

ACTUALIZACIONES BIBLIOGRÁFICAS DE LOS GRUPOS DE TRABAJO DE SOCALPAR

ÍNDICE

1. NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA Y ONCOLOGÍA TORÁCICA	2
2. ENFERMEDADES INTERSTICIALES	4
3. TABAQUISMO	6
4. ASMA.....	8



1. NEUMOLOGÍA INTERVENCIONISTA Y ONCOLOGÍA TORÁCICA

Out With the Old, in With the New: What Changes in the 9th Edition of the TNM Classification for Lung Cancer? Rami-Porta R, Asamura H, Rusch VW. *Out With the Old, in With the New: What Changes in the 9th Edition of the TNM Classification for Lung Cancer?* Arch Bronconeumol. 2025 Mar 11;S0300-2896(25)00078-X. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2025.02.016. Epub ahead of print. PMID: 40121101.

Revisado por: Dra. Laura Gil Pintor. Hospital Universitario de Salamanca

La 9ª edición del TNM para el cáncer de pulmón introduce varios cambios significativos respecto a la 8ª. Se mantiene la clasificación de los tumores (T) sin modificaciones, pero se actualizan los descriptores para hacerlos más visibles y facilitar la asignación de sus categorías. El sistema N se subdivide en N2a (un único grupo ganglionar) y N2b (varios grupos). En el sistema M, se diferencian las metástasis múltiples en un solo sistema de órganos (M1c1) de las que afectan múltiples sistemas (M1c2). Además, los tumores T1N1 se reclasifican a estadio IIA por su mejor supervivencia. Se incorpora el STAS (diseminación aérea de células tumorales) como descriptor patológico igual que la invasión linfovascular o invasión de la pleura visceral. Estos cambios permiten una clasificación más precisa y mejoran la correlación entre la estadificación clínica y patológica.

8 th Ed TNM Categories and Stages						9 th Ed TNM Categories and Stages						
8 th Ed TNM Categories						9 th Ed TNM Categories						
T/M	Label	N0	N1	N2	N3	T/M	Description	N0	N1	N2		N3
										N2a	N2b	
T1	T1a	IA1	IIB	IIIA	IIIB	T1	T1a ≤1 cm	IA1	IIA	IIB	IIIA	IIIB
	T1b	IA2	IIB	IIIA	IIIB		T1b >1 to ≤2 cm	IA2	IIA	IIB	IIIA	IIIB
	T1c	IA3	IIB	IIIA	IIIB		T1c >2 to ≤3 cm	IA3	IIA	IIB	IIIA	IIIB
T2	T2a Invasion	IB	IIB	IIIA	IIIB	T2	T2a Visceral pleura / central invasion	IB	IIB	IIIA	IIIB	IIIB
	T2a >3-4	IB	IIB	IIIA	IIIB		T2a >3 to ≤4 cm	IB	IIB	IIIA	IIIB	IIIB
	T2b >4-5	IIA	IIB	IIIA	IIIB		T2b >4 to ≤5 cm	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IIIB
T3	T3 >5-7	IIB	IIIA	IIIB	IIIC	T3	T3 >5 to ≤7 cm	IIB	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
	T3 Invasion	IIB	IIIA	IIIB	IIIC		T3 Invasion	IIB	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
	T3 Same lobe nod	IIB	IIIA	IIIB	IIIC		T3 Same lobe tumor nodule	IIB	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC
T4	T4 >7	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC	T4	T4 >7 cm	IIIA	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC
	T4 Invasion	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC		T4 Invasion	IIIA	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC
	T4 Ipsil nodule	IIIA	IIIA	IIIB	IIIC		T4 Ipsilateral tumor nodule	IIIA	IIIA	IIIB	IIIB	IIIC
M1	M1a Pl dissem	IVA	IVA	IVA	IVA	M1	M1a Pleural / pericardial dissemination	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1a Contr nodule	IVA	IVA	IVA	IVA		M1a Contralateral tumor nodule	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1b Single lesion	IVA	IVA	IVA	IVA		M1b Single extrathoracic lesion	IVA	IVA	IVA	IVA	IVA
	M1c Mult lesions	IVB	IVB	IVB	IVB		M1c1 Multiple lesions, 1 organ system	IVB	IVB	IVB	IVB	IVB
							M1c2 Multiple lesions, >1 organ system	IVB	IVB	IVB	IVB	IVB

Predictors of Survival in Metastatic Malignant Pleural Effusions: The GASENT Score. Suárez-Antelo J, Ferreiro L, Porcel JM, Toubes ME, Lado-Baleato Ó, Rodríguez-Núñez N, Ricoy J, Lama A, Golpe A, Álvarez-Dobaño JM, Gude F, Valdés L. *Predictors of Survival in Metastatic Malignant Pleural Effusions: The GASENT Score. Arch Bronconeumol.* 2025 Apr 2;S0300-2896(25)00115-2. English, Spanish. doi: 10.1016/j.arbres.2025.04.001. Epub ahead of print. PMID: 40222883.

