

CIRUGÍA TORÁCICA

¿MEJORA LA APLICACIÓN DE UN ADHESIVO TISULAR A NIVEL DE LA LÍNEA DE SUTURA LOS RESULTADOS DE LA VIDEOTORACOSCOPIA EN EL TRATAMIENTO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO?

G.A. Obeso Carillo, J. Albort Ventura, M.A. Cañizares Carretero, M. Blanco Ramos, E. Peña González, E. García Fontán, E. Rivo Vázquez y J.C. Durán Toconas

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo: Cirugía Torácica.

Introducción: El neumotórax espontáneo es una patología cuya incidencia no es desdeñable en nuestro medio. Su carácter recidivante coloca a la cirugía videotoracoscópica en el primer lugar como tratamiento de elección del neumotórax espontáneo de repetición en el joven, siendo variable el episodio de indicación según los autores. Aunque su morbilidad es reducida, algunos casos presentan fugas aéreas tras la cirugía o recidivas precoces, que podrían relacionarse con la estanqueidad de la sutura mecánica pulmonar.

Material y métodos: Para valorar el papel que podrían jugar las colas biológicas en la cobertura de las suturas pulmonares, se realizó un estudio retrospectivo incluyendo 68 cirugías videotoracoscópicas en pacientes diagnosticados de neumotórax espontáneo primario realizadas entre el 1 de enero de 2009 y el 30 de septiembre de 2010, utilizando endograpadoras de 45 mm en un número variable de cargas. Fueron excluidos del estudio aquellos enfermos en los que se precisó la conversión a toracotomía. De los 68 pacientes, en 38 se utilizó Bioglue® como refuerzo de la sutura mecánica, mientras que en los 30 restantes no se usó ninguna cola biológica con este fin. En todos los casos se asoció una pleurodesis fisicoquímica mediante abrasión pleural con torunda betadinada.

Resultados: Los dos grupos fueron homogéneos en cuanto a su distribución por sexos, hemitórax intervenido, número de episodios previos, y tipo de cirugía realizada. Si bien no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los días transcurridos desde la intervención hasta que se retiró el drenaje pleural ni en relación con la estancia postoperatoria en función de la aplicación o no de Bioglue®, se aprecia una tendencia a que estos datos sean más favorables en el grupo en el cual se realizó el refuerzo de la sutura mecánica mediante la aplicación de un sellante biológico.

	Bioglue®	Media	Desviación típica	Error típico de la media	p
Días con DET	0	3,37	2,097	0,404	0,314
	1	2,92	1,075	0,174	
Estancia postoperatoria	0	5,13	3,34	0,61	0,118
	1	4,11	1,173	0,193	

Conclusiones: La aplicación de colas biológicas a nivel de la línea de sutura en las resecciones pulmonares por neumotórax espontáneo primario mediante videotoracoscopia podría tener un efecto beneficioso, aunque no ha podido demostrarse significación estadística. Serían necesarios futuros estudios con un mayor número de pacientes incluidos para confirmar o descartar esta teoría.

ABORDAJE TIPO MOASS DEL RAQUIS TORACO-LUMBAR

J.M. Galbis¹, G. Sales², J. Piquer³, J. Llácer³, P. Riesgo³, M. Estors¹, P. Rinaldi¹, R. Esturi⁴ y F. Sánchez⁴

Hospital Universitario de la Ribera: ¹Cirugía Torácica, ²Neurocirugía, ⁴Anestesiología; ³Hospital Universitario La Fe: Cirugía Torácica.

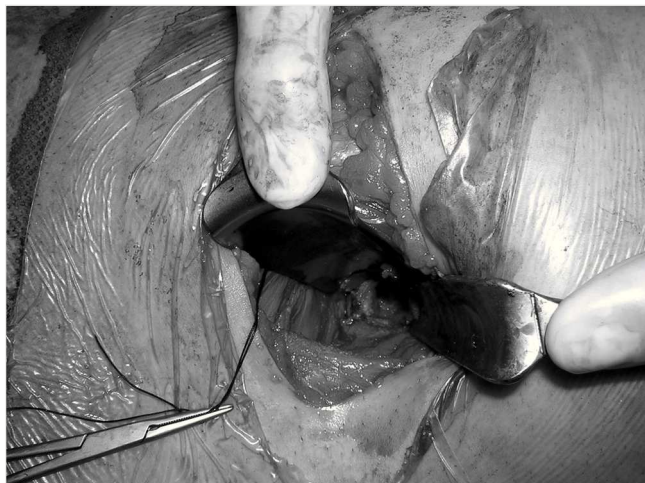
Introducción: En los últimos años la sucesiva implantación de las técnicas mínimamente invasivas ha permitido el desarrollo de la cirugía en-

doscópica y las llamadas incisiones “mini-open” o MOASS (mini-open anterior spine surgery), definidas como incisiones entre 4–12 centímetros. Estas últimas han mostrado una serie de ventajas entre las que destacan el menor tiempo de hospitalización, la pronta recuperación y la menor pérdida hemática, además de un mejor efecto estético.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en MOASS en el abordaje anterior del raquis para tratamiento de patología del raquis toracolumbar.

Material y métodos: En el periodo entre enero del 2004 y agosto del 2010 hemos realizado 67 abordajes anteriores al raquis toracolumbar en el contexto de patología traumática, tumoral o degenerativa. El abordaje quirúrgico lo hemos clasificado como clásico o estándar cuando se realizó una incisión amplia y como mini abordaje (MOASS) a incisiones entre 4 y 12 cm. En 31 casos utilizamos la técnica MOASS a distintos niveles: torácico, lumbar e infraumbilical extraperitoneal.

Resultados: En ninguna de las técnicas (clásica vs MOASS) hemos tenido mortalidad quirúrgica ni postoperatoria, ni déficit neurológicos añadidos derivados del acto quirúrgico. Las complicaciones de la cirugía clásica fueron: 2 reintervenciones por sangrado, 5 derrames pleurales tardíos que requirieron drenaje torácico, 1 neumotórax residual tras retirada de drenaje quirúrgico. En los casos de MOASS la única complicación reseñable fue 1 caso de eyaculación retrógrada por lesión del plexo simpático hipogástrico. El tiempo medio quirúrgico fue de 112 minutos (rango: 87–183) en la técnica MOASS frente a un tiempo medio de 167 minutos (rango: 123–306) en el abordaje clásico. La estancia media hospitalaria global fue de 12,1 días (rango: 6–22); en los pacientes operados mediante MOASS fue de 6,8 días frente a 14,1 días en los abordajes clásicos.



Conclusiones: la técnica MOASS es útil para la corrección quirúrgica de variada patología: traumática, espondilolistesis, segmentos inestables, hernias de disco, etc. En nuestra serie la hemos utilizado en la corrección quirúrgica de estas patologías en distintos niveles, con resultados similares a los obtenidos mediante el abordaje clásico. Las ventajas del MOASS han sido la menor estancia hospitalaria y menor dolor postquirúrgico al minimizar las consecuencias del abordaje anterior clásico, favoreciendo la recuperación.

ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE LA ASPIRACIÓN SIMPLE FRENTE AL DRENAJE FINO AMBULATORIO EN EL TRATAMIENTO DEL PRIMER EPISODIO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO

J. Recuero Díaz, I. Royo, P. Menal, J. Hernández, M.J. Arrarás, R. Embún, C. Lapresta y J.J. Rivas de Andrés

Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: El objetivo es comparar la tasa de resolución de neumotórax en pacientes diagnosticados de neumotórax espontáneo

primario (NEP) en el primer episodio según se aplique aspiración simple o drenaje ambulatorio, así como la tasa de recidiva en cada grupo.

Material y métodos: Estudio prospectivo no aleatorizado de pacientes tratados de NEP en el primer episodio en nuestro servicio desde enero de 2006 a septiembre de 2010. Fueron excluidos los pacientes con un NEP complicado, contralateral, bilateral o recidivado. Se determinaron dos grupos: Grupo A, 17 pacientes (p) a los que se aplicó aspiración a través de un drenaje fino de 8F en urgencias; y Grupo B, 27p a los que se colocó el mismo drenaje conectado a una válvula de Heimlich y se manejaron ambulatoriamente en consultas externas. Para comparar ambos se utilizaron los siguientes parámetros: sexo, edad, tasa de fumadores, hemitórax afecto, tamaño del neumotórax y expansión pulmonar tras la colocación del drenaje. Para comparar la tasa de resolución del episodio se utilizó la Rx de tórax PA y lateral realizada en consultas. Así mismo, se comparó la tasa de recidiva entre ambos grupos. La mediana de seguimiento fue de 38 meses. El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS.

Resultados: Se comprobó la homogeneidad entre ambos grupos en cuanto al sexo (Grupo A 82,4% varones y Grupo B 92,3%) y edad media (Grupo A: 26 años (a) y Grupo B: 23a) sin hallarse diferencias significativas. En relación a la tasa de fumadores (Grupo A: 58,8% y Grupo B: 42,3%), lateralidad del neumotórax (Derecho: Grupo A 52,9% y Grupo B 65,4%) y cuantía del mismo (Parcial: Grupo A 11,8% y grupo B 3,8%; Completo: Grupo A 82,4% y Grupo B 61,5%; Total: Grupo A 5,9% y Grupo B 34,6%), tampoco existieron diferencias estadísticamente significativas. Al analizar la tasa de resolución del episodio, no se cumplieron condiciones para poder aplicar ningún estadístico (Resuelto: Grupo A 94,1% y Grupo B 96,2%). Se estudió la tasa de recidiva entre ambos grupos (Grupo A: 29,4%; grupo B: 23,1%) sin obtener diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,642$).

