

## Actualización de criterios para trasplante pulmonar en la fibrosis pulmonar idiopática

**Sr Director:** Resulta de suma importancia establecer claramente unos criterios de derivación a un grupo de trasplante pulmonar (TP) para los pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI), puesto que este grupo de enfermos presenta la mayor tasa de mortalidad en lista de espera para la realización de dicho trasplante, frente a otros grupos de patologías<sup>1</sup>. Recientemente ha aparecido una revisión de estos criterios, con un grado de evidencia III, basado en un estudio controlado y no aleatorizado en la evaluación de pacientes con FPI candidatos a un trasplante pulmonar, y que supera el nivel de evidencia (grado V) existente hasta la fecha, y recomendado por los paneles de expertos<sup>2</sup>. Por esta razón, consideramos de interés replantear la actitud trasplantadora ante esta patología.

Hasta la actualidad, las indicaciones clásicas para un trasplante pulmonar en pacientes con FPI eran: edad inferior a 65 años, fracaso terapéutico inmunosupresor, una capacidad vital forzada (FVC) menor del 60-70% del valor teórico, una capacidad de difusión (DLCO) inferior al 50-60%, hipoxemia en reposo o hipertensión pulmonar. No obstante, y como se ha puesto en evidencia en dos recientes estudios, también se han de valorar otros aspectos clave en el manejo de este tipo de pacientes. En relación con el primero de ellos, ya desde Katzenstein et al<sup>3</sup> se asume que la FPI es, por definición, una neumonía intersticial usual (NIU), entidad diferenciada de otras neumonías intersticiales, como la neumonía intersticial no específica, la neumonía descamativa, la neumonía intersticial con bronquilitis obliterante, la neumonía intersticial aguda y la bronquilitis obliterante con neumonía organizada (BONO). El cuadro histológico característico de la NIU, y sobre todo su tasa de supervivencia (promedio de 2.8 años desde el diagnóstico) compite en desventaja con el trasplante pulmonar, que proporciona supervivencias del 73% al año y del 57% a los 3 años, y que supera a cualquier terapia médica. El otro aspecto relevante en el manejo de pacientes con FPI es la comprobación de la validez de la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) en la evaluación diagnóstica no invasiva de la FPI<sup>4</sup>.

El programa de trasplante pulmonar de nuestro centro, sobre una serie de 157 pacientes evaluados durante 3 años, ha registrado 4 fallecimientos (2,5%) de pacientes afectados de FPI –diagnosticada mediante videotoracoscopia– antes de la realización del trasplante. Dichas muertes nos han conducido a replantear los criterios de inclusión en un estudio para TP en la FPI. Como mencionábamos anteriormente, el Grupo sobre Fibrosis Pulmonar de Manchester<sup>2</sup> realiza un pormenorizado análisis con curvas ROC, estableciendo la sensibilidad y la especificidad de varios parámetros simultáneos, como predictores de supervivencia. El planteamiento inicial del trabajo consistía en atribuir a las pruebas de función respiratorias y a la TCAR la predicción de supervivencia, en

## CARTAS AL DIRECTOR

una serie de 115 pacientes, menores de 65 años de edad, y con confirmación histológica de FPI. Los datos obtenidos sugieren que la combinación de valores de DLCO del 39% del valor previsto y una puntuación asignada de 2,25 en la TCAR proporcionan una sensibilidad y una especificidad del 82 y el 84%, respectivamente, para discriminar supervivientes de no supervivientes a los 2 años del diagnóstico. Los criterios definidos en la TCAR para la FPI son una combinación de patrón reticular periférico y subpleural de predominio basal, áreas "en panal", bronquiectasias de tracción e infiltrados con apariencia de vidrio deslustrado, en una escala de 0-5 puntos, reflejando el valor obtenido un promedio del análisis de todos los lóbulos pulmonares.

A pesar de estas mayores precisiones en técnicas de imagen y función pulmonar, consideramos que, si ya disponemos de un diagnóstico de verosimilitud de FPI, a través de una TCAR o mediante biopsia pulmonar quirúrgica, y habiendo instaurado un tratamiento de al menos 6 meses con corticoides, azatioprina o ciclofosfamida, según las últimas recomendaciones emitidas por el Consenso Internacional sobre Fibrosis Pulmonar<sup>5</sup>, y además se comprueba la ausencia de pruebas objetivas de una mejora continua, o al menos de una estabilización de esta enfermedad, los pacientes han de ser derivados sin más dilación a estudio por una unidad de trasplante pulmonar. Otro argumento a favor de este postulado lo constituye la lista de espera para la realización de un trasplante pulmonar. Si bien en nuestro medio disponemos de mejores cifras en espera, respecto a otros países del entorno, la diferencia (ventana) resultante entre la expectativa de vida de la FPI (34 meses tras el diagnóstico de FPI) y el tiempo de espera de un trasplante (de 6 a 8 meses), es de unos 26 meses. En otro tipo de enfermedades, como el enfisema pulmonar, la ventana se establece en meses, por lo que en Estados Unidos se otorga una ventaja adicional de 3 meses a los pacientes incluidos en lista con FPI. No obstante, continúan siendo estos pacientes con FPI los que ostentan la mayor tasa de mortalidad en listas de espera<sup>6</sup>.

**J. Gaudó Navarro, A. Pacheco Galván  
y L. Máiz Carro**

Grupo de Trasplante Pulmonar.  
Hospital Universitario Ramón y Cajal.  
Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

1. Hosenpud JD, Bennett LE, Keck BM, Edwards EB, Novick RJ. Effect of diagnosis on survival benefit of lung transplantation for end stage lung disease. *Lancet* 1998;351:24-7.
2. Mogulkoc N, Brutsche MH, Bishop PW, Greaves M, Horrocks A, Egan JJ. Pulmonary function in idiopathic pulmonary fibrosis and referral for lung transplantation. *Am J Respir Crit Care Med* 2001;164:103-8.
3. Katzenstein AA, Myers JL. State of the art. Idiopathic pulmonary fibrosis: clinical relevance of pathologic classification. *Am J Respir Crit Care Med* 1998; 157: 1301-15.
4. Kazerooni EA, Martínez FJ, Flint A, Jamar DA, Gross BH, Spizarny DL, Cascade PN, et al. Thin -section CT obtained at 10-mm increments versus limited three level thin-section CT for idiopathic pulmonary fibrosis. *Am J Roentgenol* 1997;169:977-83.
5. American Thoracic Society, European Respiratory Society. Idiopathic pulmonary fi-

brosis: diagnosis and treatment. International Consensus Statement. *Am J Respir Crit Care Med* 2000;161:646-64.

6. Dark JH. Priorities for lung transplantation. *Lancet* 1998;351:4-5.