Revisado por: Dr. Javier Alvarez Albarrán. Hospital Universitario de Burgos.

Presentación del modelo GASENT, un nuevo score pronóstico para estimar la supervivencia en pacientes con derrame pleural maligno metastásico que incorpora cinco variables: edad, sexo, estado funcional (ECOG-PS), tipo de tumor y la relación entre neutrófilo-linfocito. GASENT muestra una mejor capacidad predictiva que los modelos previos, además de una estimación de supervivencia a los 1, 3 y 6 meses.

World Association for Bronchology and Interventional Pulmonology (WABIP) guidelines on airway stenting for malignant central airway obstruction. Chaddha U, Agrawal A, Kurman J, Ortiz-Comino R, Dutau H, Freitag L, Trisolini R, Dooms C, Zuccatosta L, Gasparini S, Herth F, Saka H, Lee P, Fielding D, Oki M, Rosell A, Murgu S. *World Association for Bronchology and Interventional Pulmonology (WABIP) guidelines on airway stenting for malignant central airway obstruction. Respirology.* 2024 Jul;29(7):563-573. doi: 10.1111/resp.14764. Epub 2024 May 29. PMID: 38812262.

Revisado por: Dra. Blanca de Vega Sánchez. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

La obstrucción maligna de la vía aérea central es una entidad compleja, sin guías de consenso para su tratamiento mediante el empleo de stents. Un grupo internacional de 17 expertos mediante una búsqueda bibliográfica abordan seis preguntas PICO para formar el primer consenso mundial en el tratamiento de esta patología.

2. ENFERMEDADES INTERSTICIALES

Polypharmacy and potentially inappropriate medication (PIM) use among older veterans with idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) –a retrospective cohort study. Guidot DM, Pepin M, Hastings SN, Tighe R, Schmader K. Polypharmacy and potentially inappropriate medication (PIM) use among older veterans with idiopathic pulmonary fibrosis (IPF) - a retrospective cohort study. *BMC Pulm Med.* 2025 Apr 21;25(1):186. doi: 10.1186/s12890-025-03611-2. PMID: 40259309; PMCID: PMC12012958.

Revisado por: Dr. Marco López Zubizarreta. Complejo asistencial de Ávila

La fibrosis pulmonar idiopática (FPI) es una patología mortal y que afecta en gran medida a pacientes mayores. Por suerte, desde hace unos años contamos con la ayuda de los fármacos antifibróticos que son eficaces en el enlentecimiento de la enfermedad. Este estudio aborda la problemática de la polifarmacia en pacientes mayores y su efecto deletéreo para la prescripción de antifibróticos. Tras analizar los pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de FPI en el último año, observaron que la mayoría de ellos estaban polimedcados (> 5 tratamientos), un porcentaje importante polifarmacia grave (>15 tratamientos) y casi un 26% de estos pacientes tenían al menos 1 fármaco que no necesitaban. Por tanto, concluyeron que la polifarmacia y la prescripción de medicamentos inadecuados, eran una de las principales barreras para el inicio de antifibróticos en pacientes mayores. Dicho esto, destacan la importancia de la retirada de tratamientos inadecuados para evitar estos problemas.

The significance of periostin in the diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis and prediction of acute exacerbations. Wu S, Liu H, Yin S, Wang Y, Liu X, Ding Z. The significance of periostin in the diagnosis of idiopathic pulmonary fibrosis and prediction of acute exacerbations. *J Thorac Dis.* 2025 Mar 31;17(3):1364-1376. doi: 10.21037/jtd-24-1882. Epub 2025 Mar 14. PMID: 40223944; PMCID: PMC11986764.