Conclusiones: Consideramos que la aspiración mediante drenaje fino en urgencias es una opción terapéutica aceptable para el manejo de pacientes con NEP en el primer episodio comparable al drenaje ambulatorio en cuanto a tasa de resolución del episodio y de recidiva.

ANÁLISIS DEL EFECTO DE LA NORMATIVA EN LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA DEL AÑO 2000 SOBRE LAS BIOPSIAS PULMONARES QUIRÚRGICAS EN LA EPID

J.C. Durán Toconás, M. Blanco Ramos, J.E. Rivo Vazques, A. Obeso Carillo, E. García Fontán, J. Albort Ventura, E.I. Peña González y M.A. Cañizares Carretero

Hospital Xeral de Vigo. Complejo Hospitalario Universitario de Vigo (CHUVI): Cirugía Torácica.

Introducción: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) constituyen un grupo heterogéneo de entidades que afectan de forma difusa a las estructuras alveolointersticiales del pulmón a la pequeña vía aérea y la vasculatura. Nuestro objetivo es analizar nuestra experiencia en la realización de biopsias pulmonares quirúrgicas para el diagnóstico de EPID así como el efecto originado sobre las indicaciones de la biopsia pulmonar en la EPID tras la publicación del consenso de la ATS y ARS con respecto a la fibrosis pulmonar idiopática.

Material y métodos: Presentamos un estudio observacional retrospectivo, en el que se han incluido 156 pacientes, sometidos a una biopsia pulmonar quirúrgica por sospecha de EPID. Estos pacientes se clasificaron en 2 grupos: los intervenidos entre los años 1997-2002 (grupo 1, antes del consenso de la ATS y ERS) y los intervenidos entre los años 2003-2009 (grupo 2, dos años después del consenso).

Resultados: Se incluyeron un total de 156 pacientes, 83 hombres 53,2% y 73 mujeres 46,8%, con una edad media de 68,17 años ($\pm 12,36$). La estancia media fue de 6,2 días y con un postoperatorio con una mediana de 4 días. Los diagnósticos preoperatorios fueron

la EPID 84,4% y sarcoidosis 3,2%. Tras la realización de la biopsia pulmonar quirúrgica, los diagnósticos fueron: NIU 26,9% y alveolitis alérgica extrínseca 22,4%, con alteraciones inespecíficas en un 19,9%, El método quirúrgico más empleado fue la VTAS 88,5%, la toracotomía tan solo se empleo en un 11,5% de los casos. Las complicaciones durante la cirugía o postoperatorias fueron de un 7,6%; entre ellas destaca la fuga aérea prolongada 6 casos, infección de la incisión quirúrgica 2 casos, infección respiratoria 1 caso y progresión de la enfermedad 3 casos. La mortalidad total fue del 6,4% (6 casos en la VATS y 4 casos en la toracotomía). La causa más frecuente de muerte fue la insuficiencia respiratoria. No hubo diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto a la distribución por sexos, edad, estancia media, complicaciones y mortalidad.

Conclusiones: La biopsia pulmonar quirúrgica es una técnica que, si bien presenta rentabilidad aceptable, tiene un número de procedimientos no diagnósticos y una morbi-mortalidad no despreciable, por lo que su indicación deberá valorarse en el estado clínico de paciente y las ventajas que pueda implicar en el diagnóstico y tratamiento.

ANÁLISIS DEL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS DE LOS MIEMBROS SUPERIORES MEDIANTE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA SIN INGRESO

J. Martínez Baños, S. Figueroa Almánzar, N.J. Martínez Hernández, E. García del Olmo, A. Arnau Obrer, A. Fernández Centeno y R. Guijarro Jorge

Hospital General Universitario de Valencia: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: La hiperhidrosis primaria se caracteriza por una excesiva sudoración que afecta a las manos, las axilas y los pies. Es una afección que altera el comportamiento psicológico y social del individuo. Presentamos los resultados obtenidos para la cirugía toracoscópica de la hiperhidrosis desde que ha sido incluida en la vía clínica de Cirugía Sin Ingreso de nuestro Servicio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo donde se analizan los pacientes con diagnóstico de hiperhidrosis que han sido intervenidos toracoscópicamente mediante la vía clínica de cirugía sin ingreso en el período de noviembre de 2008 a noviembre de 2010.

Resultados: Se han estudiado 27 pacientes (54 cirugías) con una edad media de 28 años, de los cuales 19 eran mujeres. Preoperatoriamente, todos los pacientes presentaban hipersudoración de predominio palmar. Un tercio de ellos (9 casos) asociaba sudoración aumentada en axilas, y 2 de ellos en localización facial. Un paciente presentaba rubor facial. El nivel de electrocoagulación practicado sobre la cadena simpática fue T3 en todos los casos, sobre T2 en 19 casos y sobre T4 en 9 casos. Las complicaciones postoperatorias inmediatas quedan representadas en el gráfico 1, mientras que las existentes a los 15 días de la intervención (revisión en consultas externas) quedan reflejadas en el gráfico 2. Se contacta telefónicamente con todos los pacientes a fecha de 25 de noviembre de 2010, respondiendo el 100% de ellos afirmativamente a la pregunta de si volverían a someterse a la intervención y si lo volverían a hacer mediante el programa de Cirugía Mayor Ambulatoria. Actualmente solo 10 pacientes refieren sudoración compensatoria en otras regiones corporales.

Conclusiones: La cirugía toracoscópica de la hiperhidrosis de los miembros superiores es una técnica segura y válida para poder ser llevada a cabo en un sistema de Cirugía Mayor Ambulatoria. Ninguno de los pacientes intervenidos requirió estancia hospitalaria. El 100% de los pacientes están satisfechos con los resultados obtenidos, habiendo resultado eficaz el tratamiento de la hiperhidrosis palmar en todos ellos. Las posibles complicaciones posquirúrgicas suelen acontecer con carácter transitorio, siendo la más frecuente la sudoración compensatoria en otras regiones.

ASOCIACIÓN DE POLIMORFISMOS DE HIF 1X CON EL CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN EN ESTADIO I

J.L. García Fernández¹, R. Moreno Balsalobre¹, E. Ovejero Merino¹, S. Amor Alonso¹, M. Jiménez Fernández¹, M.L. López Arévalo¹, Y. Wah Pun Tam¹ y C. Gamallo Amat²

Hospital Universitario de la Princesa: ¹Cirugía Torácica, ²Anatomía Patológica.

Introducción: En etapas iniciales, la supervivencia del CBP no supera el 50-70% a 5 años. Además de la clasificación TNM las alteraciones de oncogenes y genes supresores pudiera permitir la detección de nuevos factores pronósticos. La hipoxia en las células tumorales se asocia con un peor pronóstico y con un aumento del riesgo de metástasis a distancia. El factor de transcripción HIF (Hypoxia Inducible Factor), identificado en 1995 parece ser el complejo molecular más importante en la respuesta celular a la hipoxia. En condiciones de hipoxia HIF participa en la expresión de hasta el 5% de transcritos (RNAm) de genes humanos, aumentando la actividad de aquellos que codifican factores proangiogénicos, transportadores de glucosa, enzimas glucolíticas, factores promotores de migración celular o aquellos que evitan la apoptosis.

Material y métodos: Se realiza un estudio de 108 pacientes con CPN-CP en estadio I que han recibido tratamiento quirúrgico. Se analizan mediante técnicas de PCR-RFLP la presencia de polimorfismos C1772T y G1790A de HIF 1-a en los pacientes y en una muestra de 145 voluntarios sanos. Mediante estudio estadístico utilizando t de Student y ANOVA, cuando las variables cuantitativas seguían una distribución normal. Cuando las variables cuantitativas no seguían una distribución gaussiana, se empleó el test de Mann-Whitney o el test de Kruskal-Wallis. En el caso de comparar dos variables discretas, se utilizó el test chi-cuadrado. La magnitud de la asociación se estimó mediante Odds Ratio.

Resultados: El genotipo T/T de HIF-1a es más frecuente en el grupo de pacientes (19,6%) que en el de voluntarios sanos (5,4%) (p = 0,001). La supervivencia global de los 3 genotipos C/C, C/T y T/T en el grupo de pacientes no presenta diferencias entre los grupos; sin embargo, el genotipo heterocigoto C/T sí que presenta una tendencia a mayor tiempo libre de enfermedad 48 (39-145) meses respecto a los genotipos C/C y T/T; 29 (11-46) y 22 (20-24) meses respectivamente. Los 2 pacientes con genotipo G/A de HIF-1a fallecen antes del mes 25.

