

Causas de que el oxígeno esté fuera de rango.

de las cuales el 58% fueron arteriales. Teniendo en cuenta el mismo rango de oxígeno que el aceptado en la última guía BTS del 2017 se constató que el 55% de los pacientes sí estaban en rango frente al 45% que no lo estaban. La principal causa de que el oxígeno estuviera fuera de rango se observa en la figura. Analizando por separado a los 16 pacientes con tendencia a la retención de CO₂, se objetivó que el 63% de ellos estaban fuera de rango y en todos los casos la causa era por exceso de oxígeno.

Conclusiones: La prevalencia de oxigenoterapia en nuestro estudio fue del 23,9%. La sobredosificación de oxígeno es la principal causa de su uso errático. Existe un amplio margen de mejora tanto en la indicación de la prescripción como en la cumplimentación de la misma. Realizar protocolos de actuación sobre el empleo de oxígeno podría ayudar a realizar un uso más efectivo.

NEUMOLOGÍA PEDIÁTRICA

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL OXIDATIVO EN LAS CÉLULAS EPITELIALES NASALES DE PACIENTES CON DISCINESIA CILIAR PRIMARIA. DESARROLLO DE UN NUEVO ALGORITMO DIAGNÓSTICO

A. Reula Martín¹, D. Pellicer Roig¹, S. Castillo Corullón², L. Banyuls Soto¹, M. Magallón Serrano¹, M.M. Navarro García³, A. Escribano Montaner⁴, M. Armengot Carceller⁵ y F. Dasí Fernández¹

¹Departamento de Fisiología, Universidad de Valencia, Valencia, España.

²Instituto de Investigación Sanitaria INCLIVA, Valencia, España. ³Unidad de Pediatría, Hospital Clínico de Valencia, Valencia, España.

⁴Departamento de Cirugía, Universidad de Valencia. ⁵Unidad de Otorrinolaringología, Hospital La Fe de Valencia, Valencia, España.

Introducción: La discinesia ciliar primaria (DCP) es una enfermedad rara con una prevalencia de 1:20.000 nacidos vivos. Se caracteriza por una alteración en la motilidad ciliar que provoca un déficit en el aclaramiento mucociliar, y causa infecciones e inflamación crónica de las vías aéreas. Un proceso inflamatorio ineficiente aumenta la producción de especies reactivas del oxígeno y nitrógeno (ERO y ERN), que incrementa el riesgo de padecer distintas enfermedades. Puesto que, hasta el momento, estos parámetros nunca se habían determinado en el tejido afectado de pacientes con DCP, nos planteamos estudiar en ellos, el estado oxidativo de las células del epitelio nasal, compararlo con el de voluntarios sanos, y determinar el papel que juega en la fisiopatología de la enfermedad.

Material y métodos: Se midieron los niveles de ERO, ERN, glutatión reducido (GSH), calcio intracelular (Ca²⁺), potencial de membrana plasmático, y daño oxidativo en lípidos y proteínas. Además, se analizó la función mitocondrial y la apoptosis de las células del epitelio

nasal de los sujetos de estudio mediante citometría de flujo. En el estudio participaron 2 grupos: 35 voluntarios sanos y 35 pacientes con DCP. Se utilizaron modelos predictivos de regresión lineal multivariante para generar un algoritmo diagnóstico de la enfermedad.

Resultados: Los pacientes con DCP tienen niveles de apoptosis, NO, ONOO⁻, O₂⁻ total, H₂O₂ y O₂⁻ mitocondrial, en las células del epitelio nasal, inferiores a los de los individuos sanos. No existen diferencias en el resto de parámetros medidos entre pacientes y controles. Se ha diseñado también un árbol de clasificación de los individuos como “paciente” o “control sano” en función de los niveles de ciertos parámetros del perfil oxidativo medidos en las células del epitelio nasal.

Conclusiones: No hay diferencias entre pacientes y controles en los valores de Ca²⁺ intracelular, potencial de membrana plasmático y potencial de membrana mitocondrial, ni en los niveles de daño oxidativo en lípidos y proteínas, indicando que los niveles de estrés oxidativo no son superiores en estos enfermos. Los bajos niveles de apoptosis, NO, ONOO⁻, O₂⁻ total, H₂O₂ mitocondrial y O₂⁻ mitocondrial en las células del epitelio nasal de pacientes respecto a controles concuerda con los bajos niveles de nNO nasal, característicos de los pacientes con DCP. La presencia de determinados parámetros de estrés oxidativo ha permitido establecer un nuevo algoritmo diagnóstico de la enfermedad que debe ser validado en futuros estudios.

