

57,14/100, y los pacientes con VNI obtuvieron mejor puntuación que los pacientes con VMD invasiva ( $p > 0,05$ ). La puntuación media del impacto familiar fue de 59,3/100, y el 96% de los pacientes refirieron dificultades relacionadas con las visitas al hospital. La puntuación pos-HRQoL no difirió significativamente de la pre-HRQoL en todos los grupos. El programa fue valorado positivamente, por el ahorro de tiempo de las visitas relacionadas con la asistencia sanitaria.

**Conclusiones:** Nuestro programa de telemedicina para pacientes pediátricos con VMD es seguro, bien aceptado y evaluado por pacientes y sus familias. El programa reduce tanto las visitas como los ingresos hospitalarios, y podría reducir los costes de la asistencia sanitaria y mejorar la calidad de vida de los pacientes y de sus familias.

## 280. TEST DIAGNÓSTICO ALPHA-ID EN NIÑOS Y ADOLESCENTES: UTILIDAD DE SU REALIZACIÓN EN DOMICILIO

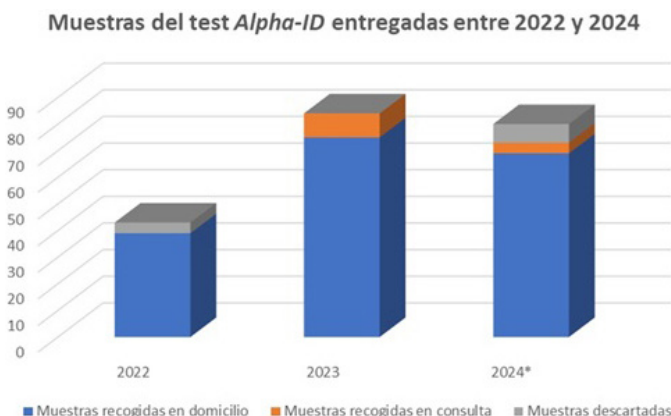
Mónica García Fariña<sup>1</sup>, Valle Velasco González<sup>1</sup>, Laura Ferreiros de la Campa<sup>2</sup>, Patricia Cerrudo Borges<sup>1</sup>, Sarai Regueira Rodríguez<sup>3</sup> y Agustín Medina González<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría, Neumología pediátrica, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, España. <sup>2</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, España. <sup>3</sup>Enfermería Pediátrica, Neumología pediátrica, Hospital Universitario de Canarias, La Laguna, España.

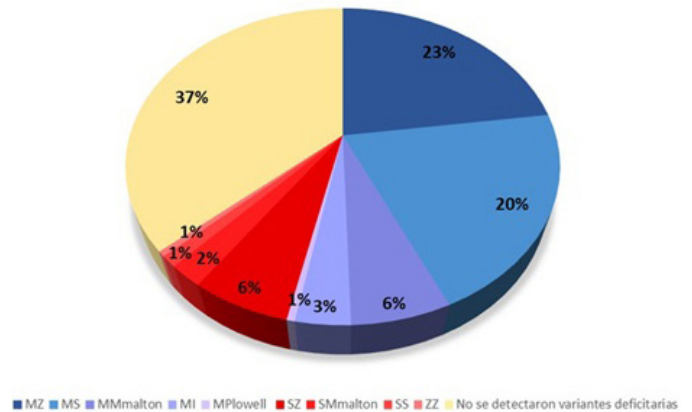
**Introducción:** El genotipado Alpha-ID (A1AT Genotyping Test) analiza las 14 variantes alélicas que con más frecuencia se asocian al déficit de alfa-1antitripsina (A1AT) en España. El objetivo de nuestro estudio es valorar la utilidad del test Alpha-ID en muestra de saliva cuando es realizado en el domicilio de niños y adolescentes por ser familiares de casos índices (afectos de déficit de A1AT) o por niveles reducidos de A1AT.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo del registro Alpha-ID de los Servicios de Pediatría y Neumología de nuestro hospital. Se consideraron todos los menores de 18 años en los que se proporcionó y/o realizó el kit Alpha-ID durante los años 2022-2024.

**Resultados:** Se recopilieron 207 sujetos. Doce sujetos (5,7%) fueron descartados al no disponer del resultado genético final. El 96,9% de la muestra fue estudiada a raíz de un caso índice familiar. El 90,2% de las muestras bucales (176) fueron recogidas desde el domicilio del sujeto. De ellas, 112 (63,6%) presentaron una o dos variantes deficitarias. En 94 sujetos (53,4%) se detectó una variante deficitaria: Z en 40 (22,7%); S en 36 (20,4%); Mmalton en 11 (6,2%); I en 6 (3,4%) y Plowell en 1 (0,5%). En 18 sujetos (10,2%) se detectaron dos mutaciones: SZ en 11 (6,2%); SMmalton en 4 (2,2%); SS en 2 (1,1%) y ZZ en 1 (0,5%).



## Resultados de las muestras recogidas en domicilio



**Conclusiones:** En definitiva, el kit Alpha-ID es una herramienta útil, sencilla e inocua para el diagnóstico a nivel domiciliario de las alteraciones genéticas de la A1AT en la población pediátrica.

## ONCOLOGÍA TORÁCICA

### 323. ANÁLISIS DE LA RELACIÓN ENTRE EL SUVMAX Y EL DIAGNÓSTICO DE MALIGNIDAD EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE NÓDULO PULMONAR SOLITARIO EN NUESTRO CENTRO

Julia Dorta Díez de la Lastra<sup>1</sup>, Nieves Hoyos Vázquez<sup>1</sup>, Carlos Carbonell Colomer<sup>2</sup>, Ana de la Rocha Prieto<sup>1</sup>, Ana Cristina Galloti<sup>1</sup>, Hamza Matar<sup>1</sup>, Sofía Sánchez Fernández<sup>3</sup> y Álvaro Casanova Espinosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital del Henares, Coslada, España. <sup>2</sup>Hospital de La Princesa, Madrid, España. <sup>3</sup>Facultad de Medicina, Universidad Francisco de Vitoria, Madrid, España.

**Introducción:** El nódulo pulmonar solitario (NPS) se define como una opacidad radiológica de diámetro máximo de 30 mm. La probabilidad clínica de malignidad se puede determinar en función de las características de la TC del nódulo, los detalles clínicos del paciente, y la captación del PET-TC, siendo el umbral estandarizado (SUV) de 2,5 para designar una exploración como positiva. El objetivo principal fue estudiar la relación entre la captación metabólica con el diagnóstico anatomopatológico de malignidad. Los objetivos secundarios: analizar las características demográficas, y la relación entre las características radiológicas y el diagnóstico de malignidad.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, en el que incluimos a aquellos pacientes con NPS del Hospital del Henares intervenidos quirúrgicamente entre los años 2019 y 2023. Las variables cuantitativas fueron descritas con la mediana y el rango intercuartílico, media y desviación estándar. Las variables categóricas se expresaron en frecuencia y porcentaje. Se compararon los promedios de las variables cuantitativas entre los grupos "Malignidad" y "No malignidad" usando la prueba U de Mann-Whitney. Para analizar la relación entre las variables categóricas y la variable "Malignidad", se utilizó el test exacto de Fisher. El nivel de significancia elegido fue de 0,05.

**Resultados:** La N fue de 36 pacientes, 6 de ellos con diagnóstico anatomopatológico de benignidad y 30 de malignidad. Obtuvimos igual número de hombres que de mujeres, la media de edad fue de 62 años. El 52% tenía antecedentes de tabaquismo, pero solo tenían diagnóstico de EPOC el 13%. La media del diámetro máximo fue de

| Variable      | n  | missing | mean | sd | SUvmax |     |     |     |     |
|---------------|----|---------|------|----|--------|-----|-----|-----|-----|
|               |    |         |      |    | median | P25 | P75 | min | max |
| MALIGNIDAD NO | 6  | 2       | 1    | 1  | 1      | 0.6 | 2   | 0   | 3   |
| MALIGNIDAD SÍ | 30 | 5       | 8    | 6  | 8      | 3   | 14  | 0   | 19  |

Wilcoxon rank sum test → p-value = **0.01622**

Tabla 1. Comunicación 323.

|                         | N <sup>1</sup> | TOTAL<br>N <sup>1</sup> = 36 | MALIGNIDAD NO<br>N <sup>1</sup> = 6 | MALIGNIDAD SÍ<br>N <sup>1</sup> = 30 | p-value <sup>2</sup> |
|-------------------------|----------------|------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| <b>Edad</b>             | 34             |                              |                                     |                                      | 0.2                  |
| Mean ± SD               |                | 62.9 ± 9.0                   | 56.4 ± 9.3                          | 64.0 ± 8.6                           |                      |
| <b>Sexo</b>             | 36             |                              |                                     |                                      | 0.7                  |
| HOMBRE                  |                | 18 (50.0%)                   | 2 (33.3%)                           | 16 (53.3%)                           |                      |
| <b>Hábito tabáquico</b> | 34             |                              |                                     |                                      | >0.9                 |
| Antecedentes tabaquismo |                | 28 (82.4%)                   | 5 (83.3%)                           | 23 (82.1%)                           |                      |
| <b>IPA</b>              | 26             |                              |                                     |                                      | 0.9                  |
| Mean ± SD               |                | 33.5 ± 14.3                  | 32.0 ± 7.6                          | 33.8 ± 15.6                          |                      |
| <b>AP EPOC</b>          | 36             |                              |                                     |                                      | 0.6                  |
| NO                      |                | 31 (86.1%)                   | 6 (100.0%)                          | 25 (83.3%)                           |                      |
| <b>FEV1%</b>            | 36             |                              |                                     |                                      | 0.8                  |
| Mean ± SD               |                | 88.1 ± 17.6                  | 90.7 ± 17.7                         | 87.6 ± 17.9                          |                      |
| <b>DLCO%</b>            | 32             |                              |                                     |                                      | 0.4                  |
| Mean ± SD               |                | 85.7 ± 21.7                  | 77.8 ± 17.0                         | 87.1 ± 22.5                          |                      |
| <b>Bordes</b>           | 19             |                              |                                     |                                      | -                    |
| ESPICULADOS             |                | 13 (68.4%)                   | 0 (0.0%)                            | 13 (72.2%)                           |                      |
| LISOS                   |                | 6 (31.6%)                    | 1 (100.0%)                          | 5 (27.8%)                            |                      |
| Unknown                 |                | 17                           | 5                                   | 12                                   |                      |
| <b>Localización</b>     | 35             |                              |                                     |                                      | >0.9                 |
| Resto                   |                | 17 (48.6%)                   | 3 (50.0%)                           | 14 (48.3%)                           |                      |
| Lóbulos superiores      |                | 18 (51.4%)                   | 3 (50.0%)                           | 15 (51.7%)                           |                      |
| <b>Diámetro</b>         | 35             |                              |                                     |                                      | 0.3                  |
| Mean ± SD               |                | 18.5 ± 5.3                   | 16.3 ± 4.9                          | 19.0 ± 5.4                           |                      |
| <b>PET-TC</b>           | 36             |                              |                                     |                                      | 0.4                  |
| SI                      |                | 33 (91.7%)                   | 5 (83.3%)                           | 28 (93.3%)                           |                      |
| <b>SUV máximo</b>       | 29             |                              |                                     |                                      | 0.016                |
| Mean ± SD               |                | 7.2 ± 5.8                    | 1.4 ± 1.2                           | 8.1 ± 5.7                            |                      |
| <b>Tipo Qx</b>          | 36             |                              |                                     |                                      | 0.084                |
| LOBECTOMÍA              |                | 25 (69.4%)                   | 2 (33.3%)                           | 23 (76.7%)                           |                      |
| SEGMENTECTOMÍA          |                | 10 (27.8%)                   | 4 (66.7%)                           | 6 (20.0%)                            |                      |
| NEUMONECTOMÍA           |                | 1 (2.8%)                     | 0 (0.0%)                            | 1 (3.3%)                             |                      |
| <b>AP malignos</b>      | 29             |                              |                                     |                                      | -                    |
| ADENOCARCINOMA          |                | 20 (69.0%)                   | -                                   | 20 (69.0%)                           |                      |
| EPIDERMÓIDE             |                | 2 (6.9%)                     | -                                   | 2 (6.9%)                             |                      |
| CARCINOIDE              |                | 2 (6.9%)                     | -                                   | 2 (6.9%)                             |                      |
| MTX OTRO ORIGEN         |                | 2 (6.9%)                     | -                                   | 2 (6.9%)                             |                      |
| LINFOMA                 |                | 2 (6.9%)                     | -                                   | 2 (6.9%)                             |                      |
| CA CÉLULA GRANDE        |                | 1 (3.4%)                     | -                                   | 1 (3.4%)                             |                      |
| <b>AP benignos</b>      | 6              |                              |                                     |                                      | -                    |
| HAMARTOMA               |                | 5 (83.3%)                    | 5 (83.3%)                           | -                                    |                      |
| INFLAMATORIO            |                | 1 (16.7%)                    | 1 (16.7%)                           | -                                    |                      |

<sup>1</sup>n (%); Mean ± SD; Median [IQR]<sup>2</sup>Wilcoxon rank sum test; Fisher's exact test

Tabla 2. Comunicación 323.

18 mm. De los pacientes con diagnóstico de malignidad, el 69% fueron adenocarcinomas, y de los pacientes con diagnóstico de benignidad el 83% fueron hamartomas. Al 91% de los pacientes se les realizó PET-TC (tabla 1). Se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa (p 0,016), en la distribución de SUV entre los grupos con diagnóstico de malignidad o no (tabla 2). No se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al diámetro, la localización y a los bordes del nódulo.

**Conclusiones:** En nuestra serie, los pacientes con un SUV elevado tienen una relación estadísticamente significativa con el diagnóstico de malignidad. Sin embargo, es importante tener en cuenta el tamaño muestral desigual entre los grupos. Tenemos escasa información acerca de los bordes de los nódulos en nuestros informes radiológicos.

## 291. ANÁLISIS DE UNA SERIE MÉDICA DE QUILOTÓRAX EN EL HOSPITAL MORALES MESSEGUER: ESTUDIO DE 3 AÑOS

**María Fajardo López**, Claudia Marín Espín, Montserrat Sanclemente Mahecha, María Loreto Alemany Frances, Jaime Ferrer Cañavate y Roberto Bernabéu Mora

Hospital Morales Messeguer, Murcia, España.

**Introducción:** El quilotorax es líquido linfático en la cavidad pleural, causado por lesión u obstrucción del conducto torácico o malformaciones. Presenta un aspecto lechoso, y se diagnostica por niveles de triglicéridos (> 110 mg/dL). Los linfomas son la causa más frecuente traumática.

**Material y métodos:** Un estudio de cohorte ambispectivo. La base de datos son pacientes sometidos a toracentesis, el período de estudio de 2022 a 2024. De 139 pacientes, 22 de ellos cumplían criterios de inclusión, niveles de triglicéridos > 110 mg/dL. Los datos fueron analizados de forma descriptiva y comparativa utilizando Excel, centrándose en las diferencias entre los pacientes con quilotórax de origen neoplásico hematológico y aquellos con otra causa.

**Resultados:** Encontramos diferencias significativas en la clínica, manejo y evolución entre pacientes con quilotórax asociado a neoplasias hematológicas respecto aquellos con otras etiologías. Los pacientes con neoplasias hematológicas tienen una edad menor (55,5 años) con predominio masculino, mientras que los de otras son más mayores y la distribución entre sexos es más equitativa. El síntoma más común es la disnea, en las neoplasias hematológicas predominan fiebre y tos, mientras que en las otras dolor torácico y hiporexia. El quilotórax bilateral es más frecuente en las neoplasias hematológicas, mientras que en las otras es unilateral, especialmente derecho. El líquido pleural es exudativo, un 25% de los pacientes con otras etiologías presentan trasudado. Los niveles de triglicéridos son más altos en aquellos con neoplasias promedio de 1.000 mg/dL, comparados con los 350 mg/dL en otras etiologías. Los pacientes con neoplasias hematológicas requieren intervenciones más agresivas, dieta baja en grasas (90%), mayor número de toracocentesis (2,5) y drenaje pleural (90%). Un 40% se someten a cirugía. En contraste, solo el 50% con otras etiologías siguen dieta baja en grasas, el drenaje pleural es necesario en el 60% y un 10% requiere cirugía. La evolución es más favorable en otras etiologías, con un 70% de resolución completa y un 20% de mortalidad, relacionada con la enfermedad subyacente (cirrosis o insuficiencia renal). En cambio, solo el 30% de los pacientes con neoplasias hematológicas logran resolución completa y la mortalidad es del 40%, principalmente debido a la progresión.

**Conclusiones:** Se ofrece una visión sobre las características clínicas, etiológicas y terapéuticas del quilotórax. Se resalta la importancia de identificar la causa para un manejo eficaz.

## 825. ANÁLISIS POR TÉCNICAS DE IA DE NÚDULOS PULMONARES Y SU MICROAMBIENTE A TRAVÉS DE LA IMAGEN MÉDICA PARA PREDECIR EL SUBTIPO TUMORAL: BIOMARCADORES HISTOLÓGICOS DE TUMORES EPIDERMÓIDES Y ADENOCARCINOMAS

**David Corral Fontecha**<sup>1</sup>, Álvaro Pérez Rodríguez<sup>2</sup>, Marcelo Fernando Jiménez López<sup>3</sup>, Javier Juan García<sup>1</sup>, Yanira Chuquimia Mendoza<sup>1</sup>, Elena Martín Gallego<sup>1</sup>, Brenda Lucía Romero Argüello<sup>1</sup>, María Pérez Certal<sup>1</sup>, Cristina Marinas<sup>1</sup>, Iban Conles Picos<sup>1</sup>, César Álvarez Fernández<sup>1</sup>, Javier de la Calle Lorenzo<sup>1</sup>, Juan Ignacio López Fernández<sup>1</sup> y Silvia Sánchez Campos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>CAULE, Leon, España. <sup>2</sup>Hospital Clínico Universitario de Valladolid, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario de Salamanca, España.

**Introducción:** Con el auge de la inteligencia artificial (IA) y las nuevas tecnologías han surgido nuevas técnicas que pueden ser aplicadas en medicina. En este marco surge la radiómica, que pretende caracterizar la enfermedad a través de imágenes radiológicas permitiendo llegar a un diagnóstico, difícil de conseguir mediante los métodos radiológicos convencionales, evitando así el uso innecesario de métodos invasivos. En el caso de los nódulos pulmonares poder diferenciar el subtipo histológico podría ayudar a agilizar el proceso dado que podría asumir malignidad. El objetivo de este trabajo es realizar un estudio radiómico para intentar encontrar algún biomarcador de imagen o modelo de IA que permita distinguir el tumor epidermoide del adenocarcinoma haciendo uso de su microambiente.

**Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo multicéntrico con una cohorte de 368 pacientes con diagnóstico de confir-

mación de Anatomía patológica (267 adenocarcinomas y 101 epidermoides). Se utiliza TC previo a la biopsia o intervención quirúrgica para obtener los biomarcadores. Se han extraído las características radiómicas del nódulo y del "microambiente", se han escogido las más representativas y se ha hecho un análisis tanto por inferencia estadística como por técnicas de *machine learning* haciendo uso de Python y R para obtener modelos clasificadores y predictivos.

**Resultados:** Se han obtenido 236 características radiómicas de distintos aspectos relacionados con el nódulo y su microambiente de las cuales han resultado muy significativas 30 y se han seleccionado las 5 mejores para entrenar un modelo de aprendizaje automático que es capaz de hacer una clasificación con una tasa de acierto del 0,712.

**Conclusiones:** Es posible clasificar nódulos pulmonares malignos en sus subtipos histológicos más frecuentes basándonos en características radiómicas del nódulo y su microambiente.

## 1014. APLICABILIDAD DE LOS MODELOS DE RIESGO PARA SELECCIONAR CANDIDATOS A CRIBADO DE CÁNCER DE PULMÓN. ¿SON ÚTILES EN POBLACIÓN CATALANA?

**Macarena Lovera Picotto**, Santiago Menjura Gómez, Sonia Baeza Mena, Ignasi García Olivé, Jesús Álvarez Ballano, Ignasi Guasch Arriga, Esther Cladellas Gutiérrez, Felipe Andreo García y Antoni Rosell Gratacos

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

**Introducción:** La identificación de personas de riesgo de padecer cáncer de pulmón (CP) es clave en los programas de cribado de CP. Esta selección se realiza principalmente por criterios categóricos que valoran carga tabáquica y edad, siendo el más aceptado USPSTF2021. Los modelos de riesgo de CP valoran diversos factores de riesgo (FR) y pueden ser una alternativa individualizada.

**Objetivos:** Comparar modelos de riesgo de CP en personas con y sin criterios de cribado de CP según criterios categóricos.

**TABLA 1:** Características clínico-demográficas

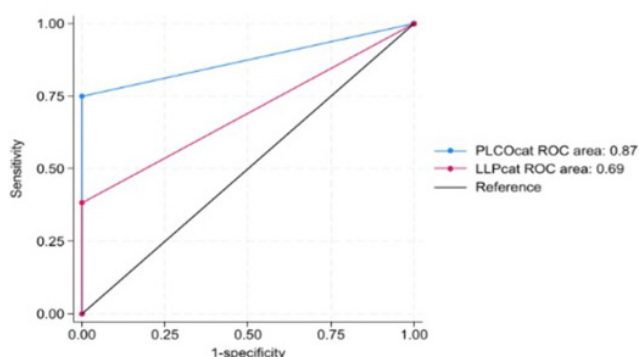
|                                                 | Candidatos a cribado de CP, n=94 | No candidatos a cribado de CP, n=52 |
|-------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|
| Edad (media, DS)                                | 62.84 (6.87)                     | 57.57 (5.60)                        |
| Mujeres(n, %)                                   | 35 (37.23%)                      | 29 (55.76%)                         |
| Índice paquete/año (media,DS)                   | 49.51 (19.99)                    | 25.24 (14.17)                       |
| Antecedente familiar de cancer de pulmon (n, %) | 29 (30.85%)                      | 14 (26.92%)                         |
| Antecedente personal de cáncer (n, %)           | 7 (7.44%)                        | 6 (11.53%)                          |
| EPOC (n, %)                                     | 51 (54.25%)                      | 12 (23.07%)                         |
| Asma (n, %)                                     | 6 (6.38%)                        | 9 (17.30%)                          |
| Bronquiectasias (n, %)                          | 1(1.06%)                         | 1(1.92%)                            |
| Tuberculosis (n, %)                             | 3 (3.19%)                        | 1 (1.92%)                           |
| Neumonía(n, %)                                  | 9 (9.57%)                        | 7 (13.46%)                          |
| Exposición a asbesto (n, %)                     | 0 (0%)                           | 0 (0%)                              |
| Criterios de cribado (USPSTF2021), (n)          | 121                              | 25                                  |



**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional y analítico, realizado en HUGTiP, con personas derivadas para valorar criterios de selección en un programa de cribado de CP (ILST), entre dic/2020 hasta 11/2023. Para el análisis comparativo de la selección de candidatos, fueron analizados los criterios categóricos de selección USPSTF2021 (como *gold standard*), además de los modelos de riesgo PLCom2012 y LLPv3. El análisis de las diferencias entre curvas ROC se realizó mediante el comando rocgold de la versión 18 de STATA, tras haber elegido la mejor mediante el comando roccomp.

**Resultados:** Valorados 146 pacientes, 52 excluidos y 94 incluidos en el programa de cribado de CP ILST, de estos últimos 9 presentaron CP. Datos clínicos expuestos en la tabla. Al analizar los modelos de riesgo PLCom2012 y LLPv3 en los pacientes categorizados según los criterios de USPSTF2021 y comparar su efectividad, PLCom2012 presentó un AUC de 0,875 (IC95%: 0,83 - 0,91) en la detección de candidatos a cribado y LLPv3 presentó un AUC de 0,692 (IC95%: 0,64-0,73) (fig.).

**FIGURA 1:** Área bajo la curva de los modelos de riesgo PLCom2021 y LLPv3.



**Conclusiones:** Los modelos de riesgo son útiles y comparables con los criterios categóricos en nuestra población de cribado de CP, con la ventaja de considerar diversos FR. En nuestra población PLCom2012 muestra mejor rendimiento que LLPv3. Los programas de cribado deben explorar la posibilidad de incorporar modelos de riesgo en su proceso de selección.

