

## Editorial

## El número de puertos en la cirugía de resección pulmonar: un debate irrelevante



### The Number of Ports in Lung Resection Surgery: A Pointless Debate

Gonzalo Varela

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca, España

A lo largo de los últimos 10 años, la literatura médica relacionada con la resección pulmonar se ha enriquecido con múltiples artículos en los que se detallan nuevas técnicas de abordaje al tórax. Una de las más debatidas es la que se ha popularizado en inglés como *single-port* o *uniportal*. En esta técnica, a diferencia de la técnica convencional denominada VATS (que es el acrónimo del término inglés: *video assisted thoroscopic surgery*), solamente se utiliza una incisión de unos 5–6 cm sin heridas adicionales para introducir ópticas u otros instrumentos quirúrgicos. El debate actual se centra en determinar si la cirugía realizada a través de una sola incisión ofrece ventajas clínicas reales al paciente, comparada con el abordaje clásico a través de una incisión más una o 2 heridas más pequeñas (menores de 1 cm).

Lo primero que hay que hacer para demostrar que una técnica es mejor que otra es comparar variables medibles y reproducibles. Variables como, por ejemplo, el tiempo quirúrgico o la tasa de conversión a cirugía abierta son medibles, pero no reproducibles ya que dependen, fundamentalmente, de las habilidades y condiciones personales del cirujano que realiza la intervención. La estancia hospitalaria o el tiempo con drenajes pleurales tampoco son variables adecuadas ya que son fácilmente manipulables, salvo en estudios aleatorizados en los que los criterios de alta hospitalaria y retirada de drenajes estén estandarizados y el médico responsable desconozca el tipo de procedimiento realizado. Otras variables como la mortalidad a 30 días, la supervivencia libre de enfermedad, el dolor postoperatorio o la tasa de complicaciones son más adecuadas. No obstante, siempre se deben comparar casos comparables y para ello se recurre a la aleatorización —en los estudios prospectivos— o al emparejamiento —mediante cualquiera de las técnicas estadísticas disponibles— en los análisis retrospectivos.

En cualquier caso, los parámetros seleccionados para el análisis deben representar ventajas clínicas reales para el paciente y no provenir de la búsqueda desesperada de valores *p* menores de 0,05 en una larga lista de variables. Hay un ejemplo de esto muy curioso en un artículo reciente<sup>1</sup> en el que los autores concluyen que los pacientes intervenidos con resección pulmonar mediante

sedación sin relajación ni intubación orotraqueal necesitan menos tiempo de ayuno postoperatorio que los anestesiados utilizando relajación muscular e intubación. Obviamente, un ayuno postoperatorio prolongado no es obligatorio si el paciente no ha sido anestesiado. Este artículo sería un claro ejemplo de que, a veces, los objetivos de la investigación se establecen una vez conocidos los resultados.

Volviendo al tema de este comentario editorial, veamos qué nos dice la literatura científica acerca de las ventajas clínicas reales de la cirugía *uniportal* comparada con la VATS. Para ello he revisado las publicaciones en inglés de los últimos 3 años, disponibles en Pubmed.

#### 1. Respecto a resultados en el postoperatorio inmediato.

Se han publicado una revisión sistemática y metaanálisis<sup>2</sup> y 2 estudios no incluidos en el metaanálisis; uno de ellos es un estudio retrospectivo de casos emparejados<sup>3</sup> y el otro, un estudio prospectivo aleatorizado<sup>4</sup>. En la revisión sistemática<sup>2</sup>, los autores encontraron 1.051 referencias bibliográficas y excluyeron 913 por considerarlas duplicadas o irrelevantes. De entre los 38 estudios escogidos, los autores seleccionaron 8 que cumplían los criterios de inclusión; 4 de ellos utilizaron emparejamiento de casos por *scores* de propensidad. En estos 4 estudios, metodológicamente más correctos, no se encontró ninguna diferencia en cuanto a duración de la cirugía, estancia hospitalaria, sangrado peroperatorio, tiempo con drenajes pleurales, tasa de conversión a toracotomía o morbilidad operatoria. Sin embargo, los autores concluyeron que la cirugía con incisión única ofrece una morbilidad posquirúrgica estadísticamente menor, así como menor estancia hospitalaria y menos tiempo con drenajes pleurales, aunque añaden que se trata de ventajas clínicas de poca relevancia.

El otro estudio retrospectivo con emparejamiento de casos<sup>3</sup> encuentra diferencias estadísticamente significativas en dolor postoperatorio y sangrado, aunque sin repercusión clínica. La tasa de complicaciones no es estadísticamente diferente en ambas series de casos.

Finalmente, el único estudio prospectivo aleatorizado publicado<sup>4</sup> no encuentra ninguna diferencia entre las variables

Correo electrónico: [gvs@usal.es](mailto:gvs@usal.es)

analizadas en la serie de pacientes operados utilizando VATS o técnica *uniportal*.

## 2. Respecto a resultados a largo plazo.

Solamente se ha publicado un estudio retrospectivo sin emparejamiento de casos<sup>5</sup> que analiza la probabilidad de supervivencia global y la supervivencia libre de enfermedad de 2 series de pacientes operados por cirugía VATS estándar o a través de una única incisión. Los autores encontraron mayor probabilidad de muerte a los 4 años de la cirugía (HR = 1,78) y menor supervivencia libre de enfermedad en los casos operados por incisión única, aunque esta última diferencia no es estadísticamente significativa. Este estudio podría reflejar la curva de aprendizaje en un único hospital y sus conclusiones no pueden ser generalizadas.

De los datos anteriores podríamos concluir que no se ha demostrado que la cirugía de resección pulmonar realizada a través de una única incisión de 5–6 cm ofrezca ventajas postoperatorias inmediatas de ningún tipo a los pacientes. A largo plazo, el único estudio publicado sobre el tema —metodológicamente mejorable— ha cuestionado que la supervivencia sea comparable a la ofertada

utilizando la cirugía VATS convencional. Mi conclusión personal es que el debate VATS-*uniportal* simplemente pone de manifiesto las preferencias técnicas de cirujanos individuales o equipos quirúrgicos y es totalmente irrelevante en la literatura científica, ya que la técnica de una sola incisión no aporta nada a los pacientes.

## Bibliografía

1. Liu J, Cui F, Pompeo E, Gonzalez-Rivas D, Chen H, Yin W, et al. The impact of non-intubated versus intubated anaesthesia on early outcomes of video-assisted thoracoscopic anatomical resection in non-small-cell lung cancer: A propensity score matching analysis. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2016;50:920–5.
2. Harris CG, James RS, Tian DH, Yan TD, Doyle MP, Gonzalez-Rivas D, et al. Systematic review and meta-analysis of uniportal versus multiportal video-assisted thoracoscopic lobectomy for lung cancer. *Ann Cardiothorac Surg.* 2016;5:76–84.
3. Dai F, Meng S, Mei L, Guan C, Ma Z. Single-port video-assisted thoracic surgery in the treatment of non-small cell lung cancer: A propensity-matched comparative analysis. *J Thorac Dis.* 2016;8:2872–8.
4. Perna V, Carvajal AF, Torrecilla JA, Gigirey O. Uniportal video-assisted thoracoscopic lobectomy versus other video-assisted thoracoscopic lobectomy techniques: A randomized study. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2016;50:411–5.
5. Borro JM, Regueiro F, Pértega S, Constenla M, Pita S. Comparative study of survival following videothoracoscopic lobectomy procedures for lung cancer: Single-versus multiple-port approaches. *Arch Bronconeumol.* 2017;53:199–205.