EFFECTIVIDAD Y SEGURIDAD DE LA AMPICILINA INHALADA EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON BRONQUIECTASIAS NO RELACIONADAS CON FIBROSIS QUÍSTICAS

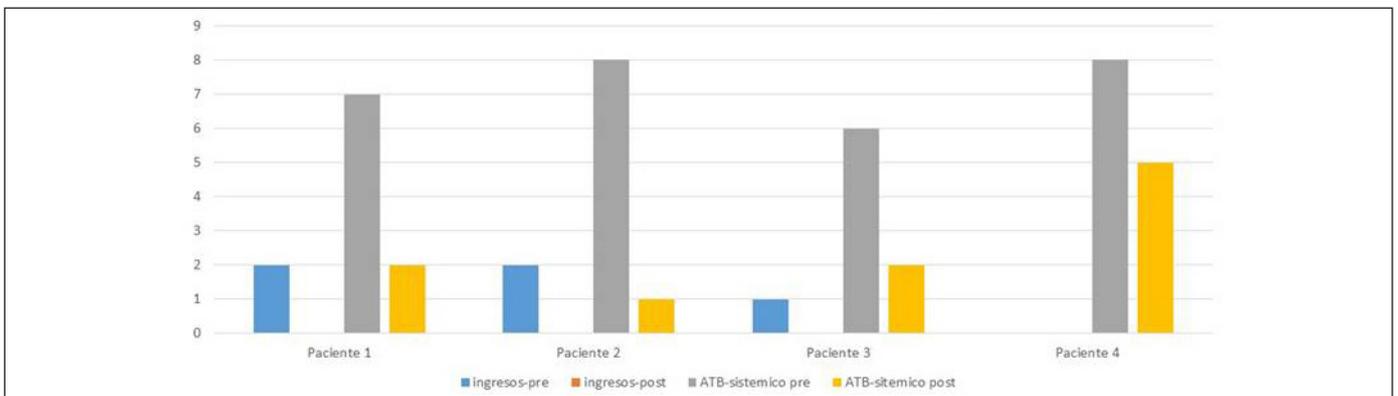
M. Gaboli¹, C. Álvarez del Vayo Benito², C. Cabrera Carro³, M. Moreno Ortega¹, M.J. Moreno Valera¹, F.V. Muñoz Ruiz¹ e I. Delgado Pecellín¹

¹UGC de Pediatría; ²UGC de Farmacia, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España. ³Vivisol Ibérica, Sevilla, España.

Introducción: Las bronquiectasias difusas, no relacionadas con la fibrosis quística, son un problema respiratorio crónico con reagudizaciones infecciosas frecuentes y aislamiento de distintos microorganismos en esputo. La administración de antibióticos por vía inhalatoria permite una mayor concentración a nivel broncopulmonar, con menos efectos sistémico. Nuestro objetivo fue evaluar la seguridad y la efectividad de la ampicilina administrada por vía inhalatoria en el tratamiento prolongado de pacientes pediátricos con colonización crónica por bacterias sensibles.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluyó a los pacientes pediátricos tratados entre noviembre 2015 y noviembre 2018. Se recogieron variables demográficas, dosis, tiempo de tratamiento, aislamiento microbiológico en esputo, número de exacerbaciones y número de hospitalizaciones en el año previo y en el primer año posterior al inicio del tratamiento. La negativización del esputo y/o la no aparición de resistencia en los microorganismos aislados se consideraron variables de seguridad; la disminución de las exacerbaciones y la del número de hospitalizaciones se consideraron variables de eficacia. El tratamiento se aplicó como uso compasivo y se informó a los tutores del mismo, siendo aceptado en todos los casos.

