GECP LUNG CANCER & CLINICAL RESEARCH JOURNAL

PERMANYER

Check for updates

CASO CLÍNICO

Entre la evidencia y el miedo a la recaída: decisiones en la adyuvancia de un ypT1aN0 tras la neoadyuvancia. ¿Estamos preparados para no tratar?

Between evidence and fear of recurrence: decision-making in adjuvant treatment of a ypT1aN0 case after neoadjuvant therapy. Are we ready to forgot treatment?

María Cremades-Villanueva

Servicio de Oncología Médica, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

Resumen

Introducción: *La incorporación de la inmunoterapia neoadyuvante ha modificado el abordaje terapéutico del cáncer de pulmón no microcítico resecable. Sin embargo, la indicación de tratamiento adyuvante en pacientes con respuesta patológica mayor continúa siendo un área de incertidumbre.* **Caso clínico:** *Varón de 66 años, exfumador, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipidemia y glomerulonefritis por IgA, diagnosticado de carcinoma escamoso pulmonar (PD-L1: 70%), estadificado como cT1aN2M0 (estadio IIB) por la presencia de una adenopatía mediastínica paratraqueal derecha hipermetabólica. Recibió tratamiento neoadyuvante con carboplatino, paclitaxel y nivolumab (CheckMate 816). Tras tres ciclos presentó respuesta metabólica ganglionar completa. Se realizó lobectomía superior derecha con linfadenectomía, evidenciándose un adenocarcinoma residual mínimo de patrón lepídico y acinar, sin carcinoma escamoso residual ni afectación ganglionar (ypT1aN0, R0).* **Discusión:** *Se plantea la discordancia histológica entre la biopsia inicial y la pieza quirúrgica, que sugiere heterogeneidad tumoral o una posible doble neoplasia. Sin embargo, el principal desafío clínico reside en la decisión sobre la indicación de tratamiento adyuvante en pacientes con respuesta patológica mayor tras inmunoquimioterapia neoadyuvante y estadios finales de bajo riesgo, donde la evidencia disponible es limitada.* **Conclusiones:** *La indicación de tratamiento adyuvante tras inmunoquimioterapia neoadyuvante continúa siendo un área de incertidumbre, especialmente en pacientes con respuesta patológica mayor. La individualización del tratamiento y la consideración de la participación en ensayos clínicos son esenciales.*

Palabras clave: *Cáncer de pulmón no microcítico. Inmunoterapia neoadyuvante. Respuesta patológica mayor. Tratamiento adyuvante. Nivolumab.*

Abstract

Introduction: *The incorporation of neoadjuvant immunotherapy has modified the therapeutic approach to resectable non-small cell lung cancer. However, the indication for adjuvant treatment in patients with a major pathological response remains an area of uncertainty.* **Case presentation:** *A 66-year-old former smoker with a history of hypertension, dyslipidemia, and IgA nephropathy was diagnosed with pulmonary squamous cell carcinoma (PD-L1: 70%), staged as cT1aN2M0 (stage IIB) due*

Correspondencia:
María Cremades-Villanueva
E-mail: maria.cremades@ssib.es

Recibido: 01-05-2026
Aceptado: 22-05-2026
DOI: 10.24875/GECPLC.M26000016

Disponible en línea: 05-10-2026
Lung Cancer Clin. Res. J. 2026;2(2):47-49
www.lccrjournal.com

3081-6335 / 2026 © Grupo Español de Cáncer de Pulmón. Publicado por Permanyer. Este es un artículo *open access* bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

to a hypermetabolic right paratracheal mediastinal lymph node. The patient received neoadjuvant treatment with carboplatin, paclitaxel, and nivolumab (CheckMate 816 regimen). After three cycles, a complete metabolic nodal response was observed. Right upper lobectomy with lymphadenectomy was performed, revealing minimal residual adenocarcinoma with lepidic and acinar patterns, without residual squamous cell carcinoma or lymph node involvement (ypT1aN0, R0). **Discussion:** *This case highlights the histological discordance between the initial biopsy and the surgical specimen, suggesting tumor heterogeneity or a possible synchronous double primary tumor. However, the main clinical challenge lies in the decision regarding adjuvant treatment in patients with a major pathological response after neoadjuvant chemoimmunotherapy and low-risk final staging, where the available evidence remains limited.* **Conclusions:** *The indication for adjuvant treatment after neoadjuvant chemoimmunotherapy remains an area of uncertainty, particularly in patients with a major pathological response. Treatment individualization and consideration of participation in clinical trials are essential.*

Keywords: *Non-small cell lung cancer. Neoadjuvant immunotherapy. Major pathological response. Adjuvant treatment. Nivolumab.*

Enfermedad actual

Varón de 66 años remitido desde reumatología a consulta de diagnóstico rápido de neumología tras el hallazgo incidental de un nódulo pulmonar en el lóbulo superior derecho objetivado en una tomografía computarizada (TC) de tórax solicitada para estudio de artromialgias.

Tratamiento actual

Amlodipino 5 mg/12 h, ezetimiba 10 mg/24 h, tapentadol *retard* 50 mg/12 h, etoricoxib 60 mg/24 h si precisa y paracetamol 650 mg/8 h si precisa.

Antecedentes

Alergia a los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina e intolerancia al tramadol. Exfumador desde hace 40 años (dosis tabáquica acumulada: 10 paquetes-año). Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Vida activa. No deterioro cognitivo. Hipertensión arterial y dislipidemia en tratamiento médico. Glomerulonefritis IgA crónica en seguimiento por nefrología, estable y sin tratamiento.

Exploración física

Estado funcional 0 en la escala ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group). Buen estado general. No focalidad neurológica. Auscultación cardiopulmonar: rítmica y sin soplos; murmullo vesicular conservado, no ruidos sobreañadidos.