## 772. APLICACIÓN DE CALCULADORAS DE RIESGO DE MALIGNIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE NÓDULO PULMONAR INCIDENTAL

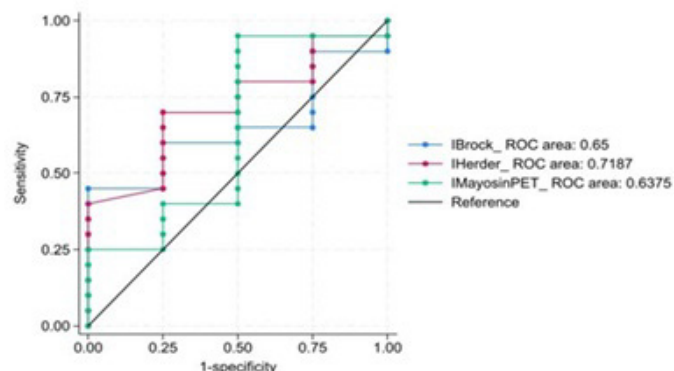
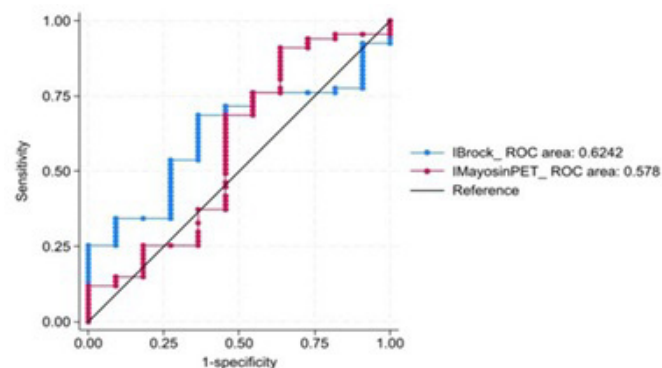
**Judith Boiza Rizos**, Sonia Baeza Mena, Ignasi García Olivé, Ana Paula Caresia Aroztegui, María Carmen Romero Romero, Carmen Ángela Centeno Clemente, Sergio Lafuente Carrasco, Isabel Nogueira Mañas, Esther Cladellas Gutiérrez, Sofía Acero Capella, Antoni Rosell Gratacós y Felipe Andreo García

Hospital Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

**Introducción:** El diagnóstico del nódulo pulmonar (NP) incidental puede resultar un reto debido a su amplio diagnóstico diferencial, precisando a menudo de múltiples exploraciones complementarias incluyendo procedimientos invasivos, como toracotomías que resultan blancas. Las calculadoras de riesgo pueden ser una herramienta no invasiva para orientar en la probabilidad de malignidad del NP y optimizar su manejo.

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de pacientes con NP intervenidos quirúrgicamente entre los años 2019 y 2022. Se determinó el riesgo de malignidad mediante calculadoras de riesgo de predicción clínica para nódulo pulmonar: Brock, Mayo y Herder (esta última asociando datos clínicos y PET-TC), y se comparó con el resultado de la biopsia quirúrgica. El análisis de las diferencias entre curvas ROC se realizó mediante el comando rocgold de la versión 18 de STATA, tras haber elegido la mejor mediante el comando roccomp.

|                                                            |               |
|------------------------------------------------------------|---------------|
| Sexo, n (%)                                                |               |
| Hombre                                                     | 51 (65,38%)   |
| Mujer                                                      | 27 (34,62%)   |
| Edad (años), media (DE)                                    | 68,23 (9,18)  |
| IMC (kg/m), media (DE)                                     | 28,28 (4,23)  |
| Tabaquismo, n (%)                                          |               |
| Fumador activo                                             | 28 (35,9%)    |
| Exfumador                                                  | 39 (50%)      |
| No fumador                                                 | 11 (14,1%)    |
| Índice paquete/año, media (DE)                             | 38,58 (26,56) |
| Antecedente familiar de neoplasia, n (%)                   |               |
| Sí                                                         | 38 (48,72%)   |
| No                                                         | 40 (51,28%)   |
| Antecedente personal de neoplasia, n (%)                   |               |
| Sí                                                         | 26 (33,3%)    |
| No                                                         | 52 (66,67%)   |
| Antecedentes de EPOC, enfisema o bronquitis crónica, n (%) |               |
| Sí                                                         | 43 (55,13%)   |
| No                                                         | 35 (44,87%)   |
| Tamaño del nódulo (mm), media (DE)                         | 19,06 (6,05)  |
| Densidad del nódulo, n (%)                                 |               |
| Sólido                                                     | 48 (61,54%)   |
| Parte-sólida                                               | 25 (32,05%)   |
| Ground glass                                               | 5 (6,41%)     |
| Espiculación, n (%)                                        |               |
| Sí                                                         | 28 (35,90%)   |
| No                                                         | 50 (64,10%)   |
| Etiología del nódulo, n (%)                                |               |
| Maligno                                                    | 67 (89,9%)    |
| ADK                                                        | 62 (66,67%)   |
| Escamoso                                                   | 12 (15,38%)   |
| Otras neoplasias malignas                                  | 3 (3,85%)     |
| Benigno                                                    | 11 (14,1%)    |
| Infeccioso (TBC, <i>Aspergillus</i> )                      | 3 (3,85%)     |
| Hamartoma                                                  | 1 (1,28%)     |
| Otros tumores benignos                                     | 7 (9,97%)     |



**Resultados:** La tabla 1 muestra los datos demográficos y clínicos de los 78 pacientes analizados con un resultado final de 67 malignos (85,9%) y 11 benignos (14,1%), sin encontrarse diferencias significativas al comparar las características de ambos grupos. La calculadora de riesgo de Herder se pudo aplicar en 24 pacientes debido a la imposibilidad de calcular retrospectivamente el SUVmax del mediastino en los PET-TC realizados en centros externos, valor necesario para realizar este modelo. Al comparar las calculadoras de riesgo de malignidad que

**Resultados:** Se incluyeron 1.629 pacientes, 944 varones (58,13%) con una edad media de 62,91 años y con EPOC y enfisema. Las características generales se describen en la tabla 1. Un nódulo indeterminado o sospechoso ( $\geq 6$  mm) que requería pruebas adicionales se expresó en el 13% de las TBD. Este análisis mostró diferencias estadísticamente significativas en los BM séricos de nódulos pulmonares indeterminados versus benignos en el seguimiento: niveles absolutos y porcentuales de eosinófilos más bajos (177,92 DE 107,14 frente a 235,61 DE 181,20  $p = 0,0022$ ; 2,42% DE 1,42 frente a 3,06% DE 2,10;  $p = 0,0022$ ) y niveles más altos de pro-BNP (155,83 DE 173,57 frente a 9 1,83 DE 82,97;  $p = 0,0059$ ). No se encontraron diferencias para los otros biomarcadores séricos analizados. Para nódulos pulmonares benignos 6 mm, el punto de corte para pro-BNP es 165 mg/dL, con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 91,50% [AUC = 0,914 (IC95%: 0,900-1,000)].

**María Mercedes Morante Tinoco**, Karen Lozano Policroniades,  
Javier Alfayate Sánchez, Andrés Giménez Velando,  
Marcel Rodríguez Guzmán, Diana Sánchez Mellado,  
Germán Peces-Barba Romero, María Fernanda Troncoso Acevedo,  
María Jesús Rodríguez Nieto y Carolina Gotera Rivera

Neumología, IIS-Fundación Jiménez Díaz-ISCIII-CIBERES, Madrid, España.

**Introducción:** Se ha demostrado que los programas de cribado de cáncer de pulmón (CCP) reducen la muerte relacionada con el cáncer en poblaciones seleccionadas. Sin embargo, el porcentaje de falsos positivos que requieren pruebas adicionales, incluida la cirugía en nódulos pulmonares sospechosos (NP) reportados en la literatura, es alto (27%). Los estudios han identificado biomarcadores séricos (BM) asociados con el riesgo de desarrollar varios tipos de cáncer, incluido el cáncer de pulmón. Sin embargo, nuestro objetivo es identificar parámetros capaces de determinar nódulos pulmonares benignos que puedan reducir la necesidad de pruebas adicionales.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis transversal de una serie de pacientes pertenecientes al CPC. Los pacientes se sometieron a TC de baja dosis (TBD), pruebas de función pulmonar y análisis de

| Table 1. General characteristics | All<br>(n = 1629) |
|----------------------------------|-------------------|
|----------------------------------|-------------------|

|                                      |                   |
|--------------------------------------|-------------------|
| Gender, men, n (%)                   | 947 (58.13)       |
| Age, mean $\pm$                      | 62.91 $\pm$ 5.99  |
| BMI, mean $\pm$                      | 27.62 $\pm$ 5.41  |
| Current smoker, n (%)                | 1120 (68.75)      |
| Pack-years index (PYI), mean $\pm$   | 51.0 $\pm$ 22.29  |
| History of CVD or arrhythmias, n (%) | 151 (9.26)        |
| Family history of lung cancer, n (%) | 205 (12.58)       |
| Spirometry (post-BD), mean $\pm$     |                   |
| FVC (L)                              | 3.25 $\pm$ 0.91   |
| FVC (%)                              | 98.06 $\pm$ 17.71 |
| FEV <sub>1</sub> (L)                 | 2.21 $\pm$ 0.73   |
| FEV <sub>1</sub> (%)                 | 82.30 $\pm$ 20.79 |
| FEV <sub>1</sub> /FVC                | 67.72 $\pm$ 12.57 |
| Dico test, mean $\pm$                | 84.67 $\pm$ 21.33 |
| Dyspnoea mMRC scale, n (%)           |                   |
| 0-I                                  | 1504 (92.32)      |
| II-IV                                | 125 (7.67)        |
| COPD, n (%)                          | 803 (49.29)       |
| GOLD GRADE, n (%)                    |                   |
| I                                    | 286 (35.61)       |
| II                                   | 425 (52.92)       |
| III                                  | 85 (10.58)        |
| IV                                   | 7 (0.87)          |
| GOLD RISK, n (%)                     |                   |
| A                                    | 601 (74.84)       |
| B                                    | 115 (14.32)       |
| E                                    | 87 (10.83)        |
| Emphysema, n (%)                     | 1279 (78.51)      |

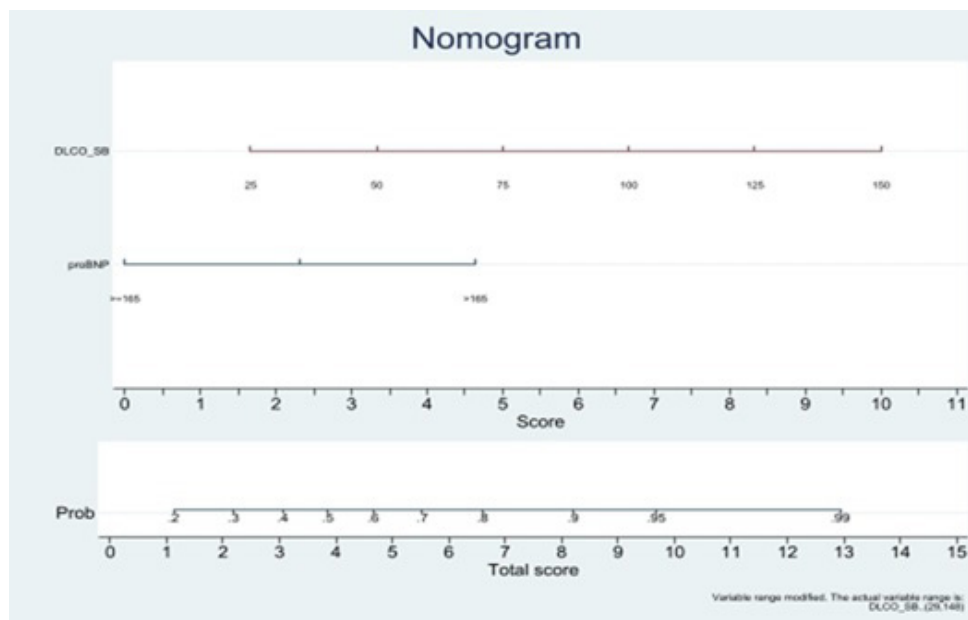


Figura 1. Comunicación 1009.

**Conclusiones:** La prevalencia de nódulos pulmonares indeterminados es alta, presentes en casi el 50% de los CP diagnosticados. Encontramos una asociación estadísticamente significativa entre el volumen de eosinofilia y los valores de pro-BNP para nódulos pulmonares significativos. De todos ellos, pro-BNP es el parámetro con mejores valores ROC con una S/E cercana al 100%.

## 100. CÁNCER DE PULMÓN Y ESTADO NUTRICIONAL. UN VÍNCULO CRÍTICO EN LA SUPERVIVENCIA

Isabel Romero Espejo<sup>1</sup>, Carmen Cabrera Galán<sup>1</sup>, Alba Carmona Llanos<sup>2</sup>, Sergio García Morales<sup>1</sup>, Marina Utrero Recio<sup>1</sup> y José Gregorio Soto Campos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UGC Neumología y Alergia, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, España. <sup>2</sup>UGC Dietética y Nutrición, Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, España.

**Introducción:** La nutrición y el estado metabólico juegan un papel clave en la evolución y respuesta terapéutica de los pacientes con cáncer de pulmón. La desnutrición está relacionada con un mayor riesgo de complicaciones, una mayor mortalidad y una reducción en la calidad de vida. Este estudio se centra en evaluar el estado nutricional de los pacientes a través de medidas antropométricas y bioquímicas, con el objetivo de identificar la prevalencia de desnutrición y analizar su influencia en la efectividad del tratamiento.

**Material y métodos:** Este estudio observacional retrospectivo analizó a pacientes con cáncer de pulmón atendidos en el Hospital de Jerez entre 2020 y 2023. Se incluyeron solo aquellos con diagnóstico histológico confirmado de cáncer de pulmón, excluyendo a los pacientes con enfermedades metabólicas previas. Los datos clínicos recabados incluyeron información sobre sexo, edad, estadio de la enfermedad, parámetros antropométricos y marcadores bioquímicos. Además, se utilizó la escala ECOG para evaluar el estado funcional de los pacientes.

**Resultados:** Se incluyó a 45 pacientes con una edad media de 65 años, de los cuales el 85% eran hombres. Los tipos histológicos fueron adenocarcinoma (46,6%), epidermoide (33,3%), microcítico (13,3%) y no microcítico (6,6%). El 40% de los pacientes presentó desnutrición, identificada por un IMC inferior a 18,5 kg/m<sup>2</sup> o niveles de prealbúmina menores a 10 mg/dL. Los pacientes desnutridos tenían niveles elevados de PCR ( $p < 0,01$ ). La prevalencia de desnutrición fue mayor en estadios avanzados de cáncer (III y IV) en comparación con estadios tempranos (65 vs. 25%,  $p < 0,05$ ), y en aquellos con un ECOG  $\geq 2$  ( $p < 0,01$ ). La mortalidad fue del 30%, siendo mayor entre los desnutridos ( $p < 0,05$ ). El ángulo de fase promedio fue de 4,4 grados, y el área muscular ecográfica de 3,5 cm<sup>2</sup>. Se encontró una correlación positiva entre el ángulo de fase y el área muscular ( $p < 0,05$ ), así como entre el ángulo de fase y los niveles de prealbúmina (positiva) y PCR (inversa). Estos resultados sugieren que una mejor composición corporal se asocia con menores niveles de inflamación.

**Conclusiones:** El estudio destaca la alta prevalencia de desnutrición en pacientes con cáncer de pulmón, especialmente en aquellos con enfermedad avanzada, y su relación con mayor inflamación y mortalidad. Además, el ángulo de fase se identificó como un biomarcador útil, ya que se asocia con un mejor estado nutricional y niveles reducidos de inflamación.

## 205. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES REMITIDOS A UNA CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CÁNCER DE PULMÓN

Brenda Lucía Romero Argüello, Yanira Chuquimia Mendoza, Elena Martín Gallego, Carla Vázquez Gutiérrez, Silvia García García, Piedad Rivas López, Silvia Fernández Huerga y Javier Juan García

Complejo Asistencial Universitario de León, España.

**Introducción:** El cáncer de pulmón supone la primera causa de muerte por cáncer en el mundo y en España, hemos querido conocer las características epidemiológicas de los pacientes remitidos a la consulta de diagnóstico rápido de cáncer de pulmón, la prevalencia histológica y la estadificación final en el momento del diagnóstico en nuestro hospital.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio descriptivo y retrospectivo de los pacientes con sospecha de neoplasia pulmonar valorados en la consulta monográfica de diagnóstico rápido de cáncer de pulmón del Complejo Asistencial Universitario de León en el año 2023, comparando algunos de estos resultados con una cohorte de 2011 de nuestro mismo centro.

**Resultados:** De los 276 pacientes estudiados en 190 se estableció el diagnóstico de patología tumoral, 168 con confirmación histológica. La distribución por sexos y el hábito tabáquico se describe en la tabla 1. La forma de presentación fue como hallazgo incidental en 92 pacientes (48%), síndrome general 22 (12%), tos 19 (10%), hemoptisis 18 (9%), dolor torácico 15 (8%), disnea 9 (5%) y otros síntomas en 15 (8%). El método diagnóstico y la histología se describen en la tabla 2 y en la figura. Para completar la estadificación de los 144 pacientes con carcinoma broncogénico se realizó PET a 86 (60%) pacientes, EBUS de estadificación a 14 (10%), gammagrafía ósea a 28 (20%), TAC craneal a 30 (21%) y RMN a 31 (22%). La estadificación final de los pacientes se recoge en la gráfica 2. De los 35 pacientes que requirieron cirugía como parte del diagnóstico y/o tratamiento únicamente en 3 hubo un cambio del estadio de enfermedad precoz a enfermedad avanzada.

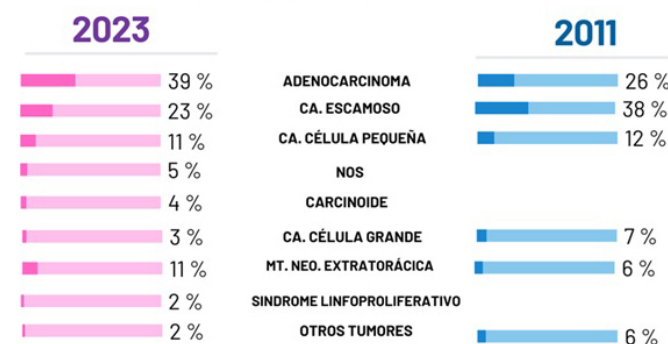
Tabla 1. Características de los pacientes remitidos a la consulta

|                               | 2023                |     | 2011 |     |
|-------------------------------|---------------------|-----|------|-----|
| Total de pacientes estudiados | 276                 |     | 190  |     |
| Patología tumoral             | 190                 | 69% | 93   | 49% |
| Patología no tumoral          | 86                  | 31% | 97   | 51% |
| Patología tumoral             |                     |     |      |     |
| Hombres                       | 141                 | 74% | 80   | 86% |
| Mujeres                       | 49                  | 26% | 13   | 14% |
| Edad media                    | 70 años ( $\pm 9$ ) |     | 65,7 |     |
| Fumadores activos             | 55                  | 29% | 36   | 39% |
| Exfumadores                   | 118                 | 62% | 47   | 51% |

Tabla 2

| Método diagnóstico | 2023 |     | 2011 |     |
|--------------------|------|-----|------|-----|
| Broncoscopia       | 64   | 38% | 50   | 61% |
| EBUS               | 38   | 23% | 4    | 5%  |
| BAG pulmonar       | 25   | 15% | 20   | 24% |
| BAG otros órganos  | 7    | 4%  | 4    | 5%  |
| Toracentesis       | 6    | 3%  | 1    | 1%  |
| Cirugía:           |      |     |      |     |
| Mediastinoscopia   | 3    | 2%  | 1    | 1%  |
| Toracotomía/VATS   | 23   | 14% | 2    | 3%  |
| Otras              | 2    | 1%  |      |     |
| Total              | 168  |     | 82   |     |

## ANATOMÍA PATOLÓGICA



Diagnóstico histológico de los pacientes con patología tumoral.

## ESTADIFICACIÓN

|     | 2023     | 2011      |
|-----|----------|-----------|
| I   | 28 (19%) | 9 (12.5%) |
| II  | 8 (6%)   | 9 (12.5%) |
| III | 35 (24%) | 34 (47%)  |
| IV  | 73 (51%) | 20 (28%)  |
| n   | 144      | 72        |

Estadificación de los pacientes con carcinoma broncogénico.

**Conclusiones:** 1. En nuestra consulta hemos conseguido mejorar los criterios de selección y así poder optimizar la vía rápida de estudio. 2. El tabaquismo sigue siendo un factor de riesgo para carcinoma broncogénico que se mantiene a lo largo de los años. 3. El incremento del carcinoma broncogénico en las mujeres podría estar asociado a una incorporación tardía al hábito tabáquico. 4. Al igual que en otras series la estirpe histológica más frecuente en la actualidad es el adenocarcinoma. 5. A pesar de mejorar los métodos diagnósticos seguimos diagnosticando el cáncer de pulmón en estadios avanzados, por lo hay que insistir en herramientas y en programas de detección precoz e incidir en la deshabituación tabáquica.

## 645. CARACTERÍSTICAS Y SUPERVIVENCIA EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES VALORADOS EN COMITÉ DE TUMORES DE PULMÓN EN NUESTRO MEDIO

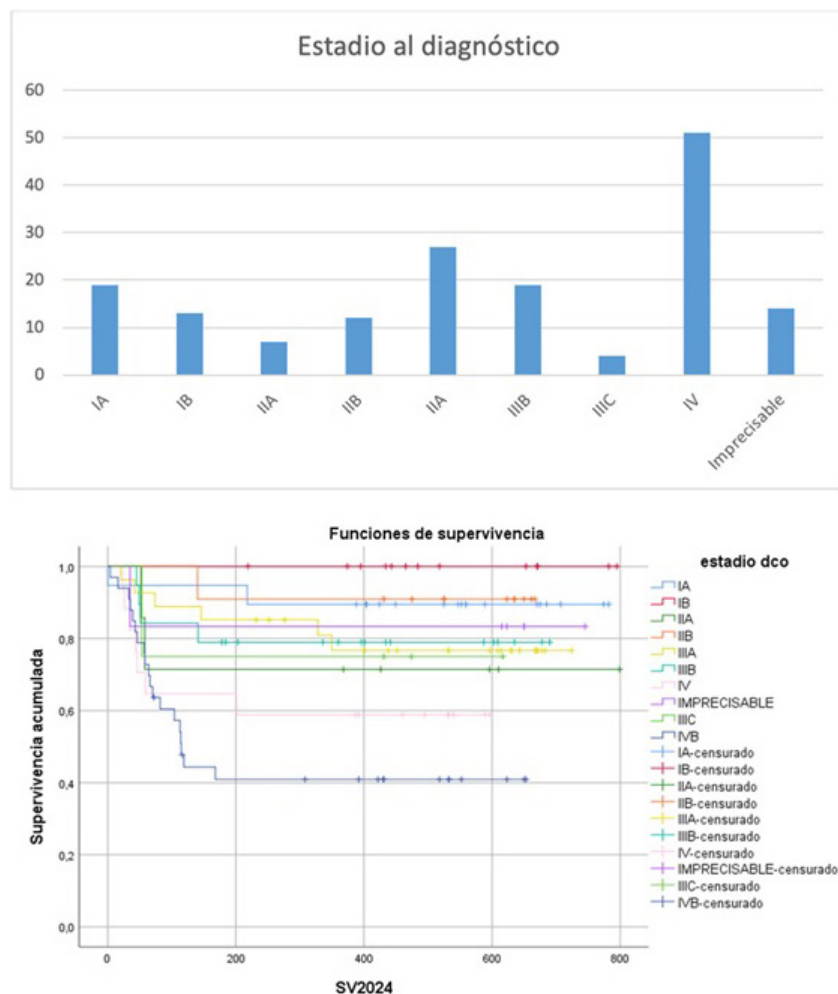
Marta Garrido Sólvez<sup>1</sup>, Marina Alcaraz Barcelona<sup>1</sup>, Marta Gironés Ballester<sup>2</sup>, Javier Cruz Ruiz<sup>1</sup>, Concepción Patricia López Miguel<sup>1</sup>, Jesús Jiménez López<sup>1</sup> y Ana María Núñez Ares<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Albacete, España. <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Torácica, Albacete, España.

**Introducción:** El cáncer de pulmón (CP) es la principal causa de mortalidad entre las enfermedades oncológicas debido a su diagnóstico frecuente en estadios avanzados. Los comités multidisciplinares son clave para optimizar el manejo. Los avances en terapias dirigidas e inmunoterapia han mejorado los resultados en ciertos subgrupos de pacientes. Nuestro objetivo fue conocer la situación diagnóstica y pronóstico de los pacientes con CP presentados en el Comité de Tumores (CT) de nuestro centro desde octubre de 2022 a octubre de 2023.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo de los pacientes valorados en CT. Se recogieron variables epidemiológicas, clínicas, diagnósticas y de tratamiento. Análisis estadístico descriptivo y de mortalidad en función del tratamiento recibido.