Resultados: Se encontraron cuatro pacientes que cumplían los criterios de inclusión. La ampicilina utilizada fue la presentación endovenosa, y la dosis fue 500 mg diluido en 4 mililitros de suero fisiológico cada doce horas, administrada por medio de un nebulizador eléctrico jet de alto flujo y mascarilla buco-nasal o boquilla. Todos los pacientes presentaban aislamientos microbiológicos de H. influenzae sensible a ampicilina en esputo. Se observó disminución de las reagudizaciones con necesidad de tratamientos antibióticos sistémicos y de los ingresos en todos los pacientes (fig.). No se registraron efectos secundarios, ni se detectaron resistencias en los aislamientos microbiológicos pos-



Número de tratamientos antibióticos sistémicos y de ingresos en los 12 meses previos y en los 12 meses posteriores al inicio del tratamiento con ampicilina nebulizada.

teriores. Los pacientes y las familias consideraron el tratamiento con ampicilina nebulizada una alternativa válida al tratamiento sistémico, bien tolerada, pero asociada a un aumento de los cuidados.

Conclusiones: La ampicilina inhalada es una opción terapéutica válida, efectiva y segura en niños, aunque solo paliativa, no consiguiendo erradicar la colonización. Permite disminuir los efectos secundarios sistémicos con mínima incidencia sobre la calidad de vida percibida, pero los efectos y alternativas a largo plazo quedan para estudiar.

ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES EN LA INFANCIA. REVISIÓN DE CASOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

F.V. Muñoz Ruiz¹, M. Moreno Ortega¹, M.J. Moreno Valera¹, M. Gaboli¹, M. Alcantarilla Acevedo¹ e I. Delgado Pecellín²

¹Unidad de Neumología y Alergias, Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, España. ²Unidad de Neumología y Alergias, Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Sevilla, España.

Introducción: Describir las principales características de las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI) diagnosticadas en nuestro centro.

Material y métodos: Revisión de pacientes menores de 14 años diagnosticados entre enero 2006 y diciembre 2017 de EPI. Variables analizadas: sexo, edad y clínica al diagnóstico, hallazgos radiológicos, rentabilidad de la biopsia y tratamiento empleado.

Resultados: Se registran 29 pacientes con 17 diagnósticos diferentes de EPI. Los más prevalentes: bronquiolitosis obliterante y hem siderosis pulmonar idiopática (4 pacientes), histiocitosis pulmonar, neumopatía intersticial crónica de la infancia y glucogenosis pulmonar (2 pacientes). Ratio mujer/varón: 1,4:1. Edad media al diagnóstico 3,84 años. Un 52% debutó con insuficiencia respiratoria hipoxémica, el 45% presentó fallo de medro al diagnóstico. Otros síntomas frecuentes: tos, disnea y polipnea. Los hallazgos radiológicos más prevalentes: infiltrado intersticial bilateral (55%), consolidación y atelectasia (17%), infiltrado alveolar (10%), nódulos pulmonares (7%); sin hallazgos significativos (10%). Realizadas 25 biopsias pulmonares, diagnósticas 22 de ellas (88%). En 2 pacientes el diagnóstico fue a través de biopsia cutánea/muscular. 83% de pacientes tratados con corticoterapia prolongada oral diaria o intravenosa en bolo. 34% precisaron asociar otros inmunosupresores (hidroxicloroquina en 10 pacientes y azatioprina en 3). 6 pacientes recibieron agentes quimioterápicos y 2 exclusivamente tratamiento sintomático. Se registraron 3 éxitos.

Conclusiones: EPI constituyen un grupo heterogéneo de patología poco frecuente en pediatría. Es más prevalente en mujeres. El fallo respiratorio agudo con o sin fallo de medro es la clínica predominante al diagnóstico. La biopsia pulmonar del área afecta contribuye al

diagnóstico de certeza. El tratamiento incluye inmunosupresores y/o quimioterápicos.

EVOLUCIÓN REAL LIFE DE NUESTROS PACIENTES AFECTOS DE ASMA GRAVE DURANTE 24 MESES TRAS LA DISCONTINUACIÓN DE OMALIZUMAB

A. Freixa Benavente, I. de Mir Messa, T. Garriga Baraut, I. Iglesias Serrano, S. Rovira Amigó y A. Moreno Galdó

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España.

