

¿Ha vuelto GOLD 0?**The Return of GOLD 0?***Sr. Director:*

La mayoría de los expertos coinciden en que un cociente volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1)/capacidad vital forzada (FVC) inferior a 0,70 tras la prueba broncodilatadora, en un paciente con exposición prolongada al humo del tabaco, es diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)¹. No obstante, la espirometría puede ser poco sensible para estadios muy precoces de esta, especialmente en gente joven². Existen fumadores que no muestran limitación crónica al flujo aéreo y que desarrollan síntomas típicos de la EPOC (disnea, tos o expectoración) no pudiendo ser etiquetados como tal ante la ausencia de criterios espirométricos. El estudio SPIROMICS³ objetivó que hasta el 50% de los fumadores sin obstrucción al flujo aéreo referían síntomas característicos de la EPOC (medido a través del CAT), comparado con el 16% de los sujetos no fumadores. Aquellos fumadores con una puntuación en el CAT superior a 10 mostraban peor calidad de vida, recorrían una menor distancia en el test de la marcha de los 6 min y presentaban una mayor tasa de exacerbaciones frente a sujetos no fumadores. En esa línea, Regan et al.⁴ describen resultados similares en sujetos fumadores sin limitación crónica al flujo aéreo que ellos sí definen como GOLD 0. El 54% de este grupo refería ≥ 1 síntomas respiratorios y al menos el 23,5% presentaban una disnea según escala mMRC mayor ≥ 2 , muy superior a la descrita en sujetos no fumadores (3,7%), además de una peor calidad de vida según el SGRQ y una mayor tasa de exacerbaciones. Ambos estudios coinciden en que estos sujetos muestran un incremento del grosor de la pared bronquial en los análisis de la TAC con un bajo grado de enfisema asociado. No obstante, no podemos restar importancia a este dato; Harvey et al.⁵ demostraron en su artículo como el 22% de los pacientes fumadores, sin datos de obstrucción bronquial y bajo DLCO ($\leq 80\%$ del predicho) progresaban a GOLD I, respecto al 3% de fumadores con valores de DLCO normales.

Frente a estos datos, parece razonable pensar que muchos de aquellos sujetos fumadores o exfumadores que no tienen criterios espirométricos de EPOC, padecen una enfermedad respiratoria relevante que ha pasado desapercibida con los métodos diagnósticos convencionales. La cuestión sería si los fumadores sintomáticos sin limitación crónica al flujo aéreo serían subsidiarios de tratamiento más allá del abandono del hábito tabáquico. En ambos estudios, entre el 42 y 54% de estos, se encontraban en

tratamiento con terapia broncodilatadora, lo cual muestra la importancia del control de los síntomas independientemente del grado de obstrucción^{3,4}. Woodruff et al.³ detectaron, además que este grupo mostraba una mejoría significativa de la FVC (determinada por un incremento de al menos 200 ml y el 12%) tras la administración de salbutamol respecto a sujetos asintomáticos, aunque no se refiere en ningún momento si existe mejoría de la sintomatología tras iniciar tratamiento.

A la espera de futuros ensayos clínicos que justifiquen el uso de la terapia broncodilatadora en sujetos fumadores sintomáticos sin obstrucción crónica al flujo aéreo, la deshabituación tabáquica continúa siendo la única medida eficaz que ha mostrado detener la evolución de la enfermedad. Si bien cabría la posibilidad de valorar la administración de broncodilatadores en aquellos sujetos que presentan síntomas respiratorios a pesar de la abstinencia tabáquica, siendo necesario comprobar la respuesta clínica y espirométrica en los meses posteriores.

Bibliografía

1. Vestbo J, Hurd SS, Agustí AG, Jones PW, Vogelmeier C, Anzueto A, et al. Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease: GOLD executive summary. *Am J Respir Crit Care Med.* 2013;187:347–65.
2. Niewoehner DE, Kleinerman J, Rice DB. Pathologic changes in the peripheral airways of young cigarette smokers. *N Engl J Med.* 1974;291:755–8.
3. Woodruff PG, Barr RG, Bleecker E, Christenson SA, Couper D, Curtis JL, et al. Clinical significance of symptoms in smokers with preserved pulmonary function. *N Engl J Med.* 2016;374:1811–21.
4. Regan EA, Lynch DA, Curran-Everett D, Curtis JL, Austin JH, Grenier PA, et al. Clinical and radiologic disease in smokers with normal spirometry. *JAMA Intern Med.* 2015;175:1539–49.
5. Harvey BG, Strulovici-Barel Y, Kaner RJ, Sanders A, Vincent TL, Mezey JG, et al. Risk of COPD with obstruction in active smokers with normal spirometry and reduced diffusion capacity. *Eur Respir J.* 2015;46:1589–97.

Juan Marco Figueira Gonçalves* e Ignacio García-Talavera

Servicio de Neumología y Cirugía Torácica, Hospital Universitario Nuestra Señora de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, Tenerife, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juanmarcofigueira@gmail.com
(J.M. Figueira Gonçalves).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.arbres.2016.07.012>
0300-2896/

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.