *Arch Bronconeumol* 1995; 31: 481-484.
4. Mroz BJ, Sexauer WP, Meade A, Balsara G. Hemoptysis as the presenting symptom in bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *Chest* 1997; 111: 1.775-1.778.
5. Myers JL, Katzenstein AA. Ultrastructural evidence of alveolar epithelial injury in bronchiolitis obliterans-organizing pneumonia. *Am J Pathol* 1988; 132: 102-109.
6. Colby TV, Myers JL. Clinical and histologic spectrum of bronchiolitis obliterans, including bronchiolitis obliterans organizing pneumonia. *Semin Respir Med* 1992; 13: 119-133.

Empiema por *Actinomyces meyeri*

Sr. Director: La actinomicosis es una infección crónica que se caracteriza por la tendencia a la fistulización y supuración de un material con aspecto de gránulos de sulfuro. Es una enfermedad rara en la actualidad, producida por *Actinomyces*, género de bacterias grampositivas, anaerobias, saprofitas de boca, orofaringe y tubo digestivo¹. El agente etiológico más común es *A. israelii*, con menos frecuencia se identifican otras especies y sólo en muy pocas ocasiones se ha aislado *A. meyeri*. En función de la región anatómica afectada, se distinguen tres formas clínicas: cervicofacial (55%), abdominopélvica (20%) y torácica (15-20%)^{2,3}, considerándose la afectación pleural poco frecuente. Describimos un caso de empiema con aislamiento de *A. meyeri* en el líquido pleural.

Varón de 61 años, fumador de 10 cigarrillos/día. Consultó por dolor costal pleurítico derecho de 40 días de evolución, al que se había añadido tos seca en la última semana. La exploración física objetivó disminución del murmullo vesicular en la base del hemi-