

504. PH DEL LÍQUIDO DE LA VÍA AÉREA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON FIBROSIS QUÍSTICA

A. Vasquez Perez¹, M. Bosque García² y N. Rudi Sola³

¹Hospital Universitario Joan XXIII/Universitat Rovira i Virgili-IISPV, Tarragona, España. ²Hospital Parc Taulí, Sabadell, España. ³Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers, España.

Introducción: Hasta la fecha no se han publicado artículos que midan el pH del líquido de la vía aérea (ASL) en pacientes pediátricos con fibrosis quística (FQ) utilizando muestras de esputo inducido, siendo el esputo inducido una técnica no invasiva en la que se obtienen muestras del ASL equivalentes a un lavado broncoalveolar. Nuestro objetivo fue describir la técnica del esputo inducido para medición de pH del ASL y su relación con diferentes variables.

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo desarrollado en niños FQ no colonizados por *Pseudomonas*.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes con edad media 11,96 años \pm 3,9 y con una media de pH del ASL de $6,72 \pm 0,06$ (n = 16). Se observó una correlación estadísticamente significativa entre un test del sudor más alto con un pH ASL más bajo (R = 0,683, p = 0,005). No se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el TC torácico alterado (p = 0,199) o la colonización crónica de *S. aureus* (p = 0,17) pero si se observó una tendencia a tener un pH del ASL más ácido en pacientes con TC torácico alterado (pH $6,70 \pm 0,06$) frente a TC normal (pH $6,76 \pm 0,03$) y en pacientes con colonización crónica a *Staphylococcus aureus* (pH $6,697 \pm 0,05$) frente al cultivo negativo ($6,74 \pm 0,05$).

Conclusiones: Primera publicación que utiliza el esputo inducido como técnica para obtener pH del ASL en pacientes con FQ. El valor de pH del ASL en la FQ tiende a ser ácido probablemente por la disfunción de la CFTR y no por la condición clínica del paciente.

ONCOLOGÍA TORÁCICA

334. ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN EL CARCINOMA BRONCOGÉNICO

J.M. Díaz García, M. Morales García, M.T. Río Ramírez, F. Garía Prieto, B. Raboso Moreno, C. Matesanz López y A. Abad Fernández

Hospital Universitario de Getafe, Madrid, España.

Introducción: La ablación por radiofrecuencia (ARF) es una opción de tratamiento importante para pacientes no operables en el cáncer de pulmón. Nuestro objetivo fue evaluar los resultados de ARF en pacientes no quirúrgicos con carcinoma broncogénico (CB).

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional con seguimiento a 5 años de las ARF de los CB desde enero de 2012 a enero de 2016. Los casos se revisaron en un comité multidisciplinar de tumores torácicos, desestimando tratamiento quirúrgico por comorbilidades significativas. Tras la ARF el seguimiento a 5 años fue por TC o PET/TC valorando la recidiva o progresión tumoral. Las variables cuantitativas se expresan con mediana y rango intercuartílico, se calcularon la supervivencia global (SG) y la supervivencia específica de cáncer (SEC), mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Se trataron 10 CB mediante ARF durante el estudio, siendo 4 (40%) metástasis pulmonares únicas de CB poslobectomía. La mediana de tamaño tumoral fue de 19 milímetros [15 - 22,5], el estadio más frecuente fue IA 6 (60%) y IV 4 (40%). La mayoría eran varones 8 (80%), con mediana de edad de 78 años, la comorbilidad más frecuente fue la EPOC 7 (70%), el FEV1 era < 50% en 4 pacientes (40%), siendo la mala función pulmonar la causa más frecuente de inopera-

bilidad. El resto de características de los pacientes y tumorales en la tabla. Las complicaciones de ARF: 4 (40%) neumotórax, 1 (10%) derrame pleural, colocándose tubo de tórax en 3 (30%). Ningún paciente falleció por causa directa de ARF. En el seguimiento a 5 años: 6 (60%) fallecieron, de ellos 3 (30%) por progresión tumoral y el resto por otras causas (insuficiencia cardíaca, tromboembolismo pulmonar). Todos los carcinomas broncogénicos recidivaron durante el seguimiento, detectándose recidiva local en la zona de ARF en solo un 1 paciente (10%). Una vez establecida la progresión tumoral se inició quimioterapia en 3 pacientes (30%). La SG fue del 90%, 50% y 40% al año, 3 y 5 años respectivamente. La SEC fue del 100%, 89% y 78% al año, 3 y 5 años (fig.).

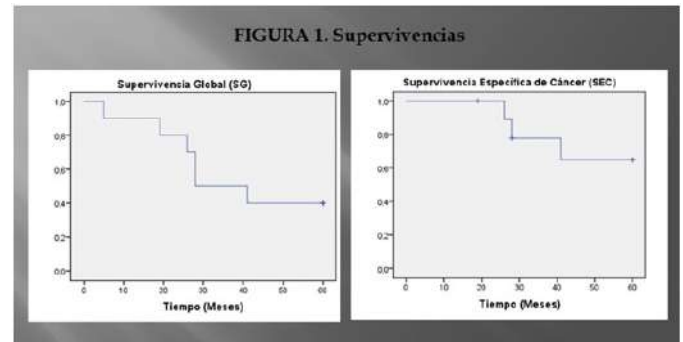


Tabla 1. Características de los pacientes y tumorales.

Características de Pacientes		Características tumorales	
Sexo	Hombre 8 (80%) Mujer 2 (20%)	Tamaño del tumor (milímetros)	19 [15 - 22,5]
Edad (Años)	78 [70 - 84]	Histología:	Carcinoma Escamoso 8 (80%) Adenocarcinoma 2 (20%)
Comorbilidades	EPOC: 7 (70%) Enfisema 5 (50%) Bronquitis crónica 2 (20%) Fibrosis quística 6 (60%) Insuficiencia respiratoria crónica 4 (40%) Cardiopatía isquémica 3 (30%) Insuficiencia cardíaca 3 (30%) Diabetes Mellitus 2 (20%) Enfermedad renal crónica	Localización tumoral	3 (30%) Lóbulo superior izquierdo 3 (30%) Lóbulo superior derecho 1 (10%) Lóbulo inferior izquierdo
Índice de comorbilidad de Charlson	8,5 [7 - 10]	Estadios Tumorales	IA 6 (60%) IV (metástasis sistémica) 4 (40%)
FEV1:	Absoluto 1360 [850 - 2280] (ml) Porcentaje 75% [35 - 110] FEV1 < 50% 4 (40%)	Desestimación quirúrgica:	Mala función pulmonar 4 (40%) Mala función cardíaca 3 (30%) Recurrencia tumoral de carcinoma broncogénico operado 3 (30%)

Valores expresados como porcentaje, mediana [rango intercuartílico].

Conclusiones: En nuestra experiencia la ARF es un tratamiento válido aplicado en pacientes de edad avanzada con datos de inoperabilidad. El neumotórax fue la complicación más frecuente, con una frecuencia similar a estudios previos (Welch BT, et al. J Vasc Interv Radiol. 2015;26 (6):787-91). La SG a 5 años por ARF fue del 40%. Sería necesario la creación de estudios prospectivos comparativos de ARF con otros tratamientos convencionales en pacientes no quirúrgicos.

26. ADENOCARCINOMA DE PULMÓN EN MUJERES: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ESTUDIO MOLECULAR, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS

F. García Prieto, M.T. Río Ramírez, A. Sánchez Peña, J.M. Díaz García, B. Raboso Moreno, A. Rodríguez Perojo y A. Abad Fernández

Hospital Universitario de Getafe, Getafe, España.

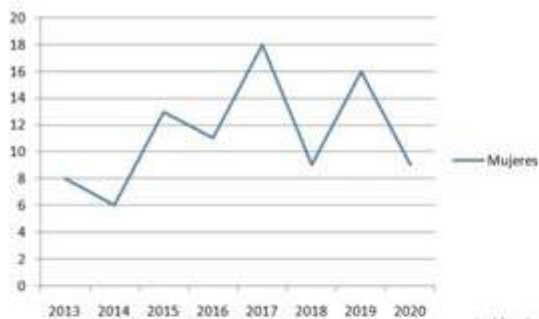
Introducción: La incidencia de adenocarcinoma de pulmón (ADP) en mujeres ha aumentado en los últimos años. La detección de alteraciones moleculares ha supuesto una mejora en el pronóstico de pacientes y cambios en la estrategia terapéutica con nuevas dianas. Los objetivos del estudio son: describir características clínicas, formas de diagnóstico, alteraciones moleculares y tratamientos de las pacientes con ADP.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, observacional a 8 años. Se valoraron todos los pacientes diagnosticados de ADP desde enero de 2013 hasta junio de 2020. Los datos fueron obtenidos de la historia clínica, el registro de tumores del hospital y las muestras de anatomía patológica. Las variables cuantitativas se describen mediante media y desviación estándar (DE). El análisis de supervivencia se realizó con el método de Kaplan-Meier.

Resultados: El número total de pacientes diagnosticado de carcinoma broncogénico fue de 676, siendo 289 (43%) adenocarcinomas, 90 casos mujeres. La incidencia según los años se expresa en la tabla 1. Las características clínicas y comorbilidades se expresan en la tabla 2. Los procedimientos que conllevaron el diagnóstico fueron: biopsia bronquial 28 (31%), biopsia transbronquial 3 (3%), citología obtenida por

broncoaspirado 1 (1%), biopsia traqueal 1 (1%), punción aspiración con aguja fina transcarinal ciega 3 (3%), biopsia con aguja gruesa guiada por tomografía 51 (57%), toracotomía en 1 (1%), mediastinoscopia 1 (1%) y líquido pleural citología 1 (1%) pacientes. Los subtipos histológicos más frecuentes fueron: acinar 25 (28%), lepidico 15 (17%), papilar 3 (3%), anillo de sello 3 (3%), mixto 1 (1%), coloide 1 (1%), micropapilar 1 (1%), "indiferenciado" 41 (46%). La estadificación clínica obtenida fue: IA 24 (27%), IB 4 (4%), IIA 3 (3%), IIB 3 (3%), IIIA 5 (6%), IV 51 (57%). Se realizó cirugía en 25 pacientes (28%). Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron, neumonectomía 1 (1%), lobectomía 21 (23%), segmentectomía 2 (2%) y resección parcial 1 (1%). Las alteraciones moleculares realizadas y el tratamiento médico recibido quedan recogidos en la tabla 3. La mediana de supervivencia fue de 20 meses (IC95% 6,26-33,74). No se encontraron diferencias significativas en función de la alteración molecular ALK, mutación EGFR ni PDL1.

Conclusiones: El ADP representa el 43% de todos los carcinomas broncogénicos, afectando el 31% a mujeres. El diagnóstico se realizó por broncoscopia en 41% de los casos. La mediana de supervivencia global fue 20 meses.



Incidencia anual de ADP
Tabla 1

Comorbilidad	N total(%)	Mujeres	p
Edad	66(DE 10)	69(9)	0.211
Tabaquismo	226 (78%)	58(64%)	0.000
IPA	44(DE 23)	41(DE 27)	0.075
EPOC	80(28%)	16(18%)	0.005
HTA	134(46%)	39(43%)	0.188
Diabetes Mellitus	66(23%)	19(21%)	0.175
Dislipemia	84 (29%)	24 (27%)	0.138
Otro antecedente oncológico	50 (17%)	10 (11%)	0.141
Metástasis al diagnóstico	159(55%)	49(54%)	0.842

Tabla 2

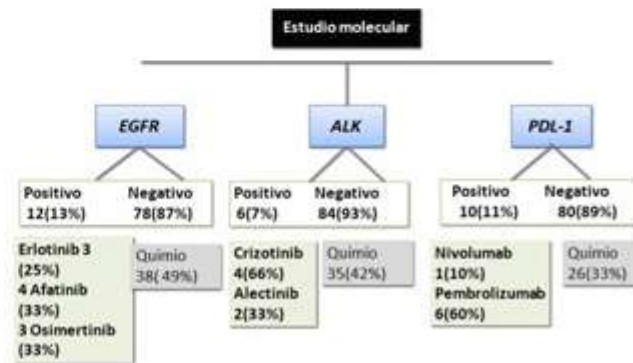


Tabla 3

233. ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA EFICIENCIA DE LA VÍA RÁPIDA DE CÁNCER DE PULMÓN DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

L.A. Pazos Area, V. Leiro Fernández, F. Vargas Ursúa, I. Fernández Granda, P. Rodríguez Fernández, I. Lojo Rodríguez, A. Yesayan, E. García Rodríguez, M. Botana Rial y A. Fernández Villar

Hospital Álvaro Cunqueiro, Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España.

Introducción: La pandemia COVID-19 ha tenido un gran impacto en la organización asistencial especialmente en los circuitos de pacientes con enfermedades respiratorias y oncológicas. En este estudio se ana-

liza su impacto en la vía rápida de cáncer de pulmón (VRCP) de nuestro centro.

Material y métodos: Análisis comparativo de dos cohortes de pacientes con diagnóstico final de cáncer de pulmón (CP) atendidos entre marzo-diciembre 2019 (grupo de comparación) y los atendidos entre marzo-diciembre 2020 (grupo de estudio). Se registran variables epidemiológicas, clínicas, tiempo de estudio y su ámbito (hospitalizado o ambulatorio).

Resultados: Se analizaron 342 pacientes con CP, 181 en el periodo 2019 y 161 en el periodo COVID-19. No se encontraron diferencias por género, edad, tabaquismo, tipo histológico ni en los estadios (tabla). Durante la pandemia COVID-19 58 pacientes (36%) precisaron ingreso hospitalario frente a 38 (21,6%) del año anterior (p = 0,001).

	Marzo-Diciembre 2020	Marzo-Diciembre 2019	P
Género. Hombres	65,2%	71,1%	0,28
Edad	69 (RIQ 62-74,5)	68 (RIQ 60-74)	0,29
Tabaquismo	80,8%	82,4%	
Comorb. Charlson	Ausencia-Ligera 76,7%	Ausencia-Ligera 74,6%	0,28
Tipo histológico	ADC 51% ESC 18,6% MICROCÍTICO 11,8%	ADC 54,7% ESC 22,7% MICROCÍTICO 14,4%	NS
Estadios I-II	24,8%	28,7%	0,47
Estadios IIIA	15,5%	11%	0,27
Estadios IIIB-C-IV	57,1%	59,1%	0,9
Presencia de clínica	66%	67%	0,2
Número de pruebas	2 (RIQ 2-3)	3 (2-4)	0,13
Tiempo hasta finalización (días)	25 (RIQ 20-29)	26,5 (RIQ 20-38)	0,15
Estudio hospitalizado	36%	21%	0,001

Sin embargo, no se vieron diferencias en los estadios avanzados (estadio IV 49% vs. 50,8%) ni en los tiempos desde la entrada del paciente en el circuito hasta la decisión en el comité de tumores [25 días (RIQ20-29) vs. 26,5 días (RIQ 20-38,2)].

Conclusiones: Durante la pandemia COVID-19 se han incrementado de forma significativa los ingresos secundarios a sospecha de cáncer de pulmón. No existen diferencias en los tipos histológicos, presentación clínica ni en los estadios avanzados.

300. ANÁLISIS DE LA EXPRESIÓN DIFERENCIAL DE LNCRNA EN DIFERENTES TIPOS DE CÁNCER DE PULMÓN

M. Arroyo Varela¹, L. Aguilera Cobos², R. Larrosa Jiménez³ y R. Bautista Moreno⁴

¹UGC Enfermedades Respiratorias, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España. ²Departamento de Biología Molecular y Bioquímica. Universidad de Málaga, Málaga, España. ³Departamento de Arquitectura de Computadores. Universidad de Málaga, Málaga, España. ⁴Plataforma Andaluza de Bioinformática-SCBI. Universidad de Málaga, Málaga, España.

Introducción: Los lncRNAs (long non-coding RNAs) se clasifican como RNAs de menos de 200 nucleótidos que no se traducen a proteínas. Diversos estudios han demostrado que los lncRNAs están involucrados en una amplia variedad de procesos biológicos y en la regulación de la expresión génica. Además, los lncRNAs suelen estar desregulados y tienen funciones importantes en el cáncer de pulmón, pudiendo interactuar con DNA, RNA o proteínas, como supresores de tumores u oncogenes, para regular la expresión génica y las vías de señalización celular.