Introducción: El asma es la enfermedad crónica más prevalente en pediatría. Hasta un 90% corresponden al fenotipo alérgico, susceptibles de responder a omalizumab, anticuerpo monoclonal anti-IgE. Hay múltiples trabajos en real life, algunos en niños en los que demuestran su eficacia en estudios multicéntricos consiguiendo buen control en un 58% parcial en un 38%. Pero hay pocos datos sobre la evolución tras su suspensión en pediatría.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 10 pacientes pediátricos (5-17 años) diagnosticados de asma persistente moderado-grave que finalizaron el tratamiento con omalizumab en los últimos 5 años. Se recogen datos demográficos, clínicos y de funcionalismo pulmonar. El objetivo es analizar la evolución clínica, número de exacerbaciones, tratamiento de base y necesidad de rescate con corticoides orales de los pacientes asmáticos tratados con omalizumab por 4-5 años, tras su retirada.

Resultados: Incluye 10 pacientes (4 varones) que habían acabado un periodo de tratamiento de omalizumab de media $65,5 \pm 9,9$ meses con mejoría clínica. Al finalizarlo la calidad de vida había mejorado significativamente durante el tratamiento (ACT al final de $23,2 \pm 1,9$), el volumen espiratorio al primer minuto (FEV1) era del $95,3 \pm 13,6\%$, la mediana de IgE de 594,5 (150-2514) KU/L, y había una media de $324 \pm 273,6$ eosinófilos por microl. 2 de ellos se reinició tratamiento en hospital de origen. De los 8 restantes, no se observaron diferencias significativas en FEV1, eosinófilos ni IgE en los siguientes 2 años. A la retirada de omalizumab 2 pacientes no recibía ningún tipo de tratamiento base. Un 50% (n = 5) recibía tratamiento combinado (LABA + corticoides inhalados), y 3 también montelukast. Un 75% pacientes sufrieron una exacerbación anual (media de $2,5 \pm 2,2$). Durante el seguimiento: 2 precisaron alguna tanda de CE orales. Ninguno requirió ingreso. El ACT disminuyó 1,7 puntos al año de discontinuar omalizumab. El 50% mantenía el mismo tratamiento de base a los 2 años, 2 pacientes necesitaron subir step.

Conclusiones: Es la primera comunicación en España real life tras discontinuación del fármaco. Tras su retirada, los pacientes pediátricos tratados a largo tiempo se mantienen estables. Persiste el efecto reductor de tratamiento antiasmático en la mayoría de los pacientes.

No hay una disminución estadísticamente significativa del FEV1 ni de IgE o eosinófilos durante el seguimiento. Se observa un buen control del asma, a pesar de leve empeoramiento en los cuestionarios de calidad.

TIPOS DE PATOLOGÍAS, MEDICACIÓN Y DISPOSITIVOS EN NIÑOS CON AEROSOLES ELÉCTRICOS DOMICILIARIOS

C. Cabrera Carro¹, M.Á. Carrasco Cejudo², M. Velarde Rodríguez¹ y M. Piera Gaboli²

¹Vivisol Ibérica S.L.U., Sevilla, España. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

Introducción: La esperanza y calidad de vida de las personas enfermas aumenta en determinadas patologías gracias a las nuevas tecnologías que se van incorporando en el día a día en el tratamiento de los pacientes. Esto ocurre de especial manera en el ámbito de la neumología con el uso de equipos de electromedicina para el tratamiento y manejo de síntomas y signos propios de alteraciones respiratorias. Uno de estos dispositivos son los aerosoles eléctricos. Hemos querido analizar a la población infantil, sus patologías asociadas así como los tipos de dispositivos y medicación usada.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se analizó durante un año (enero-diciembre 2016) a la población infantil del área Sanitaria del Hospital Virgen del Rocío con aerosolterapia eléctrica domiciliaria, con 205 sujetos de estudio.

Resultados: 98 pacientes son de sexo femenino y 107 de sexo masculino. Los pacientes de 2 y 3 años, los mayores usuarios (n = 22 y n = 23 respectivamente). El 65% de los aerosoles se concentran desde los 0 a los 8 años. La media de edad es de 6,66 + (rango: 0-16) ± x años. Las patologías puramente respiratorias concentran un 77,1% de los aerosoles prescritos, mientras que otras patologías (otorrinolaringología y/o manejo de secreciones) son el 22,9% de las prescripciones. En cuanto al tipo de dispositivo, el aerosol de tipo malla se prescribió un 30,7% de las veces (asociados a diagnóstico de fibrosis quística) y el aerosol eléctrico tipo jet se prescribió un 69,3%. Un total de 17 pacientes (8,2%) tomaban la medicación a través de traqueotomía con pieza en "T" o mascarilla traqueal, mientras que el resto lo tomaba a través de mascarilla. 75 pacientes tenían como única medicación los bron-

