



ESTUDIO GESIDA 8815 PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CARCINOMA DE PULMÓN:

¿HA SIDO ÚTIL TANTO ESFUERZO?

M^a Eulalia Valencia ¹, Tatiana Pirogova ¹, Delia Romera ¹, Marta Montero ², María Tasías ², José Sanz ³, Alberto Arranz ³,
Concepción Álvarez³, Jorge Vergas ⁴, M^a Jesús Téllez ⁴, Francisco Fanjul ⁵, Antoni Campins ⁵, Miguel Cervero ⁶,
Inmaculada Jarrín ⁷, Marta De Miguel ⁸, María Yllescas ⁸

¹Hospital Universitario La Paz, Madrid, ²Hospital Universitario La Fe, Valencia, ³Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, ⁴Hospital Clínico San Carlos, Madrid,
⁵Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, ⁶Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés, ⁷Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III,
Madrid, ⁸Fundación SEIMC-GESIDA, Madrid

ESTUDIO PROSPECTIVO REALIZADO DESDE 2006-2013 PRIMER ESTUDIO LLEVADO A CABO EN POBLACIÓN VIH+

TC de baja radiación a 224 pacientes fumadores VIH+

Se realizó el TC en la visita inicial y se repitió anualmente en los 4 años siguientes siendo cada TC leído por 2 radiólogos distintos.

Se encontraron 48 nódulos: 32 en TC basal y 16 TC de seguimiento

38 NO sospechosos

10 precisaron otras exploraciones

Se diagnosticó un Ca pulmón en la TC realizada al año

Hulbert A et al. Prospective CT Screening for lung cancer in a high-risk population. HIV-positive smokers. J Thorac Oncol 2014; 9: 752-759



ESTUDIO GESIDA 8815 PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CARCINOMA DE PULMÓN: ¿HA SIDO ÚTIL TANTO ESFUERZO?

OBJETIVOS

- **Principal:** Evaluar la rentabilidad de la realización de TC torácico de baja radiación en un grupo de pacientes con infección por VIH y alto riesgo de desarrollar carcinoma de pulmón para detección precoz del mismo
- **Secundarios:** 1.- Describir los hallazgos radiológicos, diferentes del carcinoma pulmonar encontrados en cada TAC en pacientes asintomáticos. 2.- Describir las actitudes diagnósticas y terapéuticas derivadas de los hallazgos efectuados tras la realización del TC.

DISEÑO

- Estudio multicéntrico prospectivo con un seguimiento por paciente de 4 años

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Tener infección confirmada por el VIH con un nadir de linfocitos CD4+ inferior a 200 por mm³
2. Ser fumador importante con un consumo de 20 o más paquetes año en el momento de inclusión en el estudio o haber fumado hasta los 15 años anteriores del inicio del mismo
3. Tener más de 45 años
4. Firmar el consentimiento informado

Los datos se anonimizaron y se introdujeron en un CRD electrónico llamado Red Cap (Copyright 2006-2013 Vanderbilt University)



- ✓ En el momento del diagnóstico, la mayoría de los pacientes recibían **TAR**, tenía **carga viral indetectable** y un **buen recuento de linfocitos CD4+**
- ✓ El diagnóstico se realizó en pacientes **más jóvenes** y con alta tasa de fumadores activos
- ✓ El **tratamiento que recibieron fue similar** al de la población sin VIH
- ✓ **La existencia de VIH fue un factor independiente de mal pronóstico** siendo la supervivencia significativamente peor en las PVIH
- ✓ **Un diagnóstico precoz** condicionó una mejor supervivencia