Material y métodos: En este trabajo se ha estudiado el perfil de expresión de lncRNA a partir de muestras de RNA-seq de 3 tipos de cáncer de pulmón: adenocarcinoma, carcinoma microcítico y carcinoma epidermoide de pulmón de 83 pacientes. En primer lugar, se estableció un flujo de trabajo para la cuantificación de los perfiles de expresión de lncRNA en tejido tumoral y tejido sano en todas las muestras. Tras ello, se realizó un análisis de expresión diferencial entre tejido tumoral y sano en todos los pacientes. Por último, se ha estudiado la funcionalidad de los lncRNA mediante consulta a bases de datos públicas.

Resultados: El análisis de los perfiles de expresión entre tejido tumoral y sano en los tres tipos histológicos de tumor nos muestra que un total de 2.465 lncRNA presentan expresión génica diferencial, de los que 56 son comunes a todos los tipos de tumores y muestras. El análisis funcional de 56 lncRNA comunes consultando distintas bases de datos nos muestra que 52 lncRNA han sido relacionadas con patología cancerígena.

Conclusiones: Estos resultados preliminares nos indican que posiblemente algunos de estos lncRNA pudieran ser utilizados como posibles biomarcadores de cáncer de pulmón.

518. ANÁLISIS DE LA UTILIDAD DEL BRONCOASPIRADO Y CEPILLADO BRONQUIAL EN PACIENTES CON MASA ENDOBRONQUIAL

C. Pérez Nyberg, S. Osorio Robaina, H. Galván Fernández y C. Cabrera López

Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Introducción: El cáncer de pulmón es una patología frecuente en nuestro medio, con estrecha relación con el consumo de tabaco. Establecer un diagnóstico histológico es de gran importancia para administrar un tratamiento óptimo para el paciente. La broncoscopia es una herramienta útil para la obtención de material citológico/histológico, mediante la obtención de biopsias, lavado broncoalveolar, broncoaspirado (BAS), cepillado bronquial y punción de adenopatías. En este trabajo se investiga la sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) del BAS y el cepillado bronquial, así como su utilidad para el diagnóstico, así como el impacto económico de la realización de estas pruebas.

Material y métodos: Análisis de pacientes a los que se les realizó broncoscopia con observación de masa endobronquial durante los años 2010-2020 en el Hospital Dr. Negrín de Las Palmas G.C.

Resultados: 112 pacientes fueron informados en la base de datos como masa endobronquial (93 hombres, 19 mujeres), con edad media de 66 años, tomándose biopsia en 110 de ellos. De los 110 pacientes, 103 son diagnosticados de neoplasia pulmonar (97 diagnosticados con la biopsia, siendo 38 epidermoide, 19 microcítico, 17 adenocarcinoma, 14 indiferenciado, 6 metástasis y 3 de otra índole). En nuestro estudio, el BAS se realizó en 106 pacientes, con una sensibilidad del 53% y especificidad del 100%, con VPP del 100% y VPN del 21%. El cepillado bronquial se realizó en 36 pacientes, una sensibilidad del 80%, una especificidad del 100%, con VPP del 100% y VPN del 45%. Ninguno de los pacientes con biopsia negativa tuvo un BAS o un cepillado positivo. El precio de la realización del BAS es 547,88€, y el cepillado bronquial 848,52€.

Conclusiones: El BAS y el cepillado son pruebas diagnósticas de baja sensibilidad pero con un alto valor predictivo positivo. Ante un resultado negativo no se puede descartar la existencia de neoplasia, siendo aún, ante un resultado negativo, más probable encontrarlos ante patología maligna en pacientes con masa endobronquial. Sin embargo, en nuestro estudio, ni el BAS ni el cepillado ofrecieron información adicional respecto a la biopsia bronquial, pudiendo suponer un importante ahorro económico la no realización de dichas pruebas.

61. ANÁLISIS DE LAS CARACTERÍSTICAS DE PROBABILIDAD DE MALIGNIDAD EN PACIENTES CON NÓDULO PULMONAR SOLITARIO Y ESTUDIOS INVASIVOS NEGATIVOS REMITIDOS A CIRUGÍA TORÁCICA

S. Cuenca Peris, M. Andújar Llamazares, J. Llopis Pitarch, A. Saravia Cazón, F. Andrés Franch, L. Romero Francés, J.J. Torres Relucio, G. Llavador Ros y M. Marín Royo

Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, España.

Introducción: La remisión para exéresis de un nódulo pulmonar solitario (NPS) con estudios invasivos negativos, y con valoración por cálculo de probabilidad de malignidad y estudios de imagen, es una vía que no está del todo definida en las actuales guías de seguimiento del NPS. Objetivo: analizar las características clínico-demográficas y morfológicas útiles en los cálculos de probabilidad de malignidad de los NPS enviados a cirugía para exéresis, tras un estudio invasivo negativo y con resultado final de malignidad tras la cirugía.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo un estudio observacional retrospectivo de los pacientes enviados a Cirugía Torácica tras un es-

tudio invasivo negativo y con resultado final de malignidad tras la cirugía desde enero de 2019 a marzo de 2021. Las características clínico-demográficas estudiadas fueron edad, sexo, hábito tabáquico, antecedentes de cáncer y características morfológicas del NPS tanto en TAC como en PET (tamaño, localización, morfología, presencia de adenopatías).

Resultados: Se han enviado un total de 34 pacientes a cirugía torácica tras valoración en comité de tumores de los cuales 20 tras estudios invasivos negativos y resultado final tras resección de malignidad. En estos 20, la edad media fue de 70 años (rango 59-81). Eran hombres el 90% (18) y todos eran o habían sido fumadores. No constan antecedentes familiares ni personales de cáncer previos. Todos tenían realizado estudio de TAC y de PET TAC. El tamaño medio de los NPS por TAC fue de 19,9 mm (rango 11-28 mm). Se localizaban en lóbulos superiores el 80% (16) y presentaban espiculación el 60% (12). En el PET el 35% (7) presentaba adenopatías metabólicamente activas (N1 a N3). El SUV medio en las adenopatías positivas fue de 2,5 frente al SUV medio del nódulo de 4,5. De los pacientes con adenopatías positivas en PET se hizo estudio con EBUS en 5, no siendo realizado en dos pacientes debido a otras valoraciones realizadas por el comité. Todos los EBUS realizados fueron negativos.

Conclusiones: La remisión a exéresis quirúrgica de los NPS valorados en comité, con alta probabilidad de malignidad y estudios invasivos negativos resulta rentable (59% se concluyen como malignos). De las características de malignidad, el hábito tabáquico, el tamaño, la localización en lóbulos superiores, y la presencia de espiculación son, de acuerdo con la literatura científica, las que mayor peso tienen para su evaluación global previa a la remisión.

591. ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO REALIZADO EN LA SERIE QUIRÚRGICA DEL REGISTRO DEL III GRUPO COOPERATIVO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO DE SEPAR (GCCB-III) PARA LA 9ª EDICIÓN DE LA CLASIFICACIÓN TNM DE LA IASLC

A. Rodríguez Fuster¹, M. Zabaleta Murguiondo², J. Abal Arca³, J. Hernández Hernández⁴, E. Martínez Téllez⁵, J.M. Matilla González⁶, J.C. Trujillo Reyes⁵ y III Grupo Cooperativo Cáncer de Pulmón Separ

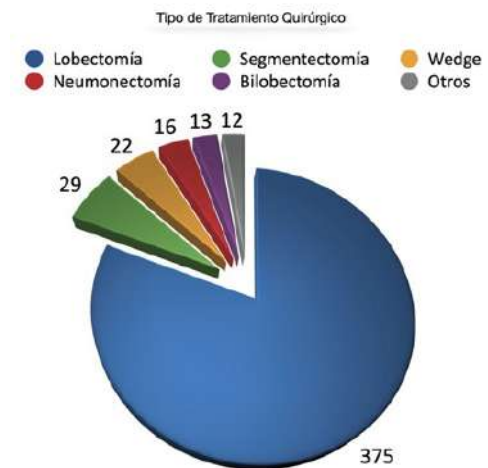
¹Hospital del Mar, Barcelona, España. ²Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España. ³Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España. ⁴Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España. ⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁶Hospital Clínico-Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Introducción: El GCCB-III de SEPAR está involucrado activamente en la recogida de datos para el proyecto de revisión de la próxima clasificación TNM de cáncer de pulmón liderada por la IASLC a nivel internacional. Los datos recogidos, antes del cierre definitivo de la inclusión de datos, a nivel estatal por un conjunto de 31 hospitales se encuentran disponibles para su análisis preliminar.

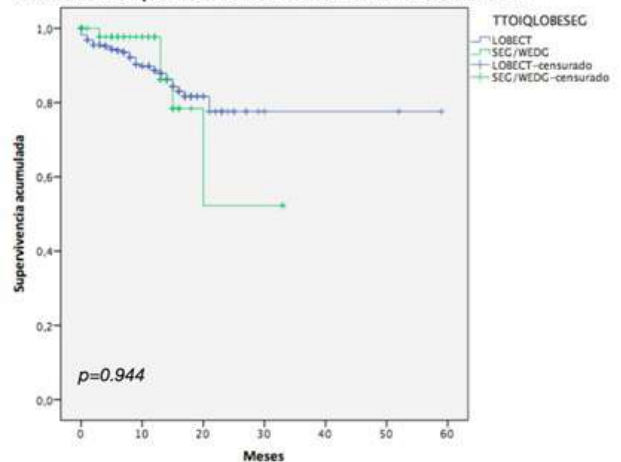
Material y métodos: Objetivo: analizar los resultados del tratamiento en la serie quirúrgica de los pacientes nacionales registrados en la base de la IASLC para la 9ª edición del TNM de cáncer de pulmón. Estudio prospectivo observacional multicéntrico. Se analizan los datos recogidos sobre el tratamiento de la serie quirúrgica. Los pacientes incluidos comprenden los diagnosticados de cáncer de pulmón antes de enero de 2020 y que se han recogido desde noviembre de 2017 hasta enero de 2021.

Resultados: La serie incluye 467 pacientes intervenidos, 335 hombres (71,7%); 132 mujeres (28,3%). Edad media 66,5 años (rango de 32-85). El tipo de tratamiento quirúrgico se muestra en la figura 1. El 8,6% ha recibido además radioterapia (1,3% preoperatoria y el 7,3% posterior). El 30,2% ha recibido tratamiento sistémico (4,5% previo a la cirugía, 24,6% posterior y el 1,1% antes y después). El porcentaje de recidiva es del 12,8% y de mortalidad es del 10,7% (50 pacientes). Causa (N = 50): 54% cáncer de pulmón. 40% no relacionado con cáncer. 2% segun-

do primario. 4% desconocida. En los pacientes con recidiva (N = 60) se observa un 16,7% pN2 y un 13,3% M1. Su mortalidad, 17 pacientes/34% total. No hay diferencias en la supervivencia entre el grupo de lobectomía (N = 375, estadios pIII/pIV 22,1%) y el grupo de segmentectomía/wedge (N = 51 estadios pIII/pIV 7,8%) (fig. 2). El 26% (N = 467), 121 pacientes, eran estadio pIA1-pIA2 en los que eventualmente se podría optar por una resección menor habiendo sido realizada solo en 30 (6,4%).



Funciones de supervivencia. Lobectomía versus Resección menor



Conclusiones: El tipo de resección más frecuente es la lobectomía. Hasta un 38,8% reciben un tratamiento adicional. La tasa de recidiva y mortalidad son bajas. Un porcentaje importante se concentra en los estadios avanzados posoperatorios. No hay diferencias en la supervivencia entre los pacientes intervenidos por lobectomía o resección menor en esta serie con los datos recogidos. La lobectomía sigue prevaleciendo como intervención de elección a pesar de haber un subgrupo de pacientes con tumores de pequeño tamaño y sin afectación ganglionar que eventualmente se podrían beneficiar de una resección menor.

396. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE CONSULTA MONOGRÁFICA DE CÁNCER DE PULMÓN

E. Viciano Martín, E. Luque Crespo, M. Pavón Masa, R. Perera Louvier y J. Gordillo Fuentes

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: El objetivo principal de la consulta monográfica de cáncer de pulmón (CP) es el diagnóstico histológico y la derivación

adecuada de los pacientes. A su vez, es importante que el proceso diagnóstico se haga en el menor tiempo posible. Objetivo: evaluación de las características principales de los pacientes con diagnóstico final de CP, que han sido estudiados en nuestra consulta monográfica.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de los pacientes valorados desde el 8 de enero 2019 a 30 de junio 2020.

Resultados: Se estudiaron un total de 197 pacientes, de los cuales el 80,7% eran varones y 19,3% mujeres. La edad media fue 66,7 años. Respecto al consumo tabáquico, la mediana del índice ICAT fue 68. El 42,1% eran fumadores activos, 47,2% exfumadores y un 10,7% nunca habían fumado. Los síntomas de presentación más comunes fueron la disnea (38,1%), tos (30,5%), asintomáticos (26,9%) y síndrome constitucional (23,4%). En relación con las pruebas de función pulmonar el 45,7% tenían EPOC. Se realizó análisis bioquímico de marcadores tumorales en 59,8% de los casos, de los cuales el 64,10% fueron de alto riesgo y el 35% eran compatibles con Adenocarcinoma. Por otra parte, en las pruebas de imagen (TAC), destaca que la localización más común es el lóbulo superior derecho en un 34%, seguido del lóbulo inferior derecho en un 20,3%. En el estadiaje mediante TAC, el 28,4% tenía un estadio IV. Se realizó PET A 69,5% de los pacientes. Las pruebas diagnósticas empleadas fueron en un 30,5% fibrobroncoscopia (FBC), 33% biopsia con aguja gruesa (BAG) y 19,3% fueron a un diagnóstico quirúrgico. La histología predominante fue con un 42,3% el adenocarcinoma. En cuanto a la derivación consensuada por el comité multidisciplinar nuestros datos fueron: 50,3% a Oncología, 37,1% a Cirugía torácica, 7,6% Oncología Radioterápica y 5,1% a Cuidados Paliativos. La mediana del tiempo total de estudio (desde el primer día de consulta a fecha de derivación tras comité) fue 29 días.

Conclusiones: El diagnóstico histológico y derivación del CP en nuestra consulta monográfica se realiza en 29 días. Algo más de la mitad de los pacientes fueron derivados a Oncología médica y más de un tercio para tratamiento quirúrgico. Las pruebas diagnósticas más utilizadas fueron la FBC y la BAG. Es importante un manejo multidisciplinar en el CP para intentar diagnosticar a nuestros pacientes en estadios más precoces.

595. ANÁLISIS PRELIMINAR DEL PROCESO DIAGNÓSTICO EN LA SERIE QUIRÚRGICA DEL REGISTRO DEL III GRUPO COOPERATIVO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO DE SEPAR (GCCB-III) PARA LA 9ª EDICIÓN DE LA CLASIFICACIÓN TNM DE LA IASLC

A. Rodríguez Fuster¹, J. Abal Arca², J.M. Matilla González³, J. Hernández Hernández⁴, M. Zabaleta Murguiondo⁵, E. Martínez Téllez⁶, J.C. Trujillo Reyes⁶ y III Grupo Cooperativo Cáncer de Pulmón SEPAR

¹Hospital del Mar, Barcelona, España. ²Complejo Hospitalario de Ourense, Ourense, España. ³Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España. ⁴Complejo Asistencial de Ávila, Avila, España. ⁵Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España. ⁶Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción: En el contexto de la nueva revisión de la clasificación TNM-estadios prevista para 2024, participa el GCCB-III del Área de Oncología de SEPAR y dispone, para su análisis, de los datos recogidos a nivel nacional.

Material y métodos: Objetivo: analizar los datos preliminares del proceso diagnóstico en la serie quirúrgica de los pacientes nacionales. Estudio prospectivo observacional multicéntrico. Participan 31 hospitales. Se analizan datos sobre aspectos clínicos, exploraciones complementarias y resultados histológicos. Los pacientes incluidos se han recogido desde noviembre de 2017 hasta enero de 2021.