Polimorfismo	Frecuencias obtenidas n (%)
C1772T	n = 148
C/C	113 (76,4)
C/T	27 (18,2)
T/T	8 (5,4)
G1790A	n = 139
G/G	130 (93,5)
G/A	9 (6,5)
A/A	0

Conclusiones: El genotipo G/A del polimorfismo G1790A de HIF 1a es un factor de mal pronóstico. El genotipo T/T del polimorfismo C1772T del factor inducible por hipoxia HIF 1a es significativamente más frecuente en el grupo de pacientes.

CIRUGÍA DE LOS BOCIOS MULTINODULARES TIPO II-III

P. Rodríguez¹, R. Ramos¹, F. Rivas¹, A. Ureña¹, G. Rosado¹, J. Toñáñez¹, I. Maciá¹, A. Gil², J. Saumench¹, I. Escobar¹ y J. Moya¹

¹Hospital Universitario de Bellvitge: Servicio de Cirugía Torácica, ²Servicio de Anestesia y Reanimación.

Introducción: El bocio multinodular (BMN) es una afectación frecuente y muy heterogénea en sus manifestaciones clínicas, por lo que

el manejo quirúrgico de los mismos es también variable. Presentamos este estudio para determinar el perfil clínico de los BMN tipo II-III intervenidos por nuestro servicio, derivados desde el servicio de Endocrinología.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de BMN intervenidos entre 2007-2010. Fueron intervenidos 90 pacientes, un 14,4% varones (n = 13) y un 85,6% mujeres (n = 77). La edad media fue de 62,1 ± 10,3 años. Se registraron características clínicas, pruebas complementarias diagnósticas, técnica quirúrgica y abordaje realizado, anatomía patológica y morbimortalidad global.

Resultados: En el 51,1% (n = 46) de los pacientes la indicación quirúrgica fue el aumento del tamaño aún siendo asintomáticos, los síntomas compresivos como la disnea se observó en el 24,4% (n = 22) mientras que la disfagia en el 23,3% (n = 21). El 16,6% de los pacientes (n = 15) presentaron opresión cervical, el 4,4% (n = 4) cursó con estridor y el 3,3% (n = 3) con disfonía sin lesión recurrencial. En el 8,8% (n = 8) la cirugía fue por BMN recidivado. Funcionalmente, el 10% de los pacientes presentaba síntomas de hipertiroidismo previamente a la cirugía. La ecografía se realizó en 63 pacientes (70%), el TAC en 75, presentando un diámetro mayor medio de 8,6 ± 4,2 cm. En la radiografía el 64,4% (n = 58) presentó desviación traqueal y el 30% masa retroesternal, el 22,2% compresión traqueal por broncoscopia. En el 97,7% de los casos el abordaje cervical fue suficiente, siendo necesaria la cervicosternotomía en 2 casos (2,2%). En el 57,8% se realizó hemitiroidectomía, en el 37,8% tiroidectomía subtotal, mientras que en el 4,4% se realizó tiroidectomía total. El peso medio de la glándula extraída fue de 100,11 ± 63,63 g. El diagnóstico patológico fue de bocio adenomatoso en el 92,23% (n = 83), en un 7,77 (n = 7) se halló carcinoma oculto. No hubo mortalidad intrahospitalaria; la morbilidad fue del 12,2% (n = 11): parálisis del nervio recurrente en 1 paciente (1,1%), parálisis del nervio laríngeo superior en 1 paciente (n = 1,1%), hipocalcemia en 13 pacientes, transitoria en 4 de ellos. Un 23,3 (n = 21) de los pacientes presentó hipotiroidismo posquirúrgico.

Conclusiones: El BMN es más frecuente en mujeres de forma asintomática. El crecimiento del mismo y/o la clínica compresivas son indicaciones claras de exéresis dada su buena evolución postquirúrgica. La tasa de carcinomas ocultos no es despreciable.

CIRUGÍA DE LOS TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES PRIMARIOS MEDIASTÍNICOS Y METASTÁSICOS PULMONARES. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

J. Illana Wolf, D. Espinosa Jiménez, E. Arango Tomás, J. Algar Algar, A. Álvarez Kindelán, F. Cerezo Madueño, C. Baamonde Laborda y A. Salvatierra Velázquez

Hospital Universitario Reina Sofía: UGC Cirugía Torácica.

Introducción: Los tumores de células germinales primarios de mediastino anterior constituyen la localización extragonadal más frecuente. El objetivo de este estudio es analizar nuestra experiencia en el abordaje diagnóstico-terapéutico de los tumores germinales primarios mediastínicos y metastásicos pulmonares.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo desde 1995 hasta 2010 de 21 pacientes intervenidos con diagnóstico anatomopatológico postoperatorio de tumor de estirpe germinal en mediastino anterior o nódulos pulmonares. Se recogieron: datos demográficos, clínica, localización, pruebas diagnósticas, marcadores tumorales, vía de abordaje, morbimortalidad, histología y estancia postoperatoria.

Resultados: Se intervinieron 21 pacientes, de los cuales 15 eran varones (71%) y 6 mujeres (29%), con una edad media de 29 ± 8 años. 5 pacientes de la serie (23,8%) fueron intervenidos por metástasis pulmonares del tumor germinal primario gonadal. De los 16 con tumor primario mediastínico, en el 35% fue un hallazgo casual, presentando los demás pacientes disnea, dolor torácico, disfagia y sd de vena cava superior. La concordancia entre la orientación diagnóstica de la tomo-

grafía axial computarizada y el resultado anatomopatológico fue del 95,2%. En todos los pacientes se hizo determinación de marcadores tumorales de alfafetoproteína y beta-gonadotropina coriónica humana. Las vías de abordaje fueron: toracotomía derecha o izquierda 52%, esternotomía media 33%, y otros 15%. Solo dos pacientes con tumor mediastínico primario (tipo seminoma) recibieron tratamiento quimioterápico previo a la intervención quirúrgica. En cuanto a la histología, predomina el teratoma (57%), seguido de seminoma 19%, teratocarcinoma 14%, carcinoma embrionario 5% y tumor germinal mixto 5%. La estancia media postoperatoria fue 7,1 días, habiéndose reducido en los últimos años.

Conclusiones: Los tumores de células germinales primarios mediastínicos constituyen una patología poco frecuente en nuestro medio, que afecta principalmente a varones jóvenes. Las pruebas de imagen y los marcadores tumorales son fundamentales para plantear la mejor opción terapéutica. La cirugía supone una herramienta diagnóstico-terapéutica útil en la mayoría de estos tumores.

CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR MAYOR EN EL PACIENTE DE EDAD AVANZADA POR VATS

E.M. Fieira Costa, D. González Rivas, M. Paradela de la Morena, M. de la Torre Bravos, R. Fernández Prado, M. Delgado Roel, J.A. García Salcedo, L. Méndez Fernández y J.M. Borro Maté

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña: Cirugía Torácica.

Introducción: La edad avanzada constituye un factor de riesgo en la cirugía de resección pulmonar mayor. Las técnicas quirúrgicas menos agresivas como la cirugía torácica videoasistida (VATS) suponen una menor agresión orgánica, postulándose como técnica de elección en estos pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo en el que se incluyen 45 pacientes (p), > 75 años, intervenidos entre 01/10/2007 y 31/10/2010 por VATS, realizándose cirugía de resección pulmonar mayor. La mediana de edad fue de 78 años (75-85), siendo el 82% varones.

Resultados: La mayoría de los p presentaban antecedentes de tabaquismo (71%, siendo EPOC el 35,6%, de enfermedad cardiovascular el 55%). La mediana del valor del VEMS preoperatorio del 86% (40-154). En el 49% de los p el diagnóstico fue un hallazgo casual en estudios radiológicos, siendo p con nódulo pulmonar sin etiología filiada el 64%. La resección quirúrgica fue: lobectomía superior izquierda (31%), lobectomía superior derecha (27%, 12p), lobectomía inferior derecha (13%), lobectomía inferior izquierda (11%), lobectomía media (9%), bilobectomía (4%), neumonectomía (2,5%) y segmentectomía típica (2,5%). El tamaño tumoral medio fue de 3 (1,2-8) cm. La mediana del número de estaciones ganglionares resecaadas fue de 4,0. Se reconvirtió a toracotomía en 7p (15%), siendo la causa más frecuente de esta el sangrado arterial (37%). El tipo histológico más frecuente fue el epidermoide (40%) y la mayoría de los pacientes presentaron estadios iniciales de la enfermedad (IA, IB) tanto prequirúrgica (90%) como posquirúrgica (77%). En el postoperatorio, la mediana de días de drenaje y de ingreso fue de 3,0 (1-26) y 4,5 (1-30) respectivamente. El 69% de los p evolucionaron sin complicación, siendo la fuga aérea prolongada (11%) y las arritmias (11%) las complicaciones más frecuentes. El 71% de los p presentaban radiografía de tórax al alta sin alteraciones. Solo un paciente tuvo que ser reintervenido (por sangrado) y dos pacientes fallecieron en el postoperatorio inmediato en Reanimación (4,4%) por fallo renal y por insuficiencia respiratoria respectivamente.

Conclusiones: Nuestra experiencia en cirugía de resección pulmonar mayor en pacientes de edad avanzada ofrece unas cifras de morbimortalidad bajas, por lo que las técnicas mínimamente invasivas como la VATS deberían ser consideradas como la técnica quirúrgica de elección en este grupo de pacientes.

