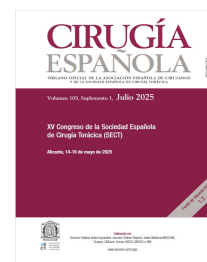




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-26 - RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ESTADIFICACIÓN DE MÁXIMA PRECISIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON CPCNP N0-N1C

Lucía Reyes Cabanillas Paredes, Sergi Call Caja, Carme Obiols Fornell, Ana Maria Andrei, José Sanz Santos, Lluís Esteban Tejero, Juan Manuel Ochoa Alba, Luis Luizaga Velasco, Mireia Serra Mitjans y Ramón Rami Porta

Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa.

Resumen

Introducción y objetivos: La ultrasonografía endobronquial con punción aspirativa transbronquial (USEB-PATB) se considera la técnica de elección para iniciar la estadificación invasiva del cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP). En aquellos pacientes con riesgo intermedio de N2 y mediastino normal (N0-1 clínico [c]), la validación de los USEB-PATB negativos con una técnica de exploración quirúrgica del mediastino continúa siendo un tema de debate. Objetivos: 1) analizar la precisión de la USEB-PATB, la VAMLA (acrónimo inglés de *video-assisted mediastinoscopic lymphadenectomy*) y la del conjunto del protocolo de estadificación en una cohorte de pacientes con CPCNP N0-1c; 2) analizar la tasa global de N2 insospechado (N2i) y según los componentes T y N por tomografía por emisión de positrones-tomografía computada (PET-TC).

Métodos: Estudio retrospectivo y observacional de una cohorte de pacientes con diagnóstico definitivo de CPCNP y N0-1c por PET-TC, sometidos a USEB-PATB sistemática desde 2017 a 2024. La VAMLA y la linfadenectomía quirúrgica realizada en la resección pulmonar, se han considerado el patrón de referencia para validar todos los USEB-PATB negativos. Se han excluido del análisis aquellos pacientes con USEB-PATB y VAMLA negativos sin resección pulmonar. Con el análisis anatomopatológico definitivo, y a partir de una tabla 2x2, se ha calculado la validez diagnóstica de la USEB-PATB, de la VAMLA y del conjunto del protocolo (PET-TC + USEB-PATB + VAMLA) para definir los siguientes valores (incluyendo el intervalo de confianza [IC] del 95%): sensibilidad, especificidad, valores predictivos y exactitud diagnóstica. Con los resultados positivos obtenidos en la USEB-PATB, la VAMLA y la linfadenectomía quirúrgica se ha calculado la tasa de N2i.

Resultados: 112 pacientes (83 hombres, 29 mujeres; edad media 67 extremos 46-84) con diagnóstico de CPCNP N0-1c fueron sometidos a USEB-PATB. En 7 casos se confirmó afectación ganglionar mediastínica. De los 105 USEB-PATB negativos, la VAMLA confirmó afectación ganglionar mediastínica en 15. La linfadenectomía realizada en la resección pulmonar detectó 1 caso de afectación ganglionar en la estación #9. La validez diagnóstica de la USEB-PATB, la VAMLA y del conjunto del protocolo se describe en la tabla. La tasa global de N2i fue del 20,5% (23/112): 17,4% (6/35) tumores T1N0c, 16,6% (5/30) T2N0c; 26,6% (4/15) T3N0c; 33,3% (2/6) T4N0c y 46,1% (12/26) N1c.

Tabla 1. Precisión de la USEB-PATB, la VAMLA y el conjunto del protocolo en la estadificación de una cohorte de pacientes con cáncer de pulmón de célula no pequeña N0-1 clínico.

	n	S: % (IC 95%)	E: % (IC 95%)	VPP: % (IC 95%)	VPN: % (IC 95%)	Exac.: % (IC 95%)
USEB-PATB	112	31,8% (16,4-52,7)	100% (96-100)	100% (64,6-100)	85,7% (77,8-91,1)	86,6% (79-91,7)
VAMLA	105	100% (79,6-100)	100% (96-100)	100% (79,6-100)	100% (96-100)	100% (96,5-100)
PROTOCOLO	112	95,7% (79-99,2)	100% (96-100)	100% (85,1-100)	98,9 (94-99,8)	99,1% (95,1-99,8)

USEB-PATB: ultrasonografía endobronquial con punción aspirativa transbronquial; VAMLA: linfadenectomía por videomediastinoscopia; S: sensibilidad; E: especificidad; VPP: valor predictivo positivo; VPN: valor predictivo negativo Exac.: exactitud diagnóstica; IC: intervalo de confianza

Conclusiones: Con los datos obtenidos de la estadificación de los pacientes con CPCNP N-01c, baja precisión de la USEB-PATB (sensibilidad 32%) y la elevada tasa de N2i (20,5%), parece necesaria la validación de los USEB-PATB negativos con una exploración quirúrgica del mediastino, especialmente en el subgrupo de tumores N1.