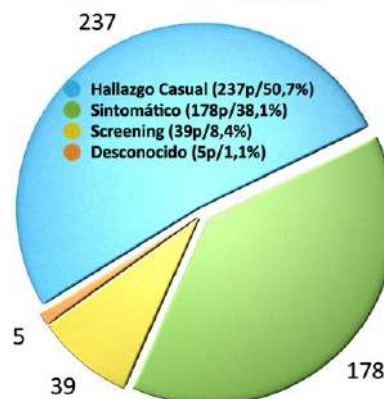
Resultados: Las características generales de la serie se muestran en la tabla. La sintomatología inicial se muestra en la figura. El hallazgo casual predomina con un 50,7% (31,7% en la serie general). Los sinto-

máticos un 38,1% (63,6% en la serie general). El cribado corresponde a un 8,4% (4,7% en la serie general, aunque el número absoluto no cambia porque la mayoría realizan tratamiento quirúrgico). Las técnicas de imagen: TC torácica (94,6%), el PET (95,5%), la TC cerebral (8,4%) y la resonancia magnética cerebral (4,9%). Las técnicas broncoscópicas se han utilizado en un 44% para evaluar la T o la N. La exploración quirúrgica del mediastino se ha realizado en un 9,6%. El diagnóstico prequirúrgico se ha obtenido en un 57,6%, citológico en el 43% e histológico en el 59,5% con un discreto solapamiento. En el 36,8% se ha practicado un abordaje percutáneo de la lesión para diagnóstico antes del tratamiento.

Tabla 1. Características Generales de los Pacientes

	General (N = 467)	Hombre (335p/71,7%)	Mujer (132p/28,3%)
Edad	66,5 años. Rango: 32 - 85 años. >75 años: 16,7%		
Historia Tabaquismo		93,1 %	65,9 %
Comorbilidad:		N = 335	N = 132
Alcohol		12,5%	6,1%
Comorbilidad Respiratoria		50,1%	28,8%
Comorbilidad Cardiovascular		51,9%	31,1%
Diabetes Mellitus		20,9%	15,9%
Insuficiencia Renal Crónica		5,4%	0%
Neoplasia Previa		26,9%	16,7%
Pérdida de Peso ≥ 5%	6,4 %		
BMI:			
< 20	4,14%		
20 a < 25	32,02%		
25 a < 30	41,70%		
≥ 30	22,11%		
Estado General Zubrod			
0	91,2%		
1	7,9%		
2	0,4%		
3	0,2%		
No Disponible (ND)	0,2%		
Función Pulmonar			
FEV ₁ (N = 460)			
≥80%	60,4%		
50% a <80%	37,6%		
30% a <50%	2%		
<30%	0%		
FEV ₁ /FVC			
<70%	8,6%		
Diagnóstico Histológico			
(N = 461)			
Adenocarcinoma	282 (61,1%)		
Ca. Escamoso	127 (27,5%)		
Tumor Carcinoide	16 (3,4%)		
Ca. de Células Grandes	14 (3%)		
Otros	10 (2,1%)		
Ca. Sarcomatoide	5 (1,08%)		
Adenoescamoso	4 (0,8%)		
Ca. Célula Pequeña	3 (0,6%)		

Gráfico 1. Clínica en el diagnóstico



Conclusiones: El hallazgo casual predomina indicando consecuentemente que los tumores se objetivan en estadios más precoces. Los tumores detectados en el screening acaban mayoritariamente en cirugía. La tasa de screening en esta serie es baja, no llega al 10%. El tipo

histológico predominante es el adenocarcinoma, su proporción es mayor que en la serie general. A pesar de que las guías clínicas recomiendan una exploración cerebral en el proceso diagnóstico, sobre todo en el adenocarcinoma, los datos de esta serie no muestran su uso de forma habitual. El uso del PET en la evaluación de la lesión pulmonar está ampliamente extendido. El uso de la broncoscopia y el EBUS para la evaluación prequirúrgica también está aumentando progresivamente en detrimento de la exploración quirúrgica del mediastino. El diagnóstico prequirúrgico se obtiene en más de la mitad de los casos.

296. BIOMARCADORES DE CÁNCER DE PULMÓN BASADOS EN MIRNA

M. Arroyo Varela¹, E.M. Espinosa García², R. Larrosa Jiménez² y R. Bautista Moreno³

¹UGC Enfermedades Respiratorias, Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España. ²Departamento de Arquitectura de Computadores. Universidad de Málaga, Málaga, España. ³Plataforma Andaluza de Bioinformática-SCBI. Universidad de Málaga, Málaga, España.

Introducción: Los miRNA, son pequeños RNA no codificantes, de entre 21 y 24 nucleótidos de longitud, que participan en procesos de regulación génica. Se unen al mRNA inhibiendo su traducción o promoviendo su degradación, de tal forma que se bloquea la síntesis de una proteína dada. Esta forma de actuar influye en procesos biológicos fundamentales, algunos de los cuales se han vinculado a distintas patologías, como es el cáncer. Nuestro objetivo es determinar si existen diferencias entre la expresión de los miARN entre el tejido sano y tumoral en adenocarcinoma (LAC) y carcinoma epidermoide de pulmón (SqCC) de manera que pudieran utilizarse como biomarcador específicos.

Material y métodos: Se ha extraído y secuenciado miRNA de tejido tumoral y sano adyacente de ocho pacientes intervenidos de LAC y SqCC en el Hospital Regional de Málaga. Estas secuencias han sido analizadas con un flujo de trabajo bioinformático específico que consiste en distintos pasos: 1) preprocesamiento de las lecturas, 2) mapearlas frente al genoma humano de referencia, 3) cuantificar la expresión del miRNA en cada muestra, 4) calcular la expresión diferencial entre tejido sano y tumoral en cada paciente, 5) realizar un análisis funcional del miRNA diferencialmente expresados.

Resultados: El análisis de los perfiles de expresión de miRNA en cada uno de los dos tipos histológicos de pulmón estudiados, nos ha mostrado que en LAC 82 miRNA presentan expresión diferencial (miDE), mientras que 360 miDE han sido identificados en SqCC. La comparación de ambos resultados nos muestra que 50 miDE son comunes a ambos tipos histológicos, y su análisis funcional indica que están involucrados en el crecimiento y desarrollo celular, así como en el cáncer y movimiento celular.

Conclusiones: Los miDE identificados pudieran ser una buena fuente de biomarcadores al tener una reprogramación específica en el cáncer. Su estudio en fluidos extracelulares podría marcarlos como posibles biomarcadores en biopsias no invasivas.

62. CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-DEMOGRÁFICAS DE LOS PACIENTES CON NÓDULO PULMONAR SOLITARIO REMITIDOS A CIRUGÍA TORÁCICA

M. Andújar Llamazares, S. Cuenca Peris, J. Llopis Pitarch, A. Saravia Cazón, F. Andrés Franch, L. Romero Francés, J.J. Torres Relucio, G. Llavador Ros y M. Marín Royo

Hospital General Universitario de Castellón, Castellón, España.

Introducción: El manejo nódulo pulmonar solitario (NPS) es un problema frecuente en los servicios de neumología, requiriendo según las guías internacionales seguimiento radiológico en función de las características de este y de la probabilidad de malignidad. **Objetivos:** describir las características clínico-demográficas de los pacientes y morfología de los NPS enviados a valoración de cirugía para exéresis tras consenso en Comité de Tumores Torácicos

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de los pacientes enviados a valoración de exéresis por Cirugía torácica desde enero de 2019 a marzo de 2021. Se describen las características clínico-demográficas (edad, sexo, hábito tabáquico), características morfológicas del NPS tanto en TAC como en PET (tamaño, localización, morfología, presencia de adenopatías, valor del SUV) y los hallazgos en los estudios de biopsias por broncoscopia o TAC y por EBUS antes de su remisión.

Resultados: Se han enviado un total de 34 pacientes. La edad media fue de 67 años (rango 32-81). Eran hombres el 79% (27) y eran o habían sido fumadores el 94% (32). No constan antecedentes familiares ni personales de cáncer previos. Todos tenían realizado estudio de TAC y de PET TAC. El tamaño medio de los NPS por TAC fue de 19 mm (rango 6-28 mm). Se localizaban en lóbulos superiores el 76% (26) y presentaban espiculación el 59% (20). En el PET el 65% (22) no presentaba adenopatías metabólicamente activas (N0). El SUV medio en las adenopatías presentes restantes fue 2,62, frente al SUV medio del nódulo de 4,7. Se realizó estudio con broncoscopia y toma de muestras (biopsia o citología) en 15 pacientes (44%), y se obtuvo diagnóstico de malignidad en 3 casos. En otros tres casos se obtuvo diagnóstico de malignidad por PAAF/BAG guiada por TAC. El EBUS se realizó en 11 pacientes, todas las adenopatías dieron negativas y en un caso se realizó PAAF del nódulo que fue positiva. Un total de 25 (74%) pacientes de los remitidos tuvieron finalmente un diagnóstico de malignidad (14 adenocarcinomas, 9 epidermoides, 1 neuroendocrino, y 1 metastásico de colon).

Conclusiones: La remisión a exéresis quirúrgica ha resultado rentable en una amplia mayoría de los pacientes (74%), incluso con estudios invasivos negativos. Las características morfológicas, y los resultados del PET junto con un cálculo de probabilidad de malignidad son una buena herramienta para decidir la remisión a valoración de cirugía.

294. CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PULMÓN DURANTE LA PANDEMIA COVID

L. Fernández Presa, J. Franco Serrano, P.L. Ordóñez Gómez, A.R. Ochoa Alvarado y J. Signes-Costa Miñana

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

Introducción: El objetivo de nuestro estudio ha sido analizar los cambios en las características de los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón en nuestro servicio durante la pandemia COVID.

Material y métodos: Se estudiaron los pacientes con diagnóstico histológico de cáncer de pulmón durante dos periodos de 1 año de duración: desde el 1 de marzo de 2019 al 28 de febrero de 2020 (periodo no COVID) y desde el 1 de marzo de 2020 al 28 de febrero de 2021 (periodo COVID). Las variables se compararon mediante la t de Student o el test chi cuadrado según fuesen variables continuas o categóricas y los resultados se expresaron como media \pm DE o porcentaje respectivamente. El análisis estadístico se realizó mediante el programa SPSS.

Resultados: Se analizaron un total de 261 pacientes (146 durante el periodo no COVID y 115 durante el periodo COVID) sin diferencias significativas en el sexo (hombres 74,7% y 68,7% respectivamente) ($p = 0,33$) ni en la edad (65,88 años [DE 10,95] y 67,38 años [DE 10,43]) ($p = 0,88$). El 8,2% de los pacientes en el año COVID eran EPOC, frente al 16,7% en el año previo ($p = 0,034$). La disnea como síntoma inicial estaba presente en el 44% de los pacientes durante el año de

pandemia y en el 34% durante el año previo ($p = 0,049$) sin encontrar diferencias significativas en el resto de síntomas. No se encontraron diferencias en el tipo histológico de tumor entre el año no COVID y el año de pandemia, la mayoría fueron adenocarcinoma (53,4% vs. 47,8%) o epidermoide (23,3% vs. 30,4%) respectivamente. Sin embargo sí hubo diferencias significativas en el estadio del tumor, siendo durante el año COVID el 8,8% estadios iniciales (I y II) y el 91,2% estadios III y IV, frente al 16,4% y 83,6% respectivamente el año previo. Durante el año COVID hubo un 73,5% de tumores centrales frente al 53,8% el año anterior y se realizaron un 4,3% de biopsias transtorácicas frente al 13,7% respectivamente, sin diferencias en el resto de técnicas diagnósticas. Durante el año de pandemia el porcentaje de pacientes diagnosticados durante el ingreso (44,7%) fue mayor ($p = 0,034$) que en el periodo no COVID (32,9%).

Conclusiones: Durante la pandemia COVID disminuyó el número de pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón mientras que aumentó la proporción de diagnósticos durante el ingreso. Además hubo un aumento de estadios avanzados, de tumores centrales y de pacientes con disnea como síntoma inicial.

261. CARACTERIZACIÓN DE VESÍCULAS EXTRACELULARES EN PARÉNQUIMA PULMONAR DE PACIENTES CON/SIN CÁNCER DE PULMÓN

D. Sanz Rubio¹, J. Rodríguez Sanz¹, P. Cubero Marin¹, P. Miguel Baptista², M. Guerra Andrés¹, Y. Barrena López¹, M. Forner Vicente^{1,3}, V. Gil Gómez¹, E. Vera Solsona¹, N. Muñoz González⁴, A. Lora Ibarra⁴, J.D. Avilés Parra⁴, B. Díaz Sanz⁴, O. García Rodríguez⁴, R. Martínez Serrano⁴, B. García Latasa de Araniibar⁴, S. Baquedano García⁴, F. Sánchez García⁴, P. Martínez Vallina⁴, J. García Tirado⁴ y J.M. Marín Trigo^{1,3}

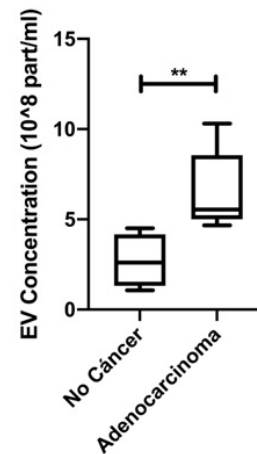
¹Unidad de Investigación Traslacional (IIS Aragón), Hospital Clínico Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España. ²Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España. ³CIBER Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Madrid, España. ⁴Hospital Clínico Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción: Las vesículas extracelulares (VE) son compartimentos membranosos liberados por las células y contienen diversos tipos de proteínas incluyendo mRNA y miRNA y su función es la comunicación celular. Estudios previos han propuesto su uso como biopsia líquida en sangre periférica, sin embargo, su presencia en tejidos es poco conocida y no se ha estudiado su presencia en parénquima pulmonar. El objetivo de este estudio es describir la presencia de VE en el pulmón y su cuantificación.

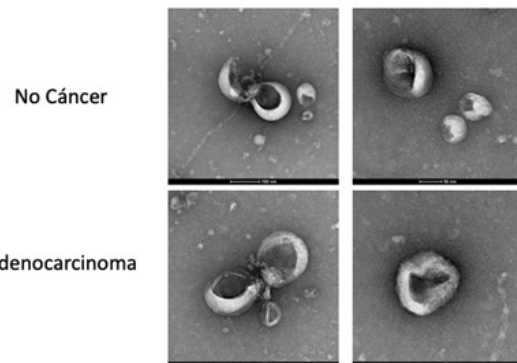
Material y métodos: El estudio ExVeLP (Extracellular Vesicles from Lung Parenchyma) incluye a pacientes que van a ser sometidos a cirugía de resección pulmonar en el Servicio de Cirugía Torácica (CT) del Hospital Universitario Miguel Servet (HUMS) y tiene como objetivo primario la identificación, cuantificación y caracterización de las VE en parénquima pulmonar. Antes de la CT, todos los participantes disponen de un TAC torácico y pruebas de función pulmonar. El día anterior a la CT se obtiene una muestra sanguínea adicional a la de rutina para estudios "ómicos" e identificación de VE. Durante la CT se obtienen 2 cm² de parénquima pulmonar alejado de la zona dañada (neoplásica o de otra naturaleza). La muestra de pulmón fue digerida enzimáticamente y tras su centrifugación diferencial, las VE se aislaron por precipitación, se visualizaron por microscopía electrónica (TEM) y se cuantificaron mediante NTA (nanoparticle tracking assay).

Resultados: Actualmente, se han incluido en la cohorte ExVeLP 99 pacientes. La edad media es de 65 años con 31 mujeres y 68 hombres; 29 eran fumadores activos, 45 exfumadores y 19 no fumadores. El análisis de anatomía patológica mostró 7 sujetos sin lesiones malignas, 43 con adenocarcinoma, 27 con carcinoma epidermoide, 12 tu-

moreos carcinoides (3 microcíticos), 2 tumores fibrosos y 8 tumores metastásicos. En el estudio piloto para identificar VE se incluyeron 4 pacientes sin cáncer y 6 con adenocarcinoma y similares rangos de edad e historia de tabaquismo. En las imágenes de TEM, se observó la presencia en pulmón de VE en todos los pacientes, sin embargo, la cuantificación mostró un incremento de VE en los pacientes con adenocarcinoma respecto a los no neoplásicos ($p = 0,009$). Imágenes obtenidas mediante microscopía electrónica de vesículas extracelulares procedentes de parénquima pulmonar.



