



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-05 - CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO PREDICTIVO DE RECIDIVA PRECOZ EN PACIENTES INTERVENIDOS POR CPCNP. PAPEL DE LA POSITIVIDAD DEL LAVADO PLEURAL

Recuero Díaz, J.L.¹; Gatus Caldero, S.²; Gómez de Antonio, D.³; Tejerina González, E.³; Moldes Rodríguez, M.⁴; Abdulkader Nallib, I.⁴; Royo Crespo, Í.¹; Cerón Navarro, J.⁵; Prieto Rodríguez, M.⁵; Porcel Pérez, J.M.²

¹Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza; ²Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida; ³Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda; ⁴Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela; ⁵Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Objetivos: Conocer los factores de riesgo relacionados con la recidiva precoz de pacientes intervenidos de carcinoma de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) y crear un modelo predictivo, en base a los mismos, que sea de utilidad en la toma de decisiones clínicas.

Métodos: Estudio multicéntrico de cohorte prospectivo de pacientes (p) intervenidos de resección pulmonar (RP) anatómica por CPCNP entre octubre de 2015 y octubre de 2017 en 12 centros nacionales. Los criterios de exclusión fueron: resección incompleta (R1 y R2), importantes adherencias pulmonares que requirieron de una manipulación pulmonar para liberar la cavidad pleural, presencia de lesiones pleurales metastásicas confirmadas, presencia de derrame sospechoso de malignidad en la cirugía con citología intraoperatoria positiva. Se calculó el tamaño muestral para evaluar la relación entre la positividad de la citología del lavado pleural (LP) con probabilidad de recurrencia a 2 años para un grado de asociación de al menos 2 unidades ($OR \geq 2$), asumiendo un 30% de recidivas. Se admitió un error alfa 0,05 y potencia estadística 80%. El tamaño final calculado fue 647 p. Se analizaron variables clínicas, quirúrgicas y patológicas en busca de factores de riesgo relacionados con la recidiva a 2 años. Las variables significativas en el análisis univariante fueron las candidatas a formar parte del modelo final, el cual fue seleccionado en base al valor del criterio de información AIC. La idoneidad del modelo fue evaluada mediante el área bajo la curva ROC y el mejor punto de corte se calculó buscando aquel que maximizaba la sensibilidad dando un mínimo valor de especificidad. El programa estadístico utilizado fue R.

Resultados: La cohorte quedó constituida por 684p. Recidivaron en los dos primeros años 193p (28,2%). En el análisis univariante, fueron significativas: localización del tumor (central/periférico), fibrobroncoscopia (endobronquial/no), PET (SUV > 5/< 5), abordaje (VATS/toracotomía), ganglios resecaos, histología, tamaño tumoral, invasión pleural, invasión vascular, ganglios afectos, pT, pN, estadio patológico y positividad del lavado pleural. Se mantuvieron significativos en el análisis multivariante: PET (OR 1,64, IC95% 1,11-2,46, p = 0,015), histología de adenocarcinoma (OR 1,54, IC95% 1,07-2,23, p = 0,022), estadio patológico (Inicial 0-IIA/Avanzado IIB-IIIB) (OR 2,95, IC95% 2,02-4,32, p < 0,001) y positividad del LP (OR 4,43, IC95% 1,42-16,71, p = 0,015). El modelo con un

mejor criterio AIC fue el que incluyó las 4 variables que resultaron significativas en el análisis multivariante (AIC = 736,48). El área bajo la curva ROC fue 0,68 (IC95% 0,64-0,72) y el punto de corte elegido fue 0,28, para el cual la sensibilidad y especificidad resultantes fueron del 0,69 y 0,61, respectivamente.

Conclusiones: De los factores pronósticos analizados, la positividad del lavado pleural resultó ser el mayor determinante de recidiva precoz. Como consecuencia, debería de valorarse su realización de manera rutinaria y la posibilidad de adaptar las diferentes estrategias de seguimiento oncológico y adyuvancia en función de la positividad de este. A pesar de una modesta capacidad discriminativa, el modelo obtenido podría ayudar a determinar poblaciones diana de futuros ensayos clínicos relacionados con dichas estrategias.