

Prometeo 2016

Grupo 2

Evaluación y detección precoz del cáncer pre y postrasplante renal

- Conceptos generales sobre la detección precoz del cáncer (DPC) antes y después del trasplante renal
- Estrategias y recomendaciones de la detección precoz del cáncer pre-trasplante y pos-trasplante renal
- Evaluación de la indicación del trasplante renal en pacientes con cáncer en remisión.

Obstáculos para la elaboración de recomendaciones en la evaluación y detección precoz del cáncer pre y postrasplante renal

- A pesar de la importancia crucial de esta patología en esta población **NO** existen estudios de diseño, metodología y calidad adecuados para elaborar recomendaciones basadas en un nivel suficiente de evidencia en todos estos aspectos.
- Las recomendaciones o sugerencias o bien no han sido clasificadas (no graduadas), o bien poseen un nivel de evidencia D (muy bajo)

Conceptos generales sobre la detección precoz del cáncer (DPC) antes y después del trasplante renal

- Las estrategias de DPC se asocian invariablemente a beneficios y riesgos
- Es muy probable que el rendimiento de las pruebas de DPC, sus riesgos, y sus beneficios, a través de los años de vida ganados, estén sustancialmente modificados en la población de pacientes antes y después de recibir un trasplante renal
- El comportamiento biológico del cáncer y la eficacia y seguridad del tratamiento oncológico en el paciente afecto de ERC avanzada o en diálisis, o en el trasplantado renal podría ser sustancialmente diferente al de la población general
- Balance de riesgos y beneficios en la detección precoz del cáncer:

Aumento de beneficio	Aumento de riesgo
Larga esperanza de vida	Presencia de comorbilidad
Mayor riesgo de la enfermedad	Menor rendimiento o aumento del riesgo del test en esta población
Mayor agresividad de la enfermedad	Existencia de riesgos competitivos

Recomendaciones generales de detección precoz del cáncer pre y pos-tx

- Seguimiento de las recomendaciones de detección precoz del cáncer elaboradas para población general, tanto pre-trasplante [1, 2][1D], como pos-trasplante [3][1D].
- Cabe esperarse de las recomendaciones establecidas en población general un rendimiento comparable en los pacientes pre o pos-trasplante en relación a los siguientes factores [4, 5];
 - Mayor esperanza de vida
 - Menor comorbilidad y riesgos competitivos
 - Mayor riesgo de cáncer (del paciente y asociado al tipo tumoral)
 - Incremento de la agresividad de la neoplasia
 - Sensibilidad, especificidad seguridad del test similar a población general
- Se recomienda la adaptación de las recomendaciones generales mediante la elaboración de planes de seguimiento y DPC personalizados a los antecedentes y riesgos de cada paciente [3][1D].

1. European Renal Best Practice Transplantation Guideline Development Group. Nephrol Dial Transplant. 2013 Aug;28 Suppl 2:ii1-71.
2. Campbell S et al.; KHA-CARI: Kidney Health Australia - Caring for Australasians with Renal Impairment. Nephrology (Carlton). 2013 Jun;18(6):455-62.
3. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. Am J Transplant. 2009 Nov;9 Suppl 3:S1-155.
4. Kiberd BA, et al. Am J Transplant. 2003 May;3(5):619-25.
5. Wong G et al. Nephrol Dial Transplant. 2013 Apr;28(4):917-26

Recomendaciones generales de detección precoz del cáncer pre y pos-tx

- Los datos disponibles sugieren que el cumplimiento de los programas de detección precoz del cáncer (DPC) en estas poblaciones es muy inferior a lo recomendado [1].
- A pesar de las incertidumbres respecto a la eficacia y seguridad de los programas de DPC pre y pos-trasplante, es necesario implementar programas de educación a los pacientes y de seguimiento del cumplimiento de las recomendaciones de detección precoz del cáncer en estas poblaciones [2D]