Concentración de vesículas extracelulares (EV) procedentes de parénquima pulmonar. ** $p < 0,01$.



Imágenes obtenidas mediante microscopía electrónica de vesículas extracelulares procedentes de parénquima pulmonar.

Conclusiones: Se demuestra por primera vez la presencia de VE en el parénquima pulmonar. Además, el incremento de VE en una zona no dañada de pacientes con adenocarcinoma respecto a pacientes sin cáncer sugiere la implicación de las VE en los procesos fisiopatológicos de neoplasias pulmonares.

31. CARCINOMA BRONCOGÉNICO Y METÁSTASIS CUTÁNEAS

T. Soriano García, E. Chiner Vives, J.N. Sancho Chust, I. Boira Enrique, C. Castelló Faus, V. Esteban Ronda, E. Pastor Esplá, J.C. Palazón Cabanes, I. Betlloch Mas y S. Vañes Baños

Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.

Introducción: La incidencia de metástasis cutáneas (MC) del carcinoma broncogénico y su expresión clínica en relación con las MC de otros tumores es poco conocida, así como su relación con el pronóstico.

Material y métodos: Revisión del archivo de MC de un Servicio de Dermatología de referencia a lo largo de 20 años. Se analizó edad, sexo, localización de la neoplasia primaria, tiempo entre el diagnóstico de la neoplasia y la aparición de MC, tiempo desde el diagnóstico de la MC hasta el fallecimiento, histología, localización, apariencia, patocronía, patrón de la MC, número de lesiones, plan terapéutico y existencia de MC en otras regiones.

Resultados: Se identificaron 119 MC. Tras excluir las MC por melanoma, y las de origen hematológico, se seleccionaron 37 casos. Las MC de pulmón fueron las predominantes (n = 9/25%), seguidas de mama (21%), genitourinarias (22%) y en menor porcentaje otros orígenes. La edad media de las MC pulmonares fue de 62 ± 13, su tiempo de aparición 3 ± 5 meses y tiempo de seguimiento hasta *exitus* 24 ± 47 meses. La histopatología de las MC pulmonares fue: adenocarcinoma (40,7%), escamoso (40,7%) y microcítico (18,6%). Al compararlas frente al resto de tumores, no existió diferencia en la edad, pero el tiempo desde el diagnóstico del tumor primario a la aparición de la MC fue menor (p < 0,01), así como el tiempo de seguimiento en pacientes no fallecidos (p < 0,01), sin diferencias en el seguimiento hasta *exitus laetalis*. Asimismo, existieron diferencias significativas en la patocronía entre pulmón y otros tumores (p < 0,05), siendo más sincrónica en el pulmón (67%) y más metacrónica en otros tumores. Las MC pulmonares afectaron más a varias áreas anatómicas y en el resto de tumores predominó la de una sola área (p < 0,01). No se apreciaron diferencias significativas respecto al patrón de la lesión de las MC entre pulmón y el resto de tumores. En la mayoría de MC con origen pulmonar, como en las de mama, coexistían otras metástasis sistémicas, pero fue más frecuente en las MC de pulmón. La incidencia calculada de MC en el periodo respecto a los nuevos casos de carcinoma broncogénico fue de 0,71%.

Conclusiones: Las MC pulmonares suelen ser sincrónicas, con predominio en varias áreas anatómicas, mostrando enfermedad diseminada desde el inicio. En general suponen un pronóstico infausto.

384. DÉFICIT DE ALFA-1 ANTITRIPSINA Y CÁNCER DE PULMÓN: DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES EN EL NOROESTE DE ESPAÑA

R.A. Tubío Pérez¹, M. Torres Durán¹, M.E. García Rodríguez¹, A. Ruano Raviña² y A. Fernández Villar¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Álvaro Cunqueiro, EOXI Vigo; Grupo de Investigación NeumoVigo I + i, Instituto de Investigaciones Biomédicas de Vigo (IBIV), Vigo, España. ²Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Universidad de Santiago de Compostela, España; CIBER de Epidemiología y Salud Pública, CIBERESP, Santiago de Compostela, España.

Introducción: El cáncer de pulmón (CP) es una de las neoplasias de mayor incidencia y la de mayor mortalidad a nivel mundial. La alfa-1 antitripsina (AAT) es una glucoproteína sintetizada en el hígado cuya función principal es la inhibición de serín proteasas. Su déficit se relaciona con el aumento de riesgo de enfermedades pulmonares y/o hepáticas. Nuestro objetivo fue analizar el genotipo de AAT junto con características clínicas, funcionales respiratorias y analíticas en una cohorte de pacientes con diagnóstico de CP durante un año en un hospital del noroeste de España.

Material y métodos: Selección de pacientes con diagnóstico de CP entre noviembre del 2019 a noviembre de 2020. Recogida de datos clínicos (sexo, edad, tabaquismo...), relacionados con el tumor (histología, estadio tumoral), funcionales, analíticos y determinación del genotipo de AAT utilizando el sistema de PROGENIKA Biopharma (Grifols®).

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes. Edad media 65 (34-87), 68% varones y 52% de fumadores activos con un índice medio de paquetes-año de 38. Diagnóstico de EPOC en el 25% y de asma en 4%. Detec-

ción de enfisema en el 18%. Presencia de genotipos deficitarios de AAT en el 19% con una distribución del 13% MS, 4% MZ y 2%SS. La distribución por histología fue del 57% adenocarcinoma y 22% epidermoide, siendo estadio IV el 46% de los pacientes. La función pulmonar media fue de FEV1 2237 (516-4100) ml, FEV1% 79,78 (25-125), DLCO 71,15 (23-127) y KCO 82,6 (36-162). En las determinaciones analíticas encontramos PCR 52 (0,23-270), GOT 23 (9-91), GPT 29 (8-262) y GGT 52 (10-451).

Conclusiones: El 19% de pacientes es portador de un genotipo deficitario de AAT siendo el genotipo MS (68%) el más frecuente. La histología predominante fue el adenocarcinoma (57%) con estadio IV en el 46%.

400. DIFERENCIAS ENTRE HOMBRES Y MUJERES DIAGNOSTICADOS DE CÁNCER DE PULMÓN

E. Viciano Martín, M. Pavón Masa, E. Luque Crespo, R. Perera Louvier y J. Gordillo Fuentes

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: En la actualidad, la incidencia del cáncer de pulmón (CP) es mayor en hombres que en mujeres, siendo en regiones desarrolladas el cáncer más frecuente en hombres y el cuarto en mujeres. Esta relación está cambiando debido a la incorporación de la mujer al hábito tabáquico. Objetivo: estudiar las diferencias entre hombres y mujeres diagnosticados de CP.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo de los pacientes estudiados entre el 8 enero de 2019 y 30 de junio de 2020 en nuestra consulta monográfica de CP.

Resultados: Se estudiaron un total de 197 pacientes, de los cuales el 80,7% fueron varones. En este grupo la media de edad fue 67 años. En cuanto al hábito tabáquico el 44% eran fumadores activos, 50,3% exfumadores, siendo la mediana del ICAT 50. El 19,3% de nuestra muestra fueron mujeres. La media de edad fue 65,3 años. En cuanto al hábito tabáquico el 34,2% eran fumadoras activas, 34,2% exfumadoras, siendo la mediana del ICAT 15. Los resultados de la comparación de ambos sexos indican que son estadísticamente significativas (p < 0,05) las siguientes características: el porcentaje de mujeres no fumadoras (31,6%), que es mayor al de hombres (5,7%). El ICAT es mayor en varones. La inhalación de carcinógenos es mayor en varones (11,4%). 0% en mujeres. Los valores de función pulmonar, tanto en el parámetro FEV1 como FVC, eran mejores en las mujeres, con la mitad de diagnósticos de EPOC con respecto a los varones (sin diferencias ES en porcentajes de EPOC). La presentación de forma asintomática era mayor en mujeres (39,5%) en contraposición a los hombres (23,9%). En cambio la disnea era mayor en varones (67%) respecto de las mujeres (21,1%). En cuanto a la histología, el adenocarcinoma es el más diagnosticado en ambos sexos, siendo el porcentaje mayor en mujeres (61,1%), mientras que el porcentaje de diagnóstico de escamoso es mayor en varones (30,8%).

Conclusiones: El porcentaje de varones diagnosticados en nuestra consulta con CP sigue siendo significativamente mayor al de mujeres. Las mujeres con CP tienen menor consumo de tabaco y por ello mejores pruebas de función pulmonar, con menos diagnósticos de EPOC. La inhalación de carcinógenos es estadísticamente mayor en varones, dada la exposición laboral de los mismos. El adenocarcinoma es el tipo histológico que diagnosticamos con mayor frecuencia, aunque existen diferencias en los porcentajes entre ambos sexos.

103. ECOBRONCOSCOPÍA EN LA ESTADIFICACIÓN GANGLIONAR MEDIASTÍNICA DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO

P. Fernández Álvarez, J.A. Gullón Blanco, B. García Pulido, L. González Justo, M.R. Rodríguez Seoane, M.Á. Villanueva Montes,

F. Álvarez Navascues, J. Allende González, A.A. Sánchez Antuña, M.Á. Martínez Muñiz, Á. Romero Suárez, A.M. Gómez Arenas y C. Osoro Suárez

Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España.

Introducción: Analizar qué factores se relacionan con la rentabilidad de la EBUS-PTB para determinar la infiltración ganglionar mediastínica y su eficacia en la estadificación ganglionar.

Material y métodos: Se recogieron datos de pacientes a los que se realizó EBUS-PTB por proceso clínico-radiológico compatible con carcinoma broncogénico entre mayo 2014 y diciembre 2018 acerca del tamaño ganglionar, tamaño y localización del tumor primario y, el valor SUVmax por PET de las adenopatías mediastínicas. Se consideró muestra representativa si en el examen citológico se apreciaban más de 300 linfocitos totales o más de 150 linfocitos por campo; muestra positiva si se observaban células malignas; y, muestra negativa cuando existía ausencia de células malignas y presencia de linfocitos en un número representativo. Previamente a EBUS-PTB, los ganglios linfáticos mediastínicos con un diámetro > 1 cm por TC o con una relación entre SUVmáx del tumor primario y del ganglio > 0,56 se consideraron patológicos. Análisis estadístico: chi cuadrado, regresión logística, significación: $p < 0,05$ cs.

Resultados: Se tomaron muestras de 520 ganglios mediastínicos de 323 pacientes y en 269 EBUS-PTB confirmó infiltración tumoral. En el estudio univariado (tabla) la posibilidad de infiltración ganglionar mediastínica por EBUS-PTB se relacionó con tamaño ganglionar > 10 mm, tumor primario de la localización central y SUVmáx de la adenopatía. En el análisis de regresión logística, solamente se asoció de forma independiente con el tamaño ganglionar (OR: 2,88 [1,14-7,23], $p = 0,02$) y con SUVmáx (OR: 2,81 [1,08-7,41], $p = 0,03$); sin embargo en el 19,1% de las adenopatías de tamaño < 10 mm y en el 28,3% con SUVmáx < 2,2, EBUS-PTB demostró infiltración tumoral. En 33 pacientes (27 con estadificación N0-N1 por EBUS-PTB y 6 N2) se realizó disección ganglionar quirúrgica con resultados concordantes en 29 siendo los valores predictivo negativo y positivo de EBUS-PTB, por ganglio explorado, de 88,8% y 100% respectivamente.

Variable	EBUS-PTB positiva	EBUS-PTB negativa	p
Tamaño ganglio (diámetro menor)			
- <10 mm	46 (19,1 %)	194 (80,9 %)	0,0001
- >10 mm	248 (52,8 %)	221 (47,8 %)	
Tamaño tumor primario			
- <4 cm	50 (47,1 %)	56 (52,9 %)	0,5
- >4 cm	21 (52,5 %)	19 (47,5 %)	
Localización tumor primario			
- central	63 (58,3 %)	45 (41,7 %)	0,009
- periférica	15 (34,8 %)	28 (55,2 %)	
SUVmax ganglio (PET)			
- >5,5	31 (73,8 %)	11 (26,2 %)	0,006
- <5,5	26 (49,1 %)	27 (50,9 %)	

Análisis univariado.

Conclusiones: La rentabilidad de EBUS-PTB para determinar infiltración ganglionar mediastínica se relaciona con el tamaño y captación de la adenopatía. 19,1% de las adenopatías de tamaño no patológico y casi un 30% sin captación patológica en PET mostraban infiltración ganglionar. De acuerdo con nuestros resultados se debe realizar EBUS-PTB ante la presencia de adenopatías mediastínicas > 5 mm pese a los hallazgos de PET y si EBUS-PTB resultase negativa se podría remitir directamente al paciente a cirugía, si no existiesen contraindicaciones.

303. EL ÍNDICE NEÚTRÓFILO/LINFOCITO COMO PREDICTOR DE RESPUESTA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULAS PEQUEÑAS (CPNCP)

C. Cabrero Rodríguez, A.B. Gámiz Molina, P. Gámez Baeza, N. Calvente Vera y P. Barragán Reyes

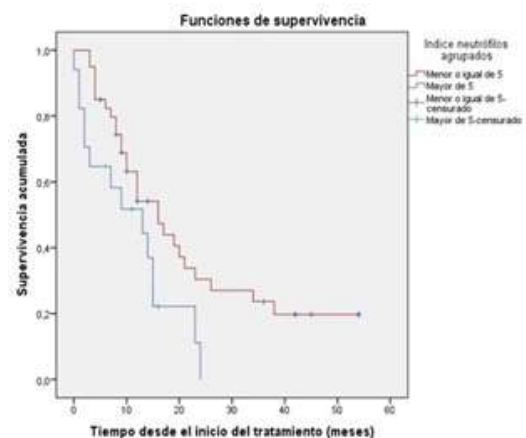
Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

Introducción: Se cree que la inflamación tiene un importante papel en la progresión del tumor, asociándose a un mal pronóstico. En los últimos años se ha investigado la utilidad en el pronóstico del índice neutrófilo-linfocito, el primero asociado a inflamación y el segundo a la respuesta de defensa del organismo. El objetivo de este estudio es valorar si el índice neutrófilo/linfocito es un índice pronóstico de supervivencia global (SG) en pacientes con CPNCP en tratamiento con inmunoterapia.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo de pacientes en los que se inició inmunoterapia como tratamiento en pacientes con cáncer de pulmón no células pequeñas en estadio avanzado entre los años 2016 y 2019. Se recogió el índice neutrófilos/linfocitos antes del inicio de la inmunoterapia (IT) y se dividió en dos grupos, menor o igual a 5 y mayor de 5. La SG, el análisis de los subgrupos y SLP se estimaron mediante el método de Kaplan Meier con un intervalo de confianza (IC) del 95%. Además, se recogió el marcador tumoral carcinoembrionario (CEA) antes del inicio del tratamiento, también se describió su nivel a los 3-6 meses del inicio de la IT y en el momento del fin del tratamiento o progresión de la enfermedad.

Resultados: Se incluyeron un total de 32 pacientes sí que se identificaron diferencias significativas en la supervivencia según el valor del índice neutrófilos/linfocitos ($p = 0,03$), con una media de supervivencia de 21,87 meses con un índice inferior o igual a cinco previa al inicio de la IT (IC95%: 15,76-26,42) y de 10,89 meses con un índice superior a 5 (7,43-15,59). La media del índice de neutrófilos y linfocitos fue de 3,58 y en el 43,4% en índice era inferior a 5. En cuanto a los marcadores tumorales, se observó gran variabilidad, con una mediana para CA19.9 de 14,1, CEA previo a la IT de 3,9, 4,5 a los 3-6 meses y 1,9 en el momento de la progresión o fin del tratamiento.

Índice neutrófilos/ linfocitos, n	
- Media de neutrófilos (μL)	6280
- Media de linfocitos (μL)	1684
- Media del Índice N/L	3.58
CEA, media, mediana, (ng/mL)	
- Previo al inicio de la IT	3.9
- A los 3-6 meses de tratamiento	4.5
- En el momento de la progresión	1.9



Conclusiones: Se estableció el límite del índice en 5 tras los resultados del metanálisis realizado por Xiao-Bin Gu et al., donde establecía este número como mejor indicador pronóstico por presentar menos heterogeneidad. Además, nuestros resultados concuerdan con este estudio, donde se encontró que la supervivencia era menor en pacientes con un índice neutrófilo-linfocito elevado.