CIRUGÍA DEL ELASTOFIBROMA DE PARED TORÁCICA

F. Hernández Escobar, S. Sevilla López, A. Alkourdi Martínez, C.F. Giraldo Ospina, C.I. Bayarri Lara, A. Sánchez-Palencia Ramos, J. Ruiz Zafra y A. Cueto Ladrón de Guevara

Hospital Universitario Virgen de las Nieves: Cirugía Torácica.

Introducción: El elastofibroma dorsi es una rara tumoración benigna de lento crecimiento formada por tejido fibro-adiposo en degeneración. Se presenta más frecuentemente en mujeres entre 40 y 70 años en la región subescapular. Su etiología es incierta, aunque parece deberse a microtraumatismos de repetición relacionados con actividades manuales y ocupacionales.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos desde febrero de 2005 a octubre de 2010 diagnosticados e intervenidos quirúrgicamente con el diagnóstico de elastofibroma dorsi. Se recogieron las siguientes variables: presentación clínica del tumor, sexo, edad media, localización, tamaño, evolución, recidiva, estancia hospitalaria, complicaciones, diagnóstico y tratamiento. El objetivo es conocer las características clínico-epidemiológicas de los casos de elastofibroma intervenidos en la unidad.

Resultados: Se contabilizaron un total de 10 casos, la relación hombre-mujer fue 3:7, con una edad media de 55,7 años (rango 35-78). El síntoma más frecuente fue dolor y/o bultoma en 7 de los casos. La localización del elastofibroma fue: 4 subescapulares izquierdos, 3 derechos y 3 bilaterales. La estancia media hospitalaria fue de 6,6 días (rango 5-11). La pieza operatoria tuvo una media de diámetro máximo de 7,3 cm (rango 5-12). El postoperatorio fue favorable en el 100%. Solo un caso desarrolló un seroma como complicación postquirúrgica precoz y otro dolor crónico como complicación tardía. Se observó recidiva en un solo paciente. El VPP de las pruebas de imagen RMN y TAC en el diagnóstico de elastofibroma fue del 90%, mientras que en un 10% el diagnóstico fue fibrolipoma.

Conclusiones: 1. El elastofibroma predomina en el sexo femenino y se manifiesta generalmente en la edad media de la vida como bultoma y/o dolor subescapular unilateral o bilateral. 2. El diagnóstico por técnicas de imagen (RMN y TAC) es muy preciso siendo necesario el diagnóstico de certeza para descartar malignidad mediante biopsia/escisión. 3. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica, con buenos resultados funcionales, pocas complicaciones así como anecdótica la recidiva cuando existen adecuados márgenes de resección.

CIRUGÍA SOBRE PULMÓN ÚNICO EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA. ESTUDIO DESCRIPTIVO

M.J. Arrarás Martínez, J. García Tirado, E. Ramírez Gil, P. Menal Muñoz, J. Hernández Ferrández, J.L. Recuero Díaz, I. Royo Crespo y J.J. Rivas de Andrés

Hospital Miguel Servet y Hospital Cínico Lozano Blesa: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: La cirugía sobre pulmón único es infrecuente en la literatura médica. El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia en cirugía de resección pulmonar en pacientes (p.) con antecedentes de neumonectomía.

Material y métodos: Se revisa retrospectivamente la serie de p. intervenidos entre enero de 1994 y noviembre de 2010 en nuestro servicio de Cirugía Torácica. Se recogen 10 p. que cumplen los criterios de inclusión en el estudio. Se realiza un análisis descriptivo.

Resultados: La serie recoge 10 p. (8 (80%) hombres y 2 (20%) mujeres). La edad media fue de 71,5 años (54-81). 9 p. (90%) presentaban neumonectomía previa por carcinoma pulmonar (8 carcinomas escamosos y 1 adenocarcinoma); 1 p. presentaba neumonectomía por metástasis de adenocarcinoma de colon. En todos los pacientes se efectuó estudio TAC con hallazgo de un nódulo pulmonar solitario. En 3 p.

(30%) se realizó PET: 1 presentó captación indeterminada, y en 2 se informó como patológica. El FEV1 medio fue de 53% (26-68%). 8(80%) pacientes fueron sometidos a una resección atípica; en 1 (10%) se realizaron 2, y en otro (10%) se realizaron 3; en 1 p. (10%) la toracotomía fue diagnóstico-exploradora. El estudio A.P. de las 13 cuñas fue: 6 con ca. escamoso, 2 adenocarcinomas broncogénicos, 1 metástasis de origen vesical, 1 de colon, 1 linfoma y 2 nódulos necróticos. Las resecciones atípicas se realizaron en LSD en un 60%, 10% para LID, 10% en LSI y 20% en LII. Solo en un paciente se realizó linfadenectomía mediastínica con resultado negativo. Tras la intervención, 3 pacientes (30%) pasaron extubados a UCI. La morbilidad fue del 40% (2 casos de FA transitoria, 1 paciente con insuficiencia respiratoria transitoria y 1 paciente con HDA -manejo conservador-) La mortalidad postoperatoria fue nula. La estancia hospitalaria media fue de 7,8 días (3-14). La media de seguimiento fue de 34 meses. 2 (20%) pacientes están vivos, con supervivencia a 1, 3, 5 años de 80%, 30% y 10% (mediana de supervivencia, 33 meses).

Conclusiones: La cirugía sobre pulmón único es una práctica factible en casos seleccionados, con una morbimortalidad aceptable y un impacto considerable sobre la supervivencia de los pacientes.

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y RECURRENCIA EN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CNMP TRAS TERAPIA DE INDUCCIÓN

S. Crowley Carrasco, J.L. Campo-Cañaverl de la Cruz, D.A. Valdivia Concha, L. Macías Sotuela, D. Gómez de Antonio, F.J. Moradiellos Díez, M.M. Córdoba Peláez, J.M. Naranjo Gómez y A. Varela de Ugarte

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: Cirugía Torácica.

Introducción: El tratamiento neoadyuvante con quimioterapia (QT) y/o radioquimioterapia (RQT) consigue, en estadios avanzados del CNMP, una respuesta patológica completa en un 20-30% de los casos. Sin embargo, este tratamiento no está exento de toxicidad y de complicaciones postoperatorias. Los objetivos de este estudio son describir dichas complicaciones y analizar la supervivencia y la aparición de recurrencias.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de pacientes con CNMP que recibieron tratamiento quirúrgico con intención curativa tras tratamiento de inducción con QT y RQT entre diciembre del 2000 y agosto de 2008 en el Hospital Puerta de Hierro Majadahonda.

Resultados: Se incluyen un total de 28 pacientes; 6 son mujeres y 22, varones. El tipo histológico mayoritario fue el carcinoma epidermoide (18). Los estadios clínicos preinducción fueron cIIB (1), cIIIA (18) y cIIIB (9) (el 70% de los pacientes presentaban un estadio N2 clínico previo al tratamiento neoadyuvante). Los estadios patológicos postoperatorios fueron pIB (1), pIIA (2), pIIB (5), pIIIA (12) y en el resto (6) no se apreció tumor en la pieza (un estadio N2 patológico se encontró, únicamente, en 6 pacientes). En el 80% de los casos, la estadificación y reestadificación se realizó con TAC y/o PET-TAC. Solo hubo una muerte perioperatoria por SDRA. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron arritmias auriculares (4), disfonías (4), fiebre (3) y fugas aéreas persistentes (2). 4 pacientes presentaron fístula bronco-pleural, 2 de ellos durante los primeros 10 días de la cirugía (1 se trató de forma conservadora y otro con toracostomía), 1 pasados 2 meses de la cirugía (tratada con toracostomía) y otra pasados 7 meses (tratada de forma conservadora). La mediana de aparición de recurrencias en estos pacientes fue de 8 meses. Un 18% de los pacientes presentó recidiva locoregional y un 35% metástasis a distancia (localización más frecuente SNC). La mediana de supervivencia de los pacientes es de 25 meses. La causa más frecuente de mortalidad se debe a la progresión de la enfermedad.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico en pacientes con CNMP que recibieron tratamiento neoadyuvante resulta un procedimiento segu-

ro y factible, al menos en esta serie, con una morbilidad asumible y una mortalidad del 3,5%. Las recurrencias después de la cirugía ocurren frecuentemente a distancia y constituyen la principal causa de muerte en estos pacientes.

CONSULTA DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE CÁNCER DE PULMÓN: ANÁLISIS DE COSTES

J.A. Gullón Blanco¹, A. Martín Medina², I. Suárez Toste², A. Medina González², C. Cabrera Lacalzada², R. Galindo Morales², M.G. Ramos Villalobos², H. González Expósito², M.J. Graña García², H. Izaguirre Flores², J. García Niebla² e I. González Martín²

¹Hospital San Agustín de Avilés: Unidad de Gestión Clínica de Neumología, Neumología; ²Hospital Universitario de Canarias: Neumología.