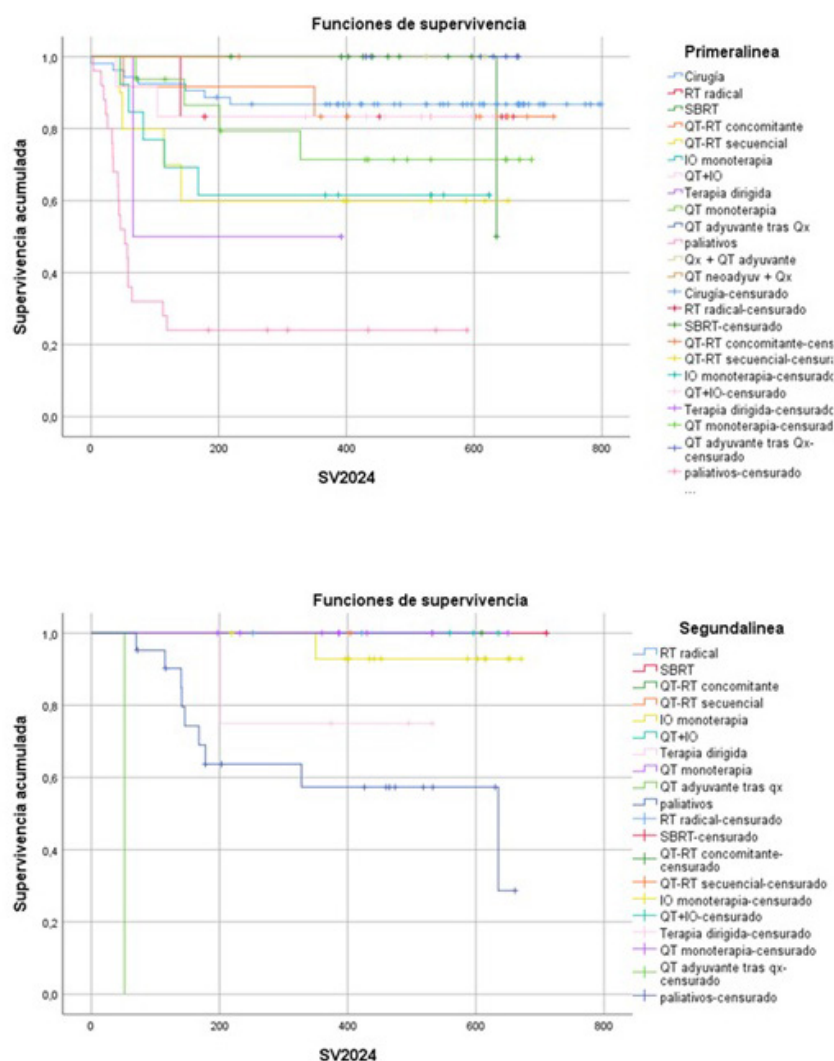
**Resultados:** Se valoraron 212 pacientes en CT, edad media de 67 ± 11 años, 157 (74,1%) varones y 55 (25,9%) mujeres. Se realizaron un



**Gráfico 1.** Estadio al diagnóstico y función de supervivencia.

Figura 1. Comunicación 645.





**Gráfico 2.** Función de SV según tratamiento recibido en primera y segunda línea.

Figura 2. Comunicación 645.

74,1% de estudios ambulatorios y un 25,9% durante ingreso hospitalario, con una media de hospitalización de 12,7 días. Se diagnosticó CP en 172 casos (81,1%). Las principales estirpes histológicas fueron: adenocarcinoma en 77 casos (33,5%), carcinoma epidermoide en 54 casos (25,5%), CPCP en 12 casos (5,7%). El estadio al diagnóstico se presenta en la figura 1. En cuanto al procedimiento diagnóstico: 88 mediante endoscopia (41,5%), 55 (25,9%) por BAG -TC, 6 (2,8%) por PAAF de M1 y 27 (12,7%) por cirugía. La mediana de demora desde la sospecha diagnóstica hasta la decisión terapéutica fue de 30 días. En 94 casos (44,3%) precisa más de una valoración en CT (26 para ampliar estudios moleculares y 15 para completar estudios de función pulmonar). De 172 pacientes con CP, 80 (46,5%) fallecieron al año de seguimiento. Las funciones de SV según el tratamiento recibido en primera y segunda línea y el estadio al diagnóstico se presentan en las figuras 1 y 2; observándose mayor mortalidad en estadios avanzados (fig. 1), tratamiento exclusivamente sintomático y terapias dirigidas (fig. 2).

**Conclusiones:** Se valoraron 212 pacientes, con una edad media de 67 años y predominio masculino (74,1%). El 81,1% fue diagnosticado de CP, siendo el adenocarcinoma el subtipo más común. Los principales métodos diagnósticos fueron la endoscopia (41,5%) y la BAG guiada por TC (25,9%). La demora media entre la sospecha y el inicio del tratamiento fue de 30 días. La mortalidad al año fue del 46,5%,

mayor en estadios avanzados y con tratamiento exclusivamente sintomático o terapia dirigida.

### 362. CLINICAL VARIABLES OF INDIVIDUALS PRESENTING PHENOTYPES OF EXTREME HIGH AND LOW RISK OF DEVELOPING TOBACCO-INDUCED LUNG CANCER

María Navamuel Andueza

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

**Introduction:** Lung cancer (LC) is strongly linked to tobacco, but susceptibility varies significantly among individuals. While some heavy smokers develop LC at a young age, others do not even at advanced ages. This suggests marked inter-individual differences in susceptibility to tobacco's carcinogenic effects. We aimed to characterize these phenotypes by analyzing clinical variables such as radiological features, lung function, BMI, family history of LC, and smoking habits.

**Material and methods:** We studied individuals with extreme phenotypes of tobacco-associated LC, defined as follows: extreme cases were heavy smokers with an index of pack-year (IPA)  $\geq 20$ , who developed LC at  $\leq 55$  years. Extreme controls were heavy



smokers with an IPA  $\geq 20$ , who did not develop LC by  $> 75$  years. Data were obtained from the lung cancer screening program at Clínica Universidad de Navarra (pELCAP). The variables studied included: Radiological features: emphysema presence, severity, and extension, assessed visually by two experts. Lung function: presence of an obstructive pattern (post-bronchodilator FEV<sub>1</sub>/FVC  $< 0.70$ ). BMI: body mass index (kg/m<sup>2</sup>). Family history: obtained from medical records. Smoking habits: current status noted from medical records.

**Results:** The study included 83 extreme cases and 116 extreme controls. Most participants were male. Mean age was 50 years in cases and 79 years in controls. Mean IPA was 42.49 pack-years in cases and 59.75 pack-years in controls. Results are presented in Table 1. Key findings: Obstructive pattern: significantly lower in extreme cases. Family history of LC: higher in extreme cases. Emphysema: more frequent in extreme cases. Ex-smokers: fewer in extreme cases, with a shorter mean smoking cessation period. BMI: lower in extreme cases. Females: more common in extreme cases.

|                                      | Extreme cases<br>(n: 83) | Extreme controls<br>(n: 116) | p-value    |
|--------------------------------------|--------------------------|------------------------------|------------|
| COPD (%)                             | 37.78                    | 61.61                        | 0.007      |
| LC family History (%)                | 40.91                    | 12.86                        | $< 0.001$  |
| Emphysema (%)                        | 84.21                    | 66.38                        | 0.006      |
| Ex-smokers (%)                       | 41.97                    | 67.83                        | $< 0.001$  |
| Smoking cessation time, years (mean) | 6.3                      | 17.97                        | $< 0.0001$ |
| BMI, kg/m <sup>2</sup> (mean)        | 24.83                    | 28.78                        | $< 0.0001$ |
| IPA, package-year (mean)             | 42.49                    | 59.75                        | $< 0.0001$ |
| Female (%)                           | 43.37                    | 10.34                        | $< 0.001$  |
| Age, years (mean)                    | 50.25                    | 79.06                        | $< 0.0001$ |

**Conclusions:** Individuals presenting with extreme phenotypes of high and low risk for developing tobacco-associated lung cancer present different clinical characteristics, in addition to their distinct sensitivity to the carcinogenic effects of tobacco. Extreme cases showed higher frequency of emphysema and family history of lung cancer. These differences may be relevant for the clinical management of these patients.

### 539. CLUSTERIZACIÓN CLÍNICO-ANALÍTICA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA (CPCNP) MEDIANTE TÉCNICAS DE MACHINE LEARNING (ML) Y SU RELACIÓN CON LA PRESENCIA DE BIOMARCADORES Y MORTALIDAD

Irene Lojo Rodríguez<sup>1</sup>, Manuel Casal Guisande<sup>2</sup>, Maribel Botana Rial<sup>3</sup>, Cristina Ramos Hernández<sup>3</sup>, Virginia Leiro Fernández<sup>3</sup>, Almudena González Montaos<sup>1</sup>, Cristina Pou Álvarez<sup>1</sup> y Alberto Fernández Villar<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro; Grupo de Investigación NeumoVigol+i, IIS Galicia, Vigo, España. <sup>2</sup>Fundación Pública Galega de Investigación Biomédica Galicia Sur, Hospital Álvaro Cunqueiro, Grupo de Investigación NeumoVigol+i, IIS Galicia, CIBERES-ISCIII, Vigo, España. <sup>3</sup>Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Grupo de Investigación NeumoVigol+i, IIS Galicia, CIBERES-ISCIII, Vigo, España.

**Introducción:** El avance de la inmunoterapia y los inhibidores de tirosina-kinasa (TKI) ha transformado el manejo del CPCNP, posicionando el tratamiento individualizado como la mejor estrategia terapéutica para los pacientes. En este contexto, nuestro objetivo

es identificar perfiles clínico-analíticos de pacientes con CPCNP mediante ML no supervisado, evaluando su relación con la representación de biomarcadores moleculares y su impacto en la supervivencia.

**Material y métodos:** Analizamos una cohorte de 400 pacientes con diagnóstico de CPCNP en estadio localmente avanzado o metastásico a los que se les había llevado a cabo una determinación de biomarcadores entre 2018 y 2022. Incluimos variables clínicas, radiológicas, analíticas y pronósticas. Se usaron *k-prototypes* y el método del codo para identificar los clústeres, evaluando sus diferencias mediante técnicas estadísticas.

**Resultados:** Se identificaron 5 clústeres. El clúster A incluye varones con alta carga tabáquica y comorbilidad significativa, niveles reducidos de albúmina, hemoglobina y leucocitosis marcada, así como una carga metastásica considerable, con una menor frecuencia de biomarcadores y una supervivencia más corta. El grupo B, conformado por pacientes mayores, con proporción similar de hombres y mujeres, fumadores ocasionales, pero con comorbilidades relevantes. Este grupo muestra una alta frecuencia de derrame pleural. Además, presentan un porcentaje elevado de mutaciones EGFR. En el clúster C predominan varones fumadores con comorbilidad moderada, aunque con mejor ECOG en comparación con los otros grupos. Sus parámetros analíticos se encuentran en la normalidad y presentan una mayor expresión de PD-L1, lo que se asocia con una menor mortalidad. El clúster D está integrado mayoritariamente por mujeres jóvenes, no fumadoras, con escasa comorbilidad y buen estado general. Estas pacientes presentan derrame pleural de forma moderada y un alto porcentaje de mutaciones en EGFR y una mayor supervivencia en comparación con el resto de los grupos. El clúster E incluye a varones jóvenes con baja carga de comorbilidad, presentan un mayor recuento de leucocitos, así como con una menor presencia de mutaciones y un pronóstico desfavorable.

#### Esquema Clusterización

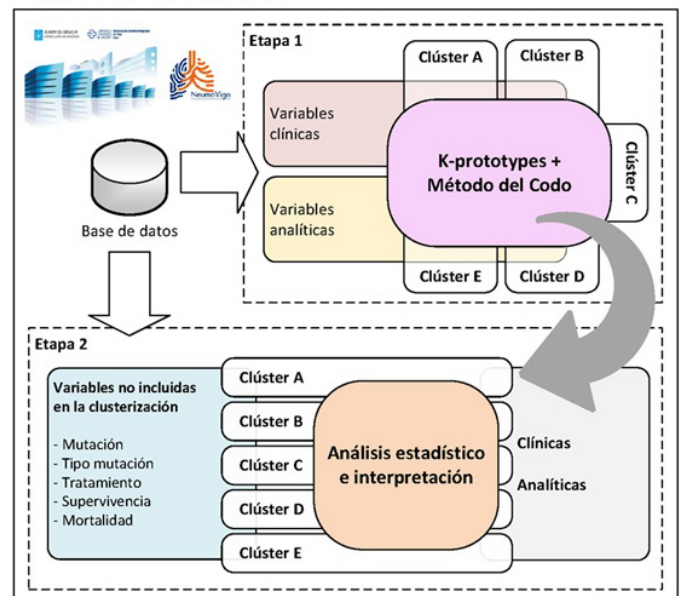


Figura 1: Proceso de clusterización utilizando k-prototypes y el método del codo, seguido de análisis estadístico e interpretación.

**Conclusiones:** La clasificación en clústeres permite identificar patrones clínicos y pronósticos específicos en pacientes con cáncer de pulmón, lo que podría mejorar los procesos de toma de decisiones clínicas y avanzar hacia una medicina más personalizada.

| Variable          | Población global      | Clúster               |                       |                       |                       |                       |                                                                                                                | Comparaciones significativas |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|
|                   |                       | A (n=69)              | B (n=42)              | C (n=65)              | D (n=102)             | E (n=127)             |                                                                                                                |                              |
| Edad              | 67.39 ± 10.67         | 66.72 ± 9.59          | 72.32 ± 10.35         | 71.30 ± 8.61          | 66.21 ± 11.89         | 64.09 ± 10.37         | 0.04 p=0.002, 1.03 p=0.011, 1.04 p<0.001, 2.03 p=0.001, 2.04 p<0.001                                           |                              |
| % Hombres         | 70.50% (63.18, 75.82) | 68.41% (60.85, 91.96) | 61.90% (47.22, 76.58) | 81.00% (73.97, 94.03) | 38.24% (28.80, 47.66) | 82.67% (76.08, 89.26) | 0.01 p=0.002, 0.03 p<0.001, 1.02 p=0.015, 1.03 p=0.016, 1.04 p<0.001, 2.03 p<0.001, 2.04 p<0.001               |                              |
| IPA               | 31.26 ± 21.76         | 50.26 ± 28.88         | 11.83 ± 20.75         | 40.37 ± 24.96         | 16.14 ± 18.73         | 35.33 ± 26.70         | 0.01 p<0.001, 0.03 p<0.001, 0.03 p<0.001, 1.02 p<0.001, 1.04 p<0.001, 2.03 p<0.001, 2.04 p<0.001               |                              |
| % Expositores     | 19.23% (10.44, 28.06) | 23.19% (13.23, 33.15) | 7.34% (0, 14.80)      | 26.67% (15.40, 37.83) | 10.78% (4.76, 16.80)  | 24.43% (16.94, 31.88) | 0.03 p=0.048, 1.02 p=0.025, 1.04 p=0.028, 2.03 p=0.016, 2.04 p=0.013                                           |                              |
| % Síntomas        | 86.50% (82.90, 90.10) | 82.61% (73.67, 91.55) | 83.71% (73.13, 94.30) | 76.67% (63.86, 87.37) | 83.28% (78.42, 88.17) | 94.49% (90.32, 98.66) | 0.04 p=0.015, 2.04 p<0.001, 3.04 p=0.034                                                                       |                              |
| Hemoglobina       | 12.62 ± 1.83          | 12.00 ± 1.96          | 12.02 ± 1.98          | 11.10 ± 1.71          | 12.73 ± 1.61          | 12.83 ± 1.82          | 0.02 p<0.001, 0.03 p=0.004, 0.04 p<0.001, 1.02 p=0.009, 1.04 p=0.010                                           |                              |
| Albumina          | 3.33 ± 0.80           | 3.36 ± 0.82           | 3.33 ± 0.55           | 3.67 ± 0.57           | 3.37 ± 0.81           | 3.31 ± 0.80           | 0.02 p=0.004, 0.03 p=0.018                                                                                     |                              |
| Proteínas         | 6.32 ± 0.73           | 6.16 ± 0.83           | 6.07 ± 0.94           | 6.17 ± 0.69           | 6.05 ± 0.87           | 6.14 ± 0.74           | No significativas                                                                                              |                              |
| Leucocitos        | 10168.06 ± 5705.82    | 11042.88 ± 3447.83    | 8680.86 ± 3689.68     | 9302.00 ± 4659.63     | 9772.06 ± 7107.70     | 10911.81 ± 5677.80    | 0.01 p=0.004, 0.02 p=0.010, 0.03 p=0.014, 1.04 p=0.005, 2.04 p=0.014, 3.04 p=0.015                             |                              |
| Clúster           | 0.74 ± 1.14           | 1.74 ± 1.34           | 2.10 ± 1.27           | 1.48 ± 0.72           | 0.90 ± 0.60           | 0.90 ± 0.60           | 0.01 p=0.010, 0.03 p<0.001, 0.04 p<0.001, 1.02 p<0.004, 1.03 p<0.001, 1.04 p<0.001, 2.04 p<0.001               |                              |
| ECOG              | 1.39 ± 0.89           | 1.59 ± 0.91           | 1.46 ± 0.77           | 0.82 ± 0.83           | 0.90 ± 0.84           | 1.28 ± 0.84           | 0.02 p<0.001, 0.03 p<0.001, 0.04 p=0.013, 1.02 p<0.001, 1.03 p<0.001, 2.04 p<0.001, 3.04 p<0.001               |                              |
| % Demora pleural  | 28.00% (20.74, 37.26) | 27.54% (18.99, 38.08) | 64.29% (49.79, 78.78) | 15.00% (3.97, 24.03)  | 28.41% (20.57, 38.25) | 24.43% (16.94, 31.88) | 0.01 p<0.001, 1.02 p<0.001, 1.03 p<0.001, 1.04 p<0.001                                                         |                              |
| % Metastasis MD   | 0.75% (0.00, 10.51)   | 1.43% (0.00, 4.27)    | 0.00% (0.00, 0.00)    | 0.00% (0.00, 0.00)    | 1.98% (0.00, 4.63)    | 0.00% (0.00, 0.00)    | No significativas                                                                                              |                              |
| % Metastasis MLI  | 20.59% (11.76, 29.24) | 4.33% (0.46, 9.16)    | 39.32% (44.88, 74.37) | 20.00% (9.88, 30.12)  | 28.41% (20.57, 38.25) | 9.43% (4.36, 14.54)   | 0.01 p<0.001, 0.02 p=0.013, 0.03 p<0.001, 1.02 p<0.001, 1.03 p=0.001, 1.04 p<0.001, 2.04 p<0.001               |                              |
| % Metastasis MTH  | 26.50% (18.10, 34.90) | 8.70% (2.85, 15.34)   | 9.52% (0.65, 18.40)   | 70.00% (58.40, 81.59) | 39.22% (28.74, 49.89) | 11.02% (5.58, 16.47)  | 0.02 p<0.001, 0.03 p<0.001, 1.02 p<0.001, 1.03 p<0.001, 2.03 p<0.001, 2.04 p<0.001, 3.04 p<0.001               |                              |
| % Metastasis MLC  | 32.25% (45.48, 59.02) | 85.52% (77.25, 93.81) | 30.93% (36.97, 44.89) | 10.00% (2.41, 17.59)  | 28.41% (20.57, 38.25) | 79.53% (72.51, 86.55) | 0.01 p<0.001, 0.02 p<0.001, 0.03 p<0.001, 1.02 p=0.016, 1.04 p<0.001, 2.03 p=0.007, 2.04 p<0.001, 3.04 p<0.001 |                              |
| % Metastasis      | 34.50% (47.33, 52.20) | 44.89% (33.38, 56.66) | 54.78% (39.71, 69.83) | 31.67% (22.02, 44.31) | 63.72% (54.40, 73.06) | 31.97% (40.28, 40.66) | 0.03 p=0.023                                                                                                   |                              |
| % Metastasis ALIC | 2.73% (0.00, 12.41)   | 4.33% (0, 9.16)       | 4.76% (0, 11.20)      | 0.00% (0.00, 0.00)    | 1.98% (0.00, 4.63)    | 3.13% (0.11, 6.19)    | No significativas                                                                                              |                              |
| % Metastasis EOPR | 14.50% (3.44, 23.56)  | 4.33% (0, 9.16)       | 23.83% (10.89, 36.68) | 8.33% (3.34, 13.33%)  | 32.33% (23.27, 41.43) | 5.51% (1.34, 9.48)    | 0.01 p=0.005, 0.03 p<0.001, 1.04 p=0.002, 2.03 p<0.001, 3.04 p<0.001                                           |                              |
| % Metastasis PDL1 | 34.73% (26.83, 42.67) | 36.23% (24.89, 47.57) | 23.83% (10.89, 36.68) | 40.67% (28.18, 54.14) | 24.32% (16.56, 32.86) | 42.52% (33.92, 51.12) | 1.04 p=0.047, 2.03 p=0.015, 3.04 p=0.007                                                                       |                              |
| % Metastasis EGFR | 1.23% (0.00, 10.89)   | 0.00% (0.00, 0.00)    | 2.38% (0.00, 6.99)    | 0.00% (0.00, 0.00)    | 2.94% (0.00, 6.22)    | 0.78% (0.00, 2.32)    | No significativas                                                                                              |                              |
| % Exstis          | 73.23% (63.18, 78.32) | 86.89% (79.01, 94.89) | 71.43% (37.77, 83.08) | 71.67% (60.28, 83.07) | 61.78% (52.33, 71.20) | 76.38% (68.89, 83.77) | 0.03 p<0.001, 1.04 p=0.024                                                                                     |                              |
| Supervivencia     | 11.63 ± 17.31         | 6.89 ± 10.25          | 11.39 ± 15.06         | 11.72 ± 12.08         | 16.87 ± 26.07         | 9.97 ± 12.94          | 0.01 p=0.026, 0.02 p<0.001, 0.03 p<0.001, 0.04 p=0.039, 1.03 p=0.018, 3.04 p<0.001                             |                              |

Tabla 1. Disposición de los clústeres con la población global

Figura 2. Comunicación 539.

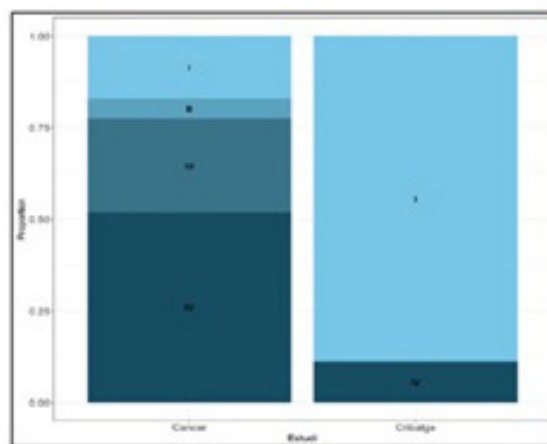
## 211. COMPARATIVA DE LOS CASOS DE CÁNCER DE PULMÓN DIAGNOSTICADOS POR VÍA CONVENCIONAL VS. PROGRAMA DE CRIBADO: CAMBIO DE PARADIGMA EN LLEIDA

**Marcela Suárez Bustamante<sup>1</sup>**, Sally Santistevé Lostes<sup>1</sup>, Carlos Manzano Senra<sup>1</sup>, Esther Gracia Lavedan<sup>2</sup>, Maria Zuñil Moreno<sup>1</sup>, Nerea Ramírez Seco<sup>2</sup>, Anna Sánchez Cucó<sup>2</sup>, Sonia Gatusi Caldero<sup>1</sup>, Marina Pardina Solano<sup>1</sup>, Carlos Alberto Rombola<sup>1</sup>, Cora Andrea Sampedro Salinas<sup>1</sup>, Mario Montesinos Encalada<sup>1</sup>, Virginia García Reglero<sup>1</sup>, Ferran Barbé Illa<sup>3</sup> y Jessica González Gutiérrez<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Arnau de Vilanova-Santa Maria, Lleida, España. <sup>2</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, IRBLleida, Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Santa Maria, Lleida, España. <sup>3</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, IRBLleida, Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Santa Maria, CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Lleida, España.