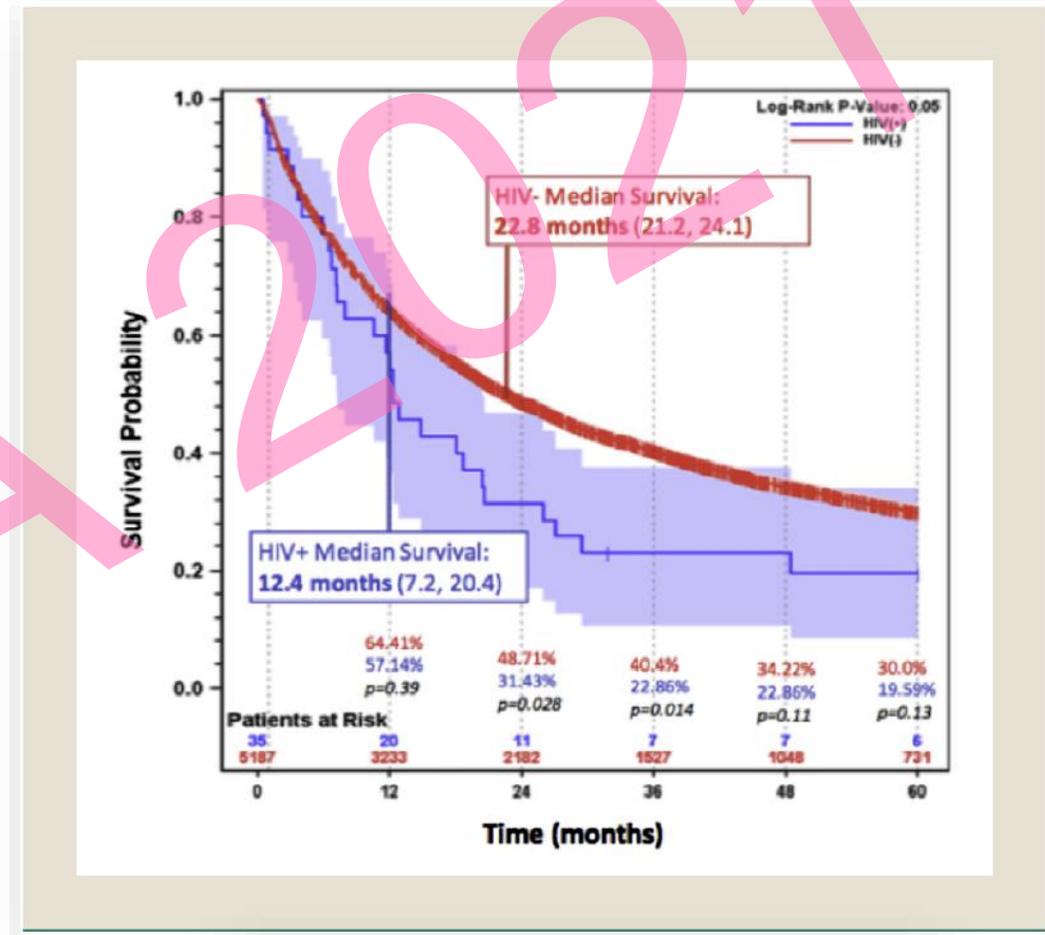
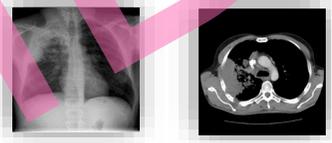


Figure 1 Survival Among HIV-NSCLC and the General NSCLC Population. Kaplan-Meier Survival Curves For HIV-NSCLC and General NSCLC Cohorts With the Median Survival For Each Cohort Displayed. Patients With HIV-NSCLC Had Decreased Survival at 2 Years ($P = .028$) and 3 Years ($P = .014$) After Cancer Diagnosis, Compared With General Patients With NSCLC. After 3 Years, the Differences Are Not Significant

JAMA. 2021;325(10):962-970. doi:10.1001/jama.2021.1117

| | | |
|---|--|----------|
| <p>Adults aged 50 to 80 years who have a 20 pack-year smoking history and currently smoke or have quit within the past 15 years</p> | <p>The USPSTF recommends annual screening for lung cancer with low-dose computed tomography (LDCT) in adults aged 50 to 80 years who have a 20 pack-year smoking history and currently smoke or have quit within the past 15 years. Screening should be discontinued once a person has not smoked for 15 years or develops a health problem that substantially limits life expectancy or the ability or willingness to have curative lung surgery.</p> | <p>B</p> |
|---|--|----------|

