

P-165 DETECCIÓN PRECOZ DEL CARCINOMA DE PULMÓN EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH: ANÁLISIS INTERINO TRES AÑOS DESPUES DEL INICIO DEL ESTUDIO GESIDA 8815

M^a Eulalia Valencia ¹, Tatiana Pirogova ¹, Delia Romera ¹, Marta Montero ², María Tasiás ², José Sanz ³, Alberto Arranz ³, 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

INTRODUCCIÓN

El carcinoma de pulmón es la tercera neoplasia más frecuente en PVIH, solamente superada por las neoplasias definitorias de SIDA. Según las series se encuentra una incidencia entre 2 y 7 veces más elevada que en la población general, aunque el paciente esté en TAR y la carga viral sea indetectable (1). Es más frecuente en varones y con recuentos de linfocitos CD4+ por mm³ entre 150 y 300, si bien recientemente se han publicado datos de una mayor importancia de la presencia de inmunodeficiencia crónica, de la activación inmunitaria y de la relación CD4+/CD8+ (más que el recuento de células CD4+ o el nadir), sobre el riesgo de desarrollar CP en PVIH (2). Aunque el CP es una de las principales causas de muerte, hasta hace poco no ha habido un método de despistaje que permita realizar su diagnóstico en un estadio precoz. En la actualidad, se propone el uso de la tomografía computarizada (TC) de baja radiación, que ha demostrado ser útil en el diagnóstico del CP en la población general, existiendo una disminución de la mortalidad gracias a su aplicación, aunque aún se está evaluando su eficacia y el coste/beneficio en las PVIH (4).

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:

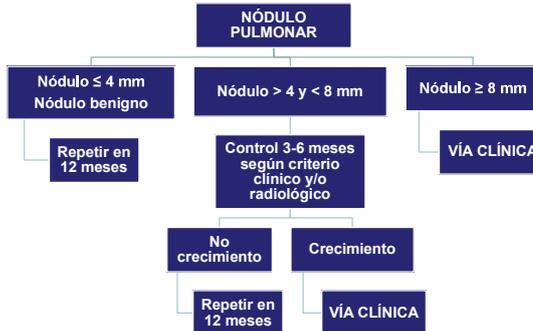
- 1.- Describir los hallazgos radiológicos, diferentes del carcinoma pulmonar encontrados en cada TC en pacientes asintomáticos.
- 2.- Describir las actitudes diagnósticas y terapéuticas derivadas de los hallazgos efectuados tras la realización del TC.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio iniciado en 2015 (GESIDA 8815) en el que se incluyeron 374 pacientes con infección por el VIH mayores de 45 años con un nadir de linfocitos CD4+ inferior a 200 por mm³, fumadores importantes con un consumo de 200 o más paquetes año en el momento de inclusión en el estudio o haber fumado hasta los 15 años anteriores del inicio del mismo

Estudio multicéntrico prospectivo con un seguimiento por paciente de 4 años

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



CRONOGRAMA DEL ESTUDIO					
	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 (SI/NO)	Y				
Años en TAR	Y				
CD4+ nadir	Y				
CD4+ actual	Y	Y	Y	Y	Y
Carga viral actual (Indetectable SI/NO)	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

RESULTADOS

Características de la serie en la visita basal

N = 304 pacientes	
Edad mediana en años	55 (DE±6)
Sexo	
- Varones	242 (79,6%)
- Mujeres	62 (20,5%)
Nacionalidad española	285 (93,7%)
Vía de adquisición del VIH	
- UDVP	152 (50,0%)
- HSH	69 (22,7%)
- Heterosexual	62 (20,4%)
- Otros	21 (6,9%)
Tiempo desde el diagnóstico de VIH	22 años (RI: 17-27)
Estadio CDC	
- A	90 (29,6%)
- B	79 (25,9%)
- C	135 (44,4%)
Nadir CD4+ por mm³	99 (RI: 40-152)
Linfocitos CD4+ al entrar en el estudio	646 por mm ³ (RI: 423-847)
Linfocitos CD8+ al entrar en el estudio	962 por mm ³ (RI: 673-1168)
Recibían TAR	304 (100%)
Carga viral < 50 copias/mL	285 (93,7%)
Antecedentes familiares Ca pulmonar	27 (8,9%)
Patología pulmonar previa	
- Enfisema	15 (4,9%)
- Lesiones residuales TBC	35 (11,5%)
- Otros	68 (22,3%)
Fumadores activos	248 (81,6%)
Número de paquetes/año	35 (RI: 27-42)
Años fumando	37 (RI: 33-42)

RI: rango intercuartílico; DE: desviación estándar

Evolución del hábito tabáquico

248 pacientes (81,6%) eran fumadores activos

- 18 pacientes (5,9%) han disminuido el consumo de tabaco
- 26 pacientes (8,5%) han dejado de fumar