590. EVALUACIÓN PRELIMINAR DE LA CLASIFICACIÓN TNM EN LA SERIE QUIRÚRGICA DEL REGISTRO DEL III GRUPO COOPERATIVO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO DE SEPAR (GCCB-III) PARA LA 9ª EDICIÓN DE LA CLASIFICACIÓN TNM DE LA IASLC

A. Rodríguez Fuster¹, J.M. Matilla González², M. Zabaleta Murguiondo³, E. Martínez Téllez⁴, J. Abal Arca⁵, J. Hernández Hernández⁶, J.C. Trujillo Reyes⁴ y III Grupo Cooperativo Cáncer de Pulmón SEPAR

¹Hospital del Mar, Barcelona, España. ²Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España. ³Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España. ⁴Hospital de Sant Pau i la Santa Creu, Barcelona, España. ⁵Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España. ⁶Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España.

Introducción: El GCCB-III de SEPAR participa en la recogida de datos para la próxima clasificación TNM de cáncer de pulmón coordinada por la IASLC. Se dispone de los datos nacionales para su evaluación preliminar.

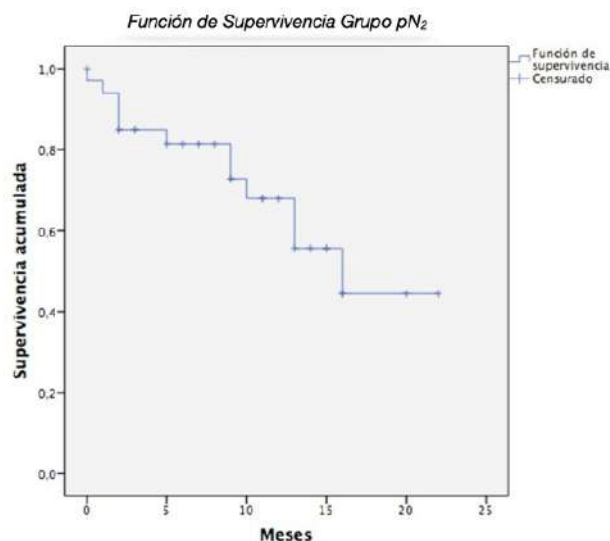
Material y métodos: Objetivo: analizar la clasificación TNM y los cambios entre el TNM clínico y patológico en la serie quirúrgica de los pacientes registrados. Estudio prospectivo observacional multicéntrico. Se analizan los datos de 31 centros nacionales sobre la clasificación clínica y patológica del TNM. Se incluyen pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón antes de enero de 2020 recogidos entre noviembre/2017 y enero/2021.

Resultados: Se estudian 467 pacientes (p) quirúrgicos, 335 hombres (71,7%); 132 mujeres (28,3%). La tabla 1 muestra el TNM clínico y el TNM patológico así como el cambio en la distribución del cTNM en el pTNM definitivo tras la cirugía. El 38,8% de los pacientes ha recibido algún tratamiento adyuvante o complementario con quimioterapia o radioterapia. 213p (45,6%) muestran el mismo estadiaje clínico y patológico. El 51,6%, 241p, no muestran concordancia entre ambos estadijes. 81p (17,3%) han presentado un estadio patológico menor que el clínico. Este cambio se ha debido al factor T (61p/13,1%), al factor N (10p/2,1%) y a ambos factores (10p/2,1%). 160p (34,3%) muestran un estadio patológico mayor que el clínico. Este cambio se ha debido al factor T (110p/23,6%), al factor N (32p/6,9%), a ambos factores (14p/3%), al factor M (3p/0,6%) y al factor T y M (1p/0,2%). En 35p se objetiva un pN2 (7,5%). Solo en 2 casos se identifica un cN2 que persiste como pN2. Por lo tanto, 33p presentan un pN2 insospechado. La función de supervivencia de este grupo se muestra en la figura. La supervivencia del pN2 a los 20 meses es del 44,5%. Previo al tratamiento quirúrgico, las técnicas broncoscópicas/EBUS se han utilizado en un 44% para evaluar la T o la N. La exploración quirúrgica del mediastino se ha realizado en un 9,6%.

Tabla 1

	Estadiaje Clínico y Patológico 8ª Edición TNM						
	0 - IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV
cTNM (N=465)	248 (53,3%)	57 (12,2%)	32 (6,8%)	60 (12,9%)	48 (10,3%)	6 (1,3%)	14 (3%)
pTNM (N=455)	181 (39,7%)	93 (20,4%)	24 (5,2%)	68 (14,9%)	65 (14,2%)	9 (1,9%)	15 (3,2%)
Cambio Estadio cTNM → pTNM	p0-IA = 102 pIB = 49 pIIA = 1 pIIB = 18 pIIIA = 12 pIIIB = 3 ND = 3	p0-IA = 6 pIB = 27 pIIA = 5 pIIB = 12 pIIIA = 5 pIIIB = 1 ND = 1	p0-IA = 3 pIB = 9 pIIA = 8 pIIB = 5 pIIIA = 4 pIIIB = 1 ND = 2	p0-IA = 3 pIB = 5 pIIA = 8 pIIB = 28 pIIIA = 11 pIIIB = 2 ND = 2	p0-IA = 7 pIB = 2 pIIA = 31 pIIB = 2 ND = 1	pIB = 1 pIIA = 1 pIIB = 1 pIIA = 1 pIIIB = 2	pIV = 11 ND = 3

ND: Datos no disponibles.



Conclusiones: Existe un porcentaje elevado de incongruencia entre ambas estadificaciones. Los que muestran un supraestadiaje son el doble que los que presentan un infraestadiaje. Los cambios son debidos principalmente al factor T seguidos del factor N. Estos datos inducen a reflexionar sobre la fiabilidad de la evaluación radiológica preoperatoria del factor T y la necesidad de mejora en la estadificación mediastínica preoperatoria. La exploración quirúrgica del mediastino ha ido decreciendo en número a favor del crecimiento de las técnicas broncoscópicas.

154. FACTORES ASOCIADOS A LA DEMORA DE CONSULTA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

L.M. Sierra Murillo, M.C. García García, S. Hernández Gómez, N. Matallana Encinas, J. Hernández Borge, J.A. Gutiérrez Lara, A. Castañar Jover, M.T. Gómez Vizcaíno, M. Benítez-Cano Gamonoso, P. Íñigo Naranjo, I. Rodríguez Blanco, P. Cordero Montero, L. Cañón Barroso y F.L. Márquez Pérez

Servicio de Neumología, Hospital Universitario de Badajoz, Badajoz, España.

Introducción: La presentación tardía de síntomas relacionados con el cáncer de pulmón (CP) y la demora en consultar es frecuente. Nuestro objetivo ha sido conocer los síntomas referidos por los pacientes con CP, la demora hasta la primera consulta y valorar los factores relacionados con la misma.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de pacientes ingresados con CP. Se recogieron los síntomas sospechosos de CP referidos espontáneamente y tras mostrarles un listado estructurado de síntomas mediante entrevista personal; definiendo la fecha del primer síntoma reconocido espontáneamente y el tiempo hasta la primera consulta.

Resultados: Se incluyeron 317 pacientes diagnosticados de CP (85,2% varones; edad media: 66 ± 10,6 años) El 89,9% presentaban comorbilidades: EPOC: 42%, patología cardiovascular: 37,5% y neoplasia previa: 19,6%. El 53% valoraban no tener o ser muy bajo su riesgo para desarrollar un CP, y un 49,2% no reconocían los síntomas del CP. Los síntomas más frecuentes referidos espontáneamente fueron: tos (52,1%), aumento de disnea (29%), cambios en la expectoración (24,9%) y dolor torácico (29,3%); aumentando su frecuencia al mostrarles un listado de síntomas. La demora hasta la primera consulta fue de 22,27 ± 53,4 días. La pérdida de peso, la ausencia de hemoptisis y la ausencia de comorbilidades, destacando la presencia de patología psiquiátrica se relacionaron con mayores demoras hasta la primera consulta.

Conclusiones: 1. Los síntomas sospechosos de CP fueron infravalorados, demorando su primera consulta más de 20 días. 2. La percepción de riesgo y los conocimientos acerca del CP fueron escasos. 3. La pérdida de peso, la ausencia de hemoptisis y de comorbilidades se asociaron con una mayor demora hasta la primera consulta.

359. IMPACTO DE LA COVID-19 EN EL MANEJO QUIRÚRGICO DE LA NEOPLASIA PULMONAR EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA (CHN)

I. Bengoechea Calvo, S. Laguna Sanjuanelo, E. Ramírez Gil, J.A. Cascante Rodrigo, S. Curi Chércoles, M.A. Sistiaga Lopetegui, B. Fernández Infante, L. Albarrán de la Cruz y P. Cebollero Rivas

Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España.

Introducción: La pandemia ocasionada por la COVID-19 ha tenido múltiples consecuencias, entre ellas el cese o retraso de la actividad quirúrgica (AQ), incluida la oncológica.

Material y métodos: Estudio descriptivo que analiza el número de pacientes intervenidos por sospecha de neoplasia primaria pulmonar desde marzo hasta junio de 2020 (considerada primera ola) con respecto al mismo periodo en 2019, así como los intervalos de tiempo transcurridos entre cada prueba diagnóstica y entre el diagnóstico y la intervención, en la Unidad Multidisciplinar de Cáncer de Pulmón (UMCP) del CHN.

Resultados: En el periodo de la “primera ola epidémica” se presentaron en sesión multidisciplinar (SMD) un total de 228 pacientes de los que 26 fueron intervenidos, mientras que en 2019 los presentados fueron 196 y los intervenidos 36. En ningún caso se decidió otro tratamiento alternativo por falta de disponibilidad de quirófano. El tiempo entre la presentación en SMD y la intervención fue de 22,7 días, frente a los 15,25 de 2019. Una de las adaptaciones del protocolo en esta pandemia fue la suspensión de la PAAF prequirúrgica por motivos de seguridad, lo que llevó a un 73% de pacientes a la intervención sin resultado cito/histológico previo, frente al 35,5% del año anterior. A pesar de ello, no se modificó el porcentaje de pacientes cuyo resultado final no fue tumoral (11,5% frente al 13% previo). Respecto al proceso diagnóstico, los tiempos se mantuvieron estables salvo el transcurrido entre el resultado del PET y la realización del EBUS cuando este fue necesario, que se redujo de 24 a 8,3 días. Este hecho podría explicarse por la creación en enero de 2020 de la UMDCP que facilita una puerta única de entrada de los pacientes en el circuito, con la consecuente disminución de la variabilidad en el abordaje.

Conclusiones: La situación ocasionada por la pandemia COVID-19 no generó anulaciones ni propuestas de tratamiento alternativo en el cáncer de pulmón, si el electivo era el quirúrgico, pero sí ha supuesto un leve retraso de 7,45 días en el mismo. A pesar de la suspensión de la PAAF por adaptación del protocolo, no aumentó el número de intervenciones por sospecha tumoral que finalmente no fuera tal. La creación de la UMDCP facilitó la no suspensión ni el retraso de actividad, mejorando incluso alguno de los tiempos del proceso diagnóstico.

663. IMPACTO DE LA PANDEMIA POR SARS-COV-2 EN EL PROGRAMA INTERNACIONAL DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE PULMÓN CON TBDR DE PAMPLONA (P-IELCAP)

M. Sangro Prieto, C. Felgueroso Rodero, M. di Frisco Ramírez, A. Campo Ezequibela, J. Bertó Botella, T. Pérez Warnisher, B. Recalde Zamacona, A.B. Alcaide Ocaña y L. Seijo Maceiras

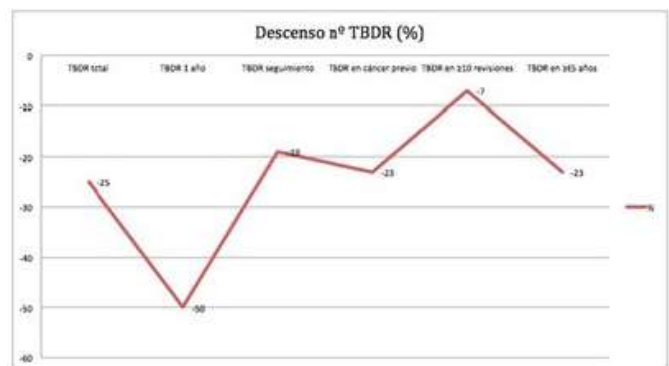
Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España.

Introducción: El cribado de cáncer de pulmón con TAC torácico de baja dosis de radiación (TBDR) ha demostrado incrementar la supervivencia de los pacientes con dicho diagnóstico gracias a su detección

en estadios precoces. Durante el periodo inicial de la pandemia por SARS-CoV-2 la atención hospitalaria se vio comprometida y muchas actividades fueron suspendidas. No ha sido estudiado el impacto global que esto haya podido tener en dicho *screening*. **Objetivo:** describir los efectos de la pandemia por SARS-CoV-2 en el “Programa Internacional de Detección Precoz de Cáncer de Pulmón con TBDR de Pamplona (P-IELCAP)”.

Material y métodos: Se seleccionaron 1.725 pacientes a los que se les había realizado un TBDR dentro del programa P-IELCAP, 981 realizados entre marzo de 2019 y marzo 2020 y 743 realizados de marzo de 2020 a marzo de 2021. Se recogieron datos demográficos, antecedentes de tabaquismo, EPOC y enfisema. Se analizó el número de revisiones realizadas dentro del P-IELCAP, la demora con respecto a la fecha prevista de la siguiente consulta, los resultados de las biopsias y la estadificación al diagnóstico. Se realizó un análisis descriptivo de la cohorte. Se utilizó el programa IBM SPSS statistics 20.

Resultados: En el periodo marzo 2020-marzo 2021 se objetivó un descenso del 25,2% de TBDR realizados. Esta disminución fue más acusada en los meses de marzo, abril y mayo con un descenso del 38%, 88% y 43%, respectivamente. Hubo una caída del 50,6% en el número de TBDR basales realizados. En los TBDR de seguimiento el descenso fue del 19,6%. Entre marzo 2019 y marzo 2020 se diagnosticaron 17 casos de cáncer de pulmón, 11 en estadios IA/IB, 2 en estadio IIIB y 2 en estadio IV. Entre marzo de 2020 y marzo de 2021 se diagnosticaron 17 casos, 10 de ellos en estadios IA/IB, 1 en estadio IIA y 4 en estadio IIIA/IIIB. Cuatro de ellos habían retrasado su revisión programada a consecuencia de la pandemia. Dos fueron diagnosticados en estadio IA, uno en estadio IB y uno en estadio IIIB.



Conclusiones: Se ha observado un descenso significativo en el número de TBDR realizados dentro del programa P-IELCAP durante la pandemia, incluyendo exploraciones basales y de seguimiento. Aunque no se han objetivado diferencias en el número y estadio de casos diagnosticados entre ambos periodos, el posible impacto de la demora en la realización de TBDR de seguimiento está por determinar.

397. INFLUENCIA DE LA PANDEMIA SARS-COV-2 EN CONSULTA MONOGRÁFICA DE CÁNCER DE PULMÓN

E. Viciano Martín, E. Luque Crespo, M. Pavón Masa, J. Gordillo Fuentes y R. Perera Louvier

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

Introducción: El cáncer de pulmón (CP) constituye un importante problema de salud hoy día, y es por ello necesario la valoración de dichos pacientes en consultas monográficas y comités multidisciplinares, para acortar tiempos de diagnóstico y establecer las derivaciones y cuidados más pertinentes en cada caso. Dada la actual situación de pandemia, los pacientes han tenido mayor dificultad para la asistencia médica y la realización de pruebas complementaria, lo cual ha podido perjudicar al diagnóstico precoz del CP. Objetivo: evaluar las posibles demoras en el diagnóstico de CP y a su vez comprobar si la estadificación de los tumores ha empeorado por dicha situación.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que compara las diferencias en el curso de la consulta de CP durante el intervalo comprendido entre marzo y junio de 2019 (prepandemia) y marzo y junio de 2020 (confinamiento). Se realizaron los cálculos mediante el test Prueba U de Mann Whitney para muestras independientes.