Actualización 2021
374 pacientes
incluidos en la base de datos

Retirada consentimiento 28
No cumplir criterios inclusión 2
Cumplir criterios de exclusión 1
No TAC basal 37
Total 68

Analizados 306 pacientes

Año 1: 224 pacientes
Año 2: 145 pacientes

Año 3: 76 pacientes
Año 4: 46 pacientes

Hospital La Paz, Madrid
Hospital La Fe, Valencia
Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares
Hospital Clínico San Carlos, Madrid
Hospital Son Espases, Palma de Mallorca
Severo Ochoa, Leganés

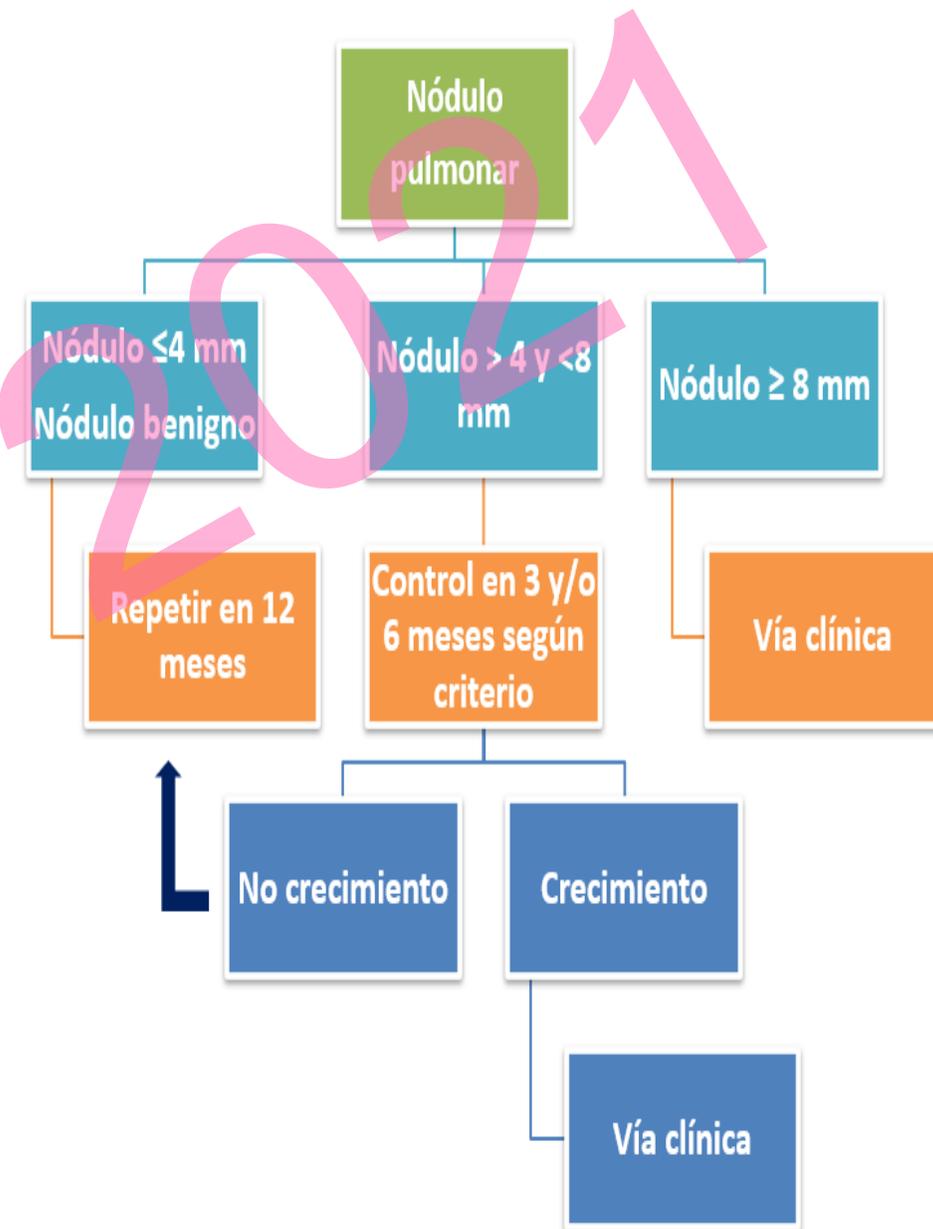
La adherencia a la prueba durante 2020-2021 se ha visto condicionada por la pandemia de COVID-19