**Introducción:** El cáncer de pulmón (CP) fue la causa de 3,471 defunciones en Cataluña en 2023 debido al diagnóstico en estadios avanzados (70%). Nuestro objetivo es describir los casos de CP en el territorio de Lleida y compararlos con los detectados en el programa de cribado de CP durante el mismo periodo de tiempo.

**Material y métodos:** Estudio ambispectivo observacional realizado entre mayo de 2023 y la actualidad, que incluye pacientes diagnosticados de CP mediante anatomía patológica en el Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida. Se describen las características basales, comorbilidades asociadas, estadios al diagnóstico y la supervivencia de dichos pacientes. Se realizará una comparativa de dichas características con los pacientes diagnosticados de CP en el programa de cribado establecido en Lleida durante el mismo periodo de tiempo.



Comparativa de los estadios de cáncer diagnosticados en el último año (izquierda), respecto a los estadios de cáncer diagnosticados en programa de cribado (derecha).

**Resultados:** Se incluyeron un total de 169 pacientes con CP, siendo el 74% varones, con una media (DE) de edad de 68,5 (9,57) años. La mayoría fueron fumadores o exfumadores (27,8% y 66,3%, respectivamente) y un 16% contaba con un antecedente familiar de CP. Un 25,4% presentaba una ratio VEMS/CVF < 70% y un 45,6% una capacidad de difusión alterada. La mayor parte de los pacientes se diagnosticaron en estadio IV (50,3%) y III (24,9%), siendo únicamente un 14% inicialmente tratados con cirugía. Un 10,7% recibió directamente tratamiento paliativo y un tercio de los pacientes (33,2%) han fallecido (tabla). En comparación con los pacientes de CP detectados en el programa de cribado (9 CP) en el mismo periodo, estos tendían a ser más jóvenes (63,8 [6,50] años), fumadores activos (43,9 vs. 27,8%) y con diagnóstico de EPOC (46 vs. 22,5%). Se observó

una tendencia inversa de los estadios iniciales al diagnóstico en los CP detectados en el programa de cribado, siendo un 88,9% estadios I potencialmente curables, en comparación con el 16% en los CP no cribados (fig.). La supervivencia de los CP cribados es del 100% en la actualidad.

| Características generales de los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón en Lleida |                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|
|                                                                                         | Visita basal (N = 169) |
| Edad                                                                                    | 68,5 (9,57)            |
| Sexo                                                                                    |                        |
| Mujer                                                                                   | 44 (26,0%)             |
| Hombre                                                                                  | 125 (74,0%)            |
| IMC                                                                                     | 26,5 (4,90)            |
| Hábito tabáquico                                                                        |                        |
| Nunca                                                                                   | 8 (4,73%)              |
| Fumador activo                                                                          | 47 (27,8%)             |
| Exfumador                                                                               | 112 (66,3%)            |
| Missing                                                                                 | 2 (1,18%)              |
| IPA                                                                                     | 47,5 (29,0)            |
| Comorbilidades                                                                          |                        |
| Cardiopatía isquémica                                                                   | 16 (9,47%)             |
| Hipertensión arterial                                                                   | 87 (51,5%)             |
| Insuficiencia cardíaca                                                                  | 9 (5,33%)              |
| Antecedente de EPOC                                                                     |                        |
| Unchecked                                                                               | 131 (77,5%)            |
| Checked                                                                                 | 38 (22,5%)             |
| Pruebas de función respiratoria                                                         |                        |
| FVC pos-BD                                                                              |                        |
| Alterada (< 80)                                                                         | 39 (23,1%)             |
| Normal                                                                                  | 69 (23,1%)             |
| Missing                                                                                 | 61 (36,1%)             |
| FEV <sub>1</sub> pos-BD                                                                 |                        |
| Alterada (< 80)                                                                         | 56 (33,1%)             |
| Normal                                                                                  | 52 (30,8%)             |
| Missing                                                                                 | 61 (36,1%)             |
| FEV <sub>1</sub> /FVC pos-BD                                                            |                        |
| Alterada (< 80)                                                                         | 43 (25,4%)             |
| Normal                                                                                  | 65 (38,5%)             |
| Missing                                                                                 | 61 (36,1%)             |
| DLCO                                                                                    |                        |
| Alterada (< 80)                                                                         | 77 (45,6%)             |
| Normal                                                                                  | 28 (16,6%)             |
| Missing                                                                                 | 64 (37,9%)             |
| TLC                                                                                     |                        |
| Alterada                                                                                | 32 (18,9%)             |
| Normal (80-120)                                                                         | 72 (42,6%)             |
| Missing                                                                                 | 65 (38,5%)             |
| RV                                                                                      |                        |
| Alterada                                                                                | 82 (48,5%)             |
| Normal (80-120)                                                                         | 22 (13,0%)             |
| Missing                                                                                 | 65 (38,5%)             |
| TNM al diagnóstico                                                                      |                        |
| I                                                                                       | 28 (16,6%)             |
| II                                                                                      | 9 (5,33%)              |
| III                                                                                     | 42 (24,9%)             |
| IV                                                                                      | 85 (50,3%)             |
| No estadiado por <i>exitus</i> previo                                                   | 2 (1,18%)              |
| Desconocido                                                                             | 3 (1,78%)              |
| Seguimiento                                                                             |                        |
| Vivo                                                                                    | 112 (66,3%)            |
| Muerto                                                                                  | 57 (33,7%)             |
| Causa muerte                                                                            |                        |
| Desconocida                                                                             | 3 (5,26%)              |
| Respiratoria                                                                            | 8 (14,0%)              |
| Directamente relacionada con el cáncer                                                  | 44 (77,2%)             |
| Missing                                                                                 | 2 (3,51%)              |

IMC: índice de masa corporal; IPA: índice paquete-año; FVC: capacidad vital forzada; FEV<sub>1</sub>: volumen espiratorio forzado en el primer segundo; DLCO: capacidad de difusión de monóxido de carbono; PB: prueba broncodilatadora; TNM: tumor (T), nódulo (N), metástasis (M).

**Conclusiones:** El CP se detecta en estadios avanzados con pocas opciones terapéuticas curativas. Sin embargo, el programa de cribado evidencia una tendencia inversa con predominio de estadios iniciales y supone un cambio de paradigma en el CP.

## 850. CONSULTA DE ALTA RESOLUCIÓN DE CÁNCER DE PULMÓN. ¿NOS AJUSTAMOS A LOS PLAZOS?

Mario Aláez Gómez, María Eugenia Solís Serván, Rosa Sánchez Gil, Beatriz Romero Romero y Cinta Olmedo Rivas

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

**Introducción:** El cáncer de pulmón (CP) constituye la primera causa de muerte por cáncer en el mundo. Su diagnóstico es complejo, debiendo realizarse de forma rápida y coordinada, con el fin de llegar a un diagnóstico y estadificación lo más preciso posible. Son varias las guías clínicas que han publicado recomendaciones sobre cómo realizar de forma ideal el proceso diagnóstico, estableciendo plazos de tiempo recomendables para el diagnóstico e inicio de tratamiento. Nuestro objetivo es evaluar los resultados obtenidos en nuestra consulta de alta resolución de CP (CAR-CP), relacionados a los tiempos de demora diagnóstica y terapéutica y la adecuación a los plazos recomendados.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional y descriptivo de todos los pacientes derivados a la CAR-CP (1/1/24-15/10/24) y con diagnóstico confirmado de CP tras estudio realizado íntegramente de forma ambulatoria. Se registran fechas de derivación a especialistas, solicitud y realización de pruebas diagnósticas, de inicio de tratamiento e intervención quirúrgica. Se realiza análisis de tiempos de demora en base las recomendaciones del Proceso Asistencial Integrado Cáncer de Pulmón de la Junta de Andalucía.

**Resultados:** Se evaluaron 353 pacientes remitidos a CAR-CP. En 131 pacientes se llegó al diagnóstico de CP tras realizar todo el estudio ambulatorio. El resto, 222 pacientes, fueron excluidos por no cumplir criterios de análisis (estudios realizados en ámbito privado o durante ingreso hospitalario, sospecha de CP con negativa del paciente a proseguir estudio o en los que se desestima por diferentes factores, nódulos pulmonares en seguimiento y pacientes que tras estudio presentan diagnóstico diferente al CP). De los 131 con CP confirmado, el 98,55% fue atendido en CAR-CP en < 1 semana desde la solicitud de la valoración. En el 75,20% de los pacientes se consigue el diagnóstico definitivo de CP realizado en un plazo < 1 mes desde la primera valoración en la consulta. La demora media de la cirugía tras la consulta de Cirugía de Tórax fue de 20,39 días. La demora media en el inicio de tratamiento por parte de Oncología Médica desde la derivación de la CAR-CP fue de 15,70 días.

**Conclusiones:** En nuestro hospital, la CAR-CP permite realizar en un gran porcentaje de casos, todos los estudios de forma ambulatoria, con plazos diagnósticos y de tratamiento acordes con las recomendaciones.

## 740. DEMORAS DIAGNÓSTICAS EN PACIENTES DERIVADOS A UNA CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CÁNCER DE PULMÓN: ESTUDIO COMPARATIVO CON UNA COHORTE HISTÓRICA

Yanira Chuquimia Mendoza<sup>1</sup>, Elena Martín Gallego<sup>1</sup>, Brenda Lucía Romero Argüello<sup>1</sup>, Carla Vázquez Gutiérrez<sup>1</sup>, Silvia García García<sup>1</sup>, Juana Piedad Rivas López<sup>1</sup>, Emilio Antonio Santalla Valle<sup>1</sup>, Javier Juan García<sup>1</sup>, Silvia Fernández Huerga<sup>1</sup>, Andrea Pérez Álvarez<sup>2</sup> y Luis Carazo Fernández<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Complejo Asistencial Universitario de León, España. <sup>2</sup>Unidad de investigación e innovación del Complejo Asistencial Universitario de León, España.

**Introducción:** La supervivencia de pacientes diagnosticados con cáncer de pulmón (CP) depende de la extensión (cTNM) al tiempo del diagnóstico, en este contexto, las consultas de diagnóstico rápido (CDR) han emergido como herramientas clave para reducir los tiempos, optimizando los recursos y mejorando los resultados clínicos. El



|                                       |         | GLOBAL    |       | I-II       |       | III        |       | IV         |       |
|---------------------------------------|---------|-----------|-------|------------|-------|------------|-------|------------|-------|
|                                       |         | 2011      | 2023  | 2011       | 2023  | 2011       | 2023  | 2011       | 2023  |
|                                       |         | n 72      | n 137 | n 18       | n 34  | n 34       | n 30  | n 20       | n 73  |
| DEMORA PRIMERA CONSULTA               | Media   | 29,84     | 32,14 | 12,59      | 10,7  | 32,65      | 32,58 | 40,4       | 38,8  |
|                                       | Mediana | 15,15     | 19    | 0,5        | 4     | 15,5       | 15    | 31         | 31    |
|                                       | DE      | 37,66     | 30,51 | 23,9       | 9,1   | 41         | 35,5  | 36,38      | 30,11 |
|                                       | p valor | 0,6566    |       | 0,7503906  |       | 0,9942568  |       | 0,8586886  |       |
| DEMORA DE CONSULTA DIAGNÓSTICO RÁPIDO | Media   | 38,58     | 20,64 | 29,44      | 31,8  | 35,62      | 19,6  | 51,81      | 15,6  |
|                                       | Mediana | 27,5      | 11    | 27,5       | 19,5  | 20         | 12    | 39,5       | 8     |
|                                       | DE      | 43,6      | 26,59 | 29,5       | 32,2  | 47,77      | 26    | 45,7       | 22,36 |
|                                       | p valor | 0,0023185 |       | 0,7936006  |       | 0,10317    |       | 0,00279029 |       |
| DEMORA DE DIAGNOSTICO                 | Media   | 12,9      | 15,22 | 16,28      | 20,19 | 12,38      | 16,8  | 7,55       | 12,47 |
|                                       | Mediana | 7         | 12    | 13         | 15    | 7          | 14    | 7          | 9     |
|                                       | DE      | 14,07     | 11,2  | 14,5       | 19,22 | 15,65      | 16,9  | 9,36       | 8,76  |
|                                       | p valor | 0,2300167 |       | 0,421644   |       | 0,2935955  |       | 0,04802863 |       |
| DEMORA DE ESTADIFICACIÓN              | Media   | 14,5      | 12,5  | 18,28      | 17,22 | 15,65      | 14,07 | 9,15       | 7,5   |
|                                       | Mediana | 85        | 7     | 11,5       | 17    | 9          | 11,5  | 3,5        | 6     |
|                                       | DE      | 19,55     | 11,3  | 20,39      | 10,8  | 22,59      | 10,88 | 11,17      | 7,6   |
|                                       | p valor | 0,4262786 |       | 0,8393883  |       | 0,7203562  |       | 0,5411264  |       |
| DEMORA DE TRATAMIENTO                 | Media   | 24,85     | 22,93 | 40,71      | 34,9  | 20         | 25,4  | 18,84      | 15,5  |
|                                       | Mediana | 21,5      | 20    | 37         | 33    | 18         | 28,5  | 21         | 13    |
|                                       | DE      | 28,92     | 15,83 | 23,63      | 17,23 | 12,29      | 11,38 | 10,55      | 12,6  |
|                                       | p valor | 0,602355  |       | 0,3696842  |       | 0,08116025 |       | 0,2446825  |       |
| DEMORA REAL                           | Media   | 39,31     | 27,9  | 59,24      | 33,23 | 35,19      | 33,5  | 28,42      | 18,5  |
|                                       | Mediana | 30,5      | 21    | 64         | 32,5  | 29         | 28    | 26         | 21    |
|                                       | DE      | 28,92     | 15,7  | 34,5       | 20    | 27,49      | 15,92 | 14,93      | 10,54 |
|                                       | p valor | 0,0003041 |       | 0,00901411 |       | 0,7636022  |       | 0,1174553  |       |

Tabla 1. Comunicación 740. Comparación de demoras diagnósticas a nivel global y por subgrupos.

objetivo de este trabajo fue analizar las demoras diagnósticas de pacientes con sospecha de cáncer de pulmón derivados a una CDR, comparándolas con una cohorte histórica realizada en el mismo centro.

**Material y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y comparativo, se incluyeron pacientes diagnosticados de CP, tras ser remitidos a la CDR, de enero a diciembre del 2023; comparados con una cohorte histórica atendida en el mismo centro (abril 2010 a septiembre 2011). Se estudiaron las demoras de primera consulta (tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta médica); de CDR (desde primera consulta médica hasta la CDR); de diagnóstico (desde la CDR hasta la confirmación histológica); de estadificación (desde el diagnóstico histológico hasta el fin de la estadificación); de tratamiento (fin de estadificación hasta el inicio del tratamiento) y demora real (desde la fecha de la CDR hasta la estadificación). Para la comparación de las medias se utilizó la prueba t de Student, se consideró significativamente estadístico  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se remitieron 276 pacientes a la CDR. En 144 pacientes se estableció el diagnóstico de carcinoma broncogénico mediante confirmación histológica, siendo los hallazgos más frecuentes adenocarcinoma 66 (39%), carcinoma escamoso 38 (23%) y carcinoma microcítico 19 (11%). Los resultados de las demoras diagnósticas global y por estadios se describen en la tabla.

**Conclusiones:** Tras diez años de la implementación de una vía rápida de cáncer de pulmón en nuestro centro, hemos conseguido reducir las demoras diagnósticas. Los resultados de la demora real global y por subgrupos de la cohorte actual son similares a otras series publicadas recientemente, aunque aún no se alcanzan los objetivos según la estrategia nacional. Se debe incidir en estrategias de educación sanitaria para la detección precoz de cáncer de pulmón.

## 123. EL MANEJO DEL NÓDULO PULMONAR EN NUESTRO CENTRO

Belén Ramón Gallardo, Julio Fontoba Díaz  
y Carmen J. Castillo Aguilar

Hospital Regional Universitario, Málaga, España.

**Introducción:** El nódulo pulmonar como hallazgo incidental en la tomografía computarizada de tórax de alta resolución (TCAR) es

un desafío clínico habitual. Por tanto, su evaluación y seguimiento son esenciales a la hora de guiar la toma de decisiones. El objetivo de este estudio es evaluar el seguimiento de estos pacientes en nuestra teleconsulta.

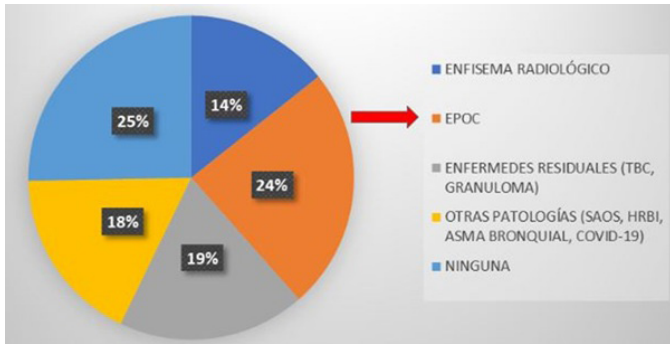
**Material y métodos:** Estudio descriptivo de 208 pacientes de la teleconsulta de nódulo pulmonar durante el año 2023. Se recogieron datos generales, características radiológicas del nódulo pulmonar, intervalos de seguimiento, resultado de PET, resultado de biopsias realizadas y motivo de alta de la teleconsulta.

| Características radiológicas del nódulo en TCAR inicial                                                                                       |                                                                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Tipo de nódulo                                                                                                                                | Sólido: 183 pacientes<br>Vidrio deslustrado: 14 pacientes<br>Parcialmente sólido: 11 pacientes                                                                   |
| Tamaño de nódulo                                                                                                                              | < 6 mm: 81 pacientes (39%)<br>6-8 mm: 84 pacientes (40,4%)<br>> 8 mm: 43 pacientes (20,6%)                                                                       |
| Número de nódulos                                                                                                                             | Único: 111 pacientes<br>2 nódulos: 32 pacientes<br>3 nódulos: 19 pacientes<br>4 nódulos: 10 pacientes                                                            |
| Localización nódulos                                                                                                                          | 5 o más nódulos: 36 pacientes<br>LSD: 46 pacientes<br>Múltiples: 47 pacientes<br>LID: 40 pacientes<br>LII: 37 pacientes<br>LSI: 28 pacientes<br>LM: 10 pacientes |
| LSD: lóbulo superior derecho; LID: lóbulo inferior derecho; LII: lóbulo inferior izquierdo; LSI: lóbulo superior izquierdo; LM: lóbulo medio. |                                                                                                                                                                  |

**Resultados:** El 55,3% eran varones. La edad media fue de  $64 \pm 3$  años, siendo el 40,9% exfumadores y el 35,1% fumadores, y el índice acumulado tabáquico medio de  $33 \pm 28$  paquetes/año. El 15,4% tenía antecedentes familiares de neoplasia de pulmón y el 13% antecedentes personales de neoplasia. Un 74,5% de pacientes tenía otra patología neumológica (fig.). Las características radiológicas en la TC de tórax inicial se recogen en la tabla. En el seguimiento se realizó tomografía con emisión de positrones (PET/TC) a 52 pacientes (25%) con 2 casos de alta probabilidad de malignidad, el 80% baja probabilidad. A nivel general, de los 208 pacientes: 52 casos completaron seguimiento según la guía de la Fleischner Society 2017; 5 pacientes no completaron los controles radiológicos por comorbilidades y longevidad; 10 pacientes fueron derivados a consulta de neoplasia pul-



monar. Se biopsiaron 7: 3 adenocarcinomas, 1 adenoescamoso, 1 tumor neuroendocrino (carcinoide atípico), 1 diagnóstico de metástasis de neoplasia primaria (carcinoma adenoide quístico de mandíbula) y 1 caso de tuberculosis. En 2 casos no se completó el proceso diagnóstico por decisión del paciente y un paciente de 86 años se trató con SBRT (radioterapia corporal estereotáctica) sin diagnóstico histológico; Al final del período, 17 se dieron de alta tras la desaparición del nódulo, 124 mantuvieron seguimiento.



**Conclusiones:** Un 35,1% de pacientes son fumadores. Se puede aprovechar esta situación clínica para derivar a consulta de deshabituación tabáquica. Una minoría de pacientes (4,8%) presenta cambios significativos en el nódulo pulmonar y es derivada a la consulta de neoplasia pulmonar. La guía Fleischner nos ha permitido un enfoque más sistemático y dar de alta a 52 pacientes (25%).

## 76. EVALUACIÓN DE LA CONCORDANCIA DE LA EXPRESIÓN PROGRAMMED DEATH LIGAND-1 (PD-L1) EN EL ESTUDIO DE BLOQUES CELULARES OBTENIDOS MEDIANTE EBUS-TBNA Y EL TEJIDO OBTENIDO MEDIANTE BIOPSIA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA (CPCNP)

Virginia Guevara Velázquez<sup>1</sup>, Rosa Cordovilla Pérez<sup>2</sup>, Miguel Iglesias Heras<sup>2</sup>, Lorena Bellido Hernández<sup>3</sup>, Marta Rodríguez González<sup>4</sup>, Marco López Zubizarreta<sup>1</sup> y Jesús Pinto Blázquez<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Complejo Asistencial de Ávila, España.

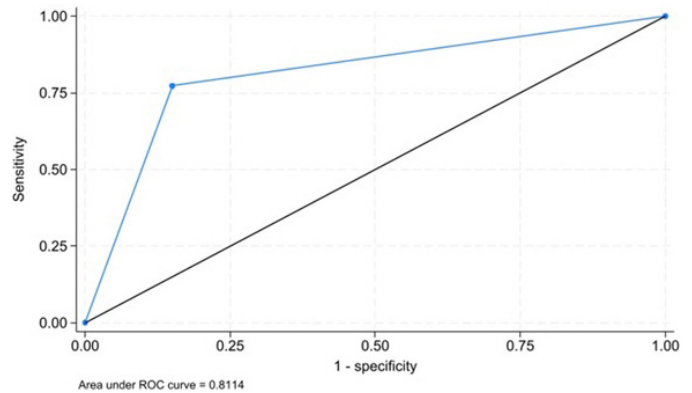
<sup>2</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Salamanca, España. <sup>3</sup>Servicio de Oncología, Hospital Universitario de Salamanca, España. <sup>4</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Salamanca, España. <sup>5</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España.

**Introducción:** El tratamiento de inducción con anticuerpos monoclonales consigue incrementar la supervivencia en pacientes con CPCNP cuyas células expresan PD-L1. Habitualmente dicha expresión se evalúa en muestras de tejido obtenido endoscópicamente o por técnicas quirúrgicas. En este estudio se evalúa la utilidad del estudio de bloques celulares obtenidos mediante punción transbronquial guiada por ecoendoscopia (EBUS-TBNA) para determinar la expresión de PD-L1 y su concordancia con el tejido obtenido mediante biopsia (*gold standard*).

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de una cohorte de 224 casos de CPCNP sometidos a EBUS-TBNA para estudio diagnóstico o de extensión. Se obtuvo bloque celular en ganglios linfáticos mediastínicos en 165 casos. En 64 casos de la serie completa, las muestras de EBUS-TBNA se pudieron comparar con biopsias obtenidas mediante endoscopia (58 casos) o cirugía (6 casos) y se calculó la sensibilidad, especificidad y razón de probabilidad positiva o negativas (LR+, LR-).

**Resultados:** Se encontró expresión PD-L1 en diferentes porcentajes en 125 casos. En 85 casos las muestras fueron negativas y en 14 no valorables. En la comparación con el *gold standard* los valores de sensibilidad y especificidad de la prueba fueron 77,27% y 85%, respectivamente. La LR+ fue 5,15 y la LR- 0,27. El área ROC calculada fue 0,81 (IC95% 0,69-0,89).

| Biopsia  | EBUS-TBNA |          | Total |
|----------|-----------|----------|-------|
|          | Positivo  | Negativo |       |
| Positivo | 34        | 10       | 44    |
| Negativo | 3         | 17       | 20    |
| Total    | 37        | 27       | 64    |



Curva ROC.

| BIOPSIA/CIRUGÍA | EBUS-TBNA |          | TOTAL |
|-----------------|-----------|----------|-------|
|                 | Positivo  | Negativo |       |
| Positivo        | 34        | 10       | 44    |
| Negativo        | 3         | 17       | 20    |
| TOTAL           | 37        | 27       | 64    |

**Conclusiones:** La determinación de la expresión PD-L1 en el bloque celular obtenido mediante EBUS-TBNA tiene una correlación buena con el estudio en tejido tumoral. La obtención de expresión PD-L1 en bloque celular permitiría indicar tratamiento con anticuerpos monoclonales sin necesidad de confirmar el resultado en tejido tumoral.