Cáncer de colon

Pre-trasplante

- Diversos estudios retrospectivos y de un solo centro hallan una frecuencia de pólipos adenomatosos y lesiones cancerosas en pacientes con ERC4-5 y en diálisis, al menos similar a la población general.
- En estos estudios la realización de la colonoscopia en estas poblaciones parece segura, con una tasa muy baja de complicaciones
- La población en diálisis peritoneal no ha sido adecuadamente representada en estos estudios, y por tanto no se disponen de datos suficientes sobre el rendimiento ni de la seguridad de la colonoscopia
- Parece que existe un % significativo de lesiones en < 50 años y de lesiones en colon proximal en estos pacientes
- El rendimiento de la colonoscopia no debería estar comprometido de forma significativa en estos pacientes. Sin embargo, es posible que los test de detección de sangre oculta en heces si presenten una menor especificidad y sensibilidad (disfunción plaquetar asociada a ERC, tratamientos antiagregantes y anticoagulantes, angiodisplasia, etc)
- Según modelos probabilísticos (Markov) una estrategia de DPC de CCR mediante test IHQ-SHC reduce la mortalidad por cáncer, aunque el umbral de costo por LYS y QALY está por encima de lo usualmente aceptado

1. Saumoy M, et al. Clin Transplant. 2016 Mar;30(3):256-62.

2. AlAmeel T. et al. Can J Gastroenterol Hepatol. 2015 Nov-Dec;29(8):423-6.

3. Therrien A. et al. J Clin Med Res. 2014 Dec;6(6):414-21

4. Wong G. et al. Nephrol Dial Transplant. 2013 Apr;28(4):917-26

Cáncer de colon

Pos-trasplante

- El cáncer de colon es más frecuente que en población general, especialmente en menores de 50 años. La detección precoz podría ser beneficiosa (por encima de los riesgos) en población trasplantada de 35-50 años.
- La colonoscopia detecta una elevada prevalencia de lesiones avanzadas en población > 50 años (13%, 95%CI; 9-18% [2]), y su rendimiento y seguridad no parece estar alterado.
- Posiblemente los test IHQ-SOH poseen una pobre sensibilidad, aún con una razonable especificidad. Un porcentaje muy elevado de lesiones de CCR no son detectados mediante estos test (69% [2])
- Según modelos probabilísticos (Markov) una estrategia de DPC de CCR mediante test IHQ-SHC reduce la mortalidad por cáncer y es costo-eficaz en esta población. El umbral de costo por LYS y QALY está por encima de lo usualmente aceptado.

1. Collins MG. et al. BMJ. 2012 Jul 25;345:e4657

2. Wong G. et al. Transplantation 2008; 85: 532–541

3. Wong G. et al. Nephrol Dial Transplant. 2013 Apr;28(4):917-26

4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. Am J Transplant. 2009; 9 Suppl 3:S1-155.

Cáncer de colon

Recomendación en población general (sin FR añadido)[1]

- Inicio a los 50 años de edad
- Detección de sangre oculta en heces de forma anual (solo test de alta sensibilidad -IQ- y adecuadamente realizados). Alternativa; examen de detección de DNA aberrante en heces cada 3 años
- Sigmoidoscopia ó Colonoscopia virtual ó Enema baritado, cada 5 años
- Colonoscopia cada 10 años (Preferido)

Recomendaciones pre-trasplante

- Se recomienda el seguimiento de las recomendaciones de DPC de colon en población general [1D]
- Debido a las limitaciones de los métodos alternativos, se sugiere la colonoscopia como el método preferido en pacientes con ERC4-5 y en diálisis [2D]
- No existen datos suficientes para establecer una recomendación en pacientes en diálisis peritoneal

Recomendaciones pos-trasplante

- Se recomienda el seguimiento de las recomendaciones de DPC de colon en población general [1D]
- Debido a las limitaciones de los métodos alternativos, se sugiere la colonoscopia como el método preferido en pacientes trasplantados [1D]
- Podría estar justificado en pacientes trasplantados renales rebajar la edad de inicio de la DPC a menores de 50 años de edad [2D]