Exploraciones complementarias y pruebas diagnósticas

- TC de tórax sin contraste (27-02-25): nódulo pulmonar parcialmente sólido en el segmento apical del lóbulo superior derecho, que mide 20 × 18 mm y el componente sólido unos 10 mm. No se ven otros nódulos pulmonares sospechosos. Adenopatía paratraqueal baja derecha de 12 mm. No hay engrosamiento ni derrame pleural. No hay derrame pericárdico. A valorar estudio por tomografía de emisión de positrones (PET-TC).
- PET-TC (24-03-2025): hipermetabolismo de leve intensidad en lesión pulmonar de comportamiento mixto en la TC (sólido y vidrio deslustrado) en el segmento apical del lóbulo superior derecho (SUVmáx 1,41), que no ha cambiado el grado de intensidad de captación ni la morfología respecto al estudio previo (04-09-2024), sospechosa de malignidad (a valorar tumoración de bajo grado o con baja avidez por la 18F-fluorodesoxiglucosa (18F-FDG). No hay derrame pleural ni pericárdico. Adenopatía con captación patológica de 18F-FDG en el mediastino, a nivel paratraqueal inferior derecho (SUVmáx 9,44), sugestiva de infiltración. El hígado, el bazo, el páncreas y las glándulas suprarrenales con distribución difusa y homogénea de la 18F-FDG. Eliminación urinaria del radiofármaco por ambos riñones, uréteres y vejiga. Captación fisiológica en el trayecto intestinal. En los huesos no se evidencian lesiones hipermetabólicas sugestivas de M1.
- Fibrobroncoscopia con entrada por mascarilla laríngea (01-04-25): cuerdas vocales simétricas,

tráquea y bronquios principales sin alteraciones, adenopatía paratraqueal derecha baja (4R). Se realiza punción-aspiración con aguja fina (PAAF) y criobiopsia de la misma, y se remiten muestras a microbiología y anatomía patológica.

– Anatomía patológica: conglomerado de adenopatía mediastínica 4R (ecobroncoscopia [EBUS] y PAAF), citología positiva para malignidad. Compatible con metástasis de carcinoma escamoso (p40 positivo TTF1 negativo). Ganglio linfático, 4R (crio-EBUS): metástasis de carcinoma escamoso. PDL1 TPS: 70%.

Diagnóstico

Tras los resultados se considera al paciente afecto de carcinoma escamoso cT1a (nódulo con componente sólido de 10 mm en el lóbulo superior derecho), cN2a (adenopatía paratraqueal baja derecha) y cM0 en estadio IIB. PDL1 70%.

Tratamiento

Inicia tratamiento con intención neoadyuvante según el esquema EC CkeckMate 816[1]. Inicia el ciclo 1 con carboplatino (AUC 5), paclitaxel y nivolumab. Recibe tres ciclos con intención neoadyuvante (25-04-2025 a 06-06-2025). Por neutropenia de grado II, se añade factor estimulante de colonias de granulocitos en el ciclo 3.

Evolución y seguimiento

En la valoración de la respuesta por PET-TC realizada el 24-06-25 se observa una lesión pulmonar levemente hipermetabólica en el lóbulo superior derecho sin cambios respecto al estudio previo y resolución morfometabólica de la adenopatía patológica a nivel paratraqueal inferior derecho.

Se comenta de nuevo el caso en el comité de tumores torácicos y se solicitan pruebas de función respiratoria (24-06-2026), y siendo estas correctas (volumen espiratorio forzado en 1 segundo 96%, capacidad pulmonar de difusión de monóxido de carbono 71%) se deriva a cirugía torácica para intervención quirúrgica. El 18-07-2025 se realizan lobectomía superior derecha y linfadenectomía por cirugía toracoscópica videoasistida.

La anatomía patológica quirúrgica reporta adenocarcinoma de patrón lepídico y acinar, 3% del lecho tumoral, ausencia de carcinoma escamoso, grado 2, sin ganglios afectados en regiones 12, 4R, 7, 10 y 11, márgenes libres R0, estadio ypT1apN0.

Discusión

Considerando los resultados de la anatomía patológica quirúrgica, ¿estamos hablando de una doble neoplasia o se trataba de un carcinoma adenoescamoso en primer lugar?

Con estos resultados, en nuestro centro tenemos la opción de inclusión en el ensayo clínico ARIAN[2] o realizar tratamiento adyuvante con nivolumab durante 1 año de acuerdo con el estudio Checkmate 77T[3] frente a observación. ¿Qué evidencia tenemos?

Financiación

Ninguna.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Consideraciones éticas

Protección de personas y animales. El autor declara que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad, consentimiento informado y aprobación ética. Los autores han seguido los protocolos de confidencialidad de su institución, han obtenido el consentimiento informado de los pacientes. No se aplican las guías SAGER.

Declaración sobre el uso de inteligencia artificial. El autor declara que no utilizó ningún tipo de inteligencia artificial generativa para la redacción de este manuscrito

Referencias

1. Forde PM, Spicer JD, Provencio M, Mitsudomi T, Awad MM, Wang C, Lu S, et al. Overall survival with neoadjuvant nivolumab plus chemotherapy in lung cancer. N Engl J Med. 2025;393:741-52.
2. Provencio M, Aguiar D, Antoñanzas M, Areses MC, Azkárate A, Barba A, et al. P3.18.12 ARIAN, adjuvant treatment with sacituzumab and zimberelimAb in resected patients: a phase iii study — trial in progress. J Thorac Oncol. 2025;20(10 Suppl 1):S549-50.
3. Cascone T, Awad MM, Spicer JD, He J, Lu S, Sepesi B, et al. Perioperative nivolumab in resectable lung cancer. N Engl J Med. 2024;390:1756-69.