



## REVISIÓN

### Comité multidisciplinar en el manejo de la enfermedad pulmonar intersticial difusa

#### Multidisciplinary committee in the management of the diffuse interstitial lung disease

*Autores: Sánchez R<sup>1</sup>, Godoy R<sup>1</sup>, Guerra A<sup>1</sup>, Loeches N<sup>2</sup>, León P<sup>3</sup>, Valer J<sup>4</sup>, López P<sup>4</sup>, Lerma V<sup>5</sup>, Núñez A<sup>1</sup>, Jiménez J<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Servicio de Neumología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

<sup>2</sup>Servicio de Radiodiagnóstico. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

<sup>3</sup>Servicio de Cirugía Torácica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

<sup>4</sup>Servicio de Anatomía Patológica. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

<sup>5</sup>Sección de Farmacia Hospitalaria. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete.

#### Resumen:

La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) engloba un conjunto de enfermedades respiratorias con características clínicas, funcionales y radiológicas similares pero con pronósticos variados y con diferentes opciones terapéuticas. El diagnóstico definitivo de un paciente con sospecha de EPID y, en concreto, de la más prevalente, la fibrosis pulmonar idiopática (FPI), es complejo. Los comités multidisciplinarios se consideran el método “gold standard” en el diagnóstico.

**Palabras clave:** Fibrosis pulmonar idiopática; comité multidisciplinar.

#### Resume:

Diffuse interstitial lung disease (ILD) encompasses a group of respiratory diseases with similar clinical, functional and radiological characteristics but with varied prognoses and with different therapeutic options. The definitive diagnosis of a patient with suspected ILD and, in particular, the most prevalent one, idiopathic pulmonary fibrosis (IPF), is complex. The multidisciplinary committees are considered the “gold standard” method in diagnosis.

**Keywords:** Idiopathic pulmonary fibrosis; multidisciplinary committee.

La enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) engloba un conjunto de enfermedades respiratorias con características clínicas, funcionales y radiológicas similares pero con pronósticos variados y con diferentes opciones terapéuticas. Por lo tanto, es esencial realizar un diagnóstico preciso y seguro, especialmente de las más prevalentes (fibrosis pulmonar idiopática (FPI), EPID asociadas a conectivopatías, neumonitis de hipersensibilidad...).

El diagnóstico definitivo de un paciente con sospecha de EPID y, en concreto, de la más prevalente, la FPI, es complejo y puede llegar a ser un reto desafiante para el clínico responsable por diferentes motivos<sup>1</sup>:

- El comportamiento clínico de la enfermedad es variable e impredecible.
- No existe una prueba diagnóstica “gold standard” que confirme el diagnóstico.
- En un 40-50% de los pacientes con sospecha de FPI la tomografía de alta resolución (TACAR) no revela un patrón típico de neumonía intersticial usual (NIU), lo que obliga a plantear la necesidad de realizar una biopsia quirúrgica, que puede estar contraindicada en pacientes con enfermedad avanzada y/o con comorbilidades asociadas.

- Diferentes patologías pueden presentar un patrón de NIU, lo que implica realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial.

Estas dificultades quizá hicieron que, ya desde el 2002, las diferentes guías de consenso de práctica clínica<sup>1</sup> y sus posteriores actualizaciones<sup>2</sup> recomienden en estas patologías un enfoque diagnóstico multidisciplinar (con un grado fuerte de recomendación y bajo nivel de evidencia), lo cual implica la integración dinámica de datos clínicos, radiológicos e histológicos en los casos en los que exista material de la biopsia, por los diferentes especialistas implicados en el proceso e, incluso, en las observaciones reconocen que, dado que una red de discusión formal entre neumólogos, radiólogos y patólogos no puede realizarse en muchos centros sanitarios, debe de promoverse la comunicación verbal entre ellos durante toda la evaluación diagnóstica.

Desde entonces se han publicado distintos trabajos que muestran una base de evidencia pequeña, pero crecientemente, para respaldar este enfoque multidisciplinar en el diagnóstico y manejo de la EPID y, sobre todo, en la FPI. *Kevin y colaboradores*<sup>3</sup> evalúan el efecto del enfoque multidisciplinar tras la revisión de 58 pacientes con sospecha de FPI y comprueban que el nivel de acuerdo interobservador y el nivel de confianza diagnóstica me-

jora tras el intercambio de la información clínica, radiológica e histológica y que los cambios en el diagnóstico final son particularmente probables en pacientes con escenario no FPI. En un trabajo posterior los autores realizan una evaluación multicéntrica del comité multidisciplinar revisando 70 casos de pacientes con EPID y concluyen que esta discusión multidisciplinar podría no ser necesaria en todos los casos de FPI, sobre todo si es posible su evaluación por un clínico experto, pero sería necesaria en los centros con acceso restringido a radiólogos y patólogos expertos en patología intersticial<sup>4</sup>. El trabajo que evaluó el impacto clínico del comité multidisciplinar en la EPID encontró un cambio en el diagnóstico final en más de la mitad de los pacientes, una reducción significativa de EPID inclasificables y cambios significativos en las recomendaciones de su manejo tras la evaluación realizada por el comité multidisciplinar<sup>5</sup>.