Introducción: En nuestro Centro, desde de Septiembre de 2009, se ha creado una Consulta de Diagnóstico Rápido (CDR) para el diagnóstico ambulatorio protocolizado, de pacientes con sospecha de carcinoma broncogénico. Con el presente estudio pretendemos analizar si dicha consulta es coste-efectiva.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes diagnosticados de carcinoma broncogénico en nuestro hospital en el período comprendido entre el 1 de enero de 2009 y el 30 de junio de 2010. Se consideraron criterios de exclusión los utilizados para la CDR: hemoptisis amenazante, presencia de derrame pleural que precisara drenaje pleural y nódulo pulmonar solitario < 8 mm. Para el estudio de costes se emplearon datos proporcionados por el Servicio de Facturación del Hospital Universitario de Canarias, ya utilizados en un estudio previo, tarifándose los siguientes costes: cama hospitalaria, consulta externa, estudios de imagen (excluida radiografía de tórax, RNM y PET) y métodos diagnósticos. Como medida de efectividad se utilizó el tiempo de demora diagnóstica, el que transcurría desde el primer contacto del paciente con el hospital hasta establecer el diagnóstico y estadificación, excluida PET. Ambos aspectos se compararon entre dos grupos: A) Hospitalización y B) Consulta de Diagnóstico rápido. Estudio estadístico: chi cuadrado, t-Student; se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: La muestra final la constituían 114 pacientes, 56 incluidos en el grupo B: 48 varones, 71% presentaban comorbilidad, el 91% con grado de actividad 0-1 ECOG, estirpe histológica: 41,1% adenocarcinoma, 21,4% carcinoma epidermoide, 23,2% carcinoma indiferenciado de células grandes, 14,3% carcinoma microcítico, 67,8% estadios IIIB-IV y en 40 (71%) el diagnóstico final se logró mediante broncoscopia. No existían diferencias significativas en estas variables en ambos grupos. El tiempo de demora diagnóstica fue de $15,42 \pm 12,9$ días en A y de $15,85 \pm 8,6$ en el grupo B ($p = 0,8$). El coste medio fue de 2.261,36 \pm 579,15 euros en A y de 929,65 \pm 204,82 euros en B ($p = 0,0001$).

Conclusiones: En nuestra experiencia, en la Consulta de Diagnóstico Rápido se consiguió completar el estudio de las neoplasias pulmonares en un tiempo adecuado y con un coste favorable, lo que pone de manifiesto su utilidad. Por ello creemos que este tipo de consultas deberían representar el punto de entrada del paciente dentro del abordaje multidisciplinar de la patología neoplásica pulmonar.

ESTUDIO COMPARATIVO DE MIOPLASTIA Y OMENTOPLASTIA PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA FÍSTULA BRONCOPLEURAL

F. Cozar Bernal, A. Triviño, S. Moreno, G. Gallardo, P. Carmona Soto, R. Jiménez-Merchán, J. Loscertales y M. Congregado

Hospital Universitario Virgen Macarena: Servicio de Cirugía General y Torácica.

Introducción: La fístula broncopleural (FBP) es una grave complicación de la cirugía torácica. La incidencia de la FBP ha descendido

en los últimos años, aun así la FBP prevalece en un 6,8-12,5% de los pacientes neumonectizados. Diferentes técnicas se han puesto en práctica para cerrar la FBP, tanto métodos conservadores (colas biológicas, prótesis) como quirúrgicos con resultados más o menos satisfactorios. El objetivo de este trabajo es comparar dos técnicas quirúrgicas (mioplastia y omentoplastia) para el tratamiento de la FBP.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo comparativo de todos los pacientes sometidos a omentoplastia o mioplastia para el tratamiento de la FBP posneumonectomía entre febrero de 2002 y noviembre de 2010. Se compararon (SPSS 18.0) las siguientes variables preoperatorias: sexo, edad, localización, etiología, neoadyuvancia, sellado previo, comorbilidad, y postoperatorias: recidiva, morbilidad, mortalidad y estancia postoperatoria.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes (8 hombres, 2 mujeres) de 58,2 años de edad media (41 y 72 años). Grupo A: 7 omentoplastias; 5 realizada la preparación del epiplón por laparoscopia y 2 por laparotomía. 5 realizadas en varones y 2 en hembras. Todas en hemitórax derecho, 4 por carcinoma epidermoide, 2 por adenocarcinoma y una por TBC. En 2 casos habían recibido neoadyuvancia, no presentaban comorbilidad asociada y en 3 casos se intentó sellado previo con colas biológicas. En 2 casos la omentoplastia no fue efectiva produciéndose exitus en un paciente y siendo necesario realizar una toracostomía en el otro. La estancia media postoperatoria fue de 8,14 días (6-11 días). Grupo B: 3 mioplastias; 1 con dorsal ancho y 2 con pectoral mayor. Todas se realizaron en varones, una en hemitórax izquierdo, 2 por carcinoma epidermoide y 1 por adenocarcinoma, ninguno había recibido neoadyuvancia, un caso presentaba comorbilidad con DM y se intentó sellado previo en una ocasión. Se produjo una dehiscencia de sutura que requirió reintervención. Estancia media postoperatoria 9,5 días (8-11 días).

Conclusiones: Según nuestros resultados, ambas técnicas han demostrado ser efectivas para el tratamiento de la FBP. Parece que la estancia postoperatoria es más corta en omentoplastia laparoscópica pero hay una tendencia a una mayor morbilidad que en la mioplastia.

ESTUDIO NUTRICIONAL PREOPERATORIO EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS Y RESECADOS POR UN CARCINOMA BRONCÓGENICO. ESTUDIO DESCRIPTIVO

M.A. Cañizares Carretero¹, M. Carnero Gregorio², G.A. Obeso Carillo¹, M.A. Lima Aranzaes², J.C. Durán Toconas¹, J.E. Rivo Vázquez¹, M. Blanco Ramos¹, E.M. García Fontán¹, J. Albort Ventura¹, E. Peña González¹ y L.F. Pérez Méndez²

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo: ¹Cirugía Torácica, ²Unidad de Nutrición.

Introducción: El status nutricional de los pacientes candidatos a cirugía del carcinoma broncogénico (CB) se ha mostrado como un factor pronóstico a tener en cuenta en la evolución a corto y medio plazo de estos enfermos. En este sentido, nuestro Servicio puso en marcha hace 18 meses un protocolo de estudio nutricional de los pacientes candidatos a cirugía de resección en el CB junto con la Unidad de Nutrición de nuestra institución. En el presente trabajo queremos realizar un estudio descriptivo de la situación nutricional de los pacientes resecados por estas neoplasias primarias del pulmón.

Material y métodos: Desde el 01.04.09 hasta el 30.09.10 fueron incluidos en el estudio 75 pacientes en los que se practicó algún tipo de cirugía de resección de un CB con estudio nutricional previo. Fueron criterios de exclusión del estudio las toracotomías exploradoras, la administración de quimio o radioterapia neoadyuvante y la negativa del paciente a realizar dicho análisis nutricional. Este consistía en un examen físico con determinación de la circunferencia muscular del brazo, peso y talla, índice de

masa corporal (IMC) y niveles de albuminemia y linfocitos en sangre periférica.

Resultados: El IMC medio de los pacientes fue de 28,21 (DE 5,24). El 42,7% de los enfermos presentaban sobrepeso, el 26,7% obesidad leve, 5,3% obesidad moderada y 2,7% obesidad severa. Mientras el 57,3% de los incluidos en el estudio mostraban un buen estado nutricional, el 32% presentaba algún grado de desnutrición calórica, el 6,7% una desnutrición proteica y el 2,7% desnutrición mixta. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al buen estado nutricional de los pacientes según el estadio tumoral, el hábito tabáquico o el origen urbano o rural de los enfermos. Sin embargo, se encontraron diferencias en relación con el grado de desnutrición calórica en aquellos pacientes que presentaban hábito alcohólico respecto a los que no lo presentaban ($p < 0,05$).

Conclusiones: Hasta un tercio de los pacientes intervenidos y resecaados por CB presentaban algún grado de desnutrición. Sin embargo, más del 75% de los casos mostraban sobrepeso u obesidad en algún grado. Son necesarios futuros estudios que analicen el valor pronóstico en cuanto a morbilidad postoperatoria y a medio plazo en estos pacientes, así como la utilidad del soporte nutricional en casos seleccionados.

EVOLUCIÓN EN EL TIEMPO DE LA FRECUENCIA DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO RESECADO EN LA MUJER

J. Ruiz Zafra¹, A. Alkourdi¹, S. Sevilla¹, M. Expósito², F. Hernández¹, C. Giraldo¹, C. Bayarri¹, A. Sánchez-Palencia¹ y A. Cueto¹

Hospital Virgen de las Nieves: ¹Servicio de Cirugía Torácica, ²Unidad de Investigación-FIBAO.

Introducción: La incidencia del carcinoma broncogénico (CB) en la mujer en España es más baja que en el mundo y en Europa, aunque está aumentando en los últimos años. El objetivo de este trabajo es conocer la evolución en la frecuencia de casos de CB no microcítico (CBNM) resecado en mujeres a lo largo de los últimos 25 años en la unidad.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de todos los casos de CBNM intervenidos quirúrgicamente realizándose resección completa, desde el 1 de enero de 1986 hasta el 10 de noviembre de 2010. Se excluyeron CB microcíticos, tumores mesenquimales y neuroendocrinos. Se recogieron las variables demográficas, fecha de intervención, lado y tipo de resección y tipo histológico. El análisis estadístico consistió en el cálculo de frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas, así como medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. Para comparar diferencias en la proporción de intervenciones por periodo y sexo, se utilizó el test chi-cuadrado de Pearson.