## 195. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL MESOTELIOMA MALIGNO EN NUESTRO CENTRO: SERIE DE CASOS

Patricia Druet Toquero, Juan José Ruiz Cubillán, Javier Zuazaga Fuentes, José Javier Jiménez Velasco, Pedro Argos Vélez, Claudia Poo Fernández, Juan de la Cruz Madrid González, Ane Uriarte Pérez, Roberto Mons Lera, José Javier Gómez Román y José Manuel Cifrián Martínez

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España.

**Introducción:** El mesotelioma maligno pleural (MMP) es un tumor raro que afecta a las células mesoteliales de la pleura y está relacionado con la exposición al asbesto. El diagnóstico suele realizarse en fases avanzadas, siendo en la mayoría de los casos irresecable, lo que implica un mal pronóstico. El objetivo del estudio es describir las características demográficas, clínicas, radiológicas y patológicas de pacientes diagnosticados con MMP en nuestro centro.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo en el que se han incluido todos los pacientes con mesotelioma en el Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Para el análisis estadístico se ha empleado el programa SPSS Statistics 20.

**Resultados:** Se incluyeron 38 pacientes con MMP diagnosticados entre 2016 y 2021. 30 (78,9%) eran hombres con una media de edad al diagnóstico de 71 (+ 10,12) años. 25 (65,8%) pacientes tenían historia de tabaquismo, 22 (57,8%) desempeñaban trabajos con posible exposición al asbesto, aunque solo 14 (36,8%) referían contacto. Los síntomas iniciales más frecuentes fueron disnea en 22 (57,9%) casos, y dolor torácico en 13 (34,2%). En la tomografía computarizada (TC) de tórax, 31 (81,6%) pacientes presentaron derrame pleural y 30 (78,9%) engrosamiento pleural. El procedimiento diagnóstico más frecuente fue la cirugía videotoracoscópica (VATS) en 15 (39,4%) pacientes y la biopsia por punción con aguja gruesa (BAG) guiada por ecografía en 7 (18,4%). Menos frecuentes fueron la toracoscopia médica, la biopsia pleural abierta, la BAG guiada por TC y la ecobroncoscopia lineal (EBUS). El diagnóstico más común fue mesotelioma difuso epitelial en 25 (65,8%) pacientes, seguido por sarcomatoide en 5 (13,2%) y bifásico en 2 (5,3%). Dentro del mesotelioma epitelial, el patrón más frecuente fue el tubulopapilar en 9 (23,7%) pacientes. En 4 (10,6%) casos no se alcanzó un diagnóstico. 20 (52,6%) pacientes recibieron quimioterapia con carboplatino-pemetrexed, 2 (5,3%) quimioterapia y radioterapia, y 16 (42,1%) fueron remitidos a cuidados paliativos. En el momento del estudio, 36 (94,7%) pacientes habían fallecido y 2 (5,3%) seguían vivos.

**Conclusiones:** El MMP es una entidad poco frecuente con un pronóstico desfavorable. En nuestro centro, 38 pacientes fueron diagnosticados en 6 años, todos en fase avanzada de la enfermedad y la mayoría debutando con derrame pleural. Debido a la irrecesibilidad de la enfermedad, gran parte de los pacientes recibieron tratamiento con quimioterapia, mientras que el resto fue manejado de forma sintomática.

#### 443. EXPERIENCIA DIAGNÓSTICA EN CONSULTA ESPECIALIZADA DE NEUMOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TOLEDO: TIEMPO DESDE EL PRIMER CONTACTO HASTA LA RESOLUCIÓN DEL CASO

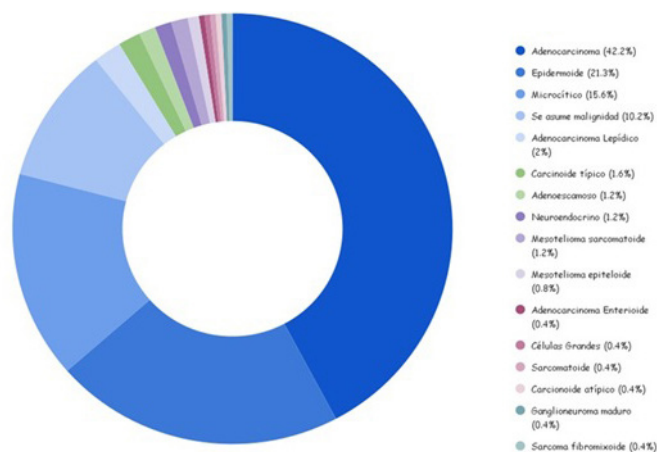
Rafael Sánchez Baillo<sup>1</sup>, Juan Andrés Abad Gómez<sup>1</sup>, Miguel Ángel Bayas Cajape<sup>1</sup>, Ana Díaz-Cordovés Menéndez<sup>1</sup>, Julio Israel Merino Oviedo<sup>1</sup>, Sergio Carrasco Oliva<sup>1</sup>, Carlos José Folgado López<sup>1</sup> y Fátima Moreno Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario Toledo, España. <sup>2</sup>Complejo Hospitalario Universitario Torrecárdenas, Almería, España.

**Introducción:** El manejo de lesiones pulmonares sugestivas de malignidad en consulta especializada es un desafío clínico con impacto en el pronóstico oncológico. La evaluación eficiente mejora resultados clínicos y optimiza los recursos sanitarios, reduciendo la incertidumbre en los pacientes. El estudio analiza el tiempo transcurrido entre el primer contacto con la consulta especializada de neumología con protocolo adaptado a nuestro centro y la resolución del caso, definida como presentación en el comité de tumores torácicos o decisión final del neumólogo responsable. Se incluyeron exclusivamente pacientes con diagnóstico confirmado de malignidad, con el objetivo de evaluar la eficiencia diagnóstica de la consulta durante un periodo de 15 meses.

**Material y métodos:** Análisis descriptivo retrospectivo entre julio 2023 y noviembre 2024. De 548 pacientes referidos por sospecha de patología tumoral, se incluyeron 273 con diagnóstico confirmado de malignidad. Se excluyeron pacientes en seguimiento activo, patología benigna, rechazo diagnóstico, diagnóstico completo previo o pérdida seguimiento. El tiempo de resolución se analizó según estadio tumoral para los 244 casos de malignidad de origen pulmonar, incluyendo prevalencia de tipos histológicos. Análisis realizado con el software SPSS versión 30,0. Las medias se expresaron con intervalos de confianza (IC95%).

**Resultados:** La población analizada presentó un tiempo medio de resolución de 24,12 días (IC95% 22,80-25,44). En los casos de malignidad pulmonar, el tiempo medio fue de 22,81 días (IC95% 21,54-24,08). Los tipos tumorales más frecuentes fueron: adenocarcinoma (42,2%), carcinoma epidermoide (21,3%) y carcinoma microcítico (15,6%). Los estadios iniciales muestran tiempos de resolución superiores a los avanzados, pudiendo atribuirse a mayor complejidad del abordaje inicial. Las variables demográficas y la distribución de los tipos tumorales se presentan en la tabla 1; mientras que los tiempos por estadio están resumidos en la tabla 2.



|                      |                          |
|----------------------|--------------------------|
| Edad media           | 67.76 años (±10.47 años) |
| Rango edad           | 23 - 88 años             |
| Hombres              | 73.3% (n = 200)          |
| Mujeres              | 26.7% (n = 73)           |
| Porcentaje fumadores | 90%                      |

Tabla 1. Variables demográficas y tipos tumorales

| Estadio | Nº Pacientes | Tiempo resolución | Subestadio | Nº Pacientes | Tiempo resolución |
|---------|--------------|-------------------|------------|--------------|-------------------|
| I       | 56           | 27 d              | IA         | 40           | 29.25 d           |
|         |              |                   | IB         | 16           | 21.37 d           |
| II      | 26           | 21.88 d           | IIA        | 2            | 29.5 d            |
|         |              |                   | IIB        | 24           | 21.25 d           |
| III     | 52           | 27.25 d           | IIIA       | 24           | 37.13 d           |
|         |              |                   | IIIB       | 22           | 19.41 d           |
|         |              |                   | IIIC       | 6            | 16.5 d            |
| IV      | 109          | 18.53 d           | IVa        | 26           | 25.42 d           |
|         |              |                   | IVb        | 83           | 16.37 d           |

Tabla 2. Tiempo resolución por estadio

**Conclusiones:** La consulta especializada de neumología con un protocolo adaptado demuestra una adecuada eficiencia diagnóstica, con un tiempo medio de resolución para patologías malignas pulmonares de 22,81 días, dentro de los estándares europeos recomendados (21-30 días). Sin embargo, se identificaron diferencias según estadio tumoral, con mayor demora en estadios tempranos. Estos hallazgos resaltan la necesidad de optimizar procesos asistenciales para continuar mejorando los tiempos diagnósticos y el pronóstico clínico de los pacientes.

## 69. FACTORES DETERMINANTES DE LA EXPRESIÓN DE PD-L1 EN LAS MUESTRAS OBTENIDAS MEDIANTE ECOBRONCOSCOPÍA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA

Virginia Guevara Velázquez<sup>1</sup>, Rosa Cordovilla Pérez<sup>2</sup>, Miguel Iglesias Heras<sup>2</sup>, Lorena Bellido Hernández<sup>3</sup>, Marta Rodríguez González<sup>4</sup>, Marco López Zubizarreta<sup>1</sup> y Jesús Pinto Blázquez<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Complejo Asistencial de Ávila, España.

<sup>2</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Salamanca, España. <sup>3</sup>Servicio de Oncología, Hospital Universitario de Salamanca, España. <sup>4</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario de Salamanca, España. <sup>5</sup>Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Virgen de la Concha, Zamora, España.

**Introducción:** La expresión de PD-L1 en el cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) es vital para la toma de decisiones terapéuticas. Sin embargo, hay mucha variabilidad en la utilidad de la punción transbronquial guiada por ecobroncoscopia (PTB-EBUS) para su análisis.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo, multidisciplinar y multicéntrico en el que se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de CPCNP mediante PTB-EBUS en un periodo de dos años en la Unidad de Neumología Intervencionista. Se analizó mediante análisis univariante, multivariante y regresión logística la influencia de factores sociodemográficos, del procedimiento y del tumor en la expresión y el grado de expresión de PD-L1 en el bloque celular.

|                          | Positivo                                                | Negativo                                                | Sig.  |
|--------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|
| Provincia                |                                                         |                                                         | 0,472 |
| Sexo                     | H68 M17                                                 | H103 M22                                                | 0,661 |
| Edad                     | 68,29                                                   | 66,29                                                   | 0,137 |
| Tabaquismo               | Fumador 33<br>No fumador 9<br>Exfumador 83              | Fumador 33<br>No fumador 6<br>Exfumador 46              | 0,155 |
| Aguja                    | 22G 66<br>21G 19                                        | 22G 105<br>21G 20                                       | 0,245 |
| ROSE                     | No 87<br>Si 38                                          | No 62<br>Si 23                                          | 0,601 |
| Kit                      | 28.8 23<br>22C3 102                                     | 28.8 19<br>22C3 66                                      | 0,482 |
| Tiempo (mediana en días) | 13                                                      | 15                                                      | 0,036 |
| Muestra                  | Adenopatía 92<br>Tumor 32<br>Metástasis 1               | Adenopatía 64<br>Tumor 18<br>Metástasis 3               | 0,299 |
| SUV                      | 13,76                                                   | 12,55                                                   | 0,495 |
| Tamaño                   | 22,24                                                   | 24,15                                                   | 0,265 |
| Lado                     | Derecho 79<br>Izquierdo 46                              | Derecho 67<br>Izquierdo 18                              | 0,016 |
| Tipo histológico         | Adenocarcinoma 76<br>Ca.escamoso 40<br>Indiferenciado 9 | Adenocarcinoma 54<br>Ca.escamoso 22<br>Indiferenciado 9 | 0,502 |
| Estadio                  |                                                         |                                                         | 0,618 |

Factores que influyen en la expresión de PD-L1.

**Resultados:** Se incluyeron 210 pacientes con diagnóstico de CPCNP. El 59,5% (125 pacientes) expresaban PD-L1, de los cuales, el 72% tenían baja expresión y el 28% alta. La mediana de tiempo desde que se recoge la muestra hasta que se analiza el PD-L1 es significativamente mayor en las muestras negativas (15 vs. 13 días) y los tumores localizados en el lado derecho expresan con más frecuencia PD-L1 que los del lado izquierdo. Los pacientes con alta expresión de PD-L1

tienen una media de edad más alta (69,4 vs. 64,8 años), mientras que las muestras con baja expresión tienen una captación SUV significativamente inferior en la PET-TAC (11,5 vs. 18,9). En el análisis multivariante, se observa que a menor edad hay significativamente más probabilidades de expresar PD-L1 y que en los pacientes exfumadores de menor edad esta probabilidad aumenta 2 veces. Respecto al grado de expresión de PD-L1, se observa que a mayor edad aumenta el grado de expresión, siendo 1,3 veces más probable que la expresión sea alta si la captación SUV es mayor. Cuando se incluyen las variables diagnóstica y estadio se observa que a menor tamaño de la zona puncionada la expresión sería más alta. Al realizar una regresión logística se confirma que el lado del tumor y la captación SUV influyen en la expresión y grado de expresión, respectivamente.

|                  | Débil                                                   | Fuerte                                                 | Sig.  |
|------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------|
| Provincia        |                                                         |                                                        | 0,119 |
| Sexo             | H74 M16                                                 | H29 M6                                                 | 0,933 |
| Edad             | 65,06                                                   | 69,46                                                  | 0,025 |
| Tabaquismo       | Fumador 23<br>No fumador 2<br>Exfumador 60              | Fumador 10<br>No fumador 2<br>Exfumador 23             | 0,887 |
| Aguja            | 22G 79<br>21G 11                                        | 22G 26<br>21G 9                                        | 0,065 |
| ROSE             | No 63<br>Si 27                                          | No 24<br>Si 11                                         | 0,876 |
| Kit              | 28.8 16<br>22C3 74                                      | 28.8 7<br>22C3 28                                      | 0,773 |
| Tiempo (días)    | 91                                                      | 35                                                     | 0,494 |
| Muestra          | Adenopatía 67<br>Tumor 22<br>Metástasis 1               | Adenopatía 25<br>Tumor 10<br>Metástasis 0              | 0,745 |
| SUV              | 11,5                                                    | 18,9                                                   | 0,001 |
| Tamaño           | 19,02                                                   | 16,40                                                  | 0,182 |
| Lado             | Derecho 54<br>Izquierdo 36                              | Derecho 25<br>Izquierdo 10                             | 0,234 |
| Tipo histológico | Adenocarcinoma 53<br>Ca.escamoso 32<br>Indiferenciado 5 | Adenocarcinoma 23<br>Ca.escamoso 8<br>Indiferenciado 4 | 0,591 |
| Estadio          |                                                         |                                                        | 0,228 |

Factores que influyen en el grado de expresión de PD-L1.

**Conclusiones:** 1. El lado del tumor, el tiempo de análisis de la muestra, la edad y el tabaquismo influyen en la expresión de PD-L1 de las muestras de CPCNP obtenidas por EBUS. 2. La edad y el SUV en la PET-TC influyen en el grado de expresión de PD-L1. 3. El factor que influye con más fuerza en la expresión de PD-L1 es el lado derecho del tumor, y en el grado de expresión la captación SUV en la PET-TC.

## 242. IMPACTO DEL COMITÉ MULTIDISCIPLINARIO EN LA OPTIMIZACIÓN DEL MANEJO DEL CÁNCER DE PULMÓN

**María de las Mercedes Carrasco Sánchez**, Eduardo Solís García, Tania Yudit Ramírez Torres, Javier Carrillo Hernández-Rubio, Anna Rebeca Hernández González, Estefanía Llopis Pastor, Alejandro Velastegui Ordóñez, José Zapatero Ortuño, Ignacio Muguruza Trueba, Sara Isabel Vicente Antunes, Bairon Alfonso Paz Fernández y Mercedes García-Salmones Martín  
Hospital Universitario Rey Juan Carlos, Madrid, España.

**Introducción:** El cáncer de pulmón, principal causa de mortalidad oncológica a nivel mundial, supone un reto frecuente en la consulta de neumología por su complejidad diagnóstica y terapéutica.



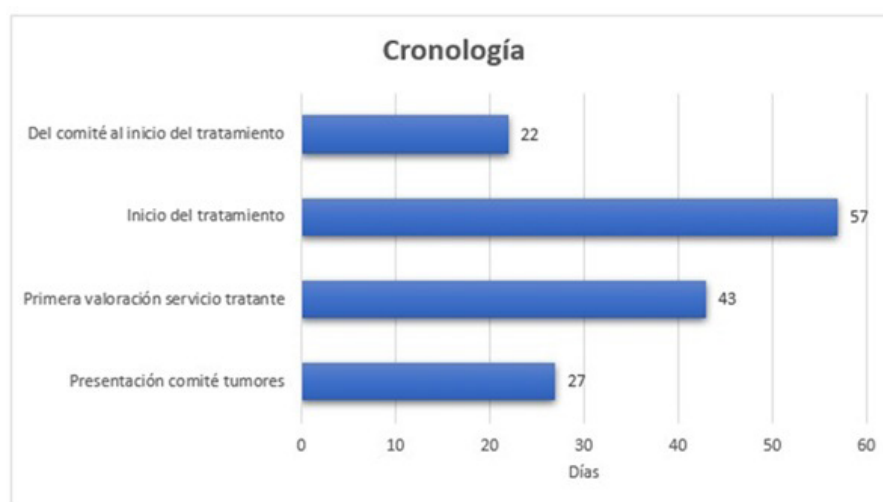


Figura 1. Comunicación 242.

Los comités multidisciplinares son clave para optimizar el diagnóstico y los resultados clínicos de esta entidad. Este estudio tiene como objetivo analizar las características clínicas de los pacientes presentados en el comité de tórax de nuestro hospital, incidiendo en los tiempos de demora diagnóstica y terapéutica.

**Material y métodos:** A continuación, se expone un estudio retrospectivo y descriptivo que incluyó a pacientes remitidos por neumología al comité de tumores torácicos del Hospital Universitario Rey Juan Carlos entre junio de 2023 y junio de 2024. Se revisaron las historias clínicas de 157 pacientes, excluyendo aquellos remitidos desde otros servicios, aquellos que no presentaban confirmación histológica de malignidad, los que fallecieron antes de iniciar el tratamiento y quienes recibieron tratamiento en otros centros.

**Resultados:** Tras aplicar los criterios de exclusión, se obtuvo una muestra final de 71 pacientes. De ellos, el 50,7% eran hombres, con una edad media de 70 años. El 45% eran fumadores activos y el 33,8% presentaban diagnóstico previo de EPOC. La mayoría de los casos fueron derivados desde atención primaria (22,5%) y urgencias (22,5%), mientras que un 7% pertenecía al programa DEPRECAP. El 90% de los pacientes fueron evaluados de forma ambulatoria, realizándose las pruebas diagnósticas que figuran en la tabla. Los tipos histológicos más frecuentes fueron adenocarcinoma (36%), carcinoma epidermoide (22%) y microcítico (14%). Según la clasificación TNM (8.ª edición), los estadios más comunes fueron IA (22%), de los cuales el 19% provenían del programa DEPRECAP; IIIA (14%) y IVA (12,7%). A partir de la fecha de la primera valoración en consulta, se analizaron los tiempos hasta la toma de decisiones en el comité, considerando este factor como indicador clave del rendimiento del circuito asistencial (fig.). Tras la decisión multidisciplinar, se indicó derivación a oncología médica + radioterapia (33,8%), cirugía (22,5%), oncología médica (19,7%), radioterapia (15,5%).

|                       | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Broncoscopia flexible | 5          | 7          |
| CrioEBUS              | 1          | 1,4        |
| EBUS                  | 23         | 32,4       |
| BAG pulmonar          | 23         | 32,4       |
| BAG extrapulmonar     | 10         | 14,1       |
| Biopsia pleural       | 1          | 1,4        |
| Biopsia quirúrgica    | 6          | 8,5        |
| Criobiopsia pulmonar  | 2          | 2,8        |
| Total                 | 71         | 100        |

**Conclusiones:** En nuestro centro existe una demora menor de un mes desde la primera valoración en consulta hasta la decisión tera-

péutica en el comité multidisciplinar. La media del inicio del tratamiento desde la sospecha diagnóstica es inferior a dos meses.

#### 410. INFLUENCIA DE LA LOCALIZACIÓN DEL TUMOR EN EL ENFISEMA EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO AVANZADO TRATADO CON INMUNOTERAPIA

**Carlos Idoate Doménech**<sup>1</sup>, Pablo Antonio Sánchez Salcedo<sup>1</sup>, Hugo Arasanz Esteban<sup>2</sup>, Andrea Ortega Picón<sup>1</sup>, Ignacio Antonio Martínez Adán<sup>1</sup>, José Antonio Cascante Rodrigo<sup>1</sup>, Begoña Fernández Infante<sup>1</sup>, Idoia Pascal Martínez<sup>1</sup>, Sergio Curi Chércoles<sup>1</sup>, Amaia Atenea Iridoy Zulet<sup>1</sup>, María Aránzazu Sistiaga Lopetegui<sup>1</sup> y Pilar Cebollero Rivas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España. <sup>2</sup>Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

**Introducción:** En la literatura se postula que el enfisema favorece el efecto de la inmunoterapia (IT) en el tratamiento de los pacientes afectos de carcinoma pulmonar no microcítico (NSCLC) avanzado a través mecanismos poco claros, pero similares a los que explican el beneficio de la IT en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Sin embargo, no se conoce bien si la localización del tumor en el área enfisematosa puede influir en el pronóstico.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional de cohorte retrospectiva de pacientes diagnosticados de NSCLC en nuestro centro, entre 2018 y 2024. Todos eran estadio  $\geq$  IIIa y habían recibido IT  $\pm$  tratamiento sistémico. Se recogieron variables demográficas, radiológicas (presencia de enfisema en tomografía (TC), localización del tumor con respecto al enfisema), espirométricas y de supervivencia global (OS) y libre de progresión (PFS) tras el diagnóstico. Se analizó si la presencia de tumor en un área enfisematosa influía en la supervivencia mediante un análisis de regresión de Cox.

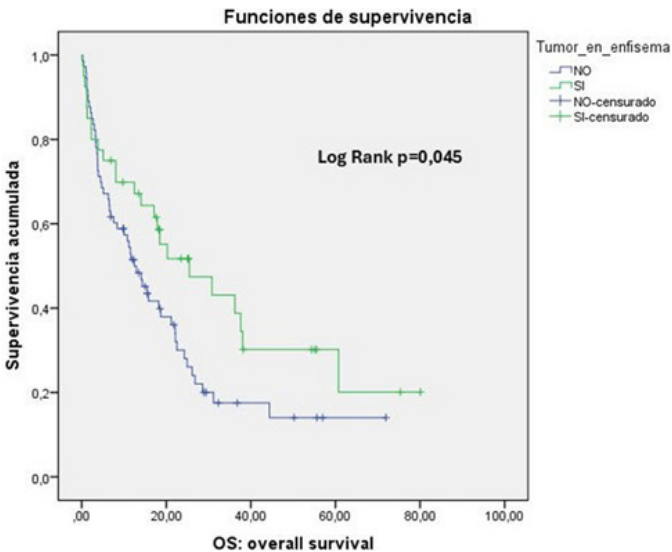
**Resultados:** Se incluyeron 113 pacientes (tabla), con una edad media de  $66 \pm 9$  años, la mayoría varones (73%), exfumadores (56%), con buena situación funcional (ECOG 1-2, 83%). Un 69% padecía EPOC (GOLD 1/2/3/4: 29%/65%/6%/0%) y un 58% enfisema por TC. La mayoría de los tumores fueron de origen escamoso (74%), y el estadio IV fue el más frecuente (89%). Pembrolizumab fue la IT más empleada (92%). Setenta y ocho (69%) pacientes fallecieron. El PFS y OS fue de  $9,6 \pm 12,4$  meses y  $17,6 \pm 17,5$  meses, respectivamente. Entre los pacientes con enfisema, la mayoría de los tumores (62%) se encontraban embe-

bidos dentro de un área enfisematosa. Al comparar la supervivencia entre los pacientes con el tumor en un área enfisematosa y los que no, los primeros mostraron una OS más larga (22,4 ± 21,0 vs. 14,9 ± 14,6, respectivamente,  $p = 0,048$ ). No hubo diferencias en PFS. En un análisis de regresión de Cox para predecir mortalidad (univariante), la localización del tumor en enfisema mostró un efecto protector: HR 0,61, IC95% 0,38-0,99,  $p = 0,047$ . Al analizar supervivencia en curvas de Kaplan-Meier, los pacientes con tumor en enfisema mostraron mayor supervivencia (log-rank 0,045) (fig.).

