

EPOC: ¿Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica o Estamos Para Ordenar Conceptos?

La EPOC no es una enfermedad en el sentido estricto del término, sino que traduce un conjunto de procesos que se agrupan bajo el acrónimo de «enfermedad pulmonar obstructiva crónica». Aunque las palabras puedan traducirse a diferentes idiomas, la poca especificidad del concepto ha producido innumerables confusiones en el mundo médico. Lo que en algún país se consideraba diagnóstico de bronquitis, en otro era clasificado como enfisema, por no hablar de bronquitis asmática, asma poco reversible, hipersecreción mucosa o bronquiectasias. Una verdadera Babel de la medicina.

Los primeros intentos de diferenciar este tipo de patología respiratoria se deben a Laennec¹ y se dieron a partir de la introducción del estetoscopio en la práctica clínica. Simultáneamente, Badham² utilizaba en Inglaterra el concepto de «bronquitis»; la aparición del espirómetro, a partir de Hutchinson³, permitía objetivar la función pulmonar en estos pacientes. Un paso de gigante para definir y diferenciar este tipo de patología respiratoria se dio en 1958, con motivo del simposio internacional CIBA⁴. La introducción del término «obstrucción» marcó un punto de coincidencia entre enfermedades de diferentes etiología y predisposición y, a la vez que unía, establecía las diferencias entre asma, bronquitis y enfisema. Mínimo común múltiple y máximo común divisor actuaban simultáneamente. Desde entonces hemos avanzado a partir de lo común, la obstrucción, a la vez que nuevos conocimientos nos diferenciaban.

Saltando por encima de varias décadas, las sociedades neumológicas han propuesto diferentes conferencias de consenso y las definiciones actuales de EPOC están perfectamente establecidas, con mínimas diferencias⁵⁻⁸. Estas propuestas han sido y son operativas, enfocando el problema de la EPOC hacia el diagnóstico, el tratamiento y la prevención. La comparación entre estas recomendaciones o normativas se revisa extensamente en este mismo número, por De Miguel et al⁹, en especial en lo que compete al tratamiento.

Desde entonces, algunos nuevos aspectos merecen destacarse: la actualización de la normativa, editada re-

cientemente por la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)¹⁰, que incorpora por primera vez en la definición de EPOC el concepto de «reacción inflamatoria frente al humo del tabaco»; el esfuerzo unificador realizado en nuestro país entre la SEPAR y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)¹¹ y el intento «globalizador» de la Organización Mundial de la Salud, que ha propuesto un documento de consenso para uso internacional¹²; esfuerzos excelentes dirigidos a popularizar el diagnóstico espirométrico de la EPOC, a llamar la atención sobre la responsabilidad del tabaco en esta enfermedad y a estandarizar el tratamiento de la misma. Pero el cambio de siglo nos abre nuevas expectativas.

Sin olvidar el concepto de «obstrucción al flujo aéreo» y su mayor o menor respuesta frente a la acción de un fármaco broncodilatador (éste es el eje central de la definición actual de EPOC), va adquiriendo cada vez más un papel protagonista la demostración de la presencia de un determinado tipo de inflamación en las vías aéreas, con un mayor predominio de neutrófilos y macrófagos. Los mediadores más activos son los leucotrienos del tipo B₄, la interleucina 8 y el TNF-alfa¹³. El mayor o menor protagonismo de ciertos mediadores y de determinadas células inflamatorias tiene profundas repercusiones terapéuticas.

Del brazo de la genética molecular, algunos autores¹⁴ incorporan un nuevo aspecto en la EPOC, a la que consideran una enfermedad más sistémica que específicamente pulmonar. Una mezcla de activación de células inflamatorias circulantes con estrés oxidativo, asociado con alteraciones nutricionales, la pérdida de peso y el aumento del gasto energético basal, así como una disfunción del músculo esquelético, con pérdida de masa muscular y limitación del ejercicio. No es extraño, pues, que los programas de rehabilitación tengan un papel destacado en el tratamiento de la EPOC¹⁵⁻¹⁷.

Un último apartado lo constituyen las profundas repercusiones en la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes¹⁸, que merece continuas mejoras en los cuestionarios que la evalúan¹⁹, así como la repercusión

económica y social que este proceso conlleva²⁰. En España, el estudio realizado por un grupo de expertos²¹⁻²³, bajo el patrocinio de SEPAR (estudio IBERPOC), ha permitido conocer la dimensión del problema en diferentes zonas de nuestra geografía, a la vez que llamar la atención sobre la importancia de la EPOC en el contexto general de la patología médica.

Se cierra una época para la EPOC y se inicia un nuevo período, donde este proceso deberá ser mejor conocido y tratado con más profundidad. La importancia del principal agente causante, el tabaco, merece una aproximación política y sanitaria, sin dejar de recibir la atención médica asistencial y preventiva que se merece²⁴. El abordaje clínico debe hacerse con nuevas ideas y con herramientas prácticas que circunscriban la «obstrucción» en el contexto de otras variables clínicas y funcionales²⁵. Finalmente, la genética molecular y los estudios en experimentación básica nos proporcionarán nuevos elementos con los que conocer y tratar los cambios biológicos que se producen desde el consumo de tabaco hasta la aparición de la enfermedad²⁶.

«Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) o «Estamos Para Ordenar Conceptos». Seguiremos por un tiempo utilizando el acrónimo, pero no es difícil augurar que le quedan pocos años de vida. Definitivamente, estamos para ordenar conceptos, y a la luz del nuevo orden, entenderemos mejor el largo camino que sigue el humo del tabaco, desde el cigarrillo hasta el interior del organismo.

P. Casan

Departamento de Neumología.
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
Facultad de Medicina. UAB. Barcelona.

Bibliografía

1. Laennec RTH. De l'auscultation médiate, ou traité du diagnostic des maladies des poumons et du coeur. Brosson JA, Chaudé JS. Paris, 1819.
2. Badham C. An essay on bronchitis with a supplement containing remarks on simple pulmonary abscess. 2nd. ed. London: Callow Eds., 1814; p. 25-45.
3. Hutchinson J. On the capacity of the lungs and on the respiratory function, with a view of establishing a precise and easy method of detecting disease by the spirometer. *Med Chir Trans* 1846;2:137-252.
4. CIBA Foundation Guest Symposium. Terminology, definitions and classification of chronic pulmonary emphysema and related conditions. *Thorax* 1959;14:286-99.
5. Siafakas NM, Vermeire P, Pride NB, Paoletti P, Gibson J, Howard P, et al. ERS 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;8:1398-420.
6. Celli BR, Snider GL, Heffner J, Tiej B, Ziment I, Make B, et al. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1995;152:77-120.
7. Montemayor T, Alfageme Y, Escudero C, Morera J, Sánchez-Agudo L. Normativa sobre diagnóstico y tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 1996;32:285-301.
8. BTS Guidelines for the management of chronic obstructive pulmonary disease. The COPD guidelines group of the standards of care committee of the BTS. *Thorax* 1997;52 (Suppl 5):1-28.
9. De Miguel J, Rodríguez JL, Calle M, Nieto MA, Álvarez-Sala JL. Tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. ¿Se cumplen las normativas? *Med Integral* 2002;39.
10. Barberá JA, Peces-Barba G, Agustí AGN, Izquierdo JL, Monsó E, Montemayor T, et al. Guía clínica para el diagnóstico y el tratamiento de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2001;37:297-316.
11. Álvarez-Sala JL, Cimas E, Masa JF, Miravittles M, Molina J, Naberan K, et al. Recomendaciones para la atención al paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Arch Bronconeumol* 2001;37:269-78.
12. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GINA). Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease. NHLBI/WHO workshop report. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute. NIH Pub. N.º 2701A. Marzo 2001.
13. Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med* 2000;343:269-80.
14. Agustí AGN. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). ¿Es sólo una enfermedad pulmonar? *An Med Intern* 2001;18:38-45.
15. Lacasse Y, Wong E, Guyatt GH, King D, Cook DJ, Goldstein RS. Meta-analysis of respiratory rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Lancet* 1996;348:1115-9.
16. Wouters EFM. Pulmonary rehabilitation in chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir Rev* 1999;9:189-92.
17. Güell R, Casan P, Belda J. Long term effects of outpatient rehabilitation of COPD: a randomized trial. *Chest* 2000;117:976-83.
18. Jones PW. Health status measurement in chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2001;56:880-7.
19. Williams JEA, Singh SJ, Sewell L, Guyatt GH, Morgan MDL. Development of a self-reported Chronic Respiratory Questionnaire (CRQ-SR). *Thorax* 2001;56:954-59.
20. Sullivan SD, Ramsey SD, Lee TA. The economic burden of COPD. *Chest* 2000;117:5S-9S.
21. Miravittles M, Sobradillo V, Villasante C, Gabriel R, Masa JF, Jiménez CA, et al. Estudio epidemiológico de la EPOC en España (IBERPOC): reclutamiento y trabajo de campo. *Arch Bronconeumol* 1999;35:152-8.
22. Villasante C. Comité Científico del Estudio IBERPOC. IBERPOC: Valoración de resultados. *Arch Bronconeumol* 1999;35 (Supl 3):40-3.
23. Sobradillo V, Miravittles M, Gabriel R, Jiménez CA, Villasante C, Masa JF, et al. Geographic variations in prevalence and underdiagnosis of COPD. Results of IBERPOC multicentre epidemiological study. *Chest* 2000;118:981-9.
24. Jiménez C, y Grupo de Trabajo del Tratamiento del tabaquismo. Normativa SEPAR para el tratamiento del tabaquismo. *Arch Bronconeumol* 1999;35:499-506.
25. Celli BR. Monitoring the progression of chronic obstructive pulmonary disease: time for a new staging system. *Eur Respir Rev* 1999;9:165-8.
26. Dawkins PA, Stockley RA. Animal models of chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 2001;56:972-7.