Revisado por: Dr. Marco López Zubizarreta. Complejo asistencial de Ávila

Desde hace unos años se ha estudiado la periostina y su relación con la fibrosis pulmonar idiopática (FPI). El estudio citado tiene como objetivo aclarar la capacidad de la periostina para diagnosticar FPI, ver la gravedad de la enfermedad, predecir exacerbaciones y todo ello comparándolo con marcadores más clásicos como KL-6, proteína del surfactante A y D(SP-A)(SP-D). Los autores analizaron 55 pacientes diagnosticados de FPI en un año. Observaron que tanto SP-A, SP-D, KL-6 y la periostina presentaban niveles más elevados en el grupo de FPI en comparación con controles sanos y pacientes con neumonía bacteriana. Además, la sensibilidad/especificidad de la periostina fue la más alta de todos los marcadores para diagnosticar esta enfermedad. También observaron correlación inversa entre los niveles de periostina y su relación con FEV1 y DLCO. Para concluir, el análisis de regresión logística indicó que la reducción de DLCO y los niveles elevados de KL-6 fueron factores de riesgo independiente para la agudización de FPI en este grupo. Este grupo concluye que la periostina se comportó como el mejor marcador de los analizados para el diagnóstico de FPI y reveló el valor del descenso de DLCO y KL-6 para anticipar agudizaciones.

Cancer therapy-related interstitial lung disease. Zhou C, Deng H, Yang Y, Wang F, Lin X, Liu M, Xie X, Luan T, Zhong N. *Cancer therapy-related interstitial lung disease. Chin Med J (Engl)*. 2025 Feb 5;138(3):264-277. doi: 10.1097/CM9.0000000000003149. Epub 2024 Oct 11. PMID: 39402974; PMCID: PMC11771665.

Revisado por: [Dr. Marco López Zubizarreta. Complejo asistencial de Ávila](#)

Las alteraciones intersticiales en relación con los fármacos relacionados con el tratamiento de procesos oncológicos (CT-ILD) van en aumento, sobre todo debido al creciente número de tratamientos y se han convertido en una causa de mortalidad en estos pacientes. Esta revisión trata sobre los factores de riesgo para desarrollar CT-ILD, describirá sus características clínicas, su imagen y como se pueden tratar. En primer lugar, la incidencia del CT-ILD es difícil de valorar y podría establecerse en torno al 1-2% de los pacientes tratados de cáncer y es claramente dependiente de los fármacos. Posteriormente, destacar que la instauración de esta enfermedad puede ir desde las horas hasta los años tras la aplicación de tratamiento. Los patrones radiológicos pueden ser de NINE, neumonía organizada, daño alveolar difuso, neumonitis por hipersensibilidad, etc. Por último, establece unos algoritmos de manejo y una clasificación según la gravedad de la afectación que va del grado 1 al grado 4. Los autores concluyen que actualmente existen pocas opciones de tratamiento y que se debe avanzar en un manejo más personalizado, explorando y entendiendo mejor los mecanismos que producen la CT-ILD.

3. TABAQUISMO

WHO clinical treatment guideline for tobacco cessation in adults [Internet]. *Geneva: World Health Organization; 2024. PMID: 38954657.*

Revisado por: Dr. Santiago Juarros Martínez. Hospital Clínico Universitario Valladolid.

Publicación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que actualiza, a través de 12 recomendaciones, la evidencia GRADE de las intervenciones para ayudar a los fumadores adultos al abandono del tabaco; mediante una revisión sistemática supervisada por 13 expertos. Contempla todos los aspectos del abordaje del tabaquismo, incluidas intervenciones digitales y acciones políticas para mejorar la adopción e implementación de medidas para dejar de fumar. Incide en la importancia del tratamiento combinado (psicológico-farmacológico). No reconoce el uso de terapias tradicionales, complementarias o alternativas dada su insuficiente evidencia. Esta guía va dirigida a todos los profesionales sanitarios y autoridades políticas, con el fin de proponer mejoras en las estrategias de ayuda al abandono del tabaco.

Tobacco: preventing uptake, promoting quitting and treating dependence. *London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2025 Feb 4. PMID: 36745727.*

Revisado por: Dr. Santiago Juarros Martínez. Hospital Clínico Universitario Valladolid.