Resultados: El número total de pacientes diagnosticados en el periodo del 2019 fue de 39, de los cuáles 76,9% eran varones y 23,1% mujeres. En 2020 hubo un total de 35 pacientes de los que 85,7% fueron varones y 14,3% mujeres. La media de edad en 2019 era 67,3 y en 2020 65,4 años. No se observa significación estadística en el TNM clínico de ambos intervalos de tiempo. El porcentaje de pacientes diagnosticados con un estadio IV fueron en 2019 un 25,7% y en 2020 un 21,9%. El tiempo total de estudio en días, fue menor en el periodo del 2020 de forma significativa ($p = 0,003$), con medianas de 14 días frente a 29 días en el 2019.

Conclusiones: En el caso de nuestra área sanitaria, no hemos encontrado aumento de los tiempos en el diagnóstico del CP debido a la pandemia COVID-19. Los pacientes no se han diagnosticado en estadios más avanzados con respecto a períodos anteriores a dicha pandemia.

217. INFLUENCIA DEL SARS-COV-2 EN EL DIAGNÓSTICO DEL CÁNCER DE PULMÓN

A.I. Higes Díaz, J. Hernández Vázquez, M.I. Andrade Vela, S. Martín Bote, I. Ali García, C. Matesanz Ruiz, Á. Alcorta Mesas, M. Calderón Alcalá, E. Rodríguez Jimeno, B. Arias Arcos, A. Candelario Caceres, L.A. Arvelo Castro y M.J. Buendía García

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España.

Introducción: Con la irrupción de la pandemia por SARS-CoV-2 en 2020 las sociedades de oncología estiman que el diagnóstico de los cánceres ha disminuido de manera global un 20% respecto a los años previos. Hipótesis: los cánceres de pulmón pueden no haberse visto afectados por la pandemia por el importante aumento de pruebas radiológicas realizadas en 2020 respecto a años previos.

Material y métodos: Se recogieron los pacientes presentados en comité de tumores de pulmón del Hospital Universitario Infanta Leonor desde enero de 2018 hasta diciembre de 2020. Se registraron las Radiografías y TC realizados en nuestro centro durante los años objeto de estudio.

Resultados: En 2018, 2019 y 2020 se valoró en comité por cáncer de pulmón a 170 pacientes siendo hombres el 71%. La edad media fue de 67,34 años ($\pm 9,89$). En 2020 se realizaron un 47% más de radiografías de tórax y un 19% más de TC torácicos que en 2018 (tabla 1). En los 3 años estudiados las estirpes histológicas más frecuentes fueron el adenocarcinoma (51,8%), el carcinoma epidermoide (18,8%) y el

carcinoma microcítico (8,8%). Fueron diagnosticados de cáncer broncopulmonar 57 pacientes en 2018 (33,5%), 47 en 2019 (27,6%) y 66 pacientes en 2020 (38,8%). No se apreciaron diferencias significativas en la proporción de estadios avanzados (III-IV) entre 2020 y los dos años previos, $p = 0,396$ (tabla 2).

Tabla 1.- Número de pruebas radiológicas realizadas. Entre paréntesis aparece la proporción de pruebas realizadas respecto a 2018.

	Urgencias			Hospitalización		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Rx Tórax	22827	24349 (107%)	29535 (129%)	6595	6645 (101%)	13723 (208%)
TC Tórax	149	151 (101%)	215 (144%)	794	885 (112%)	907 (114%)

Tabla 2.- Distribución de los pacientes según su estadiaje en los años de estudio.

	2018	2019	2020
Estadio I	9,1%	25,0%	22,4%
Estadio II	12,7%	9,1%	5,2%
Estadio III	32,7%	25,0%	25,0%
Estadio IV	45,5%	40,9%	44,6%

Conclusiones: En nuestro centro no se apreció un infradiagnóstico en el caso del cáncer de pulmón durante 2020. No hemos observado que el aumento del número de pruebas de imagen realizadas permitiera la detección más temprana de estos cánceres.

312. LA INMUNOTERAPIA, UNA OPORTUNIDAD PARA LOS PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN AVANZADO

C. Cabrero Rodríguez, A.B. Gámiz Molina, P. Barragán Reyes, P. Gámez Baeza y N. Calvente Vera

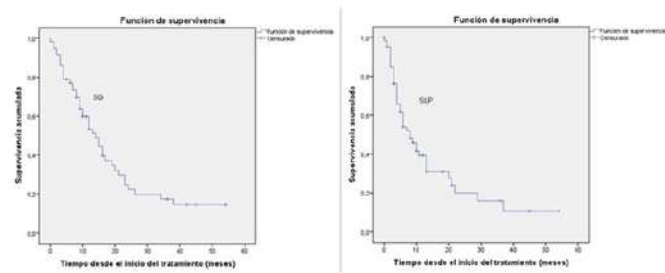
Hospital Universitario Clínico San Cecilio, Granada, España.

Introducción: La inmunoterapia (IT) ha supuesto un importante avance en el tratamiento de pacientes con cáncer de pulmón no células pequeñas (CPNCP), con una escasa supervivencia a corto plazo y una de las causas de mortalidad mundial más importante. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y demográficas de los pacientes con CPNCP estadio IV en tratamiento con inmunoterapia como segunda o tercera línea y ver la supervivencia global (SG) de estos pacientes.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo en pacientes mayores de 18 años con cáncer de pulmón no células pequeñas estadio IV en seguimiento por el Servicio de Oncología Médica del Hospital Universitario San Cecilio de Granada en los que se inició inmunoterapia entre enero de 2014 y abril de 2017. Como características demográficas se obtuvieron la edad, el sexo del paciente, la calidad de vida de los pacientes al inicio de la inmunoterapia mediante la escala diseñada por el Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG), tabaquismo (nunca fumador, fumador activo o exfumador) y consumo acumulado de tabaco en paquetes-año (IPA). Respecto al cáncer de pulmón se identificó el subtipo histológico (no conocido, epidermoide o adenocarcinoma). En cuanto al tratamiento se incluyó el fármaco empleado (atezolizumab, nivolumab o pembrolizumab).

Resultados: Se incluyeron 37 pacientes. La mayoría de los pacientes eran varones (80,1%), con un ECOG al inicio del tratamiento de 1-2 (78,5%) y un 91,3% de los pacientes era exfumadores o fumadores activos, la gran mayoría con un consumo tabáquico mayor de 10 paquetes/año (71%). Predominaba el adenocarcinoma (57%) sobre el epidermoide (39,4%). El fármaco utilizado con más frecuencia fue nivolumab (62,2%). La supervivencia global (SG) fue de 17,78 meses (IC95%: 13,22-22,97), con una mediana de 14,86 meses (IC95%: 10,02-

19,11) como se puede observar en la figura. El tiempo libre de progresión (SLP) fue de 15,69 meses (IC95%: 10,28-21,54) y una mediana de 8 meses (IC95%: 5,21-11,43).



Supervivencia global (izquierda) y tiempo libre de progresión (derecha).

Conclusiones: La media y mediana de supervivencia global es mayor en nuestra muestra en comparación con otras poblaciones y estudios realizados sobre la eficacia de la inmunoterapia a CPNCP. Habría que tener en cuenta la amplitud del intervalo de confianza obtenido, probablemente debido al pequeño tamaño muestral. En cambio, no se observaron diferencia en cuanto al tiempo libre de progresión (SLP). Hay que remarcar la buena calidad de vida de los pacientes al inicio del tratamiento.

198. MUTACIÓN EGFR Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR, ¿ESTÁN RELACIONADOS?

Á. Martínez Mesa, E.B. Cabrera Cesar, E. Sánchez Álvarez, L. Piñel Jiménez y J.L. Velasco Garrido

Hospital Universitario Virgen de la Victoria, Málaga, España.

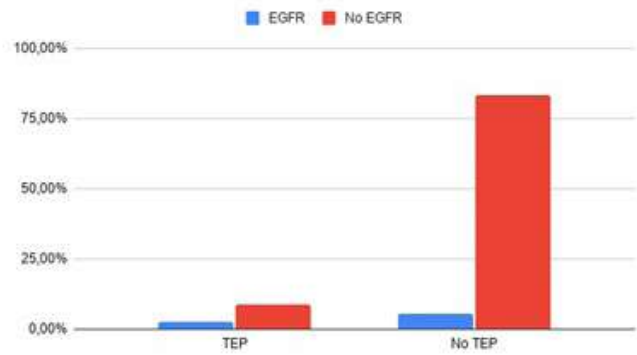
Introducción: El cáncer de pulmón es una de las principales causas de muerte por cáncer en el mundo y uno de los tumores que más se asocian con el desarrollo de tromboembolismo pulmonar (TEP). Una de las mutaciones más estudiadas es la del EGFR cuyas mutaciones causan un aumento de la división celular mediada por tirosina quinasa. La presencia o no de esta mutación supone hoy en día un cambio en el protocolo de tratamiento de estos pacientes. El objetivo de nuestro estudio ha sido valorar si existe si la presencia de la mutación en el EGFR se correlaciona con un aumento en la prevalencia de TEP en nuestros pacientes.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles con una muestra aleatoria de 186 pacientes obtenidos del registro informático de nuestro hospital. Se recogieron las siguientes variables: edad, género, TEP en algún momento de su enfermedad y la presencia o no de mutación para el EGFR.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 67 años siendo el 76,88% (143) varones y el 23,12% (43) mujeres. De los 186 pacientes 15 (8%) tuvieron alguna mutación para el EGFR y 21 (11,29%) sufrieron un TEP durante el transcurso de su enfermedad. Del total de pacientes con mutación para el EGFR el 33% (5) sufrieron un TEP durante el proceso de su enfermedad, mientras que en el grupo sin mutación este evento ocurrió tan solo en el 11,29% (21 pacientes). La prevalencia de EGFR dentro de la población con y sin TEP se muestra en la figura 2. La odds ratio calculada fue de 4,84 (p 0,0094) a favor del grupo con EGFR mutado.

Conclusiones: Como conclusión, los pacientes con EGFR mutado parecen tener mayor riesgo de sufrir un TEP y podría tener implicaciones en el manejo de estos pacientes (anticoagulación profiláctica) sin embargo harían falta más estudios para refuercen los datos descritos.

Prevalencia del EGFR



	EGFR	No EGFR	Total
TEP	5 (2.68%)	16 (8.60%)	21 (11.29%)
No TEP	10 (5.37%)	155 (83.33%)	165 (88.7%)
Total	15 (8%)	171(92%)	186 (100%)

227. PACIENTES CON NEOPLASIA PULMONAR DERIVADOS A CIRUGÍA, ¿ES RENTABLE REALIZAR TC DE CRÁNEO?

L. González Justo, B. García Pulido, M.R. Rodríguez Seoane, P. Fernández Álvarez, M.Á. Villanueva Montes, J. Allende González, J.A. Gullón Blanco, F. Álvarez Navascués, Á. Romero Suárez, A.A. Sánchez Antuña, C. Osoro Suárez y M.Á. Martínez Muñiz

Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España.

Introducción: Nuestro objetivo fue valorar la utilidad de realizar TC de cráneo, para descartar la presencia de metástasis cerebrales, en pacientes con neoplasia pulmonar candidatos a tratamiento quirúrgico.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de neoplasia pulmonar en nuestro centro, entre noviembre de 2018 y noviembre de 2020, que fueron derivados al Servicio de Cirugía Torácica de referencia para valoración. Las variables de estudio fueron: sexo, edad, hábito tabáquico, tipo histológico tumoral, estadio TNM y tratamiento realizado. Se realizó un análisis descriptivo con el programa SPSS versión 22.0.

Resultados: Se incluyeron un total de 43 pacientes, 28 hombres (65%) y 15 mujeres (35%), con una edad media de 66,3 años. En cuanto al hábito tabáquico, 13 eran fumadores (30%), 13 no fumadores (30%) y 17 exfumadores (40%). La distribución por tipos histológicos fue: adenocarcinoma 27 pacientes (62%), epidermoide 8 pacientes (19%) y otros tipos 8 pacientes (19%). Los datos de estadificación TNM se recogen en la tabla 1. Los tratamientos recibidos finalmente por los pacientes se muestran en la tabla 2. Ninguno de los pacientes presentaba clínica neurológica en el momento de la derivación. Solo existían alteraciones en el TC craneal de 4 pacientes (9%), siendo en todos los casos hallazgos casuales, no sugestivos de enfermedad metastásica a ese nivel.

Tabla 1. Estadíaje TNM.

		Nº DE PACIENTES	FRECUENCIA
T	T1	26	61,00%
	T2	7	16,00%
	T3	3	7,00%
	T4	2	5,00%
	Tx	5	11,00%
N	N0	37	86,00%
	N1	3	7,00%
	N2	1	2,00%
	Nx	2	5,00%
M	M0	41	95,00%
	M1	2	5,00%

Tabla 2. Tratamiento.

	Nº PACIENTES	FRECUENCIA
CIRUGÍA	31	72,00%
RADIOTERAPIA	3	7,00%
QT + RT	1	2,00%
CIRUGÍA + QT	3	7,00%
CIRUGÍA + RT	3	7,00%
CIRUGÍA + QT + RT	1	2,00%
SEGUIMIENTO CON TC	1	2,00%

Conclusiones: En ninguno de los pacientes con cáncer de pulmón remitidos a cirugía torácica con intención curativa se detectó enfermedad metastásica en el sistema nervioso central en ausencia de síntomas neurológicos. Un 88% de los pacientes con cáncer de pulmón derivados para tratamiento quirúrgico radical fueron finalmente intervenidos. Se pueden plantear dudas sobre la rentabilidad de realizar TC cerebral en pacientes con cáncer de pulmón, sin clínica neurológica, remitidos para tratamiento quirúrgico radical.

275. PERFIL SISTÉMICO DE MICROARNs, ESTRÉS OXIDATIVO E INFLAMACIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN: PAPEL DE LA EPOC

L. Qin¹, M. Guitart de la Rosa², V. Curull Serrano², A. Sánchez Font², X. Duran Jordá³, J. Tang², M. Admetlló Papiol² y E. Barreiro Portela²

¹Servicio de Neumología, Grupo de Investigación en Desgaste Muscular y Caquexia en Enfermedades Crónicas Respiratorias y Cáncer de Pulmón, Hospital del Mar-IMIM, Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud (CEXS), Universitat Pompeu Fabra (UPF), Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona (PRBB), Barcelona, España. ²Servicio de Neumología, Grupo de Investigación en Desgaste Muscular y Caquexia en Enfermedades Crónicas Respiratorias y Cáncer de Pulmón, Hospital del Mar-IMIM, Departamento de Ciencias Experimentales y de la Salud (CEXS), Universitat Pompeu Fabra (UPF), Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Parc de Recerca Biomèdica de Barcelona (PRBB), Centro de Investigación en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII), Barcelona, España. ³Servicio Científico-Técnico, Hospital del Mar-IMIM, Barcelona, España.

Introducción: El riesgo de cáncer de pulmón (CP) aumenta en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Los microARNs y el desequilibrio redox participan en la tumorigénesis pulmonar en pacientes con EPOC. Se desconoce si las alteraciones sistémicas de esos eventos también pueden tener lugar en pacientes con CP. Nuestros objetivos fueron evaluar los niveles plasmáticos de microARNs, el equilibrio redox y las citoquinas en pacientes con CP con y sin EPOC.

Material y métodos: Se cuantificaron (RT-PCR) los microARNs involucrados en cáncer de pulmón, y mediante ELISA los marcadores siguientes: ADN oxidado, aductos proteicos de malondialdehído (aductos MDA), glutatión reducido (GSH), capacidad antioxidante equivalente al trolox (TEAC), factor de crecimiento endotelial vascular (VEGF) y factor de crecimiento transformante beta1 (TGF-beta1) en muestras de plasma de sujetos control sin CP (n = 45), pacientes con CP (n = 32), y pacientes con CP-EPOC (n = 91).

Resultados: En comparación con los sujetos control y los pacientes con CP, los niveles de aductos de MDA aumentaron en los pacientes

con CP-EPOC, mientras que los de GSH disminuyeron y se detectaron dos patrones de microARNs en plasma. En ambos grupos de pacientes con CP, la expresión de miR-451 disminuyó, mientras que la expresión de microRNA-let7c aumentó, y los niveles de TEAC y TGF-beta1 aumentaron en comparación con las muestras control. Se encontraron correlaciones entre variables clínicas y biológicas. Se detectó un perfil de expresión diferencial de microARNs en pacientes con CP. Además, en los pacientes con CP-EPOC los niveles de estrés oxidativo en plasma aumentaron, mientras que los de GSH disminuyeron.