Estas publicaciones apoyan la utilidad de los comités multidisciplinarios en el abordaje de la EPID, sin embargo no se han establecido en las guías clínicas unos criterios uniformes respecto a su formación, funcionamiento, etc., con lo cual, es posible que exista variabilidad entre ellos y esto suponga un sesgo en el diagnóstico de esta patología. Los criterios básicos que debe cumplir un comité multidisciplinar específico de EPID han sido propuestos por *Helen E Jo y colaboradores*, tras la realización de una evaluación multicéntrica de distintos comités multidisciplinarios de centros expertos de diferentes países del mundo a través de un cuestionario acerca de su estructura, organización, gobernanza, metodología diagnóstica e información aportada<sup>6</sup> (Tabla 1).

<b>Número de casos</b> adecuado para permitir una <b>frecuencia de reuniones</b> acorde con el desarrollo y mantenimiento de la experiencia en el diagnóstico de EPID
Asistencia de <b>al menos un neumólogo, radiólogo y patólogo</b>
<b>Presentación</b> de los datos por el <b>clínico directamente responsable</b> del cuidado del paciente
Presentación de <b>investigaciones de rutina actualizadas</b> que incluyen: imágenes de alta calidad de TACAR, test de función pulmonar, serología reumatológica y, si está disponible, histología
Un <b>enfoque de consenso</b> para la formulación del diagnóstico
La provisión de un <b>diagnóstico</b> , grado de confianza diagnóstica y <b>diagnósticos diferenciales</b>

**Tabla 1.** Criterios básicos de un comité multidisciplinar de EPID

En nuestro centro hospitalario, el Complejo Hospitalario Universitario de Albacete, desde finales del año 2015, contamos con un comité multidisciplinar de EPID, que se ajusta de forma general a estas reglas, aunque con ciertas peculiaridades al recibir casos de pacientes de otros centros sanitarios regionales (Tabla 2).

Neumólogos, Radiólogos (2), Cirujano Torácico (1), Patólogo (1), <b>Farmacéutica hospitalaria</b> (1) y MIR de Neumología y Radiología
<b>6-8 casos / 2 semanas</b> , duración <b>60-90 minutos</b>
Presentación de datos del paciente, <b>no siempre</b> por neumólogo responsable
<b>100%</b> de los casos se establece un <b>diagnóstico de consenso</b>
Elaboración por escrito de un <b>informe formal</b> con las decisiones
<b>Intención</b> de establecer diagnóstico de confirmación o de sospecha y decisiones a cerca del manejo del paciente

**Tabla 2.** Comité multidisciplinar CHUA-EPID desde 2015

Estos comités, en la última década, se han ido desarrollando cada vez con más frecuencia en distintos centros sanitarios al considerarse el método “*gold standard*” en el diagnóstico de la FPI y esto ha permitido conocer los beneficios que pueden aportar, pero también sus limitaciones<sup>7</sup> (Tabla 3).

<b>FORTALEZAS</b>
Mejora la precisión diagnóstica
Reduce limitaciones en cada uno de los 3 dominios (clínico, radiológico e histológico)
Puede evitar exploraciones innecesarias (biopsia quirúrgica)
Optimiza el manejo del paciente
<b>LIMITACIONES</b>
Proceso impreciso e inherentemente subjetivo
Precisa de estandarización
No existe un método claro para evaluar la precisión de estos diagnósticos multidisciplinarios

**Tabla 3.** Fortalezas y limitaciones del comité multidisciplinar en EPID

Parece evidente que se requieren estudios a largo plazo que evalúen el impacto real de un servicio multidisciplinar en el manejo de la EPID. Sin embargo, en la actualidad, este enfoque multidisciplinar es el mejor método posible de diagnóstico preciso en la EPID, sobre todo en la FPI, y, especialmente, en los casos que requieren un diagnóstico diferencial.

**Bibliografía:**

1. Raghu G, Collard HR, Egan JJ, et al. An official ATS/ERS/JRS/ALAT statement. Idiopathic pulmonary fibrosis: evidence-based guidelines for diagnosis and management. *Am J Respir Crit Care Med* 2011;183:788–824.
2. Ganesh Raghu, Martine Remy-Jardin, Jeffrey L. Myers, et al. Diagnosis of Idiopathic Pulmonary Fibrosis An Official ATS/ERS/JRS/ALAT Clinical Practice Guideline. *Am J Respir Crit Care Med* 2018; 198 (5).
3. Kevin R. Flaherty, Talmadge E. King, Jr., Ganesh Raghu, et al. Idiopathic Interstitial Pneumonia What Is the Effect of a Multidisciplinary Approach to Diagnosis? *Am J Respir Crit Care Med* Vol 170. pp 904-910, 2004.
4. Simon L F Walsh, Athol U Wells, Sujal R Desai, et al. Multicentre evaluation of multidisciplinary team meeting agreement on diagnosis in diff use parenchymal lung disease: a case-cohort study. *Lancet Respir Med* 2016;4: 557-65
5. Helen E. Jo, Ian N. Glaspole, Kovi C. Levin, et al. Clinical impact of the interstitial lung disease multidisciplinary service. *Respirology* (2016) 21, 1438-1444
6. Helen E. Jo, Tamera J. Corte, Yuben Moodley, et al. Evaluating the interstitial lung disease multidisciplinary meeting: a survey of expert centres. *BMC Pulmonary Medicine* (2016) 16:22.
7. Sara Tomassetti, Claudia Ravaglia, Venerino Poletti. Diffuse parenchymal lung disease. *Eur Respir Rev* 2017; 26:1-9.