

CASO CLÍNICO**Nódulo pulmonar en paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica candidato a trasplante pulmonar**

**BERTA SÁEZ-GIMÉNEZ,
CRISTINA BERASTEGUI GARCÍA
Y MANUEL LÓPEZ MESEGUER**

Servicio de Neumología.
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción

La neoplasia representa la tercera causa de muerte a largo plazo en los pacientes sometidos a trasplante pulmonar (TP). La inmunosupresión, el uso de donantes de mayor edad o con antecedentes de tabaquismo y, finalmente, la mejoría de la supervivencia de los trasplantados en las últimas décadas actúan como factores de riesgo para el desarrollo de esta complicación. En pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) hay que poner especial atención ya desde el momento de entrada en lista de espera, ya que se trata de una población susceptible, al presentar todos ellos historial de tabaquismo previo.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 54 años, sin alergias medicamentosas conocidas, exfumadora, con un factor de exposición de 50 paquetes-año. Diagnosticada de EPOC en 2011, con fenotipo mixto EPOC-asma, y un síndrome de apnea hipopnea del sueño moderado, por lo que recibe tratamiento con broncodilatadores, CPAP (presión positiva continua en la vía aérea) y programa de rehabilitación cardiopulmonar. La paciente presenta un volumen espiratorio máximo en el primer segundo (FEV₁) de 640 ml (22%), disnea de medianos esfuerzos y se encontraba en situación de insuficiencia respiratoria crónica en tratamiento con oxigenoterapia domiciliar a bajos flujos, con un índice en la escala BODE calculado de 6, por lo es derivada para valoración de TP. Durante la evaluación, se realiza una tomografía computarizada (TC) torácica que muestra un enfisema evolucionado, así como una lesión nodular de 6 mm en lóbulo superior izquierdo no detectada en estudios previos, de características indeterminadas. El resto de la evaluación no muestra alteraciones relevantes. En ese momento se decide posponer la entrada en lista activa y realizar seguimiento radiológico. Pasados 3 meses, la paciente refiere claro empeoramiento clínico con disnea de mínimos esfuerzos y un descenso del FEV₁ (400 ml, 15%). Una TC torácica de control muestra estabilidad del nódulo en lóbulo superior izquierdo con aparición de condensaciones subpleurales en ambos lóbulos inferiores sugestivas de proceso inflamatorio-infeccioso. Finalmente, dadas las características radiológicas y la ausencia de crecimiento del nódulo, se orienta como un proceso inflamatorio en relación con la enfermedad de base, por lo que se desestima realizar exploraciones invasivas. En ese momento, dado el empeoramiento clínico

de la paciente, es aceptada para trasplante bipulmonar y entra en lista activa.

Discusión

La detección de posibles neoplasias en candidatos a TP es fundamental, ya que condiciona un aumento de la mortalidad y la posibilidad de recurrencia tras el TP y, por este motivo, constituye una contraindicación absoluta.

La prevalencia de cáncer incidental diagnosticado en el pulmón explantado tras el TP varía entre un 0,5 % y 2 % según la literatura especializada¹, y la EPOC es la enfermedad de base más frecuente dentro de este grupo (54 %).

El pronóstico de los pacientes diagnosticados de neoplasia pulmonar incidental tras el TP es claramente peor, con estudios² que muestran una supervivencia a los 5 años del 25 % comparada con un 41 % en los pacientes sin neoplasia. Estos datos concuerdan con los de un reciente metaanálisis¹ que cuantifica la supervivencia a los 5 años en pacientes con neoplasia en el explante entre el 25 % y el 51 %, comparada con un 53 % en los trasplantados sin neoplasia según el registro de la International Society of Heart and Lung Transplantation³.

A pesar de la trascendencia de esta complicación, no hay consensos sobre el manejo de estos pacientes: ni en relación con protocolos de detección de malignidad ni en cuanto al tratamiento y seguimiento tras el diagnóstico. La utilidad de las TC torácicas de seguimiento tras la evaluación no está resuelta, y presenta como contrapartida que puede incrementar el tiempo en lista activa.

En esta línea, Strollo *et al.*⁴ realizaron un estudio retrospectivo en el que analizaron la prevalencia de neoplasia detectada incidentalmente en el explante. En ese estudio, todos los pacientes fueron sometidos a un seguimiento radiológico previo

al TP mediante una TC torácica anual y una tomografía por emisión de positrones. Se observó una prevalencia de neoplasia incidental del 4,3 % en los 2 años previos. Llamativamente, más de la mitad de los casos (64 %) no eran detectables por radiología y correspondían a estadios I o II. Por otro lado, un 45 % de los pacientes del estudio presentaron alteraciones radiológicas en la TC sugestivas de malignidad, que posteriormente no fue confirmada.

Así pues, el peor pronóstico de los pacientes con neoplasia de pulmón diagnosticada en el explante y el riesgo de recurrencia irían a favor de la detección radiológica previa al TP, así como la importante separación en el tiempo transcurrido entre la TC torácica de la evaluación y el TP. Por otra parte, esta intervención no ha demostrado ser coste-efectiva, probablemente condicionada por la dificultad que añade el hecho de tener una enfermedad pulmonar difusa que dificulta el diagnóstico y, por otro lado, las múltiples alteraciones inespecíficas que se pueden encontrar.

Bibliografía

1. Olland AB, Falcoz PE, Santelmo N, Kessler R, Massard G. Primary lung cancer in lung transplant recipients. *Ann Thorac Surg.* 2014;98:362-71.
2. Abrahams NA, Meziane M, Ramalingam P, Mehta A, DeCamp M, Farver CF. Incidence of primary neoplasms in explanted lungs: long-term follow-up from 214 lung transplant patients. *Transplant Proc.* 2004;36:2808-11.
3. Yusen RD, Edwards LB, Kucheryavaya AY, Benden C, Dipchand AI, Dobbels F, et al. The registry of the International Society for Heart and Lung Transplantation: thirty-first adult lung and heart-lung transplant report—2014; focus theme: retransplantation. *J Heart Lung Transplant.* 2014;33:1009-24.
4. Strollo DC, Dacic S, Ocak I, Pilewski J, Bermudez C, Crespo MM. Malignancies incidentally detected at lung transplantation: radiologic and pathologic features. *AJR Am J Roentgenol.* 2013;201:108-16.