Tabla 1. Características basales de la población estudiada

| Variable                     | Valor     |
|------------------------------|-----------|
| Edad                         | 66±9      |
| Hombres, %                   | 73        |
| Fumadores activos, %         | 44        |
| IPA                          | 41±22     |
| ECOG 1-2, %                  | 83        |
| FVC%pred                     | 94±18     |
| FEV1%pred                    | 78±18     |
| FEV1/FVC                     | 65±11     |
| EPOC, %                      | 69        |
| GOLD 1/2/3/4, %              | 29/65/6/0 |
| DLCOc%pred                   | 74±18     |
| Enfisema, %                  | 58        |
| Enfisema centrolobulillar, % | 25        |
| Enfisema paraseptal, %       | 23        |
| Enfisema mixto, %            | 52        |
| Carcinoma escamoso, %        | 74        |
| No escamoso, %               | 26        |
| Tumor en enfisema, %         | 62        |

IPA; Índice paq-año acumulados, EPOC; Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ECOG; Eastern Cooperative Oncology Group, FVC; Capacidad vital forzada, FEV1; Volumen espiratorio forzado en 1er segundo, DLCOc; Capacidad de difusión del monóxido de carbono corregida por hemoglobina.



Comparación de supervivencia según presencia de tumor en enfisema.

**Conclusiones:** La presencia de tumor en un área enfisematosa, parece ofrecer un mejor pronóstico (mayor OS) en pacientes con NS-CLC avanzado, tratados con IT.

**5. LA ESTADIFICACIÓN MEDIASTÍNICA SISTEMÁTICA COMPARADA CON LA ESTADIFICACIÓN MEDIASTÍNICA DIRIGIDA DEL CARCINOMA PULMONAR NO CÉLULA PEQUEÑA MEDIANTE ULTRASONOGRAFÍA ENDOBRONQUIAL CON PUNCIÓN ASPIRATIVA TRANSBRONQUIAL**

**Víctor Leonardo Fajardo Fernández,** José Sanz Santos, Efraín de Jesús Reyes Galván, Bienvenido Barreiro López, Lluís Esteban Tejero, María Emilia Vallejo Garzón, Ramón Rami Porta, Sergi Call Caja, Carme Obiols Fornell, Mireia Serra Mitjans, Juan Manuel Ochoa Alba, Mireia Martínez Palau y Bruno García Cabo

Hospital Universitario Mutua Terrassa, España.

**Introducción:** Las actuales guías de estadificación mediastínica del carcinoma pulmonar no célula pequeña (CPNCP), recomiendan las técnicas mínimamente invasivas (como la ultrasonografía endobronquial con punción aspirativa (USEB-PATB)) como primera opción en la estadificación invasiva. En algunos centros la estrategia diagnóstica consiste en puncionar únicamente los ganglios patológicos en la tomografía por emisión de positrones con tomografía computarizada (PET/TC). El objetivo de nuestro estudio fue comparar dos estrategias de estadificación ganglionar mediastínica del CPNCP a través de la USEB-PATB: la estadificación sistemática (toma de muestras de las estaciones paratraqueales bajas y subcarinal a pesar de los hallazgos del PET/TC) con la estadificación dirigida (toma de muestra de las estaciones patológicas en PET/TC).

**Material y métodos:** Se trata de una revisión retrospectiva de una base de datos construida prospectivamente. Todos los pacientes con CPNCP con afectación mediastínica N2 en el PET/TC fueron sometidos a una estadificación sistemática. Los resultados de la misma se compararon con los hallazgos de una hipotética estadificación dirigida.

**Resultados:** Desde enero de 2020 a julio de 2024 se incluyeron 80 pacientes (tabla) con enfermedad N2 en el PET/TC de los cuales 55 presentaban afectación N2 uni estación (N2a) y 25 afectación N2 multi estación (N2b) (fig.). De los 55 casos N2a, la USEB-PATB sistemática diagnosticó 2 casos de N3, 5 casos de N2b y 38 casos de N2a. En 10 pacientes la USEB-PATB no mostró afectación mediastínica (N0/1) y se sometieron a linfadenectomía transcervical (VAMLA) que mostró N2a en 2 pacientes. De los 25 pacientes con N2b, la USEB-PATB sistemática diagnosticó 2 casos de N3 y 14 casos de N2 (8 casos N2b y 6 casos N2a). En 9 casos la USEB-PATB mostró enfermedad N0/1 y se sometieron a VAMLA que demostró N2 en 3 casos. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo, valor predictivo positivo y rendimiento diagnóstico de la estadificación mediastínica sistemática mediante USEB-PATB fue de 93,8%, 100%, 73,6%, 100% y 93,7% respectivamente. La estadificación sistemática aportó información clínica relevante en un 11,2% de casos (4 casos de afectación N3 y 5 casos de afectación N2b con PET/TC N2a) que en la estadificación dirigida habrían pasado desapercibidos.

| Características de los pacientes |                                                                                                                                                                           |
|----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sexo                             | Hombre 61 (76,25%)<br>Mujer 19 (23,75%)                                                                                                                                   |
| Fumador                          | No 9 (11,25%)<br>Sí 40 (50%)<br>Exfumador 29 (36,25%)<br>No conocido 2 (2,5%)                                                                                             |
| Histología                       | Escamoso 30 (37,5%)<br>Adenocarcinoma 27 (33,75%)<br>Célula grande 2 (2,5%)<br>Indiferenciado 13 (16,25%)<br>Célula pequeña 7 (8,75%)<br>Otros (neuroendocrino) 1 (1,25%) |
| Localización                     | Hiliar derecha 0<br>LSD 32 (40%)<br>LM 6 (7,5%)<br>LID 19 (23,75%)<br>LSI 14 (17,5%)<br>LII 7 (8,75%)<br>Hiliar izquierda 2 (2,5%)                                        |

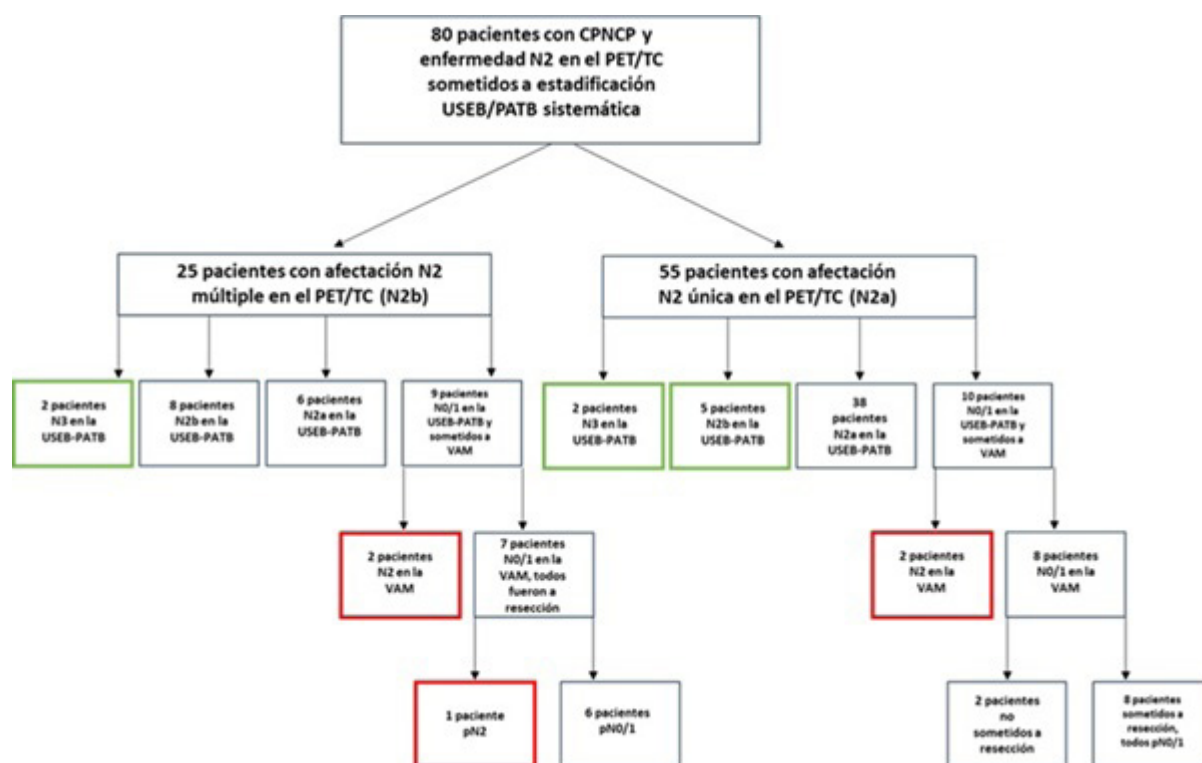


Figura 1. Comunicación 5 Diagrama de flujo de pacientes. Los recuadros verdes muestran los casos en los que la estadificación USEB-PATB sistemática mostró una mayor extensión de la enfermedad mediastínica respecto a la estadificación USEB-PATB dirigida. Los recuadros rojos corresponden a falsos negativos de la USEB-PATB.

**Conclusiones:** La estadificación mediastínica sistemática mediante USEB-PATB es preferible respecto a estadificaciones dirigidas, basadas en los hallazgos del PET/TC.

#### 434. PERFIL DE EXPRESIÓN DIFERENCIAL DE MIRNAS EN LA ESTIMACIÓN DEL RIESGO DE CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO DE PACIENTES INCLUIDOS EN UN PROGRAMA DE CRIBADO

Paula Villaverde Rebenaque<sup>1</sup>, Raquel Casitas Mateo<sup>1</sup>, Ana Arauzo Cabrera<sup>2</sup>, Olga Pernía<sup>2</sup>, Olga Vera<sup>2</sup>, Raúl Galera Martínez<sup>1</sup>, Elisabet Martínez Cerón<sup>1</sup> y Francisco García Río<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario La Paz, Madrid, España. <sup>2</sup>INGEMM, IdiPAZ, Madrid, España.

**Introducción:** Evaluar la capacidad discriminativa de la expresión diferencial de diferentes miRNAs para estimar el riesgo de cáncer de pulmón no microcítico.

**Material y métodos:** De los pacientes incluidos en el programa de cribado de cáncer de pulmón de nuestro centro, se seleccionaron aquellos en los que se estableció un diagnóstico final de cáncer. Como grupo control, se reclutaron 10 pacientes del programa de cribado, sin evidencia final de cáncer y homogéneos en sexo, edad, tabaquismo y FEV<sub>1</sub>. Se extrajo el ARN de muestras de exudado bucoepitelial obtenido con torundas por el método de tiocianato de guanidina. Se realizó retrotranscripción inversa de los miRNAs con el kit "TaqMan Advanced miRNA assays for tissue samples" (A28007, Applied Biosystems), empleando el termociclador Eppendorf Mastercycler Nexus Gradient Thermal Cyclers. Una vez finalizada la retrotranscripción, se cuantificaron mediante qRT-PCR los niveles de expresión del miR-55745, miR-124, miR-21-3p, miR-9-3p, miR-323b-3p, miR-323a-3p y miR-1269a a través del programa StepOnePlus.

**Resultados:** En la totalidad de la muestra evaluada, predominaban los varones (59%), de edad media (64 ± 6 años), exfumadores

(60%), con limitación al flujo aéreo (58%). Sin presentar diferencias significativas entre los subgrupos con y sin cáncer de pulmón. De los miRNAs explorados, en los pacientes con cáncer, se evidenció una mayor expresión diferencial del miR-55745 (0,055 [0,002-0,108] vs. 0,040 [0,010-0,155],  $p = 0,022$ ) y menores expresiones del miR-124 (0,088 [0,044-0,131] vs. 0,205 [0,096-0,443],  $p = 0,037$ ) y miR-323b-3p (0,00 [0,00-0,001] vs. 0,002 [0,00-0,006],  $p < 0,001$ ). La expresión del miR-323b-3p no se relacionó con las características antropométricas, tabaquismo, clínicas, funcionales o morfológicas de los pacientes, y la reducción de su expresión se asoció independientemente con un mayor riesgo de cáncer, tanto en el análisis combinado de los tres miRNAs (OR 94, IC95% 2-3601,  $p = 0,014$ ), como ajustado por paquetes x año y FEV<sub>1</sub> (OR 92, IC95% 2-3518).

**Conclusiones:** El miRNA 323b-3p podría ser un biomarcador útil en la estimación de riesgo de cáncer de pulmón de pacientes incluidos en un programa de cribado, aunque requiere su validación en cohortes externas.

#### 924. PROBABILIDAD DE MALIGNIDAD DE LOS NÓDULOS PULMONARES INCIDENTALES SEGÚN LA "MAYO LUNG CALCULATOR" Y DIVERSOS BIOMARCADORES DE CÁNCER DE PULMÓN

Javier Romero López<sup>1</sup>, Alberto González Hernández<sup>1</sup>, Estefanía Vélez Menis<sup>2</sup>, Jesús Lancha Domínguez<sup>3</sup>, Luis Alejandro Padrón Frayssé<sup>3</sup> y Antonio Pereira Vega<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España. <sup>2</sup>Servicio de Neumología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Fundación Andaluza Beturia para la Investigación, Huelva, España. <sup>3</sup>Servicio de Neumología, Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva, España.

**Introducción:** El cáncer de pulmón (CP) se puede manifestar como un nódulo pulmonar (NP). Estudiar la probabilidad de malignidad de los NP es importante porque la actitud clínica es diferente.



TABLA 1.- Descripción general de la muestra

|                  |                | N   | % - Media (dt) |
|------------------|----------------|-----|----------------|
| Sexo             | Mujer          | 79  | 64,2%          |
|                  | Hombre         | 44  | 35,8%          |
| Edad             |                | 123 | 66,30 (11,78)  |
| MLC Probabilidad | <20%           | 60  | 50,0%          |
|                  | 20-70%         | 20  | 16,7%          |
|                  | >70%           | 40  | 33,3%          |
| Sumatorio BM     | 0              | 37  | 30,1%          |
|                  | 1              | 50  | 40,7%          |
|                  | 2              | 26  | 21,1%          |
|                  | 3              | 8   | 6,5%           |
|                  | 4              | 2   | 1,6%           |
| CEA              | Valor Alterado | 32  | 26,0%          |
|                  | Normalidad     | 91  | 74,0%          |
| SCC Antígeno     | Valor Alterado | 25  | 20,3%          |
|                  | Normalidad     | 98  | 79,7%          |
| CA15.3           | Valor Alterado | 12  | 9,8%           |
|                  | Normalidad     | 111 | 90,2%          |
| Cyfra21.1        | Valor Alterado | 27  | 22,0%          |
|                  | Normalidad     | 96  | 78,0%          |
| NSE              | Valor Alterado | 35  | 28,5%          |
|                  | Normalidad     | 88  | 71,5%          |
| PGRP             | Valor Alterado | 3   | 2,4%           |
|                  | Normalidad     | 120 | 97,6%          |
| CDT Early Lung   |                | 20  | 16,3%          |
|                  | Valor Alterado | 2   | 10%            |
|                  | Normalidad     | 18  | 90%            |
| Diagnóstico real | No             | 71  | 57,7%          |
|                  | Sí             | 52  | 42,3%          |

MLC Probabilidad: probabilidad de malignidad del nódulo pulmonar (NP) según la calculadora de la clínica Mayo (MLC);  
Sumatorio BM: sumatorio de los Biomarcadores alterados de Molina et al.

TABLA 2.- Área bajo la curva (AUC) de la Calculadora Mayo y los 6 Biomarcadores para el diagnóstico real de cáncer de pulmón.

| Factores             | Área  | Error estándar | Significación | AUC                           |                 |
|----------------------|-------|----------------|---------------|-------------------------------|-----------------|
|                      |       |                |               | 95% de intervalo de confianza |                 |
|                      |       |                |               | asintótico                    |                 |
|                      |       |                |               | Límite inferior               | Límite superior |
| Calculadora MAYO (%) | 0,802 | 0,044          | <0,001        | 0,716                         | 0,887           |
| CEA                  | 0,671 | 0,050          | 0,001         | 0,573                         | 0,768           |
| SCC Antígeno         | 0,526 | 0,058          | 0,652         | 0,412                         | 0,639           |
| CA15.3               | 0,568 | 0,078          | 0,374         | 0,415                         | 0,721           |
| Cyfra21.1            | 0,536 | 0,054          | 0,501         | 0,431                         | 0,642           |
| NSE                  | 0,531 | 0,055          | 0,560         | 0,423                         | 0,639           |
| PGRP                 | 0,277 | 0,161          | 0,126         | 0,000                         | 0,593           |

Distintas estrategias intentan definir la probabilidad de malignidad de un NP. La "Mayo Lung Calculator" (MLC) es una simple herramienta que determina dicha probabilidad, en base a la edad, tabaquismo y características del NP. No está establecido el papel de los biomarcadores (BM) sanguíneos para estudiar la probabilidad de malignidad de los NP.

**Objetivos:** Analizar el poder predictor de malignidad de la MLC y compararlos con el kit de 6 BM proteicos de Molina et al (6 BM) y la prueba CDT Early Lung de 7 anticuerpos contra antígenos tumorales (7 Ac).

**Material y métodos:** Hemos seleccionado 123 NP incidentales (diámetro  $\geq 6$  mm) en los que obtuvimos el valor de la MLC y tenían realizado los 6 BM. En 20 de ellos, también se realizó la prueba de CDT Early Lung. La mediana de seguimiento fue de 2,82 años. Se determinó la probabilidad de malignidad según la MLC (< 20% escasa;

20-70% intermedia; y > 70%, alta probabilidad). La positividad de alguno de los 6 BM o de alguno de los 7 Ac de la prueba CDT Early Lung, se consideró un resultado positivo. Se consideró también el hecho de tener al menos 2 BM alterados, en cada una de las pruebas. Se registró el diagnóstico final de malignidad o no malignidad (benignidad o estabilidad durante el periodo de seguimiento). Se analizó la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo y negativo y las curvas ROC de las herramientas analizadas. Se han realizado comparaciones bivariadas de  $\chi^2$ , t-Student y ANOVA (IC95%).

**Resultados:** En la tabla 1 se presenta la descripción general de la muestra. Las diferentes probabilidades de malignidad se muestran en la tabla 2.

**Conclusiones:** 1. Los resultados de la MLC concuerdan con el diagnóstico real; aunque el 10,5% de los casos de baja probabilidad fueron finalmente malignos; 2. El 25% de casos de diagnóstico final de CP no

tenía ninguno de los 6 BM alterados; 3. El 10% de participantes con CDT Early tuvieron valores alterados. 4. Se requiere un mayor número de CDT Early Lung realizados.

Agradecimientos: Beca NEUMOSUR 5/2022 y Beca Separ 1577/2024.

### 233. PROGRAMA PILOTO DE CRIBADO DE CÁNCER DE PULMÓN Y “LUNG HEALTH CHECK” EN LLEIDA: RESULTADOS PRELIMINARES

**Anna Sánchez Cucó**<sup>1</sup>, Sally Santistevé Lostes<sup>2</sup>, Anna Vila Fornells<sup>1</sup>, Carlos Manzano Senra<sup>1</sup>, Esther Gracia Lavedan<sup>2</sup>, Marcela Suárez Bustamante<sup>1</sup>, Carlos Alberto Rombolá<sup>3</sup>, Marina Pardina Solano<sup>3</sup>, Cora Andrea Sampedro Salinas<sup>3</sup>, Mario Montesinos Encalada<sup>3</sup>, Juan Diego Avilés Parra<sup>3</sup>, David F. Yankelevitz<sup>4</sup>, Claudia I. Henschke<sup>4</sup>, Ferrán Barbé Illa<sup>2</sup> y Jessica González Gutiérrez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, IRBLleida, Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Santa Maria, Lleida, España.

<sup>2</sup>Translational Research in Respiratory Medicine, IRBLleida, Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Santa Maria. CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Lleida, España. <sup>3</sup>Hospital Universitario Arnau de Vilanova y Santa Maria, Lleida, España. <sup>4</sup>Mount Sinai School of Medicine, Departamento de Radiología, NY, Estados Unidos.

**Introducción:** Los programas de cribado de cáncer de pulmón (CP) facilitan su detección en etapas iniciales, lo que se asocia con una mayor tasa de supervivencia. Además, ofrecen la oportunidad de diagnosticar otras enfermedades respiratorias asociadas al hábito tabáquico, como la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), el enfisema o el déficit de alfa-1-antitripsina (DAAT).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de la consulta de cribado de CP que se inició en mayo de 2023 en el Hospital Universitario Santa Maria de Lleida, siguiendo el protocolo del programa internacional de detección precoz de CP (I-ELCAP). Se incluyen fumadores o exfumadores de  $\leq 15$  años, con una exposición acumulada de  $\geq 20$  paquetes/año y edades entre 50 y 80 años. Los participantes son valorados de forma integral incluyendo TAC de tórax de baja dosis de radiación, pruebas completas de función pulmonar, detección de DAAT, análisis de sangre y cuestionarios de salud. Los pacientes con lesiones sospechosas además se les realiza fibrobroncoscopia para toma de muestras respiratorias. Adicionalmente, se ofrece deshabituación tabáquica especializada.

**Resultados:** Un total de 198 sujetos fueron valorados, principalmente varones (63,1%), exfumadores (56,6%) con diagnóstico previo de EPOC (45,9%). Las pruebas de función respiratoria mostraron, en general, valores conservados en la espirometría (VEMS: 82,5% y FVC: 90%). Sin embargo, un 41% presentó una ratio VEMS/CVF  $< 70\%$ , un 50% anomalías en la capacidad de difusión pulmonar y un 77% atrapamiento aéreo. En un 45,9% de los pacientes se diagnosticó enfisema radiológico y en 43 participantes (21,7%) se detectaron mutaciones asociadas al DAAT. Se identificaron un total de 9 casos de CP (4,5%), de los cuales ocho (88,9%) se presentaron en estadio I y uno (11,1%) en estadio IV. Cinco pacientes fueron tratados quirúrgicamente, otros tres recibieron radioterapia y uno fue tratado con quimioterapia e inmunoterapia. Los casos susceptibles de diagnóstico anatómopatológico confirmaron cinco adenocarcinomas y tres carcinomas escamosos. Adicionalmente, cuatro casos de lesiones sospechosas se encuentran pendientes de cirugía.

**Conclusiones:** La implementación del cribado de CP ha mostrado ser efectiva en la detección precoz, logrando identificar CP potencialmente curativos. Además, se han identificado otras enfermedades respiratorias subsidiarias de tratamiento específico.

### 873. PROYECTO LUCIA-COHORTE EUSKADI: DESCRIPCIÓN DE HALLAZGOS NEUMOLÓGICOS EN TAC DE BAJA DOSIS DE RADIACIÓN

**Elena Garay Llorente**<sup>1</sup>, Lorena López Roldan<sup>1</sup>, Larraitz García Echeberria<sup>1</sup>, Eunat Arana Arri<sup>2</sup>, Jon Eneko Idoyaga Urabarrena<sup>2</sup>, Janire Orcajo Lago<sup>2</sup>, Aniol Coll I Prat<sup>1</sup> y Marta Lázaro Serrano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, España. <sup>2</sup>BIOBIZKAIA, Barakaldo, España.

**Introducción:** El proyecto LUCIA (*Understanding Lung Cancer related risk factors and their Impact*) es un proyecto financiado con fondos Horizon Europe, GA no 101096473 cuyo objetivo desarrollar un modelo de predicción para diagnóstico precoz de cáncer de pulmón. El objetivo es describir los hallazgos radiológicos neumológicos en TAC de baja dosis de radiación (TCLD) en los voluntarios sanos reclutados en Euskadi en los 6 primeros meses de inicio del proyecto.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo de una cohorte prospectiva, observacional durante el periodo de junio a noviembre de 2024 en Euskadi, a los que se ha realizado TCLD. Variables: demográficas, hábito tabáquico, presencia en TCLD de nódulo/os pulmonares y hallazgos radiológicos: presencia de enfisema, signos de broncopatía crónica o hallazgos intersticiales (EPID/ILD). Clasificación de los nódulos pulmonares según Lung-RADS® v2022. Análisis SPSS 29.0.0.0.

