

Características del Paciente con EPOC, con y sin Bronquiectasias, con Aislamientos Bacterianos Repetidos

Carta al Editor

Beatriz Aldave-Orzaiz¹, Rosa María Girón-Moreno¹ y Ana Sánchez-Azofra¹

¹ Servicio de Neumología, Hospital Universitario de La Princesa

Fecha de recepción del manuscrito: 10/10/2019

Fecha de aceptación del manuscrito: 14/01/2020

Fecha de publicación: 31/01/2020

DOI: 10.5281/zenodo.3633478

La última actualización de la GesEPOC de 2017, divide a los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) de alto riesgo en fenotipo no exacerbador, mixto y exacerbador con enfisema o con bronquitis crónica.¹ Estos últimos son los que más probablemente presentan aislamientos repetidos (AR) o infección bronquial crónica (IBC) por microorganismos potencialmente patógenos (MPP); y los que más frecuentemente se asocian con bronquiectasias (BQ).

Es difícil establecer una relación de causalidad en la que la EPOC sea un factor de riesgo para el desarrollo de BQ. Se conocen varios hechos que pueden justificarla y es que comparten mecanismos fisiopatológicos comunes como la inflamación-infección bronquial, que deriva en la aparición de estas dilataciones irreversibles con destrucción de la pared bronquial.

El objetivo de nuestro trabajo fue analizar el número de pacientes con EPOC, con y sin BQ, que presentaban AR o IBC por MPP, así como sus características clínicas, a partir de una base de datos de pacientes con EPOC en seguimiento en nuestra consulta monográfica de EPOC.

De los 572 pacientes incluidos, identificamos 443 que tenían TCAR realizada en los últimos 5 años, revisada por el equipo de radiología del tórax del hospital, y valoramos en estos los cultivos de esputo realizados entre enero de 2017 y julio de 2018. Se identificaron aquellos con BQ en la TCAR (según los criterios radiológicos de Naidich) y aquellos con

AR y/o IBR de MPP. Se consideró IBC como 3 o más aislamientos de un mismo MPP y AR de distintos MPP, en muestras de esputo recogidas a lo largo de 1 año, separadas por un mes. La identificación de los microorganismos se realizó mediante la técnica de MALDITOF (Matrix-Assisted Laser Desorption/Ionization Time of Flight o ionización-desorción asistida por matriz con tiempo de vuelo).

Las características de las variables clínicas separadas por grupos (pacientes EPOC con y sin BQ), divididos en función de la presencia de AR o IBC, se muestran en la Tabla 1.

Al comparar los parámetros clínicos de los pacientes con IBC o AR con aquellos sin aislamientos, se observó que los primeros tenían mayor edad, mayor número de exacerbaciones (ambulatorias y hospitalarias), y que usaban más frecuentemente corticoides inhalados, independientemente de la presencia de BQ. Si además tenían BQ, presentaban mayor puntuación en BODE, BODEX y disnea según MRCm. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la función pulmonar ni el índice de masa corporal.

Los MPP más frecuentes fueron: *Pseudomonas aeruginosa*, *Moraxella catarrhalis*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*. Otros menos frecuentes incluyen: *Staphylococcus aureus* (sensible y resistente a meticilina), *Escherichia coli*, *Stenotrophomonas maltophilia* o *Acinetobacter baumannii*. Datos coincidentes con los resultados publicados hasta ahora:²

Llama la atención, por un lado, el bajo número de que presentaron AR o IBC por MPP (4.7% del total); a pesar de que se solicitaban y analizaban muestras de esputo como parte del seguimiento protocolizado en la consulta. Este porcentaje difiere con algunos de los publicados hasta ahora (22 -

TABLA 1: MEDIA Y DESVIACIÓN ESTÁNDAR DE LAS VARIABLES CLÍNICAS RECOGIDAS EN EL ESTUDIO, SEPARADAS POR GRUPOS: PACIENTES EPOC, CON Y SIN BQ, DIVIDIDOS A SU VEZ EN FUNCIÓN DE LA PRESENCIA O NO DE AR O IBC.

