

# Una nueva quimera: la superposición entre asma y EPOC en Argentina

## *A New Chimaera: Asthma-COPD Overlap in Argentina*

Videla Alejandro 

Estas conjeturas absurdas prueban que la Quimera ya estaba cansando a la gente. Mejor que imaginarla era traducirla en cualquier otra cosa.

**Jorge Luis Borges,**

*El libro de los seres imaginarios, 1967*

En ocasión del fallecimiento del Dr. Alejandro Raimondi, el Dr. Daniel Colodenco recordaba que “Tenía una enorme capacidad en identificar procesos novedosos en la Medicina Respiratoria y de adjudicarles nombres originales, graciosos y notablemente perspicaces”. En los ochenta, solíamos ver pacientes que tenían características superpuestas de asma y EPOC, en los que era muy difícil desentrañar cuál era la que prevalecía. Dada la imposibilidad de definirlos con precisión, Alejandro sostenía que un neologismo *ad hoc* podría servir para bautizar esa nueva quimera y, así, comenzó a etiquetarlos como “broncásticos y asmáticos”. Esa originalidad nominativa, que llevaba a cabo habitualmente, llegó a ser aceptada en las sociedades científicas europeas y americanas como “superposición de asma y EPOC” bajo las siglas ACO, una manera no tan graciosa de asumir la existencia de una entidad híbrida en la práctica clínica. Ojalá el Dr. Raimondi hubiera llegado a leer el artículo que se publica en este número de la RAMR.

En este artículo la Dra. López y cols. presentan un análisis secundario del estudio EPOC.AR –una encuesta de alcance nacional y base poblacional–, en que se buscó responder a la pregunta clínica de la prevalencia de la coexistencia de asma y EPOC (ACO) en nuestro país<sup>1</sup>. Los autores buscan medir y pesar a esta nueva quimera. Se identificó que la coexistencia de asma se producía en un 19,08% de casos de acuerdo con los criterios diagnósticos del consenso de Denver<sup>2</sup>. Un 14,5% fueron caracterizados como ACO solo por presencia de una respuesta broncodilatadora entre 200 mL y 400 mL y un 4,6% por la presencia de un diagnóstico previo de asma (con la presencia de respuesta bronco-

dilatadora significativa o sin esta). Los pacientes con ACO tenían menor edad que el resto de los casos incluidos y mayor frecuencia de sibilancias y de historia familiar de asma. Asimismo estos pacientes recibían más frecuentemente corticoides inhalados combinados con broncodilatadores de acción prolongada y sufrían más exacerbaciones y referían mayor ausentismo laboral y consumo de antibióticos. Finalmente, la función pulmonar prebroncodilatador también era inferior en el grupo ACO.

La prevalencia encontrada por los autores se halla dentro del rango inferior de lo reportado en estudios de EPOC (entre el 13% y 55,7%)<sup>3</sup>. La gran variación de los resultados en la bibliografía es atribuible a uso de distintas definiciones y criterios diagnósticos, y probablemente a diferencias geográficas y de exposición poblacional a factores de riesgo. Las prevalencias reportadas de asma y de EPOC en nuestro país se hallan dentro de rangos más similares a los de otros países, lo cual deja como pregunta de investigación para futuros estudios cuanto influye el subdiagnóstico de estas enfermedades en el diagnóstico de ACO, o el que no se hayan podido realizar determinaciones de eosinofilia en los resultados.<sup>4</sup> Resulta poco probable que la ausencia del criterio menor de laboratorio haya tenido un impacto considerable en el resultado reportado. Por el contrario, su presencia podría vincularse a la variante eosinofílica de EPOC.

Los resultados de este estudio arrojan luz sobre un grupo de personas que sufren una enfermedad más grave, con mayor impacto sobre la calidad de vida, mayor frecuencia de exacerbaciones y peor función pulmonar. Estos hallazgos son compatibles

con un estudio estadounidense que mostró que los pacientes con ACO tienen mayor riesgo de visitas a guardia y peor función pulmonar<sup>5</sup>. Aparentemente, estos pacientes fueron reconocidos como asmáticos por sus médicos, y tratados con corticoides inhalados. Desafortunadamente, no existen grandes estudios aleatorizados controlados de este subgrupo y las recomendaciones para su tratamiento se basan en opiniones de expertos<sup>6</sup>.

Es más lo que no sabemos que lo que sabemos del ACO. Aun no podemos definir si se trata de mera coexistencia de dos enfermedades frecuentes, o de un fenotipo con un comportamiento diferencial. Los resultados del presente estudio apuntan al menos a señalar que la repercusión sobre quienes sufren una entidad con características combinadas de asma y EPOC es aun mayor que el producido por cada una de ellas por separado y constituye una valiosa adición al conocimiento local de la Medicina respiratoria. La ACO no es un animal diseñado por el afán de diagnosticar, sino una entidad real que impacta negativamente en quienes la sufren.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Echazarreta AL, Arias SJ, del Olmo R, et al. Prevalencia de enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 6 aglomerados urbanos de Argentina: el estudio EPOC.AR [Internet]. Arch Bronconeumol. 2018; 54(5): 260-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2017.09.018>
2. Sin DD, Miravittles M, Mannino DM, et al. What is asthma-COPD overlap syndrome? Towards a consensus definition from a round table discussion. Eur Respir J 2016; 48(3): 664-73. <https://doi.org/10.1183/13993003.00436-2016>
3. Hosseini M, Almasi-Hashiani A, Sepidarkish M, Maroufizadeh S. Global prevalence of asthma-COPD overlap (ACO) in the general population: a systematic review and meta-analysis. Respir Res 2019; 20(1): 229. <https://doi.org/10.1186/s12931-019-1198-4>
4. Arias SJ, Neffen H, Bossio JC, et al. Prevalencia y características clínicas del asma en adultos jóvenes en zonas urbanas de Argentina. Arch Bronconeumol 2018;54(3): 134-9. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.08.021>
5. Mendy A, Forno E, Niyonsenga T, Carnahan R, Gasana J. Prevalence and features of asthma-COPD overlap in the United States 2007-2012. Clin Respir J 2018; 12(8): 2369-77. <https://doi.org/10.1111/crj.12917>
6. Maselli DJ, Hardin M, Christenson SA, et al. Clinical Approach to the Therapy of Asthma-COPD Overlap. Chest 2019; 155(1): 168-77. <https://doi.org/10.1016/j.chest.2018.07.028>