Características generales de los 306 pacientes

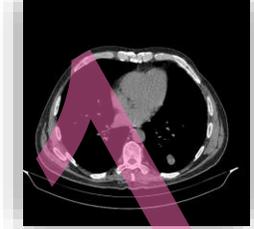
| | |
|---------------------------------------|--|
| Sexo varón | 242 (79,1%) |
| Edad (media ±DE) | 55 ±7 años |
| Nacionalidad española | 287 (93,8%) |
| Conducta de riesgo | UDVP 153 (50%); HSH 69 (22,5%); HTX 62 (20,3%) |
| Años con infección VIH (mediana RI) | 22 (17-27) años |
| Nadir de linfocitos CD4+ (mediana RI) | 99 (42-152) μ L |
| SIDA | 136 (44,4%) |
| Fumador activo | 250 (81,7%) |
| Años fumando (mediana RI) | 38 (33-43) años |
| Número paquetes/año (mediana RI) | 35 (27-43) paquetes/año |
| Recibiendo TAR | 306 (100%) |
| Años en TAR (mediana RI) | 19 (15-21) años |
| Linfocitos CD4+/CD8+ (mediana RI) | 577 (424-846)/929 (673-1168) μ L |
| Carga viral indetectable (<50 cop/mL) | 287 (93,8%) |
| Antecedentes familiares | 27 (8,8%) |
| Patología pulmonar previa | 108 (35,2%) |

HALLAZGOS EN EL TAC BASAL

| | n = 306 pacientes | Porcentaje |
|-----------------------------------|-------------------|--------------|
| Nódulos | 122 | 39,8% |
| - ≤ 4 mm | 61 | |
| - > 4 < 8 mm | 38 | |
| - ≥ 8 mm | 23 | |
| Datos de BNPC | 194 | 63,4% |
| Lesiones residuales de TBC | 109 | 35,6% |
| Calcificación coronaria | 101 | 33% |
| Bronquiectasias | 38 | 12,4% |
| Dilatación aortica | 22 | 7,1% |
| Hipertensión pulmonar | 10 | 3.2% |
| Carcinoma pulmonar | Ninguno | |



EVOLUCIÓN



| | Seguimiento 1 año 271 visita/224 TAC | Seguimiento 2 años 180 visita/145 TAC | Seguimiento 3 años 118 visita/76 TAC | Seguimiento 4 años 55 visita/46 TAC |
|---------------------------|---|--|---|--|
| Nódulos | 24 (10,7%) | 10 (6,9%) | 3 (3,9%) | 1 (2,2%) |
| - ≤ 4 mm | 9 | 3 | 3 | 0 |
| - > 4 < 8 mm | 9 | 5 | 0 | 0 |
| - ≥ 8 mm | 6 | 2 | 0 | 1 |
| Carcinoma pulmonar | 3 (1,4%) | 1 (0,6%) | 4 (5,2%) | 0 |

| | TOTAL |
|---------------------------|--------------------|
| Nódulos | 160 (52,2%) |
| - ≤ 4 mm | 53 (17,3%) |
| - > 4 < 8 mm | 52 (16,9%) |
| - ≥ 8 mm | 32 (10,4%) |
| Carcinoma pulmonar | 8 (2,6%) |