Es una guía centrada fundamentalmente en la ayuda para dejar de fumar a mayores de 12 años, en las estrategias de reducción de daño a los que no quieren dejar de fumar y en la prevención del inicio al consumo de niños y adultos jóvenes. En su última actualización hace una revisión sistemática sobre la evidencia de la citisiniclina (antigua citisina) y propone nuevas recomendaciones para su uso en el abandono del tabaco. Los autores concluyen que la citisiniclina tiene evidencia como opción farmacológica efectiva para ayudar a dejar de fumar y que, a pesar de su régimen de dosificación, la corta duración de su pauta puede resultar una ventaja. Desde el punto de vista económico hay estudios que la encuentran coste-efectiva, en las intervenciones para el abandono del tabaco.

Interventions for quitting vaping. Butler AR, Lindson N, Livingstone-Banks J, Notley C, Turner T, Rigotti NA, Fanshawe TR, Dawkins L, Begh R, Wu AD, Brose L, Conde M, Simonavičius E, Hartmann-Boyce J. *Interventions for quitting vaping. Cochrane Database Syst Rev.* 2025 Jan 8;1(1):CD016058. doi: 10.1002/14651858.CD016058.pub2. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2024 May 21;5:CD016058. doi: 10.1002/14651858.CD016058. PMID: 39777614; PMCID: PMC11706636.

Revisado por: Dr. Santiago Juarros Martínez. Hospital Clínico Universitario Valladolid.

Revisión Cochrane sistemática que analiza la evidencia de los tratamientos que se pueden utilizar para acabar con la dependencia de los cigarrillos electrónicos. Los estudios que investigan la eficacia, tanto de las medidas de apoyo conductual en jóvenes como del tratamiento farmacológico (TSN, vareniclina y citisiniclina), no son concluyentes dado que dicha evidencia científica aún es baja (pocos participantes, resultados a corto plazo, sin análisis de efectos adversos). Tampoco encuentran respuestas sobre la eficacia del cigarrillo electrónico para abandonar el consumo de tabaco convencional de manera permanente (más allá de 6 meses). Hay 20 ensayos clínicos aleatorizados en marcha que tratarán de aumentar el conocimiento científico en este terreno, por lo que los autores concluyen que hay que esperar a sus resultados para disponer de más información.

4. ASMA

Effect of Azithromycin on Asthma Remission in Adults With Persistent Uncontrolled Asthma. A Secondary Analysis of a Randomized, Double-Anonymized, Placebo-Controlled Trial.

Thomas D, McDonald VM, Stevens S, Baraket M, Hodge S, James A, Jenkins C, Marks GB, Peters M, Reynolds PN, Upham JW, Yang IA, Gibson PG. *Effect of Azithromycin on Asthma Remission in Adults With Persistent Uncontrolled Asthma: A Secondary Analysis of a Randomized, Double-Anonymized, Placebo-Controlled Trial.* Chest. 2024 Aug;166(2):262-270. doi: 10.1016/j.chest.2024.02.048. Epub 2024 Feb 29. PMID: 38431051.

Revisado por: Dra. Ana Isabel García Onieva. Hospital Clínico Universitario de Valladolid

La remisión se ha convertido en un objetivo terapéutico en asma, especialmente en asma grave tratada con terapias biológicas. Sin embargo, poco se ha explorado este concepto referido a otros tratamientos. El presente estudio es un análisis secundario del ensayo clínico Asthma and Macrolides: the Azithromycin Efficacy and Safety (AMAZES), que investigó si añadir azitromicina a la terapia estándar en pacientes con asma persistente no controlada inducía remisión en comparación con placebo. Los autores definieron remisión clínica como **cero exacerbaciones y cero uso de corticoides orales** durante los 6 meses previos, además de una puntuación en **Cuestionario de Control del Asma de 5 ítems (ACQ-5) ≤ 1** en los 12 últimos meses.

Los resultados mostraron que un porcentaje significativamente mayor de participantes en el grupo de azitromicina lograron la remisión clínica en comparación con el grupo de placebo. Asimismo, una proporción significativamente mayor en el grupo de azitromicina logró la remisión clínica más los criterios de función pulmonar (FEV1 postbroncodilatador $\geq 80\%$ o una disminución no mayor al 5% desde el inicio). El estudio calculó que el número necesario para tratar (NNT) para lograr un paciente adicional en remisión clínica con azitromicina en comparación con placebo fue de nueve pacientes.

Es relevante destacar que la azitromicina indujo remisión tanto en el asma eosinofílica como en la no eosinofílica.