**Resultados:** Población reclutada: 431. Edad rango 40-80 años, con media de 54,57 años. No se observaron diferencias significativas por rangos de edad ni por género ( $p > 0,05$ ) en relación al hábito tabáquico en los grupos estudiados. Se han encontrado diferencias significativas con mayor número de nódulos pulmonares en pacientes fumadores y exfumadores ( $p < 0,001$ ) sin diferencias por género o edad ( $p > 0,05$ ). 1 caso confirmado de cáncer de pulmón, correspondiente a Lung-RADS 4. Otros hallazgos radiológicos: 12,1% enfisema pulmonar, 7,9% EPID/ILD y 19,5% de broncopatía, observándose diferencias significativas por hábito tabáquico en pacientes con hallazgo de enfisema y EPID/ILD ( $p < 0,05$ ).

TABLA 1: características de la población estudiada según hallazgo de nódulos pulmonares

| Características  | Total<br>n=431 | No nódulos<br>n=311 ( 72,2%) | Nódulos presentes<br>n=120 (27,8%) |
|------------------|----------------|------------------------------|------------------------------------|
| EDAD             |                |                              |                                    |
| 40-50 años       | 159(36,9%)     | 126 (40,5%)                  | 33 (27,5%)                         |
| 51-65 años       | 208 (48,3%)    | 148 (47,6%)                  | 60 ((50-59                         |
| >65 años         | 64 (14,8%)     | 37 (11,9%)                   | 27 (22,5%)                         |
| SEXO             |                |                              |                                    |
| Hombre           | 176 (40,8%)    | 123 (39,5%)                  | 53(44,1%)                          |
| Mujer            | 255 (59,2%)    | 188 (60,5%)                  | 67 (55,9%)                         |
| Habito tabáquico |                |                              |                                    |
| Nunca            | 134 (31,1%)    | 113 (36,3%)                  | 21(17,5%)                          |
| Fumador          | 108 (25,1%)    | 55 (17,7%)                   | 53 (44,1%)                         |
| Exfumador        | 189(43,8%)     | 143 (46%)                    | 46 (38,4%)3                        |

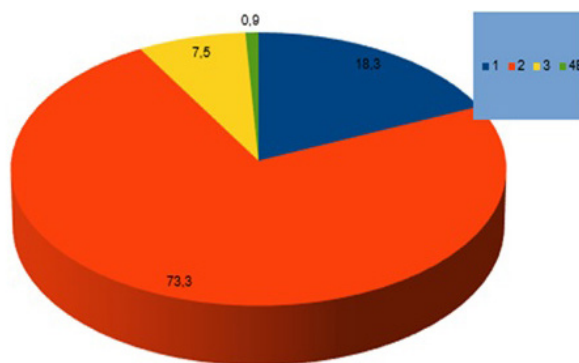


GRAFICO 1 Clasificación Lung-RADS® v2022 de los nódulos pulmonares hallados

**Conclusiones:** 1. En corte transversal con un tercio de la población a estudio reclutada, hemos observado un porcentaje elevado de nódulos pulmonares en primer TCD de un 27,8%, siendo el 8,3% de los nódulos clasificados LUNG RADS 3 o mayor con un único caso de cáncer de pulmón. 2. La población reclutada tiene una edad media más baja y con mayor proporción de mujeres con respecto a la población diagnosticada de cáncer de pulmón en Euskadi. 3. En nuestra cohorte los hallazgos radiológicos: nódulos, enfisema y EPID/ILD son significativamente mayores en la población con antecedentes de hábito tabáquico.

454. REESTADIFICACIÓN TRAS CIRUGÍA ONCOLÓGICA EN CÁNCER DE PULMÓN ESTADIOS I A III. “N2 OCULTO”

Rafael Sánchez Baillo<sup>1</sup>, Juan Andrés Abad Gómez<sup>1</sup>, Miguel Ángel Bayas Cajape<sup>1</sup>, Ana Díaz-Cordovés Menéndez<sup>1</sup>, Julio Israel Merino Oviedo<sup>1</sup>, Sergio Carrasco Oliva<sup>1</sup>, Carlos José Folgado López<sup>1</sup> y Fátima Moreno Sánchez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Complejo Hospitalario Universitario de Toledo, España. <sup>2</sup>Hospitalario Universitario Torrecárdenas, Almería, España.

**Introducción:** El cáncer de pulmón, una de las principales causas de mortalidad oncológica, requiere una estadificación precisa para optimizar el tratamiento, particularmente en los estadios iniciales y localmente avanzados. La punción con aguja fina guiada por ecoendoscopia bronquial, es el estándar para la evaluación de metástasis ganglionares mediastínicas; sin embargo, la detección de N2 ocultos (ganglios positivos no identificados en el estadiaje preoperatorio pero confirmados quirúrgicamente), sigue siendo un desafío clínico relevante. El objetivo es analizar la correlación entre la estadificación prequirúrgica y posquirúrgica en pacientes derivados a cirugía tras su diagnóstico en nuestra consulta especializada para el estudio de nódulos pulmonares y cáncer, durante un periodo de 15 meses.

**Material y métodos:** Se realizó un análisis descriptivo retrospectivo entre julio de 2023 y noviembre de 2024. De un total de 127 pacientes diagnosticados con patología tumoral pulmonar (estadios IA a IIIB), se incluyeron 53 pacientes derivados a cirugía tras la evaluación mediastínica mediante estudios de imagen, medicina nuclear y técnicas endoscópicas. Se excluyeron aquellos no subsidiarios de cirugía por cualquier causa, los que recibieron tratamiento neoadyuvante y los que no contaban con un informe posquirúrgico. Los pacientes se clasificaron según la presencia de adenopatías centrales detectadas por PET-TC/EBUS (N = 1) o su ausencia (N = 0). Los datos fueron analizados utilizando el software SPSS versión 30.0.

**Resultados:** Se presentan las variables demográficas en la tabla 1. Tras realizar el análisis se obtuvieron 2 casos de “N2 Oculto”, correspondiendo al 3,8%. El análisis por grupos revela que ambos casos se encontraban en pacientes sin afectación mediastínica en el estudio preoperatorio; mostrando los detalles en la tabla 2.

|            |                         |
|------------|-------------------------|
| Edad Media | 65.40 años (± 9.6 años) |
| Rango edad | 38 - 83 años            |
| Hombres    | 67.9% (n = 36)          |
| Mujeres    | 32.1% (n = 17)          |
| Fumadores  | 92%                     |

Tabla 1. Variables demográficas

|          |       | N post Qx  |           |          | Total |
|----------|-------|------------|-----------|----------|-------|
|          |       | N = 0      | N = 1     | N = 2    |       |
| N pre Qx | N = 0 | 39 (86,7%) | 4 (8,9%)  | 2 (4,4%) | 45    |
|          | N = 1 | 2 (33,3%)  | 4 (66,7%) | 0        | 6     |
|          | N = 2 | 0          | 0         | 2 (100%) | 2     |

Tabla 2. “N2 oculto”

**Conclusiones:** El 3,8% de los pacientes sometidos a cirugía presentaron “N2 oculto”; todos ellos sin adenopatías mediastínicas en el estadiaje preoperatorio y pertenecientes a estadios iniciales. Estos hallazgos sugieren que el estadiaje de nuestra Unidad cumple con los estándares internacionales y dentro de la estadística mundial. Sin embargo, futuros estudios con mayor número de pacientes serán esenciales para evaluar factores como el retraso hasta la cirugía o posibles limitaciones en la estadificación inicial.

613. RELACIÓN ENTRE EL GENOTIPO ALFA-1 ANTITRIPSINA Y EL RIESGO DE CÁNCER DE PULMÓN: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

Esmeralda García Rodríguez<sup>1</sup>, María Torres Durán<sup>1</sup>, Alberto Fernández Villar<sup>1</sup>, Cristina Candal Pereira<sup>2</sup>, Ramón Tubío Pérez<sup>3</sup>, Ana Priegue Carrera<sup>1</sup>, Laura Villar Aguilar<sup>1</sup>, Liza Almeida Carrete<sup>1</sup> y Alberto Ruano Raviña<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, Vigo, España. <sup>2</sup>Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, España. <sup>3</sup>Servicio de Neumología, Complejo Hospitalario Universitario de Pontevedra, España.

**Introducción:** El cáncer de pulmón (CP) es la causa principal de muerte oncológica a nivel mundial. EL tabaquismo es el principal factor de riesgo, pero se conocen otros factores como exposición al radón residencial, enfermedades pulmonares crónicas o factores genéticos. La deficiencia de alfa-1 antitripsina (DAAT), podría tener implicación en mecanismos carcinogénicos, aumentando el riesgo de algunos cánceres, pero la evidencia es limitada.

**Objetivos:** Analizar si los portadores de alelos deficitarios de alfa 1 antitripsina (AAT) presentan aumento del riesgo de CP, evaluando además su posible relación con el tipo histológico, la edad al diagnóstico, la expresión de PDL1 o la mutación de EGFR.

**Material y métodos:** Se diseñó un estudio unicéntrico de casos y controles. Los casos se reclutaron en entre 2019 y 2023, y se compararon con controles históricos. La muestra incluyó 407 casos y 1201 controles. Se analizaron datos clínicos y epidemiológicos obtenidos mediante cuestionarios específicos y revisión de historia clínica. Se determinó la exposición a radón residencial y se analizó el genotipo de alfa 1 antitripsina en todos los participantes. Ser realizó un análisis descriptivo y se empleó una regresión logística para analizar la posible asociación con las diferentes variables.

**Resultados:** Se incluyeron 407 casos diagnosticados de CP. La tabla 1 resume las características de la muestra. El 87,3% de los casos y el 40,8% de los controles tenía antecedente de tabaquismo. Los casos tenían mayor exposición a radón residencial: 49,6 vs. 32,9% de los



controles con concentración > 300 Bq/m<sup>3</sup> en domicilio. El análisis multivariante (tabla 2) no encontró asociación significativa entre genotipos deficitarios de AAT y riesgo de CP. Ser mujer, el tabaquismo y la exposición a radón destacaron como factores de riesgo. La expresión de PDL1 (> 50%) mostró una asociación con ser portador de alelos deficitarios (OR: 1,8; IC95%: 1,0-3,3; p = 0,05), las mutaciones de EGFR no presentaron correlación significativa. No se encontró relación con el tipo histológico.

Tabla 1. Características de la muestra.

|                              | Total        | Control     | Caso        | P      |
|------------------------------|--------------|-------------|-------------|--------|
| N=1.608                      | N=1.201      | N=407       |             |        |
| Sexo                         |              |             |             | <0,001 |
| Hombre                       | 930 (57,8%)  | 648 (54,0%) | 282 (69,3%) |        |
| Mujer                        | 678 (42,2%)  | 553 (46,0%) | 125 (30,7%) |        |
| Edad                         |              |             |             | <0,001 |
| <45 años                     | 106 (6,6%)   | 95 (7,9%)   | 11 (2,7%)   |        |
| 45-64 años                   | 693 (43,1%)  | 540 (45,0%) | 153 (37,6%) |        |
| 65-80 años                   | 697 (43,4%)  | 484 (40,3%) | 213 (52,3%) |        |
| >80 años                     | 111 (6,9%)   | 81 (6,8%)   | 30 (7,4%)   |        |
| Genotipo AAT                 |              |             |             | <0,001 |
| PI*MM                        | 1120 (69,6%) | 908 (75,6%) | 212 (52,1%) |        |
| PI*MS                        | 388 (24,1%)  | 207 (17,2%) | 181 (44,5%) |        |
| PI*MI                        | 56 (3,4%)    | 40 (3,3%)   | 14 (3,4%)   |        |
| PI*SS                        | 5 (0,3%)     | 2 (0,2%)    | 3 (0,7%)    |        |
| Otros                        | 31 (1,9%)    | 21 (1,7%)   | 8 (1,9%)    |        |
| Nivel de estudios            |              |             |             |        |
| Sin estudios                 | 196 (12,3%)  | 181 (15,0%) | 15 (3,7%)   |        |
| Estudios primarios           | 843 (53,0%)  | 609 (51,1%) | 234 (57,6%) |        |
| Estudios secundarios         | 343 (21,6%)  | 236 (19,6%) | 107 (26,3%) |        |
| Estudios Universitarios      | 209 (13,1%)  | 156 (13,1%) | 53 (13,1%)  |        |
| Tabaquismo                   |              |             |             | <0,001 |
| Nunca fumador                | 760 (47,4%)  | 708 (59,1%) | 52 (12,8%)  |        |
| Fumador                      | 325 (20,3%)  | 151 (12,6%) | 174 (42,8%) |        |
| Exfumador                    | 519 (32,4%)  | 338 (28,2%) | 181 (44,5%) |        |
| Exposición a NAT en casa     |              |             |             | <0,001 |
| No                           | 526 (32,8%)  | 488 (40,6%) | 38 (9,3%)   |        |
| Si                           | 308 (19,2%)  | 294 (24,5%) | 14 (3,4%)   |        |
| No sabe                      | 1 (0,1%)     | 0 (0,0%)    | 1 (0,2%)    |        |
| Exposición a radón           |              |             |             | <0,001 |
| Menos de 15                  | 220 (13,7%)  | 127 (10,6%) | 93 (22,9%)  |        |
| 15-30                        | 199 (12,4%)  | 124 (10,3%) | 75 (18,4%)  |        |
| 31-50                        | 221 (13,7%)  | 107 (8,9%)  | 114 (28,0%) |        |
| Más de 50                    | 215 (13,4%)  | 90 (7,5%)   | 125 (30,7%) |        |
| Dosis                        |              |             |             | <0,001 |
| 0-300 Bq/m <sup>3</sup>      | 400 (24,9%)  | 300 (25,0%) | 100 (24,6%) |        |
| 100-200 Bq/m <sup>3</sup>    | 441 (27,4%)  | 367 (30,6%) | 74 (18,2%)  |        |
| 200-300 Bq/m <sup>3</sup>    | 170 (10,6%)  | 139 (11,6%) | 31 (7,6%)   |        |
| Más de 300 Bq/m <sup>3</sup> | 597 (37,1%)  | 395 (32,9%) | 202 (49,6%) |        |
| Tipo histológico             |              |             |             |        |
| Escamoso                     | 82 (5,1%)    | 82 (6,8%)   | 82 (20,1%)  |        |
| Adenocarcinoma               | 230 (14,3%)  | 230 (19,2%) | 230 (56,9%) |        |
| Células pequeñas             | 40 (2,5%)    | 40 (3,3%)   | 40 (9,8%)   |        |
| Células grandes              | 7 (0,4%)     | 7 (0,6%)    | 7 (1,7%)    |        |
| Otros                        | 48 (3,0%)    | 48 (4,0%)   | 48 (11,8%)  |        |
| Estado al diagnóstico        |              |             |             |        |
| I                            | 59 (3,7%)    | 59 (4,9%)   | 59 (14,5%)  |        |
| II                           | 35 (2,2%)    | 35 (2,9%)   | 35 (8,6%)   |        |
| III                          | 117 (7,3%)   | 117 (9,7%)  | 117 (28,8%) |        |
| IV                           | 296 (18,4%)  | 296 (24,6%) | 296 (73,2%) |        |

**Conclusiones:** No se encontró asociación significativa entre genotipos deficitarios de AAT y el riesgo de CP. Se requieren estudios más amplios para establecer si el DAAT puede influir en la expresión de PDL1 y aclarar su posible impacto en el riesgo de determinados subtipos de CP o en poblaciones específicas.

Estudio financiado por el IISCI (PI19/350) y cofinanciado por el FEDER. Este trabajo forma parte de la tesis doctoral de Esmeralda García Rodríguez.

Tabla 2. Riesgo de cáncer de pulmón y diferencias entre genotipo PI\*MM y deficitarios.

|                                | Casos, n       | Controles, n      | OR ajustado* (IC 95%) | p    |
|--------------------------------|----------------|-------------------|-----------------------|------|
| Genotipo                       |                |                   |                       |      |
| MM                             | 298            | 779               | 1 (ref.)              |      |
| Deficitario                    | 96             | 373               | 0,71 (0,53-0,97)      | 0,03 |
| Sexo                           |                |                   |                       |      |
| Hombre                         | 273            | 620               | 1 (ref.)              |      |
| Mujer                          | 121            | 532               | 1,60 (1,15-2,23)      | 0,01 |
| Edad                           |                |                   |                       |      |
|                                | 394            | 1152              | 1,07 (1,06-1,09)      | 0,00 |
| Tabaco                         |                |                   |                       |      |
| Nunca fumador                  | 52             | 669               | 1 (ref.)              |      |
| Fumador                        | 168            | 149               | 35,72 (22,41-56,93)   | 0,00 |
| Exfumador                      | 174            | 334               | 11,21 (7,37-17,06)    | 0,00 |
| Exposición a Radón             |                |                   |                       |      |
| 0-300 Bq/m <sup>3</sup>        | 97             | 289               | 1 (ref.)              |      |
| 100-200 Bq/m <sup>3</sup>      | 73             | 356               | 0,63 (0,42-0,92)      | 0,02 |
| 200-300 Bq/m <sup>3</sup>      | 30             | 136               | 0,67 (0,40-1,12)      | 0,13 |
| Más de 300 Bq/m <sup>3</sup>   | 194            | 371               | 1,47 (1,05-2,06)      | 0,02 |
|                                | Casos PI*MM, n | Casos NO PI*MM, n | OR ajustado* (IC 95%) | p    |
| Tipo Histológico               |                |                   |                       |      |
| Adenocarcinoma                 | 170            | 58                | 1 (ref.)              |      |
| Carcinoma de células escamosas | 60             | 16                | 0,75 (0,39-1,43)      | 0,38 |
| Carcinoma de células pequeñas  | 28             | 10                | 1,03 (0,46-2,30)      | 0,95 |
| Carcinoma de células grandes   | 6              | 0                 |                       |      |
| Otros tipos histológicos       | 34             | 12                | 1,04 (0,50-2,16)      | 0,92 |
| Edad al diagnóstico            |                |                   |                       |      |
| <45 años                       | 6              | 5                 | 2,49 (0,55-11,21)     | 0,24 |
| 45-64 años                     | 117            | 31                | 0,78 (0,29-2,09)      | 0,62 |
| 65-80 años                     | 153            | 53                | 1,05 (0,41-2,65)      | 0,92 |
| >80 años                       | 22             | 7                 | 1 (ref.)              |      |
| PDL1                           |                |                   |                       |      |
| No                             | 139            | 34                | 1 (ref.)              |      |
| Expresión (>50%)               | 58             | 26                | 1,82 (1,00-3,33)      | 0,05 |
| EGFR                           |                |                   |                       |      |
| Normal                         | 152            | 45                | 1 (ref.)              |      |
| Mutación                       | 27             | 9                 | 1,42 (0,55-3,69)      | 0,47 |

a) Ajustado por edad (a excepción de la edad al diagnóstico), sexo, hábito tabaquico y exposición a radón residencial.

## 181. RELACIÓN ENTRE LONGITUD TELOMÉRICA, SUPERVIVENCIA Y TOXICIDAD PULMONAR EN PACIENTES CON CÁNCER PULMONAR LOCALMENTE AVANZADO NO RESECANBLE

**Alfredo Marín Muñiz<sup>1</sup>**, Beatriz Fernández Varas<sup>2</sup>, Olivia Jordi Ollero<sup>3</sup>, Mónica Arellano Vengoechea<sup>4</sup>, Isabel Brao Pérez<sup>4</sup>, Ernest Nadal Alforja<sup>5</sup>, Salud Santos Pérez<sup>1</sup>, Mariana Muñoz Esquerre<sup>1</sup>, Guillermo Suárez Cuartín<sup>6</sup>, Susana Padrones Sánchez<sup>1</sup>, Leandro Sastre Garzón<sup>2</sup>, Arturo Navarro Martín<sup>7</sup>, Rosario Perona Abellón<sup>2</sup> y Samantha Aso González<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, España. <sup>2</sup>Instituto de Investigaciones Biomédicas (CSIC/UAM), Madrid, España. <sup>3</sup>Servicio de Física Médica y Protección Radiológica, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat, España. <sup>4</sup>Enfermería de Práctica Avanzada, Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat, España. <sup>5</sup>Servicio de Oncología Médica, Institut Català d'Oncologia, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, España. <sup>6</sup>Servicio de Neumología, Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL, Universitat de Barcelona, Red de Investigación en Enfermedades Respiratorias (CIBERES), ISCIII (Madrid), L'Hospitalet de Llobregat, España. <sup>7</sup>Servicio de Oncología Radioterápica, Institut Català d'Oncologia, Universitat de Barcelona, L'Hospitalet de Llobregat, España.

**Introducción:** La longitud telomérica (LT) juega un papel en el envejecimiento y la reparativa tisular. La toxicidad pulmonar (TP) por radioterapia (RT) es una complicación que limita el tratamiento del cáncer de pulmón no célula pequeña (CPNCP), siendo la LT uno de los factores de riesgo en estudio.

**Objetivos:** Analizar la relación entre la LT, el desarrollo de TP por RT y la supervivencia global (SG) en pacientes diagnosticados de CPNCP localmente avanzados no resecables tratados con quimiorradioterapia concomitante e inmunoterapia (IT) PDL-1 positivos.

**Material y métodos:** Se recogieron datos antropométricos, clínicos, analíticos, características del tumor y de los tratamientos, así como la LT. La LT se obtuvo mediante hisopado de muestras bucales clasificando a los pacientes según el percentil y su z-score. Se analizó la TP y la SG desde la inclusión hasta la fecha de *exitus* o última visita médica. Se clasificó a los pacientes en función de la gravedad de la TP en dos grupos según la escala RTOG: G1-G2 (leve) y G3-G5 (severa).

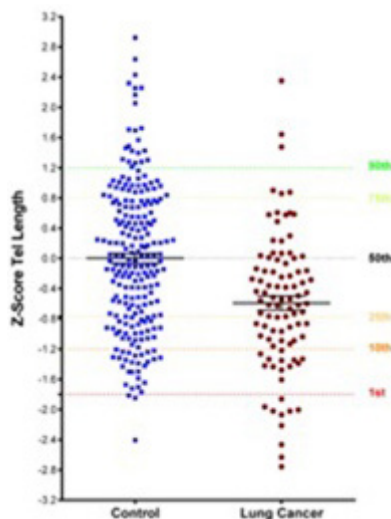


Figura 1. Distribución de la longitud telomérica en la población estudiada.

**Resultados:** Se incluyeron 90 pacientes, entre 2018 y 2021. El 90% fueron varones, con una edad media de 72 (DE 6,3) años. La histología predominante fue el carcinoma escamoso (54%) seguido del adenocarcinoma (21%). El 40% recibió inmunoterapia. Los pacientes con cáncer mostraron una LT menor que la población sana (fig. 1). El 81% desarrolló toxicidad G1-G2 y un 19% G3-G5, con diferencias signifi-

cativas entre ambos grupos en cuanto a los datos dosimétricos en el V20: 20 Gy (DE 7,9) vs. 26 Gy (DE 6,9) [ $p = 0,002$ ] y el V5: 46 Gy (DE 1,4) vs. 54 Gy (DE 11) [ $p = 0,006$ ]. Sin embargo, no se observó significancia entre la LT y la TP, según el análisis univariante. La curva de Kaplan-Meier mostró que los pacientes con percentil  $TL \geq 25\%$  tratados con inmunoterapia (IT) tenían una mejor SG que los pacientes con percentil  $< 25\%$  o que no recibieron IT (fig. 2).

**Conclusiones:** Los pacientes con CPNCP tienen una LT menor que la población sana. No se observó una relación significativa en cuanto al desarrollo de toxicidad pulmonar y la LT. Los pacientes con LT con percentil  $> 25$  tratados con IT presentaron mejor SV. Se necesitarán trabajos posteriores para validar estos hallazgos y ver su implicación terapéutica.

Este proyecto fue financiado mediante la Beca: Ayudas a la investigación SEPAR 2019 y mediante Beca FIS 2017.

#### 945. RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE LA ULTRASONOGRAFÍA ENDOBRONQUIAL CON PUNCIÓN ASPIRATIVA TRANSBRONQUIAL EN LA ESTADIFICACIÓN MEDIASTÍNICA DEL CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA CON MEDIASTINO NORMAL

Efraín Reyes Galván, Bienvenido Barreiro López, Luis Esteban Tejero, Mireia Serrá Mitjans y José Sanz Santos

Hospital Universitari Mutua Terrassa, España.