**Hasta el momento se han
realizado 845 TAC**
(797 + 48 intermedios)

EVOLUCIÓN

| | Seguimiento 1 año 271 visita/224 TAC | Seguimiento 2 años 180 visita/145 TAC | Seguimiento 3 años 118 visita/76 TAC | Seguimiento 4 años 55 visita/46 TAC |
|--------------------------------|--|---|--|---|
| Datos BNPC | 16 (7,1%) | 6 (4,1%) | 3 (3,9%) | 2 (4,3%) |
| Residuales TBC | 6 (2,7%) | 2 (1,4%) | 1 (1,3%) | 0 |
| Calcificación coronaria | 7 (3,1%) | 2 (1,4%) | 5 (6,6%) | 0 |
| Bronquiectasias | 7 (3,1%) | 2 (1,4%) | 1 (1,3%) | 0 |
| Dilatación aórtica | 1 (0,45%) | 2 (1,38%) | 0 | 0 |
| HTP | 1 (0,45%) | 1 (0,69%) | 0 | 0 |
| CV indetectable | 212 (94,6%) | 137 (94,4%) | 72 (94,7%) | 45 (97,8%) |
| Cambio de TAR | 39 (17,4%) | 15 (10,3%) | 16 (21%) | 7 (15,2%) |
| Dejar de fumar | 24 (12,8%) | 3 (2,8%) | 2 (3,4%) | 1 (3,3%) |
| Disminución fumar | 7 (4,2%) | 15 (14,8%) | 11 (19,6%) | 1 (3,3%) |
| Exitus | 6 (2,7%) | 2 (1,4%) | 0 | 1 (3,3%) |

OTRAS PATOLOGÍAS

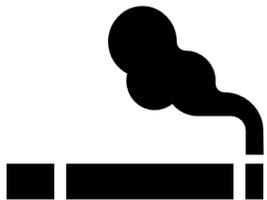


- Un **timoma**: un paciente intervenido
- Un **carcinoma de laringe** diagnosticado precozmente al hacer la fibrobroncoscopia
- Colelitiasis: 7 pacientes
- Nefrolitiasis: 4 pacientes
- Un **hepatocarcinoma**: 1 paciente intervenido
- Adenoma suprarrenal: 4 pacientes
- Hiperplasia suprarrenal: 2 pacientes

CAUSA DE LA MUERTE



- **Hepatocarcinoma: 2**
- **Evolución cirrosis: 1**
- **LNH: 2**
- **Suicidio: 1**
- **Desconocido: 1**
- **Adenocarcinoma de pulmón: 1**
- **Muerte súbita en domicilio: 1**



Han dejado de fumar 30 pacientes (8%)
y 34 (9%) han reducido el consumo de tabaco



Ecocardiograma: 13 pacientes



Endocrinología: 12 pacientes



Hemoptisis:
1 paciente



Neumonía:
1 paciente



Ecografía abdominal:
8 pacientes

CONCLUSIONES

1. A pesar de ser grandes fumadores, sólo se diagnosticaron 8 carcinomas pulmonares en 306 PVVIH lo que pone en duda la utilidad de la realización del TAC de baja radiación según el diseño del estudio.
2. Habrá que esperar a su finalización para valorar la rentabilidad real de esta estrategia en esta población.
3. Es muy frecuente la aparición de hallazgos que conducen a la realización de otras exploraciones y consultas complementarias.
4. Incluir pacientes fumadores en un protocolo puede ser un aliciente para dejar de fumar.

¿HA SIDO ÚT



ESFUERZO?

COMUNICACIONES ORALES 1 CO-01 a CO-08

XII Congreso Nacional de GESIDA

XIV REUNIÓN DOCENTE DE LA RED DE INVESTIGACIÓN EN SIDA

Málaga 29 noviembre - 2 diciembre 2021



GESIDA 2021