Resultados: Se registraron 900 casos de CBNM resecado quirúrgicamente en 886 pacientes en ese período, siendo 57 en mujeres y 843 en hombres (en 14 de ellos se realizaron 2 intervenciones por tumores distintos). La edad media fue de 60,7 años. El 51,4% de las resecciones se realizaron en el lado derecho. El tipo de resección más frecuente fue la lobectomía (428, 47,6%), siendo la superior derecha la más habitual (153). La histología mayoritaria fue el carcinoma epidermoide (584, 64,9%). El número de resecciones por quinquenio y sexo se expone en la tabla. Aunque el porcentaje de pacientes varones es muy superior al de mujeres en todos los grupos de tiempo, se observa una tendencia al aumento de las mujeres intervenidas, siendo del 3,2% en el primer quinquenio y aumentando hasta el 11,1% en el último periodo considerado, diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,002$).

	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005	2006-2010,
Mujeres	4 (3,2%)	3 (2,3%)	6 (3,6%)	16 (7,1%)	28 (11,1%)
Hombres	120 (96,8%)	128 (97,7%)	161 (96,4%)	209 (92,9%)	225 (88,9%)

Conclusiones: La proporción de mujeres respecto a hombres a las que se les reseca un CBNM va aumentando progresivamente, siendo significativa en los últimos años.

EXPERIENCIA DE LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA TORÁCICA ESPAÑOLES EN EL TRATAMIENTO DEL PECTUS EXCAVATUM MEDIANTE TÉCNICA DE NUSS

L. Molins López-Rodó¹, F.J. Moradiellos Díez², P. Rodríguez Suárez³, F. Heras Gómez⁴, S. Bolufer Nadal⁵, E. Canalís Arrayas⁶, P. Martínez Vallina⁷, F.J. Aragón Valverde⁸, A. Arroyo Tristán⁹, J. Pérez Vélez¹⁰, P. León Atance¹¹ y M. Canela Cardona¹²

¹Hospital Clínico/Hospital Sagrat Cor: Cirugía torácica; ²Hospital Puerta de Hierro: Cirugía Torácica; ³Hospital Dr. Negrín: Cirugía Torácica; ⁴Hospital Clínico de Valladolid: Cirugía Torácica; ⁵Hospital General de Alicante: Cirugía Torácica; ⁶Hospital Juan XXIII: Cirugía Torácica; ⁷Hospital Miguel Servet: Cirugía Torácica; ⁸Hospital Central de Asturias: Cirugía Torácica; ⁹Hospital Virgen de la Arrixaca: Cirugía Torácica; ¹⁰Hospital Germans Trias i Pujol: Cirugía Torácica; ¹¹Hospital General de Albacete: Cirugía Torácica; ¹²Hospital Vall d'Hebron: Cirugía Torácica.

Introducción: La técnica mínimamente invasiva de Nuss se introdujo en España hace 10 años para el tratamiento quirúrgico del Pectus Excavatum.

Material y métodos: Presentamos la experiencia recogida en 12 servicios de cirugía torácica españoles con esta técnica desde su inicio en 2001 hasta noviembre de 2010.

Resultados: Se intervinieron 149 pacientes entre 10 y 47 años (mediana de 21,2) siendo el 74% varones. En dos pacientes de 32 y 37 años no se pudo finalizar la operación por imposibilidad de elevación esternal. Habitualmente se colocó una sola barra excepto en ocho casos en que se utilizaron dos barras (5,4%). Los resultados estéticos iniciales fueron excelentes o buenos en 137 (93,2%), regulares en 6 (4,1%) y malos en 4 (2,7%). 45 pacientes presentaron complicaciones tras la primera intervención (30,6%): seroma de las heridas en 17 pacientes; desplazamiento de la barra en 8 pacientes, requiriendo reoperación en cinco; ruptura del estabilizador absorbible (3 pacientes); neumotórax que requirió drenaje (3 pacientes), hemotórax en dos pacientes requiriendo reoperación en un caso y otro drenaje. Infección de la herida (4), neumonía al mes de la intervención (1), pericarditis (1) y otro paciente sufrió un taponamiento pericárdico y distrés respiratorio al mes que requirió la extracción de la barra de urgencia. El dolor postoperatorio es referido por todos los pacientes en diferente medida y tres de ellos requirieron la extracción precoz de la barra por dolor intratable. Tras una media de 39,2 meses, se ha retirado la barra en 72 pacientes (49%), objetivándose dificultades en la extracción por erosión costal en tres pacientes, un sangrado intercostal en otro que requirió ampliación de la incisión para su sutura y un hemotórax que requirió toracoscopía. Tras un seguimiento medio de 1,6 años se objetivó buen resultado, excepto en dos pacientes (2,8%) a los que se les reintervino mediante técnica de Ravitch.

Conclusiones: La técnica de Nuss para la reparación del Pectus Excavatum, aunque con buenos resultados estéticos, no es ampliamente utilizada por los Servicios de cirugía torácica españoles. Por ser intervenciones en "pacientes sanos", las complicaciones en un tercio de ellos se han de tener en cuenta, por lo que la indicación debe ser muy bien valorada con el propio paciente. La posibilidad de un tratamiento conservador previo es valorada por alguno de los servicios en la actualidad.

EXPERIENCIA INICIAL EN LA UTILIZACIÓN DE LA MASCARILLA LARÍNGEA FOSTRACH EN CIRUGÍA ABIERTA DE LA VÍA AÉREA

L. Arroyo Pareja¹, J.L. López Villalobos¹, A.M. Milla Saba¹, M. Minero Barragán², F. García Torrado², F. García Gómez¹, M.D. Barrera Talavera¹, N. Moreno Mata¹, R.M. Barroso Peñalver¹, A.I. Blanco Orozco¹, F.J. de la Cruz Lozano¹ y J.M. Sánchez Navarro¹

Hospital Universitario Virgen del Rocío: ¹Unidad Medicoquirúrgica de Enfermedades Respiratorias, ²Anestesiología.

Introducción: El manejo de la vía aérea durante la cirugía traqueal es complejo. La IOT a través de una zona estenótica puede ocasionar edema, laceración o sangrado. Nuestro objetivo es mostrar la eficacia de la utilización de la mascarilla laríngea Fastrach en el manejo de la vía aérea en estos casos, además de destacar sus ventajas respecto a la IOT tanto para anestelistas como para el cirujano.

Material y métodos: Se han estudiado 5 pacientes. La causa de la estenosis en 3 de ellos es idiopática y en dos postintubación. Tres fueron sometidos a resección traqueal con anastomosis terminoterminal, uno a resección traqueal ampliada a base de cricoides y otro a resección laringotraqueal tipo Pearson. Los parámetros analizados durante la cirugía fueron: calibre de la mascarilla, saturación de O₂ durante la intervención, y los tiempos de ventilación con la mascarilla laríngea antes de la intubación intracampo, intracampo una vez seccionada la tráquea, intubación orotraqueal a través de la mascarilla y de ventilación con Fastrach tras la retirada del tubo orotraqueal.

Resultados: La media de los tiempos obtenidos es la siguiente: 71' de ventilación con la mascarilla laríngea antes de la intubación intracampo (35-95), 75' de intubación intracampo (35-90), 37' de intubación orotraqueal a través de la mascarilla (30-50), y 16' de ventilación con mascarilla laríngea tras retirada del tubo orotraqueal (0-60). La saturación O₂ osciló entre el 98-100%. La estancia media fue de 8,2 días y en todos ellos la evolución postoperatoria transcurrió sin incidencias.

Conclusiones: El manejo operatorio con mascarilla laríngea Fastrach de los pacientes que son sometidos a una resección traqueal o laringotraqueal es seguro y es una técnica más sencilla que la introducción de un tubo a través de una estenosis, permitiendo una ventilación eficaz incluso en estenosis críticas de la vía aérea superior. Aunque es necesario un estudio con mayor nº de pacientes, nuestra experiencia inicial con el uso de esta técnica nos anima a seguir utilizándola, ya que, además de lo descrito previamente: evita el traumatismo en la región glótica y subglótica, permite realizar la IOT precisa en la última fase de la intervención sin necesidad de manipulación de la cabeza y boca del paciente y facilita el manejo post-extubación al ser posible continuar la ventilación mecánica a través de la mascarilla hasta que se completa la reversión anestésica.

FACTORES Y CAUSAS RELACIONADAS CON EL REINGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIÓN PULMONAR MAYOR

J. Hernández Ferrández, R. Embún Flor, P. Menal Muñoz, J.L. Recuero Díaz, M.J. Arraras Martínez, I. Royo Crespo, P. Martínez Vallina y J.J. Rivas de Andrés

Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: Conocer nuestra tasa y motivos de reingresos tras resección pulmonar mayor (RMN) y determinar los factores relacionados con el mismo.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de los pacientes (p.) intervenidos de RPM en nuestro Servicio, desde julio 2008 a junio 2010. La serie estuvo compuesta por 201 p. (hombres 165p. 82%) con una edad media de 63,8 años (23-83). Se analizaron un total de 42 variables perioperatorias (comorbilidad, relacionadas con la ciru-

gía, morbilidad postoperatoria y propias del reingreso). Se realizó un estudio descriptivo de las variables así como análisis uni y multivariante para establecer la relación con el reingreso.

