

O-06 - ¿UN SEGUIMIENTO ESTRECHO MEJORA LOS RESULTADOS ONCOLÓGICOS EN EL CÁNCER DE PULMÓN RESECADO?

álvaro Fuentes Martín¹, Ángel Cilleruelo Ramos¹, Santiago Figueroa Almánzar², Néstor Martínez Hernández³, Alberto Cabañero Sánchez⁴, Sergi Call Caja⁵, David Gómez de Antonio⁶, Raúl Embún Flor⁷, María Fe Muñoz Moreno¹ y GEVATS-Grupo Español de Cirugía Videotoracoscópica SECT⁷

¹Hospital Clínico Universitario, Valladolid; ²Hospital Clínico Universitario, Valencia; ³Hospital de la Ribera, Alzira; ⁴Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ⁵Hospital Mutua, Terrassa; ⁶Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda; ⁷Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

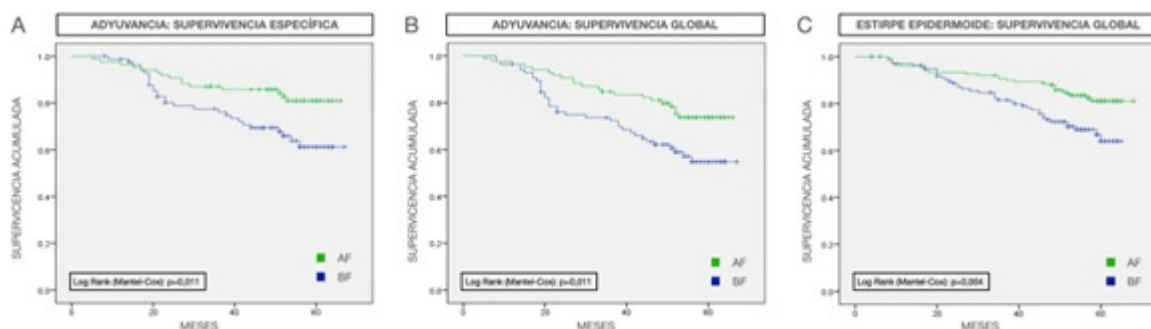
Resumen

Objetivos: Recientes estudios sugieren que una vigilancia radiológica posoperatoria más frecuente mediante tomografía computarizada (TC) después de la resección por cáncer de pulmón no está asociada a una mejoría de los resultados oncológicos. El objetivo de este estudio es validar estos hallazgos con la base de datos del GEVATS.

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico en el que se incluyeron todos los pacientes sometidos a resección pulmonar anatómica registrados en la base de datos del GEVATS, intervenidos entre diciembre de 2016 y marzo de 2018 y que hubiesen completado seguimiento oncológico. Evaluamos la relación entre frecuencia de vigilancia (no TC durante los 4 años después de la cirugía) y el intervalo libre de enfermedad (ILE), mortalidad global y específica por cáncer. Se establecieron dos grupos: baja frecuencia (BF) (1TC/año durante los dos años siguientes). Análisis estadístico: chi cuadrado de Pearson, test t de Student para muestras independientes, análisis de supervivencia Kaplan Meier, test de log rank y regresión de Cox. *Propensity score*: función *matchit* y *method = nearest*. Software IBM SPSS Statistics 24.0 y R Studio.

Resultados: De un total de 1.916 pacientes, BF 444 (33,17%) y AF 1.472 (76,83%). Los factores asociados con la vigilancia de AF incluyeron: mayor estadio ($p = 0,027$), adyuvancia ($p = 0,001$), quimioterapia adyuvante ($p = 0,001$) y radioterapia adyuvante ($p = 0,001$). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos respecto a ILE (BF 51,434 m [IC95% 49,413-53,445] vs. AF 49,474 m [IC95% 48,139-50,809]; HR 1,116, IC95% 0,926-1,344; $p = 0,250$) y supervivencia global (BF 57,753 m [IC95% 56,178-59,329] vs. AF 55,791 m [IC95% 54,751-56,832]; HR 1,18, IC95% 0,960-1,452; $p = 0,117$). Demostrándose diferencias estadísticamente significativas respecto a la supervivencia específica por cáncer (BF 61,762 m [IC95% 60,492-63,033] vs. AF 58,523 m [IC95% 57,555-59,491]; (HR 1,590, IC95% 1,210-2,096; $p = 0,001$). Se realizaron subanálisis tras *propensity score* respecto a las variables estadio, histología, linfadenectomía y adyuvancia evidenciando diferencias estadísticamente significativas entre los grupos BF y AF en el análisis de supervivencia específica por cáncer en aquellos pacientes que recibieron adyuvancia (BF 53,021 m [IC95% 48,622-57,421] vs. AF 58,836 m [IC95% 55,343-62,330]; HR 0,453, IC 0,242-0,849; $p = 0,013$) (fig. A) y en el análisis de supervivencia global para aquellos pacientes con estirpe

epidermoide (BF 54,394 m [IC95% 51,424-57,364] vs. AF 61,578 m [IC95% 59,091-64,065]; HR 0,491, IC95% 0,299-0,806; $p = 0,005$) (fig. B) y aquellos que recibieron adyuvancia (BF 50,176 m [IC95% 45,609-54,742] vs. AF 57,189 m [IC95% 53,599-60,778]; HR 0,503, IC95% 0,293-0,865; $p = 0,013$) (fig. C).



Conclusiones: En nuestro estudio, una vigilancia de alta frecuencia únicamente mejoró los resultados de supervivencia en pacientes con cáncer de pulmón resecao que recibieron tratamiento adyuvante o presentaron una estirpe epidermoide. Las futuras guías de seguimiento de cáncer de pulmón deberían considerar la posibilidad de una vigilancia menos frecuente en el resto de pacientes.