

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La presentación de la EPOC es insidiosa. Las alteraciones patológicas pueden comenzar años antes de la aparición de los síntomas. El diagnóstico diferencial principal es el asma y, en algunos casos, no puede establecerse una distinción clara entre la EPOC y el asma. Algunas personas padecen asma y EPOC simultáneamente. Existen otros posibles diagnósticos cuya distinción de la EPOC resulta más sencilla²:

DIAGNÓSTICO	CARACTERÍSTICAS PROPUESTAS
EPOC	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio a partir de los 40 años • Progresión sintomática lenta • ≥ 10 años de fumar un paquete diario o cantidad equivalente³ • Disnea durante el ejercicio • Limitación parcialmente reversible del flujo aéreo
Asma	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio en una etapa temprana de la vida • Sintomatología variable de un día a otro • Síntomas nocturnos y al comienzo de la mañana • Presencia de alergia, rinitis y/o eczema • Antecedentes familiares de asma • Limitación ampliamente reversible del flujo aéreo
Insuficiencia cardíaca congestiva	<ul style="list-style-type: none"> • Estertores finos basales en la auscultación • En la radiografía de tórax se aprecia un corazón dilatado y edema pulmonar • En las pruebas funcionales pulmonares se detecta restricción del volumen, no limitación del flujo aéreo
Bronquiectasia	<ul style="list-style-type: none"> • Gran volumen de esputo purulento • Suele asociarse a infección bacteriana • Estertores gruesos/hipocratismo digital a la auscultación • En la radiografía de tórax o TC se aprecia dilatación bronquial y engrosamiento de la pared bronquial
Tuberculosis	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio a cualquier edad • En la radiografía de tórax se aprecian infiltraciones pulmonares • Confirmación microbiológica • Alta prevalencia local de tuberculosis
Bronquiolitis obliterante	<ul style="list-style-type: none"> • Inicio en la juventud y en pacientes no fumadores • Antecedentes de artritis reumatoide o exposición a emanaciones • En la espiración, en el TC se aprecian regiones hipodensas
Panbronquiolitis diseminada	<ul style="list-style-type: none"> • Afecta sobre todo a varones no fumadores • Casi todos presentan sinusitis crónica • En la radiografía de tórax y la TCAR se aprecian pequeñas opacidades nodulares centrolobulillares diseminadas e hiperinflación

TC = tomografía computarizada; TCAR = tomografía computarizada de alta resolución. Las anteriores suelen ser características de las enfermedades respectivas, pero no se presentan en todos los casos. Por ejemplo, puede aparecer EPOC en personas que nunca han fumado, o puede presentarse asma en pacientes adultos e incluso ancianos².

Referencias: 1. Celli BR, Snider GL, Hefner J, et al. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease. American Thoracic Society. *Am J Respir Crit Care Med.* 1995;152:S77-S121. 2. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. *Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (actualizado en 2006). www.goldcopd.org. Acceso: 7 de marzo de 2007. 3. Movahed M-R, Milne N. Association between amount of smoking with chronic cough and sputum production. *The Internet Journal of Pulmonary Medicine*TM. 2007;7:1-5. 4. Doherty DE. The pathophysiology of airway dysfunction. *Am J Med.* 2004;117(suppl 12A):11S-23S. 5. Pauwels RA, Buist AS, Calverley PMA, et al, on behalf of the GOLD Scientific Committee. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: NHLBI/WHO Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) Workshop summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2001;163:1256-1276. 6. Barnes PJ. Chronic obstructive pulmonary disease. *N Engl J Med.* 2000;343:269-280. 7. Murphy S, Bleecker ER, Boushey H, et al. Expert panel report 2: guidelines for the diagnosis and management of asthma. Bethesda, MD: National Heart, Lung, and Blood Institute; National Institutes of Health; 1997. NIH Publication No. 97-4051. 8. American Thoracic Society/European Respiratory Society Task Force. Standards for the diagnosis and management of patients with COPD (Internet). Versión 1.2. New York: American Thoracic Society; 2004 (actualizado el 8 de septiembre de 2005). www.thoracic.org/sections/copd/resources/copddoc.pdf. Acceso: 8 de marzo de 2007. 9. National Committee for Quality Assurance. *HEDIS 2008, Volume 2: Technical Specifications*. Washington, DC: National Committee for Quality Assurance, 2007.

Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc. no posee intereses capitales en ninguna otra organización que publicite o comercialice sus productos y servicios terapéuticos.

Un recurso educativo para profesionales de la salud brindado por
Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.



