



Determinantes del beneficio de sobrevida del trasplante pulmonar en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)

Determinants of the survival benefit of lung transplantation in patients with chronic obstructive pulmonary disease

Autores Thabut G, Ravaud P, Christie JD, et al.
Am J Resp Crit Care Med 2008; 177: 1156-1163

En abril del 2008 Gabriel Thabut y colaboradores de los Servicios de Neumonología y Trasplante Pulmonar y de los Departamentos de Bioestadística de las Universidades Bichat, París y de Pennsylvania, Philadelphia, publican en el «blue journal» un modelo predictivo que intenta identificar factores asociados con el beneficio de sobrevida obtenido por el trasplante pulmonar en pacientes portadores de EPOC. Si bien se carece todavía de validación clínica de este modelo, ofrece una importante «introspección» sobre el tema, identificando factores vinculables al beneficio de sobrevida, y podría permitir en el futuro determinar qué pacientes tienen mejores posibilidades de beneficiarse con el procedimiento.

Cada uno de los 100.000 pacientes simulados, en 68.000 distintas condiciones de combinación de factores de riesgo, fueron asignados a tres distintas situaciones:

1) tiempo de sobrevida sin trasplante, 2) tiempo de espera en lista para trasplante pulmonar y 3) el tiempo de sobrevida post-trasplante.

En el sitio web <http://www.copdtransplant.fr/> se ofrece este «calculador en línea» que permite reflexionar sobre los parámetros que condicionan la mortalidad en lista de espera, la sobrevida estimada después de un trasplante, y la diferencia entre las sobrevidas estimadas con y sin trasplante.

Como un comentario tangencial para quienes accedan a esta «calculadora» se recuerda que 150 pies equivalen a 45,72m, y que la Clasificación de la NYHA (New York Heart Association) ubica en clase I a sujetos que no tienen limitación funcional alguna, clase II a quienes sólo manifiestan molestias ante actividades moderadas o intensas, cla-

se III a quienes padecen disnea ante actividades mínimas y clase IV cuando esta se manifiesta aun en reposo).

Los resultados esenciales muestran que la mejora de la sobrevida es mayor en pacientes sometidos a trasplante bipulmonar (media de incremento de sobrevida de 307 días). En las estimaciones con el procedimiento doble el 44.6% de los pacientes ganará 1 año o más, el 29.4% ganará o perderá menos de un año, y el 26% perderá un año o más.

Los determinantes mayores del pronóstico de estos pacientes son: la presión sistólica pulmonar, VEF_{1s}, el índice de masa corporal, la capacidad de realizar ejercicio (clase funcional) y la necesidad de ventilación mecánica u oxígeno domiciliarios o permanentes.

Otras observaciones interesantes de los autores se refieren a que este «modelo matemático» permite evaluar los beneficios del trasplante en toda la cohorte de pacientes en lista de espera, y no considera sólo aquellos que llegaron a ser transplantados. Por fin agregan que el sistema «simula la vida real», ya que los médicos no deciden cuando transplantan al paciente, sino sólo su inclusión en una lista de espera.

En ese mismo ejemplar de la revista, Murray S, Kawut S y Mailman S publican atractivos comentarios «epidemiológicos» y reflexiones sobre ese artículo. Dicen por ejemplo, que el procedimiento de «enlistado» de pacientes es cuestión difícil de evaluar por los riesgos propios del procedimiento y su capacidad de mejorar la sobrevida. A propósito de este punto, mencionan dos referencias bibliográficas «muy respetables» que afirman que los riesgos del trasplante pulmonar siempre exceden los riesgos sin trasplante en pacientes con EPOC

(Hosenpud JD et al. «Effect of diagnosis on survival benefit of lung transplantation for end-stage lung disease» *Lancet* 1998; 351: 24-27 y Slavem K et al. «Lung transplantation in patients with chronic obstructive pulmonary disease in a national cohort is without obvious survival benefit» *J Heart Lung Transplant* 2006; 25: 75-84).

Estos autores también mencionan que muchos pacientes portadores de EPOC podrían beneficiarse

con el trasplante, aun cuando esto no prolongue su supervivencia, o hasta la muerte. Esta elección de los pacientes, considerando la calidad de vida del tiempo «remanente», debe ser adecuadamente analizada con y por el paciente, a la luz de las verdaderas expectativas y riesgos atribuibles al procedimiento.

Finalizan aceptando que se requerirían más evidencias que ayuden a decidir cuándo trasplantar o no a un paciente con EPOC. **C.B.**