Los autores concluyen que la azitromicina puede tener un papel en lograr la remisión en un subgrupo de pacientes con asma grave no controlada. Hay que destacar que el estudio se lleva a cabo en la etapa previa a la incorporación masiva de los tratamientos biológicos.

Benralizumab versus Mepolizumab for Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis.

Wechsler ME, Nair P, Terrier B, Walz B, Bourdin A, Jayne DRW, Jackson DJ, Roufosse F, Börjesson Sjö L, Fan Y, Jison M, McCrae C, Necander S, Shavit A, Walton C, Merkel PA; MANDARA Study Group. *Benralizumab versus Mepolizumab for Eosinophilic Granulomatosis with Polyangiitis. N Engl J Med.* 2024 Mar 7;390(10):911-921. doi: 10.1056/NEJMoa2311155. Epub 2024 Feb 23. PMID: 38393328.

Revisado por: Dra. Soraya Fernández. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

La granulomatosis eosinofílica con poliangeitis- GEPA- es un trastorno inflamatorio poco común que se caracteriza por asma, vasculitis necrotizante, granulomas extravasculares y eosinofilia. El pilar fundamente de tratamiento lo han constituido los corticoides orales e inmunosupresores, pero en los últimos años se han aprobado algunos tratamientos dirigidos para los casos recidivantes-recurrentes como Mepolizumab (antiIL5) y Benralizumab (antiIL5Ralfa).

El ensayo Mandara, aleatorizado, multicéntrico, de no inferioridad, en fase 3, de 52 semanas de duración en pacientes con diagnóstico de GEPA e historia de recaídas o recidivas, comparó la eficacia y seguridad de Benralizumab (30mg c/4 semanas) frente a Mepolizumab (300mg c/4 semanas).

Se demostró la no inferioridad de Benralizumab vs Mepolizumab en la inducción de la remisión en las semanas 36 a 48; el grado de control de la enfermedad, duración de la remisión y recaídas fueron similares en ambos grupos. Más del 70% de los pacientes de cada grupo presentaron una reducción de al menos el 50% de su dosis de corticoides orales, pudiendo retirarse en las semanas 48-55 en el 41% del grupo de Benralizumab y en el 26% en el grupo de Mepolizumab.

Por tanto, la utilización de Mepolizumab como Benralizumab en el tratamiento de la GEPA recidivante-refractaria puede ayudar a mejorar el control de esta enfermedad evitando recurrencias, reduciendo el uso de corticoides orales e incluso suspenderlos con seguridad, reduciendo sus temidos efectos adversos.

Efficacy Assessment of Biological Treatments in Severe Asthma. Laorden D, Domínguez-Ortega J, Romero D, Villamañán E, Mariscal-Aguilar P, Granda P, Quirce S, Álvarez-Sala R, On Behalf Of Asmagrave-Hulp Group. *Efficacy Assessment of Biological Treatments in Severe Asthma. J Clin Med.* 2025 Jan 7;14(2):321. doi: 10.3390/jcm14020321. PMID: 39860330; PMCID: PMC11766327.

Revisado por: Dra. Inés Salazar. Complejo Asistencial Universitario de Palencia

Los autores estudian la respuesta de los tratamientos biológicos en Asma Grave No Controlada (AGNC), revisan las herramientas para evaluar dicha respuesta al tratamiento, plantean cómo debemos gestionar una respuesta subóptima y qué debemos considerar a la hora de cambiar el tratamiento.

Al evaluar la respuesta destacan los siguientes parámetros: la disminución de las exacerbaciones, la reducción/suspensión de corticoides orales, la mejoría de los síntomas (ACT/ACQ), la mejoría del FEV1 y los marcadores inflamatorios. Para ello podemos utilizar la puntuación FEOS (utilizada en los artículos que nos presentan), la escala EXACTO y los criterios de superrespondedores de Upham et al. Asimismo, describen factores de riesgo que predicen una peor respuesta, como la obesidad, el sexo masculino o ingresos previos en UCI. Para el manejo de los pacientes con respuesta subóptima nos recuerdan la importancia de revisar la adhesión al tratamiento, el correcto manejo de las comorbilidades, descartar infecciones respiratorias, diferenciándolas de las exacerbaciones, y revisar los efectos adversos del tratamiento biológico y de la disminución de corticoides orales. Ante estos pacientes nos recomiendan el consejo de una unidad multidisciplinar previa caracterización correcta de fenotipo y adecuándonos a las preferencias del paciente para optimizar la adhesión.