**Introducción:** La ultrasonografía endobronquial con punción aspirativa transbronquial (USEB-PATB) juega un papel relevante en la estadificación mediastínica del cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPNCP). No obstante, en pacientes con mediastino radiológicamente normal (cN0/cN1) la sensibilidad de la USEB-PATB es inferior que en pacientes con mediastino patológico. El objetivo de este estudio es analizar el rendimiento diagnóstico de la USEB-PATB en una cohorte de pacientes con CPNCP y mediastino normal en pruebas de imagen.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo observacional que incluyó pacientes con diagnóstico establecido o alta sospecha de CPNCP con mediastino normal en la tomografía por emisión de positrones en combinación con la tomografía computada (PET/TC) durante los años 2022-2023, que presentaban algún criterio de estadificación mediastínica invasiva según la guía de la European Society of Thoracic Surgeons. Se excluyeron aquellos pacientes que tras una USEB-PATB negativa no pudieron ser sometidos a comprobación quirúrgica.

**Resultados:** Se incluyeron 36 pacientes, mayormente hombres (58%), con una edad media de 65,5 años (rango 44-79). El 83% eran

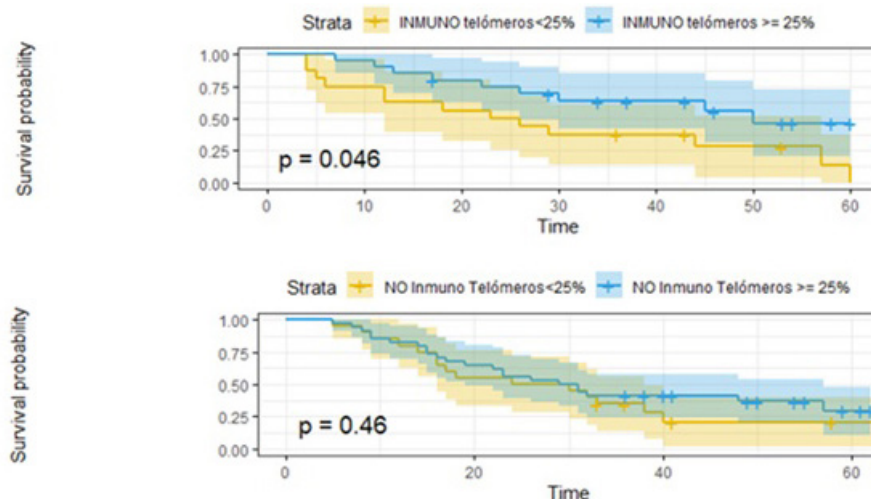


Figura 2. Supervivencia según tratamiento con IT.

Figura 2. Comunicación 181. Supervivencia según la longitud telomérica y la inmunoterapia.

fumadores o exfumadores, con un índice paquete-año promedio de 33,8. El tipo histológico predominante fue el adenocarcinoma en el 72% de los pacientes, con un tamaño tumoral promedio de 35 mm. El 88% de los tumores tuvieron una localización central. De los 36 casos evaluados, la USEB-PATB diagnosticó enfermedad N2/3 en 4 pacientes. Se clasificaron como N0/N1 a 32 pacientes tras la USEB-PATB, los cuales se sometieron a una mediastinoscopia con linfadenectomía mediastínica transcervical (VAMLA) que mostró 4 casos de enfermedad N2/N3. Los 28 casos con USEB-TBNA y VAMLA negativos se sometieron a cirugía de resección con disección ganglionar mediastínica que mostró enfermedad N0/N1 en todos los casos. La prevalencia de enfermedad mediastínica en nuestra serie fue del 22%. La sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo, valor predictivo positivo y precisión diagnóstica de la USEB-TBNA para diagnosticar enfermedad ganglionar mediastínica en nuestra serie fue de 50%, 100%, 87%, 100% y 88% respectivamente. El número de pacientes a tratar para que un VAMLA sea positivo en nuestra cohorte fue de 8.

**Conclusiones:** En pacientes con CPNCP y mediastino normal en PET/TC la USEB-PATB muestra una sensibilidad baja. Por lo tanto, se debería considerar la comprobación quirúrgica de estos casos.

### 356. RENTABILIDAD, COMPLICACIONES Y FACTORES ASOCIADOS A LA BIOPSIA TRANSTORÁCICA GUIADA POR ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE LESIONES PULMONARES PERIFÉRICAS

Ana Pedro Tudela, Carolina Karen Boris Bermeo, María Climent Gregori e Ignacio Inchaurreaga Álvarez

Servicio de Neumología, Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

**Introducción:** La biopsia transtorácica guiada por ecografía es una técnica mínimamente invasiva utilizada para el diagnóstico de lesiones pulmonares periféricas. Nuestro objetivo es valorar la rentabilidad, las complicaciones asociadas e identificar factores que puedan tener relación con el procedimiento.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo en el que se incluyeron pacientes con lesiones pulmonares periféricas detectadas mediante tomografía computarizada entre enero de 2015 y julio de 2024. A estos pacientes se les realizó una biopsia transtorácica guiada por ecografía, en la unidad de técnicas de neumología del Hospital Universitario Doctor Peset de Valencia. Clasificamos los resultados en cuatro categorías (maligno, benigno, benigno sin diagnóstico de certeza y muestra insuficiente). Calculamos el rendimiento diagnóstico global de la técnica, la tasa de complicaciones y se compararon las diferencias existentes entre el tamaño menor o mayor a 3 cm con el chi cuadrado o el test de Fisher.

**Resultados:** Un total de 179 pacientes se sometieron a dicho procedimiento, siendo 123 (69%) varones con una media de  $71 \pm 12$  años (límites 34-93). La técnica se realizó de forma ambulatoria en 141 (79%) de los pacientes, presentado el resto ingreso hospitalario por motivos diferentes a la realización de la biopsia. La tasa global de éxito diagnóstico fue de 77,10%, se obtuvo un resultado maligno definitivo en 126 (70,4%) de los pacientes y resultado benigno definitivo en 12 (6,7%), siendo el resto clasificados como biopsia no válida o diagnóstico benigno, pero sin diagnóstico de certeza. El diagnóstico final se observa en la tabla 1. Con respecto a las complicaciones de la prueba se observaron en 8 (4,5%) casos, siendo en 4 de ellos hemoptisis y 4 neumotórax. El mayor tamaño de la lesión se relacionó de forma significativa con el diagnóstico de malignidad, sin observarse diferencias en cuanto a las complicaciones o el estado asistencial (tabla 2).

**Conclusiones:** La biopsia transtorácica guiada por ecografía es una técnica eficaz, segura y mayoritariamente ambulatoria para el diagnóstico de lesiones pulmonares periféricas, con un alto rendimiento en la detección de malignidad. La asociación entre el tamaño

de la lesión y el diagnóstico de malignidad refuerza su utilidad como herramienta clave en el manejo clínico de pacientes con sospecha de cáncer pulmonar.

Tabla 1. Distribución del diagnóstico de la muestra estudiada

| Diagnóstico                  | Número (%)  |
|------------------------------|-------------|
| Benigno                      | 12 (6,7%)   |
| Infección                    | 4 (2,21%)   |
| Inflamación crónica          | 5 (2,76%)   |
| Tumor fibroso                | 1 (0,55%)   |
| Neumocitoma                  | 1 (0,55%)   |
| Perdidos                     | 1 (0,55%)   |
| Maligno                      | 126 (70,4%) |
| Adenocarcinoma               | 63 (34,8%)  |
| Carcinoma escamoso           | 40 (22,1%)  |
| Microcítico                  | 10 (5,52%)  |
| Carcinoma de células grandes | 8 (4,42%)   |
| Mesotelioma                  | 1 (0,55%)   |
| Metástasis                   | 1 (0,55%)   |
| Linfoma                      | 3 (1,66%)   |
| Muestra insuficiente         | 29 (16,2%)  |
| Sin diagnóstico              | 12 (6,7%)   |

Tabla 2. Diferencias existentes entre masa y nódulo

|                           | > 3 cm (masa) | < 3 cm (nódulo) | p     |
|---------------------------|---------------|-----------------|-------|
| Diagnóstico de malignidad | 114           | 12              | 0,000 |
| Complicaciones            | 7             | 1               | NS    |
| Estudio ambulatorio       | 111           | 30              | NS    |

### 515. REVISIÓN DE LAS DECISIONES DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICAS TRAS UNA PUNCIÓN POR ASPIRACIÓN CON AGUJA FINA (PAAF) GUIADA POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA (TC) SIN DIAGNÓSTICO

Andrea Ortega Picón, Julen Moraza Magunazelaia, Andrea Téllez Lorenzo, Marina de la Escosura Muñoz, Ricardo Rodríguez Seoane, María Urquiola Torres y Amaia Iridoy Zulet

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España.

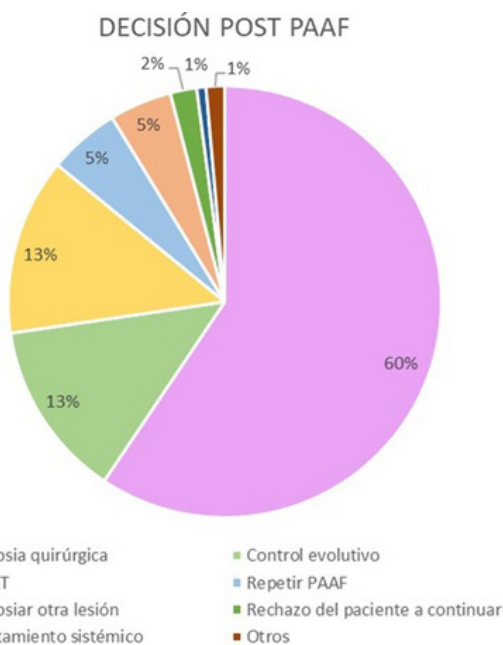
**Introducción:** La punción aspiración con aguja fina (PAAF) es una de las técnicas más utilizadas para el diagnóstico de lesiones sospechosas tumorales. En el caso de las lesiones torácicas, se utiliza como control la TAC aumentando así la rentabilidad diagnóstica de la técnica ya que somos capaces de delimitar concretamente dónde queremos puncionar.

**Material y métodos:** El objetivo de nuestro trabajo es describir las opciones diagnóstico-terapéuticas tras una primera PAAF sin diagnóstico en nuestro medio. Se ha llevado a cabo un análisis descriptivo retrospectivo de las PAAF-TC sin diagnóstico realizadas entre noviembre de 2020 y junio de 2024 en el Hospital Universitario de Navarra. El análisis estadístico se realizó con SPSS.

**Resultados:** Se incluyen en el estudio 439 procedimientos en los cuales no se obtuvo un diagnóstico anatomopatológico en 135 (30,8%). Los datos demográficos de este grupo fueron: edad media 68,16 años (DE 9,64), 58,4% eran varones, el 77,9% de los pacientes tenían antecedentes tabáquicos con un IPA medio de 43,39 (DE 24,46). El 46,3% presentaba enfisema y el tamaño medio de la lesión fue de  $21,48 \pm 15,75$  mm. El tamaño de la lesión se relacionó de forma estadísticamente significativa con la obtención de un diagnóstico inicial (PAAF-TC diagnóstico  $32,73 \pm 23,21$  mm vs. PAAF-TC sin diagnóstico  $21,48 \pm 15,75$  mm;  $p = 0,001$ ). En la figura podemos observar la decisión diagnóstico-terapéutica tomada en sesión multidisciplinar de cáncer de pulmón tras una primera PAAF no diagnóstica. Por otro lado, en la tabla consta el resultado anatomopatológico de las biopsias quirúrgicas, de las cuales podemos subrayar que el 80,3% de las biopsias fueron positivas para malignidad, siendo en su mayoría



tumores de origen pulmonar (66,7% del total) siendo el más frecuente el adenocarcinoma (42%), seguido del carcinoma escamoso (21%).



Distribución del plan diagnóstico terapéutico tras una primera PAAF no diagnóstica.

| RESULTADOS HISTOLOGICOS | % (del total) | N  |
|-------------------------|---------------|----|
| MALIGNO                 | 80,3          | 65 |
| PULMONAR                | 66,7          | 54 |
| ADENOCARCINOMA          | 42,0          | 34 |
| ESCAMOSO                | 21,0          | 17 |
| MICROCITICO             | 1,2           | 1  |
| OTROS TUMORES           | 2,5           | 2  |
| NO PULMONAR             | 13,6          | 11 |
| METASTASIS              | 6,2           | 5  |
| LINFOMA                 | 7,4           | 6  |
| NO MALIGNO              | 19,7          | 16 |
| HAMARTOMA               | 3,6           | 3  |
| NO MALIGNO              | 2,5           | 2  |
| OTRAS HISTOLOGÍAS       | 13,6          | 11 |

Resultados anatomopatológicos de las biopsias quirúrgicas.

**Conclusiones:** 1. En nuestro medio, la PAAF-TC pulmonar presenta una buena rentabilidad diagnóstica en el estudio de lesiones pulmonares. 2. Tras la PAAF no diagnóstica observamos que en un 60% de los pacientes con PAAF-TC negativa se decidió realizar biopsia quirúrgica. 3. El 80,3% de las biopsias quirúrgicas resultaron positivas para malignidad siendo los tumores de origen pulmonar y más en concreto el adenocarcinoma el más diagnosticado (42% del total).

#### 514. RIESGO DE RECURRENCIA PLEURAL TRAS BIOPSIA TRANSTORÁCICA CON AGUJA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN SOMETIDOS A CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR

**Mireia Martínez Palau,** Bienvenido Barreiro López, Lluís Esteban Tejero, Mireia Serra Mitjans, Ramón Rami Porta, Sergi Call Caja, Carme Obiols Fornell, Juan Manuel Ochoa Alba y José Sanz Santos

Hospital Universitario Mutua Terrassa, España.

**Introducción:** La biopsia percutánea transtorácica (BPT) con aguja guiada por tomografía computarizada es un procedimiento diag-

nóstico útil que se utiliza para la evaluación de nódulos pulmonares y se considera un procedimiento relativamente seguro. Nuestro objetivo es 1) determinar si la BPT aumenta el riesgo de recurrencia pleural (RP) en pacientes con cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) sometidos a resección pulmonar y 2) establecer factores predisponentes de RP en pacientes sometidos a BPT.

**Material y métodos:** Se analizó retrospectivamente una base de datos prospectiva. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con CPCNP sometidos a tratamiento quirúrgico sin tratamiento neoadyuvante y con un periodo mínimo de seguimiento de 60 meses tras la cirugía. Se analizó la posible relación causal entre BPT y RP mediante regresión logística, así como posibles factores predisponentes a RP en pacientes sometidos a BPT.

**Resultados:** Entre 2012 y 2017, se incluyeron 296 pacientes. El 74% de los pacientes eran hombres y el tipo histológico más frecuente fue el adenocarcinoma (52,7%), con una mediana de seguimiento de 88 meses tras la cirugía. En 146 pacientes (49,3%) se obtuvo diagnóstico patológico previo a la intervención quirúrgica: 78 mediante broncoscopia y 68 mediante BPT. La RP fue más frecuente en los pacientes sometidos a BPT (11,8%) que en los que no se sometieron a BPT (4,4%) (p 0,039). Asimismo, la invasión pleural en la pieza quirúrgica se asoció a RP en el análisis univariado (p 0,001). El análisis multivariado ajustado también mostró asociación entre RP y BPT independientemente de la invasión pleural, la edad o el sexo (OR 2,76; IC 1,02-7,50; p 0,046). En los pacientes sometidos a BPT no se encontraron diferencias significativas respecto a la RP considerando factores técnicos como la distancia recorrida por la aguja, el tipo de aguja (fina vs. gruesa) o las complicaciones asociadas al procedimiento de la BPT.

**Conclusiones:** La BPT puede aumentar el riesgo de una RP independientemente del tipo de aguja o la distancia recorrida por esta. Hay que evitar realizar BPT siempre y cuando la presunción diagnóstica de CPCNP sea muy alta.

#### 656. TRATAMIENTO SISTÉMICO DEL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO NO AVANZADO EN PACIENTES NO CANDIDATOS A TRATAMIENTO RADICAL

**Sofía Acero Capella,** Judith Boiza Rizos, Ainhoa Hernández González, Clara Lezcano Rubio, Clara García Castiñeira, Christian André Mariño Siancas, Ana Notario Rincón, Sviatoslav Chekhun Chekhun, Pau Guillen Sentis, Carmen Ángela Centeno Clemente, Alfredo Marín Muñoz, Felipe Andreo García y Teresa Morán Bueno

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

**Introducción:** El tratamiento radical (TTR) para el cáncer no microcítico de pulmón (CNMP) incluye la cirugía como primera opción o después del tratamiento neoadyuvante y la radioterapia (RT) combinada con quimioterapia (QT) + consolidación con inmunoterapia (IT) cuando PDL1 > 1% en pacientes no operables. A pesar de que las guías recomiendan el tratamiento sistémico para pacientes no candidatos a TTR, el número de pacientes con CNMP no avanzado (NA) incluidos en los ensayos clínicos es limitado. Presentamos los resultados del Instituto Catalán de Oncología de Badalona de pacientes con CNMP-NA que recibieron tratamiento de primera línea (T1L) aprobado para enfermedad avanzada (EA). El objetivo es describir las causas de exclusión de TTR y evaluar la eficacia y toxicidad respecto del tratamiento recomendado.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo que incluyó pacientes que habían realizado T1L para EA entre abril de 2017 y marzo de 2024, 159 recibieron IT cuando PDL1 > 50% y 154 recibieron QT basada en platino en combinación con IT para aquellos con PDL1 < 49%. Del total de 313, identificamos 30 pacientes (9,6%) con enfermedad NA (estadios IIB-IIIB) de novo o recurrentes.

**Resultados:** Las principales razones para excluir el TTR incluyeron EPOC con FEV<sub>1</sub> < 50% (50%), RT previa (23,3%), extensión torácica

del tumor (23,2%) y cirugía pulmonar previa (23,3%). Respecto a la eficacia del tratamiento, el 53,3% de los pacientes respondieron, el 26,6% presentó estabilización de la enfermedad y el 6,6% progresó. La supervivencia libre de progresión mediana (SLP) y la supervivencia global (SG) para toda la cohorte fueron de 14,6 y 22,2 meses, respectivamente, con una tasa de SLP y SG de 1 año del 50 y 70%. En abril de 2024, el 86% discontinuó el tratamiento y el 50% falleció. Las principales causas de muerte incluyeron progresión (60%), toxicidad (6,6%) y otras (33,3%). Las toxicidades que motivaron la interrupción del tratamiento (23%) incluyeron neumonitis (50%), colitis (25%) y toxicidad general (25%). De los pacientes con  $FEV_1 < 50\%$  ( $n = 15$ ), un 33% interrumpieron tratamiento por toxicidad pulmonar.

**Conclusiones:** La SLP y SG en pacientes con CNMP-NA no candidatos a TTR, se comparan favorablemente con los resultados de los ensayos Keynote 024, 189 y 407 para EA. La presencia de comorbilidades respiratorias, en especial el EPOC, en pacientes con CNMP-NA condiciona la posibilidad de TTR, así como la tolerancia y el riesgo de toxicidad pulmonar secundaria al tratamiento sistémico.

#### 445. UTILIDAD DEL COMPASS-CAT SCORE EN PACIENTE CON CÁNCER DE PULMÓN CON MUTACIONES TROMBOGÉNICAS. ESTUDIO OBSERVACIONAL

Darien Duarte Busquet<sup>1</sup>, Teresa Hermida Romero<sup>2</sup>,  
Diego Barco Díaz<sup>2</sup>, Cristina Vázquez Costa<sup>2</sup>  
y María Ana Mejuto Rial<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital Burela, Lugo, España. <sup>2</sup>CHUAC, Coruña, España.

**Introducción:** La trombosis asociada al cáncer es la segunda causa de muerte en pacientes con cáncer. Se ha informado que los cánceres de pulmón con linfoma anaplásico quinasa positivo (ALK+) y ROS protooncogén 1 positivo (ROS1+) están asociados con un riesgo más elevado de eventos tromboembólicos. Las últimas directrices de la Sociedad Americana de Oncología Clínica destacan que el COMPASS-CAT score es una herramienta validada para estratificación del riesgo trombótico e identifica con precisión a paciente con cáncer de pulmón de bajo y alto riesgo de eventos tromboembólicos (ETE), alcanzando sensibilidad y valor predictivo negativo (VPN) superior al 95% en estudios realizados en población ambulatorio. La SEOM consideran tromboprofilaxis farmacológica con HBPM o ACOD en el cáncer ambulatorio de alto riesgo. Con base en estos datos, evaluamos la utilidad del COMPASS-CAT score para determinar la necesidad de tromboprofilaxis en pacientes ambulatorios con cáncer de pulmón y mutaciones trombogénicas.

**Material y métodos:** Realizamos un estudio observacional analítico retrospectivo de pacientes con cáncer de pulmón que tengan las

mutaciones ALK y ROS1 testadas por el servicio de anatomía patológica del Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña desde enero del 2015 hasta junio del 2024 para quienes el seguimiento estuvo disponible en la historia clínica electrónica. Calculamos el COMPASS-CAT score al inicio del tratamiento médico y dimos seguimiento para definir cuántos pacientes desarrollaron ETE en los primeros 6 meses, con el objetivo de determinar la utilidad del COMPASS-CAT score en paciente con cáncer de pulmón con mutaciones trombogénicas.

**Resultados:** La población de estudio estuvo compuesta por 75 pacientes con predominio de la mutación ALK (92%), al diagnóstico tenían un estadio avanzado (89%) y recibieron tratamiento con inmunoterapia el 85%. Los ETE ocurrieron en 1/5 de los pacientes. El COMPASS-CAT score tuvo una sensibilidad 86% (IC95%: 63,1-96,7%) y un VPN del 93,3% (IC95%: 78,1-98,4%). El área bajo la curva (AUC) es 0,86. La prueba de chi-cuadrado para evaluar la asociación entre el COMPASS-CAT score y la ocurrencia de ETE tiene una  $p$ : 0,005.

| Características de la población |        |             |
|---------------------------------|--------|-------------|
| Categoría                       | Número | Porcentaje  |
| Estadio                         |        |             |
| Estadio I                       | 5      | 6,7%        |
| Estadio II                      | 3      | 4,0%        |
| Estadio III                     | 10     | 13,3%       |
| Estadio IV                      | 57     | 76,0%       |
| Mutaciones                      |        |             |
| Mutación ROS1                   | 6      | 8,0%        |
| Mutación ALK                    | 69     | 92,0%       |
| Histología                      |        |             |
| Histología ADC                  | 73     | 97,3%       |
| Histología otros                | 2      | 2,7%        |
| TTO oncológico                  |        |             |
| TTO Qx                          | 10     | 13,0%       |
| TTO QT                          | 15     | 20,0%       |
| TTO Inmuno                      | 64     | 85,3%       |
| TTO Nada                        | 5      | 6,6%        |
| TTO Combinado                   | 17     | 22,6%       |
| COMPASS-CAT Score               |        |             |
| Sensibilidad                    | 87%    | IC (63-96%) |
| Especificidad                   | 51%    | IC (37-64%) |
| VPN                             | 93%    | IC (78-98%) |
| VPP                             | 34%    | IC (21-65%) |

ADC: adenocarcinoma; TTO: tratamiento; Qx: quirúrgico; QT: quimioterapia; VPN: valor predictivo negativo; VPP: valor predictivo positivo.

**Conclusiones:** Nuestros resultados muestran que el puntaje presenta un desempeño discriminativo aceptable, lo que indica una capacidad robusta para diferenciar entre pacientes con y sin ETE en los primeros 6 meses. El COMPASS-CAT score puede ser una herramienta útil, especialmente para descartar eventos en pacientes de bajo riesgo.

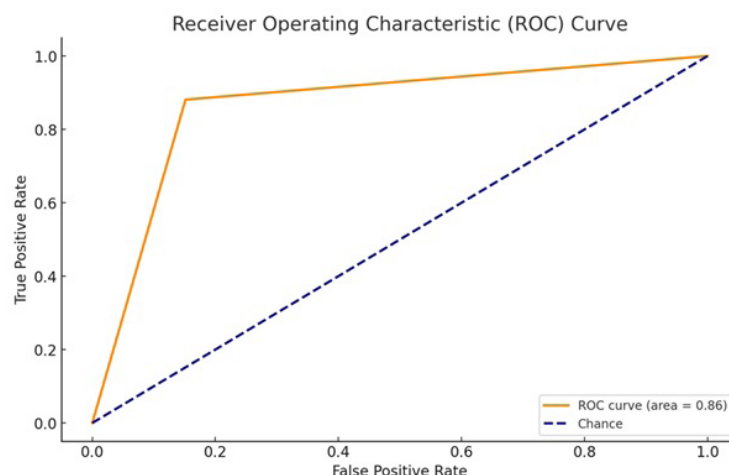


Figura 1. Comunicación 445.