Cáncer de mama

Pre y pos-trasplante

- La incidencia y riesgo es similar a población general, aunque quizá la agresividad del cáncer de mama sea mayor, especialmente en pacientes trasplantadas.
- Según análisis de costo-eficacia mediante modelos probabilísticos (Markov) una estrategia de DPC de mama mediante mamografía anual en población en mujeres de 50 a 59 años en diálisis, el beneficio en supervivencia es muy pequeño por lo que no se recomienda la mamografía anual en esta población.
- El análisis cambia al mejorar las expectativas de supervivencia, mediante una reducción de la comorbilidad y de los riesgos competitivos, por lo que los resultados deberían ser diferentes en la población seleccionada de mujeres en diálisis que son incluidas en LE, y aún más en pacientes trasplantadas con buen estado de salud y esperanza de vida.
- En pacientes trasplantadas el rendimiento de la mamografía es similar entre mujeres de 40 a 50 y > de 50 años de edad (% de biopsias y % de casos de cáncer). Un aumento de densidad mamaria incrementa la tasa de positivos y de cáncer, por lo que es considerado un factor de riesgo (política más agresiva ante hallazgos mínimos)

1. Stoecker JB. et al. Clin Transplant. 2016 Apr;30(4):445-51.

2. Wong G. et al. Am J Kidney Dis. 2008 Nov;52(5):916-29.

3. Kiberd BA. et al. Am J Transplant 3:619-625, 2003

4. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. Am J Transplant. 2009; 9 Suppl 3:S1-155.

Cáncer de mama

Recomendación en población general (sin FR añadido)[1]

- 20-39 ó 49 años de edad: Exploración clínica cada 3 años
- 50-70 años de edad: Exploración clínica y mamografía bianual
- ACS: ≥ 50 años de edad: Exploración clínica y mamografía anual (No hay edad límite superior para detener el DPC de mama)

Recomendaciones pre y pos-trasplante

- En pacientes en lista de espera y tras el trasplante renal se recomienda el seguimiento de las recomendaciones de detección precoz del cáncer de mama establecidas en población general [1D]
- No existe una edad límite a la que detener el DPC de mama, tanto pre y pos-trasplante se sugiere la posibilidad de individualizar esta decisión al estado de salud y pronóstico de cada paciente [2D]

Cáncer cervical

Pre y pos-trasplante

- El cáncer cervical es más frecuente y agresivo en población trasplantada, y la frecuencia de infección por VPH es más frecuente. Existen menos evidencias en población pre-trasplante, donde parece que este incremento de riesgo existe pero muy atenuado.
- La tasa de lesiones detectadas en la población trasplantada renal en la citología es unas 3 veces superior a la hallada en población general. Sin embargo parece que el % de mujeres trasplantadas que cumplen las recomendaciones del screening es muy bajo.
- Según análisis de costo-eficacia mediante modelos probabilísticos (Markov) una estrategia de DPC del cáncer cervical mediante citología anual en una población de mujeres trasplantadas de 18 a 69 años de edad, el beneficio en supervivencia obtenido parece costo-efectivo, obteniéndose una reducción de mortalidad específica por cáncer.
- Los datos de un mayor riesgo de enfermedad invasiva en población trasplantada, aconsejan un inicio de los programas de DPC de cervix con antelación a los 21 años, e incluso los 18 años de edad.