Conclusiones: El estrés oxidativo sistémico se expresa diferencialmente en pacientes con CP con enfermedades respiratorias subyacentes, lo que puede implicar su participación en la patogénesis de la tumorigénesis en estos pacientes.

3. POLIMORFISMOS GENÉTICOS Y SU INFLUENCIA EN LA TOXICIDAD A TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN EN NUNCA FUMADORES

A. Casal Mouriño¹, M. Torres Durán², I. Parente Lamelas³, A. Golpe Gómez¹, C. Montero Martínez⁴, V. Leiro Fernández², O. Castro Añón⁵, A. Fernández Villar², L. Valdés Cuadrado¹ y A. Ruano Raviña¹

¹Complejo Hospitalario Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. ²Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo, España. ³Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España. ⁴Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña, España. ⁵Complejo Hospitalario Universitario de Lugo, Lugo, España.

Introducción: Los polimorfismos genéticos en las vías de reparación del ADN se han visto implicados en la respuesta a tratamiento, fundamentalmente de quimioterapia basada en platino, de los pacientes con cáncer de pulmón. Del mismo modo, pueden jugar un papel en la toxicidad a tratamiento. El objetivo de este estudio es evaluar la influencia de los polimorfismos genéticos de las vías de reparación del ADN BER y NER ("base excision repair" y "nucleotide excision repair", respectivamente) en la toxicidad de los pacientes con cáncer de pulmón nunca fumadores del estudio multicéntrico LCRINS.

Material y métodos: Entre 2011 y 2019 se incluyeron todos los casos con cáncer de pulmón nunca fumadores de 7 hospitales gallegos. Para el análisis de cada tipo de toxicidad se utilizó el test chi-cuadrado.

Resultados: Se incluyeron un total de 356 pacientes con cáncer de pulmón nunca fumadores (79% mujeres, 83% adenocarcinoma y 65% estadios IV). 25% de los casos recibieron quimioterapia, 11% radioterapia, 27% la combinación de quimiorradioterapia y el resto de los casos otras modalidades de tratamiento. No se encontró asociación entre los distintos polimorfismos evaluados y la toxicidad en función del tratamiento recibido, salvo para los casos que presentaban los polimorfismos OGG1-rs1052133 (CG) y ERCC1-rs11615 y recibieron radioterapia y quimio-radioterapia, respectivamente. Las toxicidades más frecuentemente observadas fueron la toxicodermia secundaria a tratamiento anti-EGFR y la presencia de náuseas y vómitos, asociándose esta última a heterocigosis en GSTT1.

Conclusiones: Los polimorfismos en las vías de reparación del ADN BER y NER no parecen jugar un papel relevante en la respuesta a tratamiento de los pacientes con cáncer de pulmón nunca fumadores. Son necesarios más estudios para dilucidar los mecanismos de actuación de estos polimorfismos en la toxicidad de los casos con cáncer de pulmón nunca fumadores.

155. PREVALENCIA DE CÁNCER DE PULMÓN EN PACIENTES CON NEUMONÍA INTERSTICIAL IDIOPÁTICA FIBRÓTICA

B. Morales Chacón¹, M.J. Bernabé Barrios¹, E. Forcén Vicente de Vera¹, I. Serrano García², J.L. Álvarez-Sala Walther¹, L. Abásolo Alcázar³ y M.A. Nieto Barbero¹

¹Servicio de Neumología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ²Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España. ³Departamento de Investigación de la UGC Reumatología, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España.

Introducción: La prevalencia de cáncer de pulmón (CP) en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) varía del 2,7 al 11,1% según los diferentes estudios. Nuestro objetivo es conocer la prevalencia de CP en pacientes con neumonías intersticiales idiopáticas (NII) fibróticas y analizar las variables asociadas al estudio del CP.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en la unidad multidisciplinar de EPID (UM-EPID) de un hospital de tercer nivel. Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de NII fibrótica con CP desde enero/2007 hasta diciembre/2020. Variables a estudio: edad, sexo, tipo de NII [combinación de fibrosis pulmonar y enfisema (CFPE), neumonía intersticial usual (NIU), neumonía intersticial no específica (NINE)], estirpe histológica, localización del CP, estadificación tumoral, estudio molecular (mutación EGFR, ALK, ROS-1) e inmunohistoquímico (PD-L1) y tratamiento del CP. Análisis estadístico mediante el programa SPSS.

Resultados: En nuestra base de datos de la UM-EPID hay 313 pacientes con NII fibrótica y 48 de ellos tienen un CP, lo que representa una prevalencia de 15,3%. Hay 43 varones (89%), con una edad de 75 ± 7 años (media ± DE). Tienen una CFPE 33 pacientes (68,75%), una NIU 9 (18,75%) y 6 (12,5%) una NINE. Tienen un carcinoma epidermoide 19 pacientes (39,6%), un adenocarcinoma 13 (27,1%), un carcinoma de célula pequeña 5 (10,4%), un carcinoma de células grandes 3 (6,3%), un carcinoma NOS 3 (6,3%) y en 5 de ellos (10,5%) no se ha conseguido un diagnóstico anatomopatológico a pesar de los esfuerzos. El CP se localiza en lóbulos superiores en 25 pacientes (52,1%) y presenta un estadio avanzado (III y IV) en 33 de ellos (68,75%). Solo 7 pacientes (14,5%) tienen un PD-L1 positivo y no hay mutaciones *driver* en toda la serie. El tratamiento más utilizado fue la quimioterapia (tabla).

Tabla 1: Resultados del estudio.

Variables*	
Características poblacionales	
n	48
Sexo	43 varones (89%)
Edad	75,58 ± 7,11
Tipo de neumonía intersticial idiopática (NII)	
Combinación de fibrosis pulmonar y enfisema (CFPE)	33 (68,75)
Neumonía intersticial usual (NIU)	9 (18,75)
Neumonía intersticial no específica (NINE)	6 (12,5)
Estirpe histológica	
Carcinoma epidermoide n (%)	19 (39,58)
Adenocarcinoma	13 (27,08)
Carcinoma de célula pequeña	5 (10,42)
Carcinoma de células grandes	3 (6,25)
Carcinoma NOS	3 (6,25)
Sin diagnóstico anatomopatológico	5 (10,42)
Localización del cáncer de pulmón	
Lóbulos superiores	25 (52,08)
Lóbulo medio y lingula	8 (16,67)
Lóbulos inferiores	15 (31,25)
Estadios	
Localizados (I y II)	15 (31,25)
Avanzados (III y IV)	33 (68,75)
Mutaciones driver/inmunohistoquímica	
Mutación EGFR	0
Translocación ALK	0
Translocación ROS-1	0
Expresión de PD-L1	7 (14,5)
Tratamientos	
Paliativo	8 (16,67)
Cirugía y combinaciones quirúrgicas	13 (27,08)
QT y combinaciones (sin cirugía)	21 (43,75)
RT	6 (12,5)

*Todas las variables se expresan como n (%), a excepción de la edad: media ± DS. Carcinoma NOS: carcinoma de célula no pequeña sin otra especificación (del inglés non small cell carcinoma *not otherwise specified* o NSCC-NOS). EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor): receptor del factor de crecimiento epidérmico. ALK (Anaplastic Lymphoma Kinase): translocaciones del gen *kinasa* del linfoma anaplásico. ROS-1. PDL-1: ligando 1 de muerte programada (PD-L1).

Variable	Toxicidad toxicoderma anti-EGFR			Toxicidad: Neutro/cálcio		
	No. n (%)	Si. n (%)	p	No. n (%)	Si. n (%)	p
GSTMI						
Heterocigoto	65 (81,9)	13 (18,1)	0,41	29 (95,2)	4 (4,8)	0,45
Homocigoto	36 (87)	2 (13)		30 (97,8)	2 (2,2)	
GSTTI						
Heterocigoto	103 (82,4)	22 (17,6)	0,47	130 (96)	5 (10)	1
Homocigoto	39 (86,6)	5 (11,4)		42 (93,5)	2 (4,5)	
NRCC1 rs25487						
GG	123 (82,6)	26 (17,4)	0,26	142 (95,3)	7 (4,7)	0,85
AG	111 (86)	16 (14)		111 (95,8)	6 (5,2)	
AA	36 (82,7)	7 (17,3)		36 (85,1)	5 (14,9)	
ERCC1 rs11615						
CC	47 (87)	7 (13)	0,90	52 (96,3)	2 (3,7)	0,75
CT	134 (85,4)	23 (14,6)		149 (94,9)	9 (5,1)	
TT	31 (84,5)	5 (13,7)		36 (95,3)	2 (5,5)	
ERCC1 rs212986						
GG	147 (90)	16 (10)	0,87	163 (95,3)	9 (5,7)	0,81
GT	127 (84,9)	23 (15,1)		118 (85,7)	20 (14,3)	
TT	18 (81,8)	4 (18,2)		21 (95,3)	1 (4,7)	
ERCC2 rs13181						
TT	148 (84,4)	27 (15,6)	0,84	138 (84,8)	25 (15,2)	0,73
CT	128 (86,3)	20 (13,7)		119 (85,9)	20 (14,1)	
TT	30 (85,3)	5 (14,7)		35 (97,2)	1 (2,8)	
NRCC3 rs861539						
CC	100 (87,7)	14 (12,3)	0,44	111 (95,4)	5 (4,6)	0,23
TC	138 (84,1)	25 (15,9)		152 (92,7)	12 (7,3)	
TT	34 (82,5)	7 (17,5)		39 (95,1)	2 (5)	
OGG1 rs1052133						
CC	146 (84,7)	26 (15,3)	0,57	165 (94,4)	10 (5,6)	No se pudo realizar Chi cuadrado
CT	90 (84,9)	16 (15,1)		106 (94,3)	6 (5,7)	
CC	14 (84,3)	3 (18,8)		17 (81)	2 (11,8)	
Alfa-1 antitripsina						
MM	136 (84,5)	25 (15,5)	No se pudo realizar Chi cuadrado	161 (91,3)	15 (8,7)	No se pudo realizar Chi cuadrado
MM	29 (88,5)	4 (12,5)		33 (97)	2 (6)	
MZ	3 (88,9)	0 (0)		3 (86)	0 (0)	
SZ	3 (100)	0 (0)		3 (100)	0 (0)	
SS	4 (88,2)	1 (11,8)		5 (100)	0 (0)	

Tabla 2. Toxicidades más frecuentes en función del tipo de polimorfismo.

Conclusiones: En nuestra serie la prevalencia de CP en NII fibrótica es de 15,3%. La estirpe histológica más frecuente es el carcinoma epidermoide. La mayoría de los CP se asocia a la CFPE y se diagnostica en estadios avanzados. El tratamiento más utilizado es la quimioterapia. No hay mutaciones *driver*.

47. REGISTRO DEL GRUPO COOPERATIVO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO III DE SEPAR (GCCB-III) PARA LA 9ª EDICIÓN DE LA CLASIFICACIÓN TNM-ESTADIOS DE LA IASLC. DATOS EPIDEMIOLÓGICOS PRELIMINARES

J.R. Hernández Hernández¹, M. Zabaleta Murguiondo², J.M. Matilla González³, E. Martínez Tellez⁴, J. Abal Arca⁵, A. Rodríguez Fuster⁶, J.C. Trujillo Reyes⁴ y miembros del Grupo Cooperativo CB-III SEPAR

¹Complejo Asistencial de Ávila, Ávila, España. ²Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, España. ³Hospital Clínico-Universitario de Valladolid, Valladolid, España. ⁴Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁵Completo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España. ⁶Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción: El GCCB-III del Área de Oncología Torácica de SEPAR está participando, como en su día hicieron los GCCB-I y GCCB-II, en la inclusión de datos de pacientes de cáncer broncogénico (CB) en la base de datos de la IASLC con objeto de mejorar diferentes aspectos de la próxima clasificación TNM-estadios prevista para 2024.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional multicéntrico en el que se cumplimenta la base de datos internacional diseñada por organismos relacionados con la IASLC. Recoge aspectos clínicos, de laboratorio, descriptores T, N y M, biomarcadores, tratamiento y seguimiento con información aún incompleta. Presentamos datos epidemiológicos preliminares disponibles de los enfermos españoles incluidos desde noviembre de 2017 hasta enero de 2021 procedentes de 31 hospitales (18 incluyeron enfermos con tratamiento médico, 2 de tratamiento solo quirúrgico y 10 de tratamiento médico y quirúrgico). Para cada ítem analizado informamos del número de enfermos (N) estudiados.

Resultados: Pacientes: 1.197, hombres 896 (74,85%); mujeres 301 (25,15%). Edad media 66, 9 años (32-94). Por sexo, hombre: 68,2 y mujeres 63,6 años. Clínica (N = 1.098): sintomáticos 63,6%; asintomáticos 31,7%; cribado 4,7%. Zubrod (N = 1.132): 0: 71,6%; 1: 17,4%; 2: 6,2%; 3: 4%; 4: 0,8%. Los datos sobre tabaquismo se presentan en la tabla 1 y sobre tipos histológicos en la tabla 2. Función pulmonar. FEV1 (N = 848): ≥ 80%: 48,8%; 50 a < 80%: 42,8%; 30 a < 50%: 7,9%; < 30%: 0,5%. FEV1/FVC (N = 813) < 70%: 52%. Comorbilidad: cardiaca (N = 1.147) 41,9%; respiratoria (N = 1.144) 38,6%; diabetes mellitus (N = 1.151) 20,8%; neoplasia tratada (N = 1.137) 19,9%; consumo de alcohol (N = 1.078) 13,8%; Insuficiencia renal (N = 1.147) 5,7%.

Conclusiones: 1ª. El paciente "tipo" es un varón de 66 años, exfumador, sintomático, con comorbilidad probablemente cardiaca o respiratoria y diagnosticado de adenocarcinoma. 2ª. Con respecto a los pacientes incluidos por el GCCB-II entre 2009 y 2010 destaca el aumento del porcentaje de mujeres (antes 16,7% y 25,1% ahora) el de exfumadores (antes 43,4 y 47,1% ahora) el claro aumento de los ade-

Tabla 2. Tipo histológico (N=1106). En porcentaje

	Hombres	Mujeres	Total
Adenocarcinoma	44,2	64,6	49,2
Escamoso	33,1	10,6	27,4
Células Pequeñas	10,6	10,2	10,4
Neuroendocr. C. Grandes	2,2	1,4	2
Carcinoides	1,2	3,3	1,9
Células grandes	1,1	1,1	1,1
No microc. no especificado	2,9	5,5	3,5
Otros	4,7	3,3	4,5

Otros: adenoescamosos, sarcomatoides, in situ, combinado c. peq y no c. peq, etc.

nocarcinomas (34% antes y 49,2% ahora) y la discreta disminución de la comorbilidad respiratoria (43,6% antes y 38,6% ahora).

145. REGISTRO DEL GRUPO COOPERATIVO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO III DE SEPAR (GCCB-III) PARA LA 9ª EDICIÓN DE LA CLASIFICACIÓN TNM-ESTADIOS DE LA IASLC. DATOS PRELIMINARES SOBRE ESTADIFICACIÓN CLÍNICA

M. Zabaleta Murguiondo¹, J.R. Hernández Hernández², J. Abal Arca³, J.M. Matilla González⁴, E. Martínez Tellez⁵, A. Rodríguez Fuster⁶, J.C. Trujillo Reyes⁵ y III Grupo Cooperativo Carcinoma Broncogénico SEPAR

¹Hospital Valdecilla, Santander, España. ²Complejo Asistencial, Ávila, España. ³Complejo Hospitalario Universitario, Ourense, España. ⁴Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España. ⁵Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España. ⁶Hospital del Mar, Barcelona, España.

Introducción: El GCCB-III colabora con la IASLC incluyendo información de pacientes de cáncer broncogénico en la base de datos gestionada por este organismo a nivel internacional. Se recopila información, de manera prospectiva, observacional y multicéntrica, en la que basar las recomendaciones de la 9ª edición TNM. Se recogen aspectos clínicos, de laboratorio, descriptores T, N y M, biomarcadores, tratamiento y seguimiento.