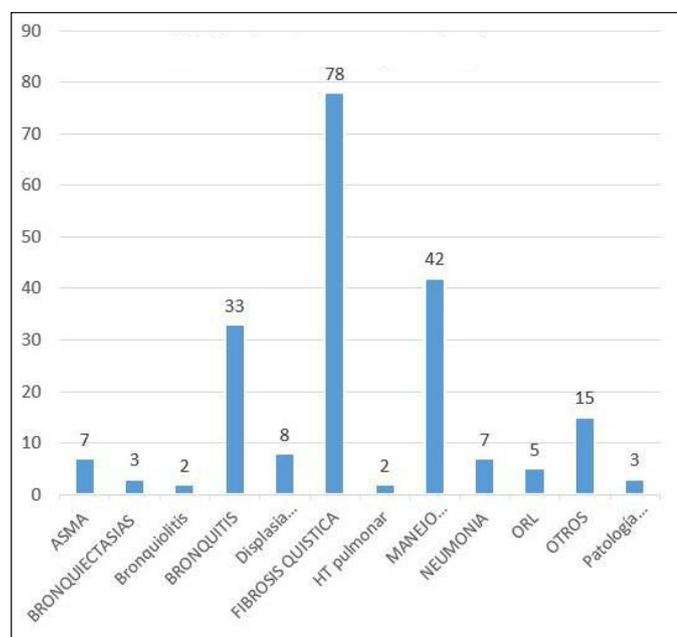


Figura 1. Tipo de patologías.

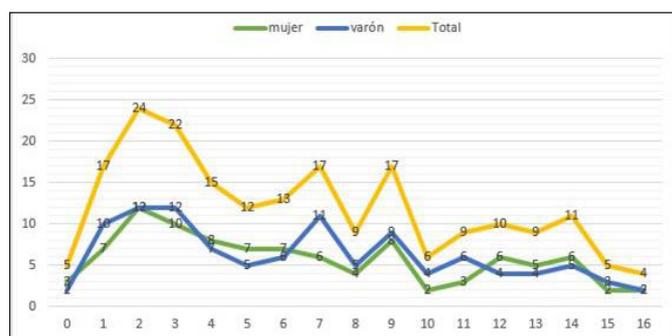


Figura 2. Distribución por edad y sexo.

codilatadores, seguidos de 54 pacientes que solo tenían suero fisiológico para fluidificación de secreciones y 44 pacientes con suero salino al 3%. 13 pacientes tenían antibioterapia inhalada con tobramicina o colistina de forma continua.

Antibióticos	13	6'3%
Broncodilatadores	75	36'6%
Corticoides	7	3'4%
Ácido hialurónico	9	4'4%
Dornasa alfa	3	1'5%
Suero fisiológico	54	26'3%
Suero salino al 3%	44	21'5%

Conclusiones: Los mayores candidatos a tener un aerosol eléctrico en su domicilio son pacientes en edad escolar con patología respiratoria, sin embargo, en el Hospital de referencia estudiado, existen una cantidad de niños que, sin patología respiratoria de base, tienen dificultad en el aclaramiento de secreciones. Por otro lado, la medicación utilizada frecuentemente no está disponible en inhaladores presurizados o de polvo seco y se valen de los nebulizadores eléctricos para su dispensación, siendo los pacientes de fibrosis quística los que usan aerosoles de malla.

UTILIDAD DE LA FRACCIÓN EXHALADA DE ÓXIDO NÍTRICO EN EL ASMA INFANTIL

F.V. Muñoz Ruiz¹, M.J. Moreno Valera¹, A.B. Rodríguez Cejudo¹, M. Jiménez Moreno¹, M. Moreno Ortega¹, M. Gaboli¹, M. Alcantarilla Acevedo¹ e I. Delgado Pecellín²

¹Unidad de Neumología y Alergia, Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, España. ²Unidad de Neumología y Alergias, Hospital Infantil Virgen del Rocío, Sevilla, CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Sevilla, España.