Copyright © 2009. Boehringer Ingelheim Pharmaceuticals, Inc.
Todos los derechos reservados. Impreso en EE. UU. (05/09) DM64342A



Tratamiento de la enfermedad
pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Diagnóstico diferencial de la EPOC



CONSIDERACIONES PRELIMINARES

DIAGNÓSTICO	EPOC	ASMA
Edad de presentación	En general ≥ 40 años ¹	A cualquier edad (con frecuencia en la infancia) ²
Antecedentes de tabaquismo	En general, antecedentes de ≥ 10 paquetes-año ³	Se ven afectados los no fumadores ⁴
Etiología habitual	Antecedentes de tabaquismo ² Exposiciones ocupacionales o ambientales ² Bajo peso al nacimiento en presencia de infecciones virales ² Antecedentes de infecciones respiratorias graves en la infancia ²	Estímulos inmunitarios; antecedentes familiares de asma ²
Manifestaciones clínicas	Disnea persistente o que empeora; al principio con el esfuerzo y acaba por presentarse en reposo ⁵ Tos posiblemente intermitente, pero después aparece todos los días (a menudo durante todo el día) y puede ser improductiva ²	Sintomatología variada; función pulmonar casi normal entre las exacerbaciones ²
Células inflamatorias predominantes	Neutrófilos ²	Eosinófilos ²
Reversibilidad de las vías respiratorias	Parcialmente reversible ²	Muy reversible ²
Efecto de los esteroides sobre la enfermedad estable	Efecto escaso o nulo sobre la inflamación ⁶	Inhiben la inflamación ⁷

Aunque el humo de los cigarrillos es el principal factor de riesgo para la EPOC, la exposición a productos químicos y polvos ocupacionales y la contaminación del aire interior por la cocina y la calefacción en viviendas mal ventiladas también representan factores de riesgo importantes².

PRUEBAS PARA EL DIAGNÓSTICO Y LA CLASIFICACIÓN

Espirometría

La espirometría mide la limitación del flujo aéreo y es necesaria para confirmar el diagnóstico de EPOC. La espirometría con broncodilatación confirma el componente de reversibilidad parcial de la obstrucción de las vías respiratorias en los pacientes con EPOC⁸.

Parámetros actuales del HEDIS®* para la espirometría con mejoría del uso de las espirometrías para la confirmación del diagnóstico de EPOC. El parámetro determina si se incluyó la espirometría en las exploraciones y valoraciones de una EPOC de nuevo diagnóstico o nueva aparición⁹.

Los valores espirométricos posbroncodilatación y las clasificaciones patológicas del asma y la EPOC son:

CLASIFICACIONES DEL ASMA⁷

Intensidad	% de variabilidad del PEF	FEV ₁ o PEF % teórico
Leve intermitente	<20	≥ 80
Leve persistente	20 a 30	≥ 80
Moderada persistente	>30	>60 a <80
Intensa persistente	>30	≤ 60

CLASIFICACIONES DE LA EPOC²

Intensidad	FEV ₁ /FVC	% del FEV ₁ teórico
EPOC leve	<0.7	≥ 80
EPOC moderada	<0.7	50 a <80
EPOC intensa	<0.7	30 a <50
EPOC muy intensa	<0.7	<30 o <50 con insuficiencia respiratoria crónica

PEF = Flujo espiratorio máximo.

FVC = Capacidad vital forzada: el volumen de aire que puede expulsarse.

FEV₁ = Volumen de aire expulsado en 1 segundo.

% teórico = Valores ajustados en función de la edad, el sexo, el origen étnico y la estatura.

*Healthcare Effectiveness Data and Information Set (Grupo de información y datos sobre eficacia médica). HEDIS es una marca comercial registrada del Comité Nacional de Garantía de Calidad (National Committee for Quality Assurance, NCQA).

Radiografía de tórax

La radiografía de tórax puede ser útil para el diagnóstico diferencial y debe realizarse a todos los pacientes. Ayuda a excluir otras enfermedades y a detectar comorbilidades importantes, como la insuficiencia cardíaca^{2,8}. El enfisema grave puede diagnosticarse fácilmente a partir de las radiografías de tórax; el enfisema leve no se aprecia tan claramente en las radiografías, y el enfisema moderado sólo se diagnostica a partir de las radiografías de tórax alrededor del 50% de las veces¹.

Exploración física

Aunque son importantes para la atención del paciente, las exploraciones físicas rara vez sirven para diagnosticar la EPOC. Esto se debe a que los signos físicos de limitación del flujo aéreo no suelen presentarse hasta que ya hay un deterioro pulmonar importante. No obstante, a continuación se indican algunas cosas que deben buscarse y pueden auxiliar para el diagnóstico de la EPOC²:

- Cianosis central
- Anomalías de la pared torácica (hiperinflación, "tórax en tonel", protrusión abdominal)
- Aplanamiento diafragmático
- Polipnea en reposo (más de 20 respiraciones por minuto)
- Respiración con los labios fruncidos, que puede demorar el flujo espiratorio y permitir un vaciamiento pulmonar más eficiente
- Activación muscular en reposo en posición supina. El uso del escaleno y el esternocleidomastoideo es otro indicador de dificultad respiratoria
- El edema maleolar o del tercio inferior de la pierna puede ser signo de insuficiencia cardíaca