Rev Esp Cardiol. 2022;75(Supl 1): 131

Revista Española de Cardiología

6006-4. CÁNCER DE PULMÓN Y TRASPLANTE CARDIACO: ¿HAY MARGEN PARA UN CRIBADO EFICAZ?

Juan Carlos López-Azor García[1], Carlos Bobis Álvarez[2], Irene Marco Clement[1], Pedro J. Caravaca Pérez[1], Laura Morán Fernández[1], Javier de Juan Bagudá[1], Juan Francisco Delgado Jiménez[1] y María Dolores García-Cosío[1]

[1]Hospital Universitario 12 de Octubre. Centro de Investigación Biomédica en Red (CIBERCV), Madrid y[2]Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Resumen

Introducción y objetivos: Los tumores son la segunda causa de muerte en el seguimiento del trasplante cardiaco (TC). El carcinoma de pulmón (CP), el tumor sólido más frecuente, presenta un especial mal pronóstico y carece de un cribado eficaz. Nuestro objetivo fue evaluar las características de una población de pacientes con TC con CP para proponer mejoras en su detección y tratamiento.

Métodos: Estudio unicéntrico que incluyó todos los pacientes consecutivos con TC realizados en nuestro centro entre 1991 y 2021.

Resultados: Se incluyeron 651 pacientes. De ellos, 14 (2,2%) presentaron diagnóstico de CP a una edad de 68 (62-73) años y a un tiempo de seguimiento postrasplante de 10,9 (4,2-18,0) años. La tabla resume sus características basales y el resto de nuestros resultados. La mayoría recibía terapia inmunosupresora con anticalcineurínico, prednisona y micofenolato (11, 78,6%). Cinco pacientes (35,7%) presentaron síntomas al diagnóstico (2[40,0%] presentaban dolor pleurítico, 2[40,0%] dolor lumbar y 1[20,0%] disnea. El tiempo desde los síntomas hasta el diagnóstico tumoral fue de 35 (13-194) días. Los otros 9 (64,3%) se diagnosticaron de forma casual en TC asintomáticos, 7 mediante radiografía de tórax y 2 por tomografía computarizada. La tabla anexa compara las características de los pacientes con TC diagnosticados de CP sintomáticos frente a los asintomáticos. Los pacientes asintomáticos se diagnosticaron de forma más precoz en el seguimiento postrasplante y en mayor proporción en un estadio localizado, siendo tributarios de recibir tratamiento quirúrgico y con quimiorradioterapia. Todos los TC con CP diagnosticado por síntomas se encontraban en un estadio avanzado. La supervivencia tras el diagnóstico de toda la cohorte fue de 128 (45-632) días, siendo muy superior en los 3 pacientes diagnosticados en estadio localizado [1.290 ± 37 vs 84 (20-159)] días. Estos recibieron tratamiento curativo y en ninguno se produjo recurrencias del CP. Los pacientes en los que se realizó un diagnóstico casual tuvieron una supervivencia superior que aquellos que presentaban síntomas al diagnóstico.

Comparativa de las características de los pacientes TC que se diagnostican de CP sintomáticos frente a asintomáticos

	TC sintomáticos al diagnóstico de CP (n = 5)	TC asintomáticos al diagnóstico de CP (n = 9)	p
Edad al diagnóstico (años)	67,6 (60,6-79,4)	69,3 (60,9-71,3)	0,96
Tiempo postrasplante al diagnóstico (años)	14,5 (8,5-20,1)	7,2 (3,4-16,2)	0,26
Sexo, varón	5 (100,0%)	8 (88,9%)	0,64
Tabaquismo pretrasplante	3 (60,0%)	5 (55,6%)	0,92
Técnica diagnóstica			
Radiografía	5 (100,0%)	7 (77,8%)	0,54
Tomografía computarizada	0 (0,0%)	2 (22,2%)	
Estadio al diagnóstico			
I-II	0 (0,0%)	3 (60,0%)	0,25
III-IV	5 (100,0%)	6 (40,0%)	
Supervivencia tras el diagnóstico, meses	1,8 (0,3-9,1)	5,3 (2,6-42,4)	0,18
Supervivencia a los 2 años tras el diagnóstico	0 (0,0%)	3 (33,3%)	0,32
Tratamiento			
Paliativo	4 (80,0%)	1 (11,1%)	0,22
Quimioterapia y/o radioterapia	1 (20,0%)	2 (22,2%)	
Quirúrgico	0 (0,0%)	6 (66,7%)	

Los datos se expresan como n (%) en el caso de las variables discretas, y como mediana (rango intercuartílico) para las variables numéricas. Para la comparación de variables discretas se ha empleado el test exacto de Fisher, y para la comparación de medianas la prueba de U de Mann Whitney. Trasplante cardiaco (TC), carcinoma de pulmón (CP), nivel de significación (p).

Conclusiones: En el TC, el CP se presenta de forma tardía, en un estadio avanzado y con mal pronóstico. El diagnóstico de CP en pacientes asintomáticos y en un estadio localizado es crucial para mejorar la supervivencia al diagnóstico. El diseño de una estrategia de cribado efectivo podría mejorar este escenario.