1. Kasiske BL, et al. J Am Soc Nephrol 2000; 11(Suppl 15):S1–S86
2. Wong G. et al. Transplantation. 2009 Apr 15;87(7):1078-91.
3. Courtney AE. et al. Nephrol Dial Transplant. 2009 Feb;24(2):647-52.
4. Hinten F. et al. Crit Rev Oncol Hematol. 2012 Nov;84(2):161-80. (Revisión)

Cáncer cervical

Recomendación en población general (sin FR añadido)[1]

- <21 años de edad; nada (independientemente de la edad de inicio de relaciones sexuales)
- 21-29 años de edad: Citología (líquida o convencional) / 3 años. No indicación de test de detección de VPH
- 30-65 años de edad: Citología y test detección VPH / 5 años (co-test)
- >65 años de edad: Nada si 3 citologías o 2 co-test negativos de forma consecutiva

Recomendaciones pre y pos-trasplante

- En pacientes en lista de espera y tras el trasplante renal se recomienda como mínimo el seguimiento de las recomendaciones de detección precoz del cáncer cervical establecidas en población general [1D]
- Dado el incremento de riesgo y agresividad del cáncer cervical en población trasplantada renal, se sugiere incrementar la periodicidad de los test de detección (anual) [2D], e iniciar los programas de DPC del cáncer de cérvix a los 18 años de edad [2D]

Cáncer ano-genital

Recomendación en población general (sin FR añadido)[1]

- No está indicada ninguna estrategia de detección precoz

Pos-trasplante

- Tras el trasplante renal, el incremento de riesgo de las neoplasias en la zona vulvar y anal es enorme
- Pos-tx: La realización periódica de citología vaginal es una oportunidad para la exploración de la zona vaginal, vulvar y anal.

Recomendaciones pre y pos-trasplante

- Se recomienda incluir la exploración externa del área vulvar y anal simultáneamente a la realización de la citología [1D]

1. Smith RA. et al.. CA Cancer J Clin. 2015 Jan-Feb;65(1):30-54.
2. Hinten F. Crit Rev Oncol Hematol. 2012 Nov;84(2):161-80.
3. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. Am J Transplant. 2009 Nov;9 Suppl 3:S1-155.
4. European Best Practice Guidelines for Renal Transplantation. Nephrol Dial Transplant 2002; 17(Suppl 4): 32, 34-36
5. Kasiske BL, et al. J Am Soc Nephrol 2000; 11(Suppl 15):S1-S86

Cáncer de próstata

Recomendación en población general (sin FR añadido)[1]

- No se recomienda detección precoz si la esperanza de vida es < 10 años
- Vigilancia activa vs decisión compartida en hombres > 50 años tras información y discusión con el paciente; examen digital y determinación de PSA de forma bianual

Pre y pos-trasplante

- La incidencia y riesgo del cáncer de próstata es similar al de población general, aunque el comportamiento quizá pueda ser más agresivo en población inmunosuprimida.
- Pre-trasplante, la utilización de las estrategias de DPC de próstata se asocian a un riesgo de retrasar el acceso al trasplante y de disminuir la probabilidad de trasplante, sin un impacto demostrado en la supervivencia del paciente

Recomendaciones pre y pos-trasplante

- Se recomienda seguir las pautas de DPC de próstata utilizadas en población general [1D]
- Previamente a la inclusión en LE, y especialmente en pacientes con elevada comorbilidad, y/o riesgos competitivos, se sugiere informar más exhaustivamente de los riesgos asociados a las estrategias de DPC de próstata [2D]

1. Smith RA. et al.. CA Cancer J Clin. 2015 Jan-Feb;65(1):30-54.

2. Vitiello GA. J Am Soc Nephrol. 2015 [Epub ahead of print]

Cáncer renal

Pre y pos-trasplante

- El cáncer renal es mucho más frecuente en población en lista de espera y trasplantada renal respecto a la población general
- Existen diversos factores de riesgo identificados; quistosis renal adquirida (QRA), esclerosis tuberosa, poliquistosis renal, antecedentes de CCR, edad avanzada en receptor y donante, varones, raza afro-americana, rechazo agudo (1er año), y tiempo en diálisis (independientemente de la QRA).
- Diversas guías clínicas recomiendan la DPC renal tanto pre-trasplante, mediante ecografía anual, como pos-trasplante mediante ecografía bianual. No obstante, no existen evidencias de que estas estrategias reduzcan la mortalidad.
- Según análisis de costo-eficacia mediante modelos probabilísticos (Markov) una estrategia de DPC del cáncer renal mediante ecografía bianual en una población de pacientes trasplantado no resulta costo-eficaz y podría reducir tan solo marginalmente la mortalidad específica por cáncer.

