



## **Radioterapia esterotáctica ablativa para el cáncer de pulmón de células no pequeñas estadio I operable (STARS revisado): resultados a largo plazo de un ensayo prospectivo de un solo brazo con comparación preespecífica con la cirugía.**

Comentario: Dra. Camila Casadiego Peña, Oncóloga Radioterapeuta, Servicio de Radioterapia Oncológica, Hospital Regional de Talca.

El estudio STARS revisado es un estudio clínico prospectivo de un solo brazo realizado en MD Anderson Cancer Center y publicado en Lancet Oncology. Incluyeron pacientes de 18 años o más en ECOG 0–2 con diagnóstico reciente de NSCLC confirmado histológicamente, tumores de máximo 3 cm, ganglio negativo y sin metástasis. Se excluyeron pacientes con histología carcinoide, cáncer de pulmón primario sincrónico, entre otros. Para el análisis de emparejamiento de propensión se utilizó una cohorte quirúrgica del Departamento de Cirugía Torácica y Cardiovascular del MD Anderson registrados de forma prospectiva, de pacientes con NSCLC en estadio I que se sometieron a cirugía toracoscópica asistida por video donde se realizó lobectomía con disección de ganglios mediastinales.

Con SABR la dosis fue de 54 Gy en tres fracciones (lesiones periféricas) o 50 Gy en cuatro fracciones con boost integrado hasta 60 Gy sobre el tumor macroscópico (tumores centrales).

Se incluyeron 80 pacientes entre 2015 y 2017, la mediana de seguimiento fue de 5 · 1 años (IQR 3 · 9–5 · 8). La SVG fue de 91% a 3 años y de 87% a 5 años. La SABR se toleró bien, con un caso (1%) de disnea grado 3, neumonitis grado 2 y fibrosis pulmonar grado 2. No se registraron eventos adversos graves. Cuando se realizó el emparejamiento de propensión, la SVG en la cohorte de cirugía fue del 91% a 3 años y 84% a 5 años. Se mostró que la SVG a 3 años después de SABR no fue inferior a la observada en el de cirugía. No hubo diferencias en SVG entre las dos cohortes de pacientes ( $p=0 \cdot 65$ ) en un análisis multivariable. La SV libre de progresión fue similar en ambos grupos a 5 años (77% en SABR vs 80% en cirugía;  $p=0 \cdot 57$ ). La SVCE fue similar en ambos grupos. No se encontraron diferencias en recurrencia local ni metástasis a distancia a 5 años. Sin embargo, se observó una mayor tasa de recurrencia regional en el grupo SABR (12 · 5% vs 2 · 7% con cirugía).

Se concluyó que la SVG con SABR no es inferior a la cirugía para NSCLC en pacientes estadio IA operable.

Hay tres estudios prospectivos publicados previamente sobre este tema: el JCOG 0403, un ensayo no aleatorizado de varios brazos; el RTOG 0618, un ensayo no aleatorio de un solo brazo; y el análisis combinado STARS-ROSEL de dos ensayos aleatorios acumulados de forma incompleta. Estos estudios mostraron un conjunto de resultados satisfactorios con SABR para NSCLC operable en estadio temprano que eran similares a los de la cirugía. Sin embargo, las tasas de SVG a los 3 años para los pacientes tanto en RTOG 0618 como en JCOG 0403 fueron poco menos del 80%. Este hallazgo puede deberse a las características de los pacientes según su estado funcional, su estadio clínico, la localización del tumor y las pruebas de función pulmonar, así como las técnicas de SABR utilizadas al momento del estudio, ya que actualmente se ha logrado avanzar y evolucionar más en esta técnica.

Se puede considerar que la SABR es una alternativa razonable para los pacientes con cáncer de pulmón NSCLC operable, sin embargo se debe hacer una adecuada selección de los pacientes, y se debe discutir en una junta multidisciplinaria cada caso para decidir la mejor opción caso a caso y obtener los mejores resultados.