Material y métodos: Analizamos la información aportada por el GCCB-III desde noviembre 2017 hasta enero de 2021 referente a los estudios realizados para el diagnóstico y estadificación clínica (Nº total casos incluidos: 1.197). Para cada ítem analizado informamos del número de casos con información disponible.

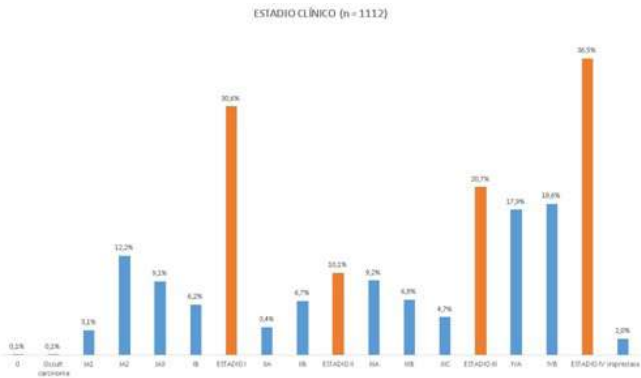
Resultados: Estudios diagnósticos y de estadificación (n = 1.053): TC tórax y abdomen superior: 89,5%; PET: 70,6%; TC cerebral 15,8%; MRI cerebral: 2,8%; BAG transtorácica: 32%; BCFy/o EBUS: 46%; estudios para valoración ganglionar (EBUS, EUS, BAG) 42,35%; mediastinoscopia y otras técnicas 4,7%. Localización anatómica tumoral. Se presenta en la figura 1. Distribución descriptor T (n = 1101). Tx: 0,5%; T0: 0,5%; T1i: 0,1%; T1mi: 0,3%; T1a: 3,8%; T1b: 14,5%; T1c: 12,1%; T2a: 14,4%; T2b: 6,6%; T3: 12,6%; T4: 34,6%. Hay 9 pacientes con tumores sincrónicos. Distribución descriptor N (n = 1106). Nx: 0,6%; N0: 48,5%; N1: 7,1%; N2: 22,9%; N3: 21%. Distribución descriptor M (n = 1112). M0: 63,5%; M1: 36,5% (M1A: 9,6%; M1B: 8,3%; M1C: 18,6%). Localizaciones metástasis. Pulmón contralateral: 11,1%; derrame pleural (DP) 16,4%, DP con citología positiva: 2,9%; nódulos pleurales 4,8%; metástasis extratorácicas: 24,7%; óseas: 11,7%; suprarrenales: 8,4%; hepáticas: 7,8%; cerebrales: 4,8%. Distribución estadios. Se presenta en la figura 2.

Tabla 1. Tabaquismo (N=1155). En porcentaje

	Hombres	Mujeres	Total
Activo	40,6	42,4	41
Exfumador/a	53,9	26,7	47,1
Nunca fumador/a	5,5	30,9	11,9



Localización anatómica tumoral.



Distribución de estadios.

Conclusiones: 1. Hay disparidad en el grado de cumplimentación de los descriptores TNM. La base está aún abierta y en proceso de introducción de datos. 2. El estudio del componente N se realiza preferentemente por técnicas diferentes mínimamente invasivas. La mediastinoscopia solo se realiza en el 4,7%. 3. La localización tumoral derecha es la más frecuente en esta serie. 4. Los descriptores predominantes son T4, N0 y M0. 4 En orden de frecuencia los estadios clínicos encontrados son: estadio IV, estadio I, estadio III y estadio II.

301. TIEMPOS DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN DURANTE LA PANDEMIA COVID-19

P.L. Ordóñez Gómez, J. Franco Serrano, L. Fernández Presa, A. Ochoa Alvarado y J. Signes-Costa Miñana

Hospital Clínico Universitario de Valencia, Valencia, España.

Introducción: Analizar los tiempos de diagnóstico y tratamiento del cáncer de pulmón en nuestro hospital durante la pandemia COVID-19 y compararlos con un período anterior no COVID.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón durante dos períodos similares de un año de duración que comprenden al período no COVID (marzo 2019 a febrero de 2020) y período COVID (marzo 2020 a febrero 2021). Se analizaron variables clínico-demográficas y se definieron los intervalos de tiempo (IT): desde remisión a diagnóstico histológico (T1), desde diagnóstico histológico a inicio de tratamiento (T2) y la suma de ambos (T3). Los IT se expresaron en días, mediana (rango intercuartil) y se analizaron mediante pruebas no paramétricas.

Resultados: Se incluyeron 261 pacientes: período COVID (n = 115), 36 (31%) mujeres y 79 (69%) hombres, edad media 67,3 (DE 10,4); período no COVID (n = 146), 37 (25%) mujeres y 109 (75%) hombres, edad media 65,8 años (DE 10,9); La mayoría correspondían a carcinoma no microcítico (85% en ambos períodos) y estadio IV (62% también

en ambos períodos). El tiempo de diagnóstico (T1) fue menor (p = 0,003) en período COVID (12 días [7-17]) que en período no COVID (15 días [10-23]), tanto en estadios III y IV (p = 0,035) con 11 días (7-15) en período COVID frente a 14 días (9-20) en período no COVID, como en estadios I y II (p = 0,042) con 18 días (12-30) y 32 días (22-72). En cuanto a técnicas diagnósticas, el T1 en los pacientes que precisaron biopsia guiada por aguja gruesa (BAG) también fue significativamente menor (p = 0,016) en período COVID (17 días [13-30]) que en período no COVID (28 días [18-58]). El tiempo desde el diagnóstico al tratamiento (T2) y el global (T3) fueron menores en período COVID (16 días [7-29] y 30 días [21-47] respectivamente) que en el período no COVID (18 días [7-36] y 34 días [22-63] respectivamente), aunque sin alcanzar significación estadística (p = 0,109). Sin embargo, en el subgrupo de pacientes quirúrgicos la diferencia en el T3 fue estadísticamente significativa (p = 0,027) con 69 días (53-81) en período COVID versus 106 (73-140) en período no COVID.

Conclusiones: Los tiempos de diagnóstico del cáncer de pulmón en nuestro centro fueron menores durante la pandemia COVID, tanto en estadios iniciales como en estadios avanzados. El tiempo desde remisión al tratamiento también fue menor en los pacientes que precisaron cirugía.

691. WNT5A SECRETADO EN EXOSOMAS PLASMÁTICOS EN CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO COMO UN BIOMARCADOR ASOCIADO AL ESTATUS DE LA MUTACIÓN EGFR

A. Martín Medina¹, E. Martínez Font^{2,3}, M. Köenigshoff^{4,5}, M. Aichler⁶, A. Walch⁶, M. Enver Sumaya^{2,3}, Ú. Sastre Terrasa³, C. Gómez Bellvert^{3,7}, A. Azkárte Martínez^{2,3}, E. Sala Llinás^{1,8}, R. Marsé Fabregat^{2,3}, M. Guillot Morales³, J. Terrasa Pons^{2,3} y A. Obrador Hèvia^{2,3}

¹Grupo de Inflamación, Reparación y Cáncer en Enfermedades Respiratorias, Fundació Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa), Palma, España. ²Grupo de Terapias Avanzadas y Biomarcadores en Oncología Clínica, Fundació Institut d'Investigació Sanitària Illes Balears (IdISBa), Palma, España. ³Departamento de Oncología Médica, Hospital Universitari Son Espases, Palma, España. ⁴Comprehensive Pneumology Center, Lung Repair and Regeneration Research Unit, Helmholtz Zentrum München, Member of the German Center for Lung Research (DZL), Munich, Alemania. ⁵Division of Pulmonary, Allergy and Critical Care, Dept of Medicine, University of Pittsburgh, Pittsburgh, Estados Unidos. ⁶Institut of Pathology Helmholtz Zentrum München, Munich, Alemania. ⁷Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitari Son Espases, Palma, España. ⁸Molecular Biology and CIBER Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Palma, España.

Introducción: El cáncer de pulmón, siendo el 85% de tipo no microcítico (CPNM), es una de las principales causas de mortalidad en todo el mundo. El descubrimiento de mutaciones en la vía de señalización del EGFR (Epidermal Growth Factor Receptor) ha permitido desarrollar terapias dirigidas. Sin embargo, el efecto de los inhibidores del EGFR está limitado por la aparición de resistencias en el tiempo, siendo necesario estudiar mejor los mecanismos implicados dicho proceso. Los exosomas son pequeñas vesículas membranosas que median la comunicación intercelular a través de sus cargos y que han sido identificados como promotores de la progresión en algunos tipos de cáncer. El ligando WNT5A se conoce sobreexpresado en CPNM y se le asocia con una mayor invasión y resistencia a drogas. Además, WNT5A es transportado en exosomas (exo-WNT5A), por lo que hipotetizamos que una mayor cantidad de exo-WNT5A en los pacientes con EGFR podría estar implicado en la aparición de resistencias. El objetivo de este trabajo es el de caracterizar la expresión de WNT5A en el plasma de pacientes con CPNM, con y sin mutación EGFR.

Material y métodos: Los exosomas fueron aislados de plasma de pacientes (n = 15) por ultracentrifugación o por precipitación (ExoGAG®)

y caracterizados por su morfología (electromicroscopia), tamaño (*nanoparticle tracking analysis*) y marcadores exosomales (*westernblotting* y citometría de flujo). Los niveles de exo-WNT5A fueron analizados por *westernblotting* y ELISA. Se sirvió del test no-paramétrico U de Mann-Whitney para el análisis estadístico.

Resultados: WNT5A se encontró significativamente más expresado en pacientes con EGFR mutado *versus* no mutado en la base de datos del estudio PanCancer (n = 566). Se observó una expresión elevada de WNT5A en exosomas procedentes de varias líneas de CPNM y, aunque no significativo, mayor exo-WNT5A fue reportado en el plasma de pacientes con EGFR mutado *versus* no mutado.

Conclusiones: WNT5A es secretado en exosomas de CPNM tanto en líneas celulares como en plasma de pacientes siendo más elevado en pacientes con EGFR mutado. Estos resultados preliminares apuntan hacia un papel de WNT5A en la comunicación a través de exosomas en CPNM, especialmente cuando existe mutación en EGFR. Futuros estudios que incluyan un mayor N y exploren la funcionalidad de la secreción de exo-WNT5A en CPNM serán clave para estudiar su uso como biomarcador así como diana terapéutica para evitar la aparición de resistencias.

TABAQUISMO

348. ABSTINENCIA TABÁQUICA EN PACIENTES QUE INICIAN LA DESHABITUACIÓN DURANTE EL INGRESO

C. Rodríguez García, L. González Justo, P. Fernández Álvarez, B. García Pulido, A. Ferrer Teruel, M.T. Rodríguez Fernández y M.Á. Martínez Muñoz

Hospital Universitario San Agustín de Avilés, Avilés, España.

Introducción: El objetivo del estudio fue conocer como influía la intervención para dejar de fumar en pacientes hospitalizados.

Material y métodos: Estudio prospectivo de pacientes ingresados a los que se recomendó dejar de fumar durante su ingreso y aceptaron ayuda para conseguirlo. Datos: edad, sexo, convivencia con fumadores, intentos previos, cigarrillos/día, paquetes/año, motivo de ingreso, Heavy Smoking Index (HSY), motivación (escala analógica-visual) y si creían que su ingreso era debido al tabaco. Se ofertó tratamiento farmacológico y cognitivo-conductual, por parte del personal de la consulta especializada de tabaquismo. El seguimiento se realizó: atención primaria, consulta especializada de primaria y consulta especializada de hospital, en 1 mes, 3 meses, 6 meses y 1 año del ingreso. Estudio estadístico: chi cuadrado. Significación: $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 68 pacientes. Completaron el año de seguimiento 57, al no poder contactar con todos, en diferentes meses. Edad media $57,8 \pm 8$, El (57%) eran hombres. El seguimiento se realizó: hospital: (54%), atención primaria: (37%) y consulta especializada de primaria (9%). Causa de ingreso: Patología cardiológica (40%), Patología respiratoria (54%), otras (6%). El 65% percibía que el tabaco influía o era el causante principal del ingreso. La media de cig/día consumidos fue $19,6 \pm 9,6$, la de paq/año de $43,8 \pm 20$. Más de la mitad (58%) presentaba una dependencia física moderada. Fumaban el primer cigarrillo antes de los 30 minutos el 93% de los pacientes. La media de la motivación fue de $8,6 \pm 1,9$. Aceptaron tratamiento farmacológico de la siguiente manera: vareniclina (75%) parches (4%), spray bucal de nicotina (7%), no aceptaron (12%) no precisaron (2%). El 25% de ellos presentaron efectos secundarios y completaron el tratamiento prescrito el 37%. Abstinencia general y por motivo de ingreso en tabla. No encontramos diferencias en la abstinencia con respecto al lugar del seguimiento, ni el sexo ni con el número de paquetes año, ni el trata-

miento administrado, ni con la dependencia física. La motivación tampoco demostró diferencias significativas, pero observamos que los fumadores con alta motivación, mostraban mayores tasas de abstinencia.

	1 mes (n=65)	3 meses (n=61)	6 meses (n=57)	12 meses (n=57)
Cardiología	(88%)	(68%)	(54%)	(50%)
Neumología	(63%)	(48%)	(35%)	(28%)
Otros	(25%)	(25%)	(25%)	(25%)
Total	(71%)	(58%)	(44%)	(37%)

Abstinencia general y por motivo de ingreso.

Conclusiones: El ingreso es un momento ideal para ofertar ayuda para dejar de fumar. Aunque las tasas de abstinencias no son superiores a las de los pacientes que acuden a las consultas convencionales, se debe aprovechar para ofrecer ayuda y seguimiento a estos fumadores.

28. ASOCIACIÓN ENTRE TABAQUISMO Y GRAVEDAD DE LA INFECCIÓN POR SARS-COV-2

C. Castelló Faus, E. Pastor Esplá, V. Esteban Ronda, C. Celis Pereira, I. Boira Enrique, J.N. Sancho Chust, C. Senent Español, S. Vañes Baños y E. Chiner Vives

Hospital Universitario San Juan de Alicante, Alicante, España.

Introducción: Aunque la relación entre tabaquismo y SARS-CoV-2 es controvertida, parece ser un factor de riesgo de mayor gravedad.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a pacientes hospitalizados desde el 15/03/2020 al 01/05/2020, por neumonía SARS-CoV-2. Se recogieron los antecedentes de hábito tabáquico, así como si aparecía o no reflejado en la historia, variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, antecedentes respiratorios, gravedad de la enfermedad, necesidad de ingreso en UCI y mortalidad. Se empleó el test de proporciones y la t-Student para la comparación entre grupos.

Resultados: Se incluyeron 178 pacientes, (57% varones), con una edad media de 65 ± 15 años. Entre las comorbilidades destaca HTA en 44% y obesidad ($IMC > 35 \text{ Kg/m}^2$) en 26%. Del total, 28% refería antecedentes respiratorios, con diagnóstico previo de EPOC en 43%, de asma en 27% y de AOS 15%. Respecto al hábito tabáquico, destaca que en 31% no aparecía recogido, por lo que se obtuvo mediante contacto telefónico a los pacientes o a sus familiares. Un 54% de los ingresados se declaraban no fumadores, 5% fumadores activos y 38% exfumadores. La gravedad de la enfermedad fue clasificada en leve/moderada (47%) o grave/muy grave (53%) según el grado de afectación radiológica, la necesidad de soporte ventilatorio, ingreso en UCI y la mortalidad. Al agrupar los fumadores con los exfumadores (44%) y comparar con los no fumadores (56%), en el grupo de fumadores y exfumadores existía mayor proporción de varones (65% vs. 51%, $p < 0,05$), tenían mayor edad (68 vs. 63 años, $p < 0,05$) y mayor porcentaje de antecedentes respiratorios (37% vs. 19%, $p < 0,05$), además de mayor afectación grave/muy grave (68% vs. 41%, $p < 0,001$). No obtuvimos diferencias significativas en ingreso en UCI (20% vs. 11%, p : ns) ni en mortalidad (17% vs. 16%, p : ns).

Conclusiones: En pacientes ingresados por COVID-19, el ser fumador o ex-fumador se asocia a mayor gravedad. El hábito tabáquico debería quedar reflejado siempre en la historia clínica del paciente, al igual que otros factores de riesgo. La pandemia por coronavirus debe ser una oportunidad para mejorar la prevención y el tratamiento del tabaquismo.