1. European Renal Best Practice Transplantation Guideline Development Group. Nephrol Dial Transplant. 2013 Aug;28 Suppl 2:ii1-71
2. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) Transplant Work Group. Am J Transplant. 2009 Nov;9 Suppl 3:S1-155.
3. Wong G. et al. Nephrol Dial Transplant. 2011 May;26(5):1729-39.
4. Hurst FP. et al. Transplantation. 2010 Oct 27;90(8):898-904.
5. Goh A. et al. Am J Transplant. 2011 Jan;11(1):86-92.
6. Yu TM, et al. Lancet Oncol. 2016 Oct;17(10):1419-1425.

Cáncer renal

Recomendación en población general (sin FR añadido)[1]

- No existe indicación de una estrategia de detección precoz

Recomendaciones pre-trasplante

- Se recomienda la DPC renal mediante ecografía abdominal [1D]

Recomendaciones pos-trasplante

- No existen evidencias para recomendar la DPC renal pos-trasplante mediante ecografía de periodicidad bianual en todos los pacientes trasplantados.
- Sin embargo, si se recomienda dicha estrategia en los pacientes con factores de riesgo para cáncer renal, y por tanto a un amplio porcentaje de la población trasplantada [1D]:
 - ✓ Enfermedad renal quística adquirida (QRA), esclerosis tuberosa, y poliquistosis renal
 - ✓ Antecedentes de CCR
 - ✓ Edad avanzada en receptor y/o donante, varones, y raza afro-americana
 - ✓ Rechazo agudo (1er año)
 - ✓ Tiempo en diálisis pre-trasplante incrementado (?)

Cáncer urotelial

Recomendación en población general (sin FR añadido)[1]

- No indicación de test de detección precoz

Recomendaciones pre-trasplante

- Se recomienda citología y cistoscopia previa a la inclusión en LE en pacientes cuya causa de ERC se relacione con un incremento de cáncer urotelial (NP por analgésicos, hierbas chinas, ácido aristocólico, etc)

Cáncer de pulmón

Recomendación en población general (sin FR añadido)[1]

- Decisión informada en pacientes de 55 a 75 años de edad, con “buen estado de salud”, e historia de exposición ≥ 30 paquetes-año, que son fumadores activos o exfumadores en los últimos 15 años
- TAC torácico de baja dosis anual (hasta los 75 años)

Recomendaciones pre y pos-trasplante

- Se recomienda el seguimiento de las recomendaciones de detección precoz del cáncer pulmonar establecidas en población general [1D]

Cáncer hepatocelular

Recomendación en población general (sin FR añadido)[1]

- No indicación de test de detección precoz

Recomendación en población de riesgo incrementado (cirrosis, hepatitis crónica B ó C, etc)[2, 3]

- Recomendaciones contradictorias. Se sugiere ecografía y AFP cada 6-12 meses en pacientes de alto riesgo (cirrosis y hepatitis crónica B) en algunas guías (UK), y no indicación de test de detección precoz (por ausencia de demostración de reducción de mortalidad) en otras (USA)

Pre y pos-trasplante

- No existen evidencias al respecto, pero cabe suponer que el posible beneficio de la DPC hepatocelular en población con FR y en diálisis o trasplantada renal, se halle todavía mas comprometido por la presencia de comorbilidad y otros riesgos competitivos.

