

M^a Eulalia Valencia (1), Tatiana Pirogova (1), Delia Romera (1), Marta Montero (2), María Tasías Pitarch (2), Jorge Vergas (3), M^a Jesús Tellez (3), José Sanz (4), Alberto Arranz (4), Francisco Fanjul (5), Antoni Campins (5), Miguel Cervero (6), Inmaculada Jarrín (7), Marta de Miguel (7), María Yllescas (7) Grupo de Estudio GESIDA 8815
 (1) Hospital Universitario La Paz, IdiPaz (2) Hospital Universitario La Fe, (3) Hospital Clínico Universitario San Carlos, (4) Hospital Príncipe de Asturias, (5) Hospital Universitario Son Espases (6) Hospital Universitario Severo Ochoa, (7) Fundación SEIMC-GESIDA

FUNDAMENTO: El carcinoma pulmonar (CP) es la tercera neoplasia en frecuencia en la población con infección por VIH, solamente superada por las neoplasias definitivas de SIDA¹. El tabaquismo es uno de los principales agentes etiológicos y el riesgo de desarrollarlo aumenta con la edad. Para su diagnóstico precoz se propone el uso de la tomografía computarizada (TC) de baja radiación, que ha demostrado ser útil, existiendo una disminución de la mortalidad gracias a su aplicación, aunque aún se está evaluando su coste-efectividad. En la población con infección por VIH su uso no está estandarizado, motivo por el que tras la publicación de los resultados del estudio de Hulbert et al² se puso en marcha el presente protocolo

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.

PACIENTES Y MÉTODOS

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

Criterios de exclusión:

- 1.- Realización de un TC torácico en los 18 meses anteriores
- 2.- Gestación
- 3.- Historia previa de cáncer de pulmón
- 4.- Infección respiratoria aguda
- 5.- Haber recibido tratamiento citostático en los 6 meses previos.
- 6.- No haber firmado el consentimiento informado

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

RESULTADOS

Han realizado la visita inicial 168 pacientes

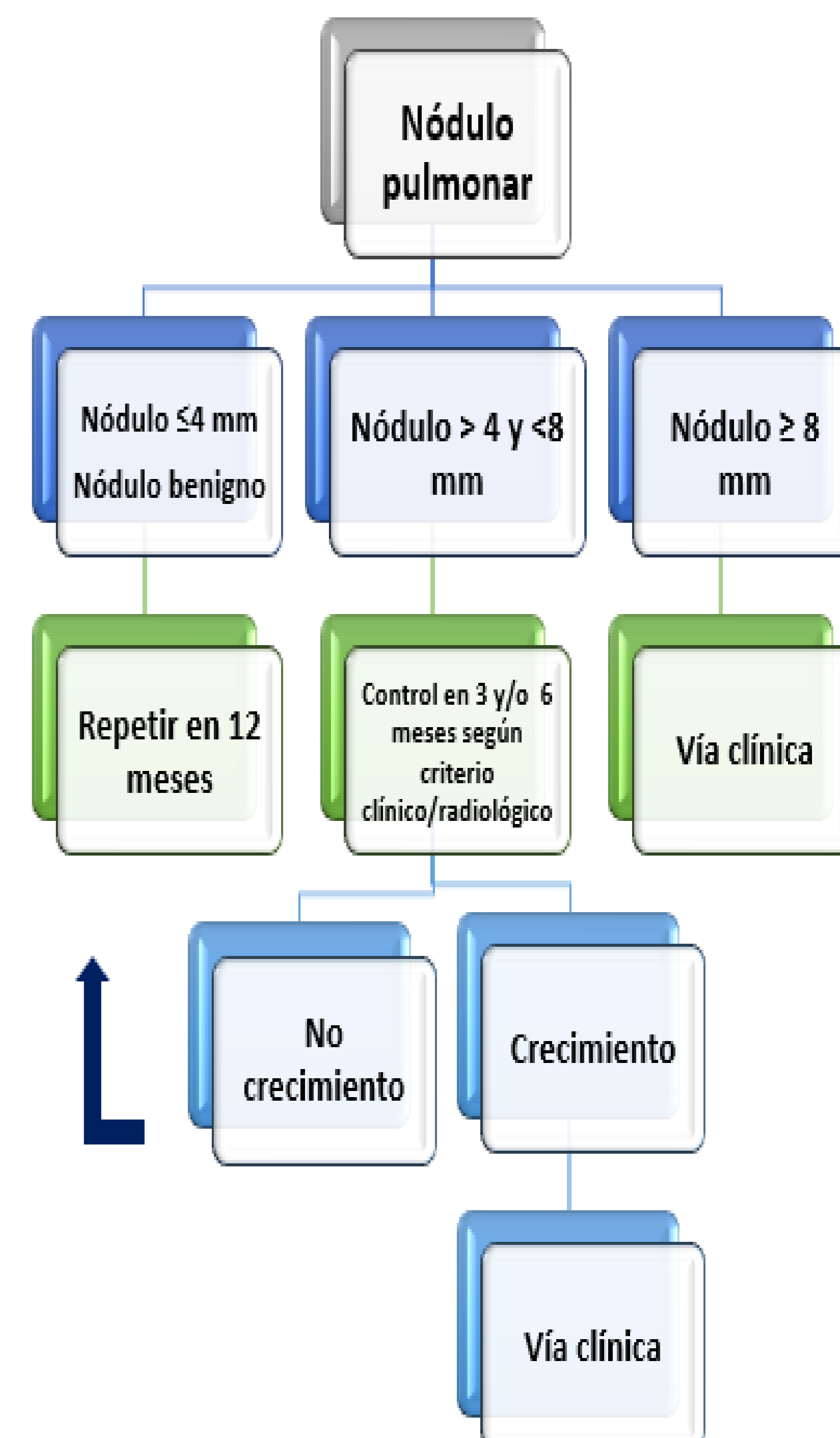
	N=168
Varones	135 (80,4%)
Edad años [Media (DT)]	56 (6)
Nacidos en España	155 (92,3%)
Conducta de riesgo	
- Parenteral	77 (45,8%)
- Sexual	80 (47,6%)
- Otros +Desconocido	11 (6,7%)
Estadio CDC	
- Asintomático	48 (28,5%)
- Síntomas menores	54 (32,1%)
- Sida	66 (39,2%)
Tiempo en TAR [Mediana (R1)]	18,7 (14,2-21,0)
TAR basado	
- Inhibidor integrasa	45 (26,7%)
- No análogo	53 (31,5%)
- Inhibidor proteasa	20 (11,9%)
- Monoterapia	13 (7,7%)
- Biterapia	32 (19%)
- Otros	5 (2,9%)
Carga viral indetectable	159 (94,6%)
Nadir CD4+ mm ³ [Mediana (R1)]	104 (48-152)
CD4+ al realizar TC [Mediana (R1)]	590 (419-867)
CD8+ al realizar TC [Mediana (R1)]	907 (628-1144)
Antecedentes familiares CP	12 (7,1%)
Tuberculosis previa	15 (8,9%)
Número paquetes/año* [Mediana (R1)]	37 (28-46)