	Sí BQ (n=157)				Valor p	No BQ (n=286)				Valor p
	sí IBC/AR(n=12)		no IBC/AR(n=145)			sí IBC/AR)(n=9)		no IBC)(n=277)		
	Media	DS	Media	DS		Media	DS	Media	DS	
Edad (años)	78.83	78.83	73.37	79.33	0.048	79.33	6.87	70.25	9.96	0.006
FEV1 (ml)	1,057.27	1,057.27	1,832.56	1,836.25	0.414	1,336.25	514.70	1,374.39	599.99	0.916
FEV1 (%)	43.82	43.82	63.03	52.74	0.329	52.74	17.96	51.00	18.98	0.799
FVC (ml)	2,170.91	2,170.91	2,333.58	2,754.00	0.520	2,745.00	1,134.00	2,564.00	891.00	0.575
FVC (%)	66.64	66.64	71.30	78.30	0.477	78.30	31.26	76.07	61.14	0.552
FEV1/FVC	51.82	51.82	50.54	49.24	0.704	49.24	7.93	52.52	11.69	0.432
IMC	24.29	24.29	25.70	25.81	0.338	25.81	3.93	26.76	5.40	0.601
BODE	6.09	6.09	3.37	4.29	<0.001	4.29	1.60	3.23	2.29	0.156
BODEx	5.67	5.67	3.53	4.00	<0.001	4.00	1.69	2.97	2.06	0.113
Exacerbaciones	1.70	1.70	0.89	2.00	0.023	2.00	1.55	0.75	1.04	0.006
Ex Hospitalarias	1.30	1.30	0.37	1.67	0.007	1.67	0.82	0.31	0.65	<0.001
Ex Ambulatorias	0.40	0.40	0.51	0.50	0.831	0.50	0.84	0.44	0.84	<0.001
Disnea MRCm	2.92	2.92	1.86	2.22	<0.001	2.22	1.20	1.92	1.62	0.299

BQ= bronquiectasias, IBC= infección bronquial crónica, AR= aislamientos repetidos, DS= desviación estándar, IMC= Índice de Masa Corporal

88 %),³ posiblemente porque en nuestro caso aplicamos estrictamente la definición de IBC de la normativa SEPAR de BQ.³ Por otro lado, coincidía que todos estaban en tratamiento con corticoides inhalados.

Los pacientes con EPOC, especialmente aquellos con BQ y AR o IBC, son pacientes crónicos complejos que precisan de un seguimiento estrecho dadas las implicaciones clínicas y el alto consumo de recursos sanitarios que conllevan. La IBC podría ser causa de la inflamación sistémica persistente de estos pacientes y asociarse a la presencia de comorbilidades cardiovasculares.²

En este estudio concluimos que los pacientes con EPOC y AR o IBC, son un grupo reducido de pacientes en el que destacan la edad, la frecuencia de exacerbaciones ambulatorias y hospitalarias y el uso de corticoides inhalados. Si además coexisten BQ, existen peores índices en disnea, BODE y BODEx. Por este motivo, y como se ha planteado en trabajos previos, es necesario replantearse la clasificación de la EPOC e incluir un nuevo fenotipo que incluya aquellos con BQ e IBC e incluso AR por MPP,⁴ y quizás plantear un tratamiento antibiótico precoz, apoyado en los antibiogramas de aislamientos bacterianos previos. Se ha demostrado que estos pacientes, dada su complejidad, agudizan con más frecuencia y tienen mayor mortalidad; por tanto, sus necesidades terapéuticas van a diferir de las de aquellos sin hallazgos microbiológicos ni exacerbaciones.⁵

REFERENCIAS

- [1] Marc Miravittles, Juan José Soler-Cataluña, Myriam Calle, Jesús Molina, Pere Almagro, José Antonio Quintano, Juan Antonio Trigueros, Borja G. Cosío, Ciro Casanova, Juan Antonio Riesco, Pere Simonet, David Rigau, Joan B Soriano, Julio Ancochea. Guía española de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) 2017. Tratamiento farmacológico en fase estable. Arch Bronconeumol. 2017; 53(6):324-35.
- [2] Barrecheguren M, Matkovic Z, Miravittles M. Infección bronquial crónica en pacientes con EPOC. Monogr Arch Bronconeumol. 2014; 1:77-85.
- [3] Martínez-García MA, Máiz, L Oliveira C, Girón R de la Rosa D, Blanco M, et al. Normativa sobre la valoración y el diagnóstico de las bronquiectasias en el adulto. Arch Bronconeumol. 2018; 54(2):88-98.
- [4] Polverino E, Dimakou K, Hurst J, Martínez-García MA, Miravittles M, Paggiaro P, Shteinberg M, et al. The overlap between bronchiectasis and chronic airways diseases: state of the art and future directions. Eur Resp J. 2018; 15:52.
- [5] 5. Matkovic Z, Miravittles M. Chronic bronchial infection in COPD. Is there an infective phenotype? Resp Med. 2013; 107(1):10-22.