Recomendaciones pre y pos-trasplante

- No se recomienda la DPC hepatocelular en individuos sin factores de riesgo [1D]
- Tampoco existe una evidencia suficiente para recomendar la DPC hepatocelular en pacientes con cirrosis compensada o hepatitis crónica por VHB [2D]

1. Smith RA. et al.. CA Cancer J Clin. 2015 Jan-Feb;65(1):30-54.

2. <http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/type/liver-cancer/about/screening-for-liver-cancer> . Acceso el 15/10/2016

3. https://www.cancer.gov/types/liver/hp/liver-screening-pdq#link/_1. Acceso el 15/10/2016

Enfermedad linfoproliferativa

Recomendación en población general [1]

- No indicación de test de detección precoz

Pos-trasplante

- No se dispone de test de detección precoz, pero si se evalúa la utilidad de las estrategias de detección y seguimiento de marcadores de riesgo. El riesgo está muy incrementado en receptores EBV D+/R-, aunque el patrón de incidencia de PTLD en el tiempo es bimodal, y los casos tardíos son frecuentemente EBV-.
- Los datos que disponemos sobre el valor de la monitorización de la replicación de VEB, en términos de capacidad de predicción del desarrollo de PTLD, y de reducción de incidencia de PTLD o reducción de mortalidad son muy limitados.
- Parece que tanto la CV persistentemente elevada como el pico de la carga viral podrían seleccionar a los pacientes con mayor riesgo de desarrollo de PTLD.

Recomendaciones pre y pos-trasplante

- Se recomienda disponer de la serología de VEB de forma anticipada al trasplante renal [1D]
- Se sugiere monitorizar la CV de VEB en individuos VEB D+/R-, a la semana pos-trasplante, mensualmente durante los primeros 3-6 meses, y trimestralmente hasta el primer año pos-trasplante. También se sugiere la monitorización tras un episodio de RA [2D]

1. Heemann U, et al. Nephrol Dial Transplant 2011; 26:2099–106.

2. Bingle MA et al.. Am J Transplant. 2008 Feb;8(2):442-5.

3. Holman CJ. et al. Clin Transplant. 2012 Sep-Oct;26(5):741-7.

4. Martin SI, et al. Am J Transplant. 2011 May;11(5):1058-63.

5. Choquet S, et al. American Journal of Transplantation 2014; 14: 857–866

Cáncer cutáneo (CCB, CCE, y melanoma)

Pre y pos-trasplante

- El cáncer cutáneo es más frecuente y agresivo en población trasplantada. En población pre-trasplante, el incremento de riesgo está muy atenuado.
- Existen varios factores de riesgo identificados; piel clara, residen en países con altos niveles de radiación solar, ocupación profesional o recreativa con niveles elevados de exposición solar, exposición solar intensa en la infancia, y/o tienen antecedentes de cáncer cutáneo o no cutáneo
- No existen pruebas que demuestren la eficacia de la autoexploración periódica, pero se recomienda dado su bajo coste y escasos perjuicios potenciales.
- La exploración cutánea debe ser realizada por un profesional cualificado. El rendimiento en la detección de lesiones tumorales cutáneas es muy inferior en el Médico de Atención Primaria respecto al Dermatólogo, a menos que haya recibido entrenamiento específico para ello.

Cáncer cutáneo (CCB, CCE, y melanoma)

Recomendación en población general (sin FR añadido)[1, 2]

- No existe indicación de una estrategia de detección precoz

Recomendaciones pos-trasplante

- Se debe informar a los pacientes que su riesgo es muy elevado si poseen alguno de los siguientes factores de riesgo; piel clara, residen en países con altos niveles de radiación solar, ocupación profesional o recreativa con niveles elevados de exposición solar, exposición solar intensa en la infancia, y/o tienen antecedentes de cáncer cutáneo o no cutáneo(1C)
- Se sugiere a los pacientes realizar una autoexploración periódica (mensual) de la aparición de nuevas lesiones cutáneas (2D).
- Se sugiere una exploración cutánea anual por un profesional cualificado (preferentemente un Dermatólogo), excepto los pacientes con piel oscura (2D)
- Se sugiere que los pacientes con antecedentes de cáncer cutáneo deben ser seguidos de forma regular (al menos anual) por un Dermatólogo (2D)

1. US Preventive Services Task Force. Screening for Skin Cancer: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2016;316(4):429-435

2. Smith RA. et al. Cancer screening in the United States, 2015: a review of current American cancer society guidelines and current issues in cancer screening. CA Cancer J Clin. 2015 Jan-Feb;65(1):30-54.