Resultados: La serie presentó un 3,5% (7p) de mortalidad postoperatoria (alta hospitalaria o 30 días tras ella) y 5% (10p.) de mortalidad relacionada con la cirugía (90 días poscirugía), con 7 días de mediana de estancia hospitalaria. Se realizaron 33 neumonectomías (16%) y 168 lobectomías (84%). La tasa de reingresos fue del 7,5% (15p), con 14 días (2-375) de mediana entre el alta hospitalaria y el reingreso. Las complicaciones postoperatorias agrupadas más frecuentes fueron cardiorrespiratorias con 68p (33,8%): respiratorias con 43p (21,4%) destacando la insuficiencia respiratoria (IR) con 27p (13,4%) y cardíacas 38p (18,9%) destacando las arritmias con 28p (13,9%). La causa más frecuente de reingreso fue la neumonía 33% (5/15p), IR 28% (4/15p) y complicaciones pleurales 28% (4/15p). En el análisis univariante se pudo relacionar el reingreso con el riesgo ASA (I 0%, II 2,15%, III 12%, IV 14% p = 0,002), el índice ECOG (≥ 1 : 14% vs 0: 6%; p = 0,002) así como la presencia de IR, por cualquier motivo, durante el postoperatorio (18% vs 5,75% p = 0,003). Se puede destacar que la presencia de cardiopatía isquémica y la arritmia, como comorbilidades, poseían tendencia a la significación estadística (p = 0,1). El único factor significativo en el análisis multivariante fue el grado ECOG ≥ 1 con una OR 3,85 (IC95%: 1,10-15 p = 0,048).

Conclusiones: Creemos que la morbimortalidad derivada de los reingresos hospitalarios debería ser considerada en la evaluación de los resultados quirúrgicos en RPM, ya que añade información a la considerada en el concepto de "morbimortalidad postoperatoria". Creemos conveniente un seguimiento más estrecho después del alta en pacientes con antecedentes cardiológicos, ASA ≥ 3 , ECOG ≥ 1 e IR postoperatoria, ya que tienen un riesgo aumentado de reingreso hospitalario tras RPM.

HEMORRAGIA POSTOPERATORIA EN CIRUGÍA TORÁCICA

S. Sevilla López¹, I. Piedra Fernández², F. Quero Valenzuela¹, A. Alkourdi Martínez¹, F. Hernández Escobar¹, C.F. Giraldo Ospina¹, C.I. Bayarri Lara¹, F.J. Ruiz Zafra¹, A. Sánchez-Palencia Ramos¹ y A. Cueto Ladrón de Guevara¹

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves: Servicio de Cirugía Torácica; ²Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén: Cirugía Torácica.

Introducción: Una hemostasia adecuada es uno de los objetivos básicos del cirujano al finalizar una intervención quirúrgica, no obstante en ocasiones nos enfrentamos a hemorragias postoperatorias que requieren de una reintervención para su control, con el consiguiente aumento de morbi-mortalidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes reintervenidos por hemotórax, desde enero de 1998 hasta noviembre de 2010. Variables: sexo, edad, diagnóstico principal, técnica y vía de abordaje, tiempo transcurrido hasta reintervención, causa y mecanismo de control, complicaciones y supervivencia.

Resultados: 20 casos (31% de todas las intervenciones). 3 mujeres y 17 hombres. Edad media: 57,55 años. Diagnóstico y abordaje origen: 9 carcinoma broncogénico (toracotomías), 3 neumotórax (toracotomías), 3 patología pleural (toracotomías), 2 metástasis pulmonares (toracotomías), 1 neumopatía difusa (videotoracosopia), 1 miastenia gravis (esternotomía) y 1 hemotórax postraumático (drenaje torácico). Se realizó resección pulmonar en 13 casos: 7 neumonectomías, 4 resecciones en cuña y 2 lobectomías. Tiempo hasta reintervención: 10 casos en las primeras 12 horas, 3 en las primeras 24 horas, 3 a las 48 horas y 4 a partir de las 72 horas. Origen de la hemorragia: 7 de pleura parietal, 2 de boquilla vascular abierta, 1 de músculo intercostal, 1 de lecho de adenopatías, 1 de cortical interna de esternón y en 1 por dehiscencia/desgarro de vena pulmonar inferior a su entrada en aurícula izquierda. En el resto, 7 pacientes, no se identificó punto sangrante evidente. Tratamiento del hemotórax: evacuación de coágulos, lavado y

electrocoagulación en todos los casos, clips vasculares en 2 y ligadura del paquete en 1. En 9 se emplearon derivados de fibrina y en 1 de celulosa. En todos los casos la hemorragia se controló en el quirófano. Postoperatorio: 2 insuficiencia respiratoria, 2 fibrilación auricular, 1 atelectasia, 1 infección respiratoria, 1 HDA, 1 edema posneumectomía, 1, 1 fracaso multiorgánico y 1 sepsis por empiema. 5 exitos (20%).

Conclusiones: 1. La neumectomía por toracotomía es la cirugía con más riesgo de sangrado posoperatorio. 2 Es frecuente no encontrar el origen de la hemorragia en la reintervención. 3. En la mitad de los casos la reintervención se realiza en las primeras horas del postoperatorio.

HERIDAS TORÁCICAS POR ASTA DE TORO EN NUESTRA COMUNIDAD

E. Ramírez Gil¹, E. Vila Mayo¹, J.J. Guelbenzu Zazpe¹ y J. Agreda Sádaba²

Complejo Hospitalario de Navarra: ¹Cirugía Torácica, ²Radiodiagnóstico.

Introducción: Las heridas de asta de toro son frecuentes en nuestro medio pero resulta raro encontrarlas en el tórax. Presentamos la experiencia de nuestro centro en este tipo de lesiones.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo con revisión de historias clínicas de los pacientes ingresados en nuestro servicio con el diagnóstico de herida por asta de toro en tórax entre enero de 2000 y septiembre de 2010.

Resultados: Durante el periodo estudiado, se admitieron en nuestro hospital 209 pacientes con heridas de asta de toro de diversas localizaciones de las cuales solo 8 (3,8%) afectaban al tórax. Todos nuestros pacientes eran varones con una edad media de 31 años (rango 21-48). Todos ellos presentaban heridas únicas en tórax sin lesiones a otros niveles. Cuatro pacientes presentaban únicamente lesión de partes blandas con afectación de subcutáneo y planos musculares. En estos casos de llevó a cabo exploración de la herida con desbridamiento, lavados con suero betadinado, colocación de drenajes no espirativos y sutura de la misma. Cuatro pacientes presentaban heridas penetrantes en tórax y precisaron de toracotomía exploradora y reparación de las lesiones encontradas. En estos casos, lo más frecuentemente encontrado fueron fracturas costales por arrancamiento (3 casos), lesiones esternales (2 casos) por arrancamiento en la zona de entrada con afectación de las arterias mamarias y laceraciones pulmonares (2 casos). Únicamente se produjo un caso de lesión de grandes vasos (arco aórtico y vena cava superior) con resultado de fallecimiento intraoperatorio por hemorragia masiva. A todos los pacientes se les administró profilaxis antitetánica, antibióticos intravenosos y curas diarias de las heridas. Como única complicación postoperatoria, apareció un caso de dehiscencia de la herida. No hubo mortalidad postoperatoria aunque si intraoperatoria (12,5%). La estancia media de nuestros pacientes fue de 12,4 días (rango 4-18).

Conclusiones: A pesar de la frecuencia de heridas por asta de toro, resulta poco frecuente que se localicen en el tórax. A pesar de lo aparatoso de las mismas, la mitad no involucran a estructuras intratorácicas afectando únicamente a partes blandas. Cuando se produce afectación intratorácicas, la mortalidad asociada es importante.

IMPACTO DE LA EPOC EN LA MORBILIDAD POSTOPERATORIA TRAS RESECCIÓN PULMONAR MAYOR POR CÁNCER DE PULMÓN

P. Menal Muñoz, R. Embún, J. Hernández, J.L. Recuero, M. Arrarás, I. Royo, P. Martínez Vallina y J.J. Rivas de Andrés

Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: El objetivo es analizar las características clínicas de los pacientes EPOC intervenidos por cáncer de pulmón, examinando su

relación con complicaciones tras una resección pulmonar mayor (RPM).

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de los pacientes intervenidos por cáncer de pulmón mediante RPM en nuestro Servicio durante los años 2008 y 2009. Análisis estadístico en SPSS 15.0.1.

