

**PO-13 ANÁLISIS FINAL DEL ESTUDIO GESIDA 8815 PARA LA DETECCIÓN PRECOZ DEL CARCINOMA DE PULMÓN: ¿HEMOS ENCONTRADO LA RESPUESTA?**

**M<sup>a</sup> Eulalia Valencia<sup>1</sup>**, Tatiana Pirogova<sup>1</sup>, Delia Romera<sup>1</sup>, Marta Montero<sup>2</sup>, María Tasías<sup>3</sup>, José Sanz<sup>4</sup>, Alberto Arranz<sup>4</sup>, Jorge Vergas<sup>5</sup>, M<sup>a</sup> Jesús Tellez<sup>5</sup>, Francisco Fanjul<sup>6</sup>, Antoni Campins<sup>6</sup>, Miguel Cervero<sup>7</sup>, Inmaculada Jarrín<sup>8</sup>, Marta de Miguel<sup>9</sup>, María Yllescas<sup>9</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia; <sup>3</sup>Hospital Universitario La Fe, Madrid; <sup>4</sup>Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares; <sup>5</sup>Hospital Clínico San Carlos, Madrid; <sup>6</sup>Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca; <sup>7</sup>Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés; <sup>8</sup>Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III, Madrid; <sup>9</sup>Fundación SEIMC-GESIDA, Madrid.

**Antecedentes/Objetivos:** el cribado de cáncer de pulmón (CP) detecta tumores precozmente y por tanto curables. El estudio prospectivo GESIDA 8815 se diseñó para valorar la utilidad de esta estrategia en personas VIH+ (PVVIH) mediante la realización de una tomografía computarizada (TC) de baja radiación.

**Métodos:** se incluyeron 371 pacientes, grandes fumadores (>20 paquetes/año), >45 años y con nadir de CD4+<200mm<sup>3</sup>. Se realizó una visita y TC basal y 4 de seguimiento anualmente.

**Resultados:** realizaron la visita y TC de inicio (TC0) 329 pacientes y completaron el estudio 206 (TC1=285; TC2=259; TC3=232; TC4=206). Las características generales se reflejan en la tabla 1. Todos recibían TAR. Se detectaron 35 nódulos pulmonares > 8 mm y se diagnosticaron 9 CP (2,7% del total de pacientes incluidos) en estadio precoz (4 en TC1, 2 en TC2, 1 en TC3 y 2 en TC4). No existieron diferencias significativas entre los que desarrollaron CP y los que no en sexo, edad, nadir CD4+, patología pulmonar previa, antecedentes familiares ni número de paquetes/año (Tabla 2). En cada visita se diagnosticaron otras patologías torácicas fundamentalmente EPOC, coronarias calcificadas y lesiones residuales de tuberculosis. Al finalizar el estudio 38 pacientes han dejado de fumar y 75 han reducido significativamente el consumo de tabaco. Han fallecido 2 pacientes por CP y 16 por otras causas (p=0,025)

**Tabla 1**

	Visita inicio n=329
Hombre	253(76,9%)
Edad,años[Media(DE)]	54,7(6,7)
Mediana años infección(RI)	22,9(17-27,3)
Vía adquisición VIH	UDVP 171(52%); HSH 70(21,3%); HSM 66(20%)
Estadio CDC	A 97(29,5%); B 85(25,8%); C 147(44,7%)
Mediana nadir CD4+(RI)	98(42-150)
Mediana CD4+ actual(RI)	571(419-847)
Mediana años TAR(RI)	18,6(14,3-21,2)
CV<50cop/ml	307(93,3%)
Antecedentes familiares CP	28(8,5%)
Patología pulmonar previa	116(35,3%)
Mediana años fumando(RI)	37,4(33,3-41,8)
Mediana paquetes/año	35(27-42)

**Tabla 2**

	CP NO=320	CP SI=9	p valor
Hombres	245(76,6%)	8(88,9%)	0,387
Edad media(DE)	54,7(6,7)	57,7(6,5)	0,183
Mediana años infección(RI)	22,9(16,9-27,5)	21(18,3-25,7)	0,874
Mediana nadir CD4+(RI)	98(44-150)	37(10-169)	0,225
CV<50cop/ml	298(93,1%)	9(100%)	0,415

<b>Patología pulmonar previa</b>	113(35,3%)	3(33,3%)	0,321
<b>Antecedentes familiares CP</b>	26(8,1%)	2(22,2%)	0,321
<b>Mediana años fumando(RI)</b>	37,4(33,3-41,8)	38,9(34,1-42,5)	0,816
<b>Mediana paquetes/año(RI)</b>	35(27-42)	39(35-43)	0,238

**Conclusiones:** 1) El diseño del presente estudio no permite definir la utilidad real de la estrategia. 2) La adherencia a la prueba disminuye progresivamente a lo largo del tiempo. 3) Es muy frecuente el diagnóstico de otras patologías torácicas lo que podría condicionar un seguimiento más estrecho de estos PVVIH 4) Incluir a pacientes fumadores en un protocolo de diagnóstico precoz de CP podría ayudar a dejar de fumar.