Evaluación de la indicación del trasplante renal en pacientes con cáncer en remisión

Conceptos generales

- La historia de un cáncer en remisión (cutáneo o no cutáneo) incrementa el riesgo de mortalidad global, de mortalidad específica por cáncer y el riesgo de cáncer de novo postrasplante. [1 - 3]
- Parece que un mayor intervalo de tiempo entre el tratamiento de un cáncer y la realización del trasplante renal se relaciona con una menor probabilidad de recurrencia de dicha neoplasia.
- El potencial beneficio del retraso en la indicación/realización del trasplante debe ser contrapesado con el perjuicio probado sobre la supervivencia del paciente que ejerce un mayor periodo de estancia en diálisis pre-trasplante renal.
- El número de pacientes con antecedentes de cáncer incluidos en LE, parece actualmente creciente (dado el cambio de perfil de los pacientes en LE), y por tanto un problema muy relevante

1. Acuna SA, et al. Transplantation. 2016 [Epub ahead of print].

2. Farrugia D, et al. Kidney Int. 2014 Jun;85(6):1395-403.

3. Kiberd BA, Rose C, Gill JS. Cancer mortality in kidney transplantation. Am J Transplant. 2009;9:1868–1875

4. Penn I. et al. Transplantation 1993; 55: 742.

5. Penn I .et al.. Ann Transplant. 1997;2:14–17

Evaluación de la indicación del trasplante renal en pacientes con cáncer en remisión

Limitaciones

- El principio que rige las actuales recomendaciones es que la inmunosupresión altera de forma invariable el riesgo de recurrencia y el pronóstico de una neoplasia en remisión, y se basa en evidencias muy débiles
- El nivel de evidencia sobre las tasas de recurrencia de cáncer postrasplante y las recomendaciones del retraso en la inclusión en LE carecen de un nivel mínimo de evidencia;
 - ✓ Se trata de datos provenientes de registros (Cincinnati Transplant Tumor Registry; CTTR)
 - ✓ Muchos tipos tumorales poseen un nº insuficiente de casos para hacer recomendaciones específicas
 - ✓ Los casos son correspondientes a una época histórica no comparable con la actual, tanto en la metodología diagnóstica, estadiaje, opciones terapéuticas, y pronóstico de la neoplasia, y también en las recomendaciones de DPC y en las prácticas de inmunosupresión.
- Se desconoce el impacto global en la mortalidad que estas recomendaciones tienen sobre este grupo de pacientes.

1. Penn I. et al. Transplantation 1993; 55: 742.

2. Penn I. et al.. Ann Transplant. 1997;2:14–17

3. Acuna SA, et al. Transplantation. 2016 [Epub ahead of print]

4. Girndt M, et al.. Transplantation. 2005; 80(1 Suppl):S167–S170.

Evaluación de la indicación del trasplante renal en pacientes con cáncer en remisión

Análisis de las actuales recomendaciones

- En algunos casos las guías clínicas recomiendan un periodo de tiempo de retraso en la inclusión en LE según tipo de cáncer [1, 2].
- En otros casos se recomienda un abordaje individualizado caso por caso con asistencia de Oncólogo especializado [3].
- Como criterio general para decidir la inclusión se establece el objetivo de un 80% de probabilidad de supervivencia a 5 años, sin que exista un análisis sobre la bondad de este objetivo más allá del acuerdo de expertos [1].
- Según diversas Guías algunos tipos tumorales merecen la exclusión definitiva del paciente de la indicación del trasplante renal [1]; cáncer no tratado/controlado, MM, cáncer de mama avanzado (estadio III), y cáncer colorectal avanzado (estadio D). Este concepto precisa revisión