Distribución y evolución de los nódulos encontrados durante el seguimiento

Visita basal n = 304 pacientes	Visita 1 ^{er} año n = 223 pacientes	
No nódulo: 183 (60,2%)	No nódulo: 199 (89,2%)	
≤ 4 mm: 61 (20,7%)	Nódulo nuevo: 24 (10,7%)	
> 4 y ≤ 8 mm: 38 (12,5%)	- ≤ 4 mm: 10 (41,6%)	
> 8 mm: 22 (7,2%)	- > 4 y ≤ 8 mm: 10 (41,6%)	
	- > 8 mm: 8 (32,8%)	
Visita 2 ^{er} año n = 114 pacientes	Visita 3 ^{er} año n = 22 pacientes	
No nódulo: 105 (92,1%)	No nódulo: 21 (95,4%)	
Nódulo nuevo: 9 (7,8%)	Se encontró un solo nódulo < 4 mm	
- ≤ 4 mm: 2 (22,2%)		
- > 4 y ≤ 8 mm: 5 (55,5%)		
- > 8 mm: 2 (22,2%)		

En un nódulo > 8 mm en la visita basal se diagnosticó un adenocarcinoma de pulmón

En un nódulo de nueva aparición > 8 mm en la visita de 1^{er} año se diagnosticó un adenocarcinoma de pulmón

Un nódulo de 6 mm presente en la visita basal creció, se realizaron 2 TC intermedios y en la visita de 2^{er} año se diagnosticó un adenocarcinoma de pulmón

Hallazgos radiológicos en cada visita

	Basal = 304	Visita 1 = 223 Nueva aparición	Visita 2 = 114 Nueva aparición	Visita 3 = 22 Nueva aparición
Datos radiológicos EPOC	193 (63,5%)	17 (7,6%)	7 (6,1%)	1 (4,5%)
Lesiones residuales TB	107 (35,2%)	6 (2,7%)	2 (1,7%)	1 (4,5%)
Calcificación coronaria	101 (33,2)	8 (3,6%)	2 (1,7%)	
Bronquiectasias	38 (12,5%)	8 (3,6%)	2 (1,7%)	1 (4,5%)

DURANTE ESTE TIEMPO HAN FALLECIDO 7 ENFERMOS CAUSA DE LA MUERTE

Hepatocarcinoma
Muerte súbita en domicilio
Infarto agudo de miocardio
Hipertensión pulmonar severa
EPOC con insuficiencia respiratoria
Linfoma no Hodgkin
Suicidio

Exploraciones complementarias realizadas como consecuencia del hallazgo de nódulos > 8 mm

Visita basal	Visita 1 ^{er} año	Visita 2 ^{er} año
Se detectó un nódulo > 8 mm en 22 pacientes	Se detectó un nódulo > 8 mm en 4 pacientes	Se detectó un nódulo > 8 mm en 2 pacientes
Se realizaron 3 fibrobronoscopias, 13 PET y 4 EBUS	Se realizaron una fibrobronoscopia y 2 PET	Se realizaron una fibrobronoscopia y un PET

CONCLUSIONES

1. A pesar de ser grandes fumadores, sólo se han diagnosticado 3 carcinomas pulmonares en 304 pacientes con infección por VIH
2. Es muy frecuente la aparición de otras patologías pulmonares relacionadas con el consumo de tabaco
3. Incluir pacientes fumadores en un estudio puede ser un aliciente para dejar de fumar
4. Habrá que esperar al final del estudio para valora la rentabilidad real de la realización de un TC de baja radiación en pacientes con VIH y alto riesgo de desarrollar carcinoma de pulmón

Bibliografía

1. Kirk GD, Merlo C, O' Driscoll P, Mehta SH, Galai N, Vlahov D et al. HIV infection is associated with an increased risk for lung cancer, independent of smoking. Clin Infect Dis 2007; 45: 103-10
2. Moltó J, Moran T, Sirera G, Clotet B. Lung cancer in HIV-infected patients in the combination antiretroviral treatment era. Transl Lung Cancer Res 2015; 4: 678-88
3. D'Jaen GA, Pantanowitz L, Bower M, Buskin S, Neil N, Greco E
4. Cooley TP et al. Human immunodeficiency virus-associated primary lung cancer in the era of highly active antiretroviral therapy: a multi-institutional collaboration. Clin Lung Cancer 2010; 11: 396-404
5. Panel de expertos de GeSIDA. Guía de práctica clínica sobre los tumores no definitorios de sida e infección por el VIH. Actualización Marzo 2019. En: <http://gesida-seimc.org/category/guías-clínicas/otras-guías-vigentes>