Resultados: La serie está formada por 178 pacientes (151 varones, 85%) con una edad media de 64 años (23-83). El 52% (92p) eran EPOC según los criterios de GOLD, siendo lo más frecuente el grado moderado (63p, 68,5%). La histología escamosa (91 p, 51%) y el diagnóstico en estadio I (104p, 58%) fueron lo más habitual. Encontramos relación entre el sexo masculino y la mayor edad con la EPOC ($p = 0,013$ y $p = 0,02$). En el análisis multivariante de las comorbilidades solo hallamos relación significativa entre la presencia de cardiopatía isquémica y la EPOC ($p = 0,02$). El total de comorbilidades y el ASA fueron también mayores en los pacientes afectados de obstrucción crónica ($p = 0,048$ y $p < 0,0001$). El 53% de la serie presentó complicaciones tras la cirugía, el 13% graves. El 35,4% fueron cardio-respiratorias, más frecuentes en los EPOC ($p = 0,02$). En el análisis multivariante de la morbilidad cardio-respiratoria solo se demostró relación con el grado de disnea de la Medical Research Council ($p = 0,013$). Analizando únicamente las complicaciones cardiológicas, la EPOC, la HTA y la realización de una neumectomía influyeron de forma relevante ($p = 0,017$, $p = 0,04$ y $p = 0,007$). Por otro lado, en la aparición de complicaciones respiratorias, el grado de disnea y la presencia de comorbilidad cardiológica fueron los únicos factores determinantes ($p = 0,04$ y $p < 0,0001$). La mediana de la estancia fue de 7 días, mayor en el grupo de EPOC ($p = 0,0018$). La tasa de mortalidad postoperatoria fue del 3,9% (7p).

Conclusiones: Encontramos una asociación frecuente entre EPOC y cáncer de pulmón. La mayor edad de estos pacientes aumenta el riesgo de comorbilidades y de posibles complicaciones cardio-respiratorias posquirúrgicas. Creemos que la evaluación preoperatoria previa a una RPM se debe basar en una adecuada valoración cardiorrespiratoria, especialmente en paciente con disnea y/o antecedentes cardiológicos, ya que los valores espirométricos no son lo suficientemente precisos.

LA EDAD ES EL PRINCIPAL PREDICTOR DE UNA MALA COLABORACIÓN CON LA DEAMBULACIÓN PRECOZ HOSPITALARIA

G.A. Obeso Carillo, E. Rivo Vázquez, J.C. Durán Toconas, M. Blanco Ramos, E. García Fontán, E. Peña González, J. Albort Ventura y M.A. Cañizares Carretero

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo: Cirugía Torácica.

Introducción: La deambulación precoz es esencial para la recuperación postoperatoria tras una toracotomía. Factores como el dolor, la depresión, los catéteres o el déficit de personal auxiliar y rehabilitadores pueden interferirla. Este estudio tiene por objetivo la determinación de aquellos factores que pueden predecir los grupos con mayor riesgo de inmovilidad y sedentarismo durante el postoperatorio inmediato.

Material y métodos: Se analizaron prospectivamente 41 pacientes -30 (73,2%) varones y 11 (26,8%) mujeres- con una edad media de 59,96 (DE 17,15) años, intervenidos consecutivamente a través de una toracotomía. En 27 casos (65,9%) el motivo de la intervención fue una enfermedad maligna. A todos los pacientes se les proporcionó un podómetro modelo Dista Newfeel 400 de la casa Oxylane (Francia), registrándose para cada uno de ellos la distancia diariamente recorrida en pasos. Se desarrolló una matriz de correlación lineal simple, así como un modelo de regresión lineal múltiple entre las siguientes variables: la suma de las distancias recorridas (DR) durante los primeros cuatro días postoperatorios (variable dependiente), el sexo, la edad, el índice de masa corporal, el diagnóstico de malignidad, la estancia en reanimación, la estancia hospitalaria, la duración en días de la intu-

bación pleural, de la oxigenoterapia, de la analgesia epidural y de la analgesia endovenosa.

Resultados: La distancia media recorrida durante los primeros cuatro días postoperatorios fue de 606,51 pasos (DE 1.416,16) y la mediana de 107 pasos. Se identificó correlación –expresada como coeficiente de correlación de Pearson (significación con 2 colas)– entre la DR y las siguientes variables: edad: -0,568 (0,000); duración de la oxigenoterapia: -0,459 (0,003) y duración de la analgesia endovenosa: -0,317 (0,044). Sin embargo, en el modelo de regresión lineal múltiple ($R^2 = 0,449$), la única variable que demostró asociarse de forma independiente con la DR fue la edad ($B = -49,235$, sig = 0,009).

Conclusiones: La edad, además de un factor fácilmente determinable, es el mejor predictor de una mala colaboración del paciente con la deambulación precoz postoperatoria. A la vista de estos resultados, creemos que está justificado destinar más recursos a los pacientes de edad avanzada con el fin de evitar su postración durante el postoperatorio inmediato y, de este modo, las complicaciones.

LIGADURA VIDEOTORACOSCÓPICA DERECHA CON INSUFLACIÓN DE CO₂ EN EL TRATAMIENTO DEL QUILOTÓRAX Y FÍSTULAS QUILOSAS CERVICALES

A. Arroyo Tristán, P. Martínez Martínez, M.J. Roca Calvo y J. Torres Lanzas

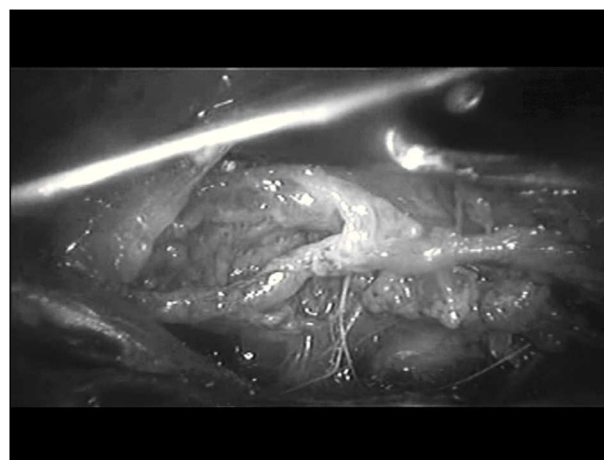
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: Un débito quiloso prolongado alto (> 700-1.000 cc/día) constituye una morbilidad infrecuente pero amenazante tras cirugía torácica o cervical. El análisis de líquido pleural o de quiste cervical con pH entre 7,40-7,80 y concentración de triglicéridos > 110 mg/dL establecen el diagnóstico de exudado quiloso. El manejo del quilotórax y la fístula cervical quilosa es controvertido puesto que no existe ningún ensayo prospectivo que sirva de guía. Las opciones terapéuticas incluyen medidas conservadoras con dieta baja en grasa y suplementada con triglicéridos de cadena media (acceden directamente al sistema portal sin pasar por los linfáticos intestinales), nutrición parenteral total, octreotide y/o pleurodesis química en aquellos casos de débito diario medio o bajo. En aquellos pacientes con débito alto, la cirugía videotoracoscópica ofrece baja morbilidad para la reparación o cierre de la fístula, aplicación de sellantes adhesivos, talcaje o ligadura del conducto torácico.

Material y métodos: Seleccionamos 4 pacientes con fístula quilosa cervical tras cirugía tiroidea y 2 con quilotórax (uno traumático postquirúrgico y otro espontáneo) tratados entre 2006 y 2010. Analizamos variables de diagnóstico, tiempo transcurrido desde la cirugía a la aparición de la fístula o quilotórax, tratamiento elegido en función del débito, estado clínico y nutricional del paciente, tiempo de resolución y estancia hospitalaria.

Resultados: Tres pacientes con quiloma cervical de bajo débito precisaron entre 4-8 meses de manejo conservador para la resolución del cuadro. Cuatro pacientes con alto débito siguieron tratamiento quirúrgico con ligadura videotoracoscópica derecha con insuflación de CO₂ del conducto torácico y posterior resolución en 2-3 días. Ver figura.

Conclusiones: El drenaje prolongado de un quilotórax o fístula cervical de alto débito debe ser evitado, puesto que la aparición de inmunodepresión y deterioro del estado nutricional (leucopenia, alteraciones electrolíticas, hipoproteinemia total e hipoalbuminemia) en estos pacientes, limitan su tolerancia frente a un tratamiento quirúrgico definitivo y conllevan una morbimortalidad elevada. La practicabilidad, con baja morbilidad y molestias para el paciente, de ligadura de conducto torácico mediante cirugía videotoracoscópica con insuflación de CO₂ incide positivamente acortando el deterioro clínico, recuperación y estancia del mismo.



MANEJO DEL TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE LA PLEURA: REVISIÓN DE NUESTRA EXPERIENCIA

J.L. Recuero Díaz, I. Royo, P. Menal, J. Hernández, M.J. Arrarás, R. Embún, P. Martínez Vallina y J.J. Rivas de Andrés

Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: El objetivo es analizar los procedimientos diagnósticos y opciones terapéuticas llevados a cabo por nuestro servicio para los pacientes afectos de tumor fibroso solitario de la pleura (TFSP).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de TFSP en nuestro servicio desde enero de 2001 a octubre de 2010. La recogida de datos se llevó a cabo mediante revisión de historias clínicas y contacto telefónico con pacientes o familiares. La mediana de seguimiento fue de 48 meses.

Resultados: La serie se compone de 20 pacientes (p) (8 varones y 12 mujeres) con una edad media de 62 años (34-82). El 90% (18p) eran no fumadores y el 5% (1p) había tenido contacto con asbesto. Fue un hallazgo casual en 45% (9p