1. Campbell S. et al. Nephrology (Carlton). 2013 Jun;18(6):455-62.

2. Kasiske BL, et al. Am J Transplant 2002; 1 Suppl 2: 1.

3. European Renal Best Practice Transplantation Guideline Development Group. Nephrol Dial Transplant. 2013 Aug;28 Suppl 2:ii1-71

Evaluación de la indicación del trasplante renal en pacientes con cáncer en remisión

Análisis de las actuales recomendaciones

Intervalo de tiempo recomendado hasta la inclusión en LE tras un cáncer en remisión

	EBPG (2000 / 2013)	EUA	Australia
Carcinoma renal incidental	0	0	0
CBC / CEC	0	0	0 (También CEC)
Carcinoma vesical in situ	1	0	0
Carcinoma cervical in situ	0	-	0 (superficial)
GMSI	-	-	0
Tm de Wilm	-	-	2
Linfoma	1-3	2	2
Próstata	1-2	2	0 (microscópico) / 2 (resto)
Testículo	1-3, 5 (tm metastásico)	-	2
Tiroides	2	2	2
Endometrial	1-3	-	-
Renal sintomático	2	2	5
Cervical invasivo	1-3	-	5
Laringeo	1-3		
Vesical invasivo	5	2	2
Colorrectal	1-3 Localizado 5	0-5 según estadio	2 (estadios A y B) 5 (estadio C)
Mama	3	2-5	2 (in situ)
Melanoma	5	2-5	5
Pulmón	5	-	2 (in situ) 5 (estadio II)
Cerebro, Mesotelioma, Gástrico, Esófago	5	-	-

1. Campbell S. et al. Nephrology (Carlton). 2013 Jun;18(6):455-62.

2. Kasiske BL, et al. Am J Transplant 2002; 1 Suppl 2: 1.

3. European Renal Best Practice Transplantation Guideline Development Group. Nephrol Dial Transplant. 2013 Aug;28 Suppl 2:ii1-71

Evaluación de la indicación del trasplante renal en pacientes con cáncer en remisión

Análisis de las actuales recomendaciones

Intervalo de tiempo recomendado hasta la inclusión en LE tras un cáncer CUTÁNEO en remisión

Skin malignancy	Wait time before transplantation after treatment
cSCC	
No history of SCC but at risk for development of SCC	No delay necessary
Low risk	No delay necessary
High-risk SCC* (not including perineural invasion)	2 years
High-risk SCC <i>with</i> :	2 to 3 years
• Perineural invasion	
<i>or</i>	
• ≥ 2 Risk factors	
High risk with local nodal metastatic disease	5 years
Distant metastasis	Not eligible for transplantation
MCC	
Local with negative SLN biopsy	2 years
Local with nodal metastasis	3 to 5 years
Distant metastasis	Not eligible for transplantation
MM	
<i>In situ</i> melanoma	No wait necessary, follow-up posttransplantation 3 months
Stage Ia melanoma	2 years
Stage Ib/IIa melanoma	2 to 5 years
Stage IIb/IIc melanoma	5 years
Any stage III or IV melanoma	Not eligible for transplantation

Evaluación de la indicación del trasplante renal en pacientes con cáncer en remisión

Recomendación

- Las recomendaciones genéricas del intervalo de espera tras un cáncer, según el tipo y estadio del tumor, deben ser combinadas con un abordaje individualizado, con participación de un Oncólogo, teniendo en cuenta el estadio y el pronóstico actual del tumor en población general [1D].
- Se sugiere que el umbral mínimo del pronóstico de supervivencia exigido para cada tumor, también deberá individualizarse en función de la edad, comorbilidad y riesgos competitivos de cada paciente [2D].

Prometeo 2016

Grupo 2

Evaluación y detección precoz del cáncer pre y postrasplante renal