* Basado en 111 individuos con información disponible

CRONOGRAMA

	Visita inicial	1 año	2 años	3 años	4 años
Edad	Y				
Sexo	Y				
Nacionalidad	Y				
Riesgo VIH	Y				
Años de infección	Y				
CDC grupo	Y	Y	Y	Y	Y
TAR	Y	Y	Y	Y	Y
Años en TAR	Y				
CD4+ nadir	Y				
CD4+ actual	Y	Y	Y	Y	Y
Carga viral actual	Y	Y	Y	Y	Y
Antecedentes familiares	Y				
Patología pulmonar activa	Y	Y	Y	Y	Y
Tabaco	Y	Y	Y	Y	Y
TC torácico	CT0	CT1	CT2	CT3	CT4

Se estableció un nódulo > 8 mm como límite para iniciar exploraciones complementarias



Otros hallazgos en el TC

HALLAZGO	n (%)
Bronquiectasias	22 (13,1%)
Signos de EPOC	99 (58,9%)
Coronarias calcificadas	58 (34,5%)
Lesiones residuales de TBC	58 (34,5%)
Dilatación aortica	8 (4,8%)
Hipertensión pulmonar	5 (3,0%)

CONCLUSIONES

- 1.- La realización de un TC torácico de baja radiación demuestra la existencia de un importante número de nódulos pulmonares y múltiples patologías torácicas subsidiarias de seguimiento en una población determinada con alto riesgo de desarrollo de CP.
- 2.- La inclusión en un protocolo para despistaje de CP podría ser un aliciente para dejar de fumar

REFERENCIAS:

1.- Lambert AA, Merlo CA, Kirk GD. Human Immunodeficiency Virus-associated lung malignancies. Clin Chest Med 2013; 34: 255-72.
 2.- Hulbert A, Hooker CM, Keruly JC, Brown T, Horton K, Fishman E et al. Prospective CT screening for lung cancer in high risk population HIV-positive smokers. J Thor Oncol 2014; 9: 752-759.