Introducción: Determinar la relación de la medición de fracción exhalada de óxido nítrico (FeNO) con las siguientes variables de pacientes pediátricos asmáticos: edad, sexo, afectación rinoconjuntival, tratamientos, sensibilización a neuroalérgenos, exposición a tabaco, valores espirométricos y grado de control del asma.

Material y métodos: Registro de los valores de FeNO (en partes por millón) de 89 pacientes asmáticos valorados en consulta entre el 29/01/2018 y el 28/02/2018 y de las variables mencionadas. Análisis de datos con SPSS.

Resultados: La edad media de los pacientes de nuestra muestra es de 10,25 años. Se objetiva una relación directamente proporcional entre edad y niveles de FeNO (p = 0,001). Además, se observa una relación estadísticamente significativa (p = 0,027) entre sexo masculino y valores mayores de FeNO, siendo la media de dichos niveles en varones

de 30,72 y en mujeres de 20,07. Se observan valores mayores de FeNO en pacientes con sintomatología rinoconjuntival ($p = 0,044$). Ni el empleo de corticoides ni la inmunoterapia se ven asociados a variaciones en los valores de FeNO ($p = 0,809$ y $p = 0,593$ respectivamente). De entre los factores medioambientales analizados, la sensibilización a epitelios es el único con asociación significativa ($p = 0,042$), no encontrando asociación con la sensibilización a ácaros ($p = 0,091$), hongos ($p = 0,187$), pólenes ($p = 0,400$) o alimentos ($p = 0,108$). De igual modo, el tabaquismo pasivo no se relaciona con los niveles de FeNO de nuestro estudio ($p = 0,900$). Respecto a los parámetros espirométricos, se encuentra relación estadísticamente significativa únicamente con el índice FEV1/CVF ($p = 0,015$), no así con FEV1 ($p = 0,327$), CVF ($p = 0,152$) ni MMEF ($p = 0,056$). Al analizar los valores de FeNO en los diferentes grupos de control del asma según la guía GINA (controlado, parcialmente controlado y no controlado) no hemos encontrado asociación estadística ($p = 0,543$).

Conclusiones: La edad, el sexo masculino, la presencia de sintomatología rinoconjuntival, la sensibilización a epitelios y el índice FEV1/FVC se relacionan con niveles más altos de FeNO. Sugerimos la determinación de FeNO como una herramienta útil en el seguimiento del paciente con patología respiratoria alérgica.

ONCOLOGÍA TORÁCICA

ANÁLISIS DE COMORBILIDADES Y SUPERVIVENCIA EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EGFR Y ALK MUTADOS

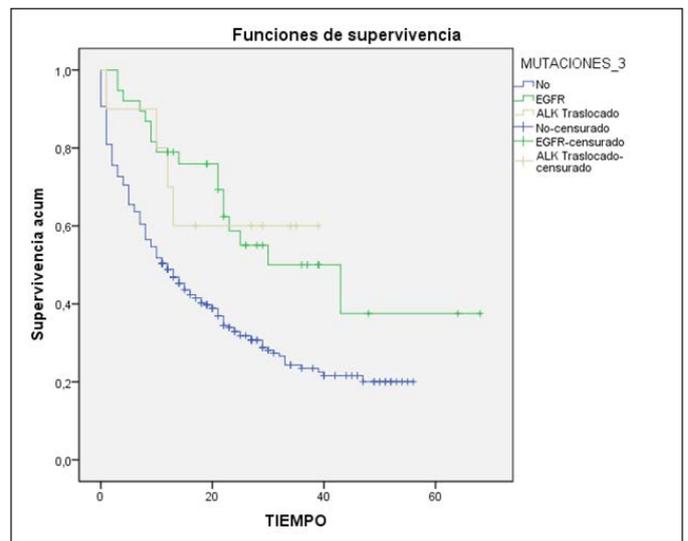
R.A. Castañón Pérez, G. Gutiérrez Herrero, L. Castellanos Romero, H. Álvarez Martínez, M. Arias Fuente, O. Sánchez Martín, P. Lozano Cuesta, C. Garrido Rodríguez, T. Peña Miguel y L. Rodríguez Pascual

Hospital Universitario de Burgos, Burgos, España.

Introducción: El cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) supone el 85-90% de todos los cánceres de pulmón. La supervivencia de esta enfermedad a los 5 años globalmente es de un 17%, mientras que se reduce al 2% en estadios avanzados. Uno de los mayores avances en el manejo del CPNM avanzado ha sido el descubrimiento de diversas mutaciones en genes claves para el desarrollo y crecimiento tumoral, siendo las más importantes por sus implicaciones terapéuticas el EGFR y ALK. El objetivo del presente estudio será comparar la supervivencia entre grupos con y sin mutaciones, así como estudiar las comorbilidades entre ambos grupos.

Material y métodos: Estudio observacional de una cohorte histórica. Los datos se obtuvieron del servicio de los registros de anatomía patológica del Hospital Universitario de Burgos y de las historias clínicas correspondientes. El período seleccionado abarca desde el 30/07/2013 hasta el 30/10/2017. Uso de programa estadístico SPSS, análisis de supervivencia, método de Kaplan-Meier y comparación de curvas de supervivencia con test de log rank. Comparación entre grupos de las diferentes variables con los test t-Student y chi-cuadrado.

Resultados: De un total de 349 pacientes, 11% con mutaciones. 75% hombres, edad media de 66,64 años. Se observa que la EPOC en mutados es de 9% frente a 35% en no mutados (p -valor = 0,001). El enoismo en mutados es de 15% frente a 30% en el grupo no mutado (p -valor = 0,033). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas en la HTA, DM2, DLP ni ERC. En cuanto a la distribución de las metástasis en el grupo mutado hay 34% de pulmón frente a 20% y óseas 38% frente a 20% en no mutados. La mediana de supervivencia es de 43 meses en el grupo de mutaciones y de 12 meses en el grupo de no mutaciones (p -valor = 0,001).



Supervivencia mutados frente a no mutados.

Conclusiones: La instauración de tratamiento dirigido supone una mejoría importante en la supervivencia global de los pacientes con mutaciones. Sin embargo, éstos pacientes presentan menor frecuencia de comorbilidades, dicho fenómeno también puede explicar la mayor supervivencia de estos pacientes. Se observa una mayor avidez de metastatizar en el sistema esquelético y pulmonar en pacientes con mutaciones por lo que se podría intuir por la forma de distribución de las metástasis la posibilidad de encontrarnos ante una mutación genética, en un contexto clínico epidemiológico adecuado.

ANÁLISIS DE LA ACTIVIDAD DE UNA VÍA RÁPIDA DE CÁNCER

O.B. Salamea Ávila, C. de Juana Izquierdo, M. Acosta Dávila, A. Esteve Villar del Saz, M. Climent Gregori, I. Furest Carrasco e I. Inchaurrega Álvarez

Hospital Universitario Doctor Peset, Valencia, España.

Introducción: El cáncer de pulmón es la segunda causa de muerte en el mundo. La detección de cáncer en una fase avanzada y la falta de diagnóstico y tratamiento son problemas frecuentes, por lo que la implementación de un protocolo de atención enfocado en el diagnóstico precoz es de gran utilidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y analítico de todos los pacientes que han activado la VR desde enero a octubre 2018, por sospecha radiológica. Se analizan: características demográficas, falsas activaciones, pruebas diagnósticas y tiempos, y las características del cáncer. Objetivo: analizar la actividad de la vía rápida (VR) de diagnóstico de cáncer y de sus tiempos.

Resultados: Se activó VR en 112 pacientes, 68 mujeres (53,1%), edad media 64 ± 11 años, 31 (27,7%) exfumadores y 60 (53,6%) fumadores activos. Profesión de riesgo 22 (19,6%), 17 (15,2%) contacto con TBC, 6 cardiopatía, DM 28 (25%) y 11 (9,8%) EPOC. Antecedente familiar de cáncer de pulmón 25 (22,4%) y personal de cáncer 15 (13,4%). Tras la realización de TAC torácico mantuvieron la sospecha de cáncer 73 (65,2%), de los que 42 masas y 31 nódulos pulmonares. Se realizó: broncoscopia 60 con PAAF ciega de adenopatías a 28 (positivas 18; 64%) y biopsias bronquiales a 43 (positivas 42; 93,3%). Biopsia percutánea transtorácicas 11 por TAC (8 positivas; 72,7%) y 9 por ecografía (8 positivas; 88,9%). PET-TAC: 62 (55,4%) pacientes, con SUV medio de $6,1 \pm 5,7$ (1-25). EBUS 10 pacientes, 2 fueron positivos y 6 mediasti-