

# PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN CON INSERCIÓN DEL EXON 20 DE EGFR (EGFRex20ins) EN HOSPITALES DE ANDALUCÍA: DATOS DE VIDA REAL EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

López JA<sub>1</sub>, Sequero S<sub>2</sub>, Cantero A<sub>3</sub>, García C<sub>4</sub>, González de la Peña M<sub>5</sub>, Cobelas SS<sub>6</sub>, Villatoro RM<sub>7</sub>, Valdivia J<sub>8</sub>, Damas C<sub>9</sub>, Fuentes J<sub>10</sub>, Benítez JC<sub>11</sub>, Castellón VE<sub>12</sub>, Corral J<sub>13</sub>, Ortega AL<sub>1</sub>

1-Hospital Univ. de Jaén, 2 -Hospital Univ. San Cecilio (Granada) 3-Hospital Regional Univ. de Málaga 4- Hospital Univ. Virgen del Rocío (Sevilla) 5- Hospital Univ. de Jerez, 6- Hospital Univ. Juan Ramón Jiménez (Huelva) 7-Hospital Costa del Sol (Marbella) 8- Hospital Univ. Virgen de las Nieves (Granada) 9- Hospital Univ. Virgen Macarena (Sevilla) 10-Hospital Univ. Virgen de Valme (Sevilla) 11-Hospital Univ. Virgen de la Victoria (Málaga), 12- Hospital Universitario Torrecárdenas (Almería) 13-Hospital Univ. de Jerez

## INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) ha mejorado drásticamente su pronóstico en los últimos años (principalmente el adenocarcinoma) debido al descubrimiento de mutaciones accionables y al uso de fármacos dirigidos. Las mutaciones en EGFR están entre las más prevalentes y de las más beneficiadas por estas terapias. Sin embargo, la inserción del exón 20 (EGFRex20ins) que supone un 2-12% de ellas, no se beneficia de estos fármacos, confiriéndoles un peor pronóstico. Dada su escasa frecuencia y su mala evolución se trata de una población poco conocida y con una clara necesidad terapéutica.

## MATERIAL Y MÉTODOS

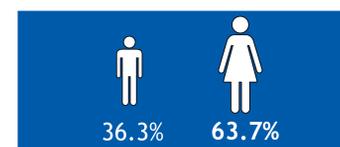
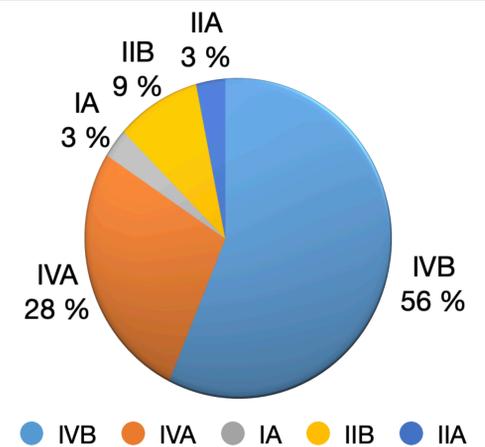
Analizamos las características clínicas de los pacientes con CPNM con EGFRex20ins así como los tratamientos recibidos en los hospitales de Andalucía en la última década.

## RESULTADOS

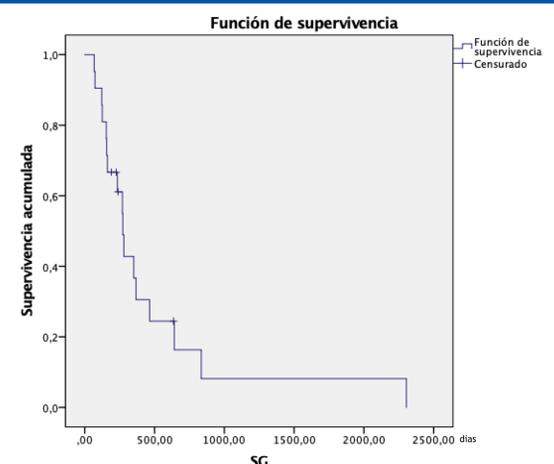
Analizamos 31 pacientes, con edad media de 63 años. El 63.7% son mujeres. Un 48.4% son fumadores (ICA de 26 paquetes-año). Respecto a la histología, el 93.54% son adenocarcinomas. El estudio molecular se determina por NGS en el 48.4% y el resto por PCR. Siete pacientes son diagnosticados en estadio localizado, 6 fueron intervenidos (Cia R0) y un paciente recibió SBRT pulmonar. En primera línea, un 56% recibe doblete de platino, un 20% son incluidos en ensayo clínico, un 20% reciben un TKI y el resto inmunoterapia en monoterapia. El 25.8% del total presenta afectación en SNC antes de iniciar tratamiento sistémico y todos ellos reciben RT holocraneal. La SLPm en primera línea es de 9.6 meses (4.4-14.8 m). Se confirma bajo beneficio entre los pacientes que reciben Osimertinib (SLPm de 4 meses) y con Inmunoterapia en monoterapia (SLPm de 5 meses) Suspenden el tratamiento por toxicidad en primera línea 2 pacientes, uno con doblete de platino, y otro con Afatinib. El resto por progresión de la enfermedad.

El 90% de los pacientes reciben tratamiento en segunda línea: El 29,4% reciben QT, el 23,5% son incluidos en ensayo clínico, el 23,5% reciben Mobocertinib (SLPm de 5,6m), un 11.76% inmunoterapia en monoterapia y el 11,76% restante un TKI.

Solo la mitad de los pacientes que progresan reciben una tercera línea. La población total presenta una SGm de 43.13 meses, mientras que la población estadio IV, 16.13 meses de SGm.



25.8% afectación SNC antes de iniciar 1 Línea



Población E-IV: 16.13 meses de SGm

## CONCLUSIÓN

Se destaca la importancia del trabajo multicéntrico en nuestra comunidad autónoma para caracterizar mejor éste perfil de paciente conociendo su manejo histórico y así valorar posibles opciones terapéuticas que repercutan en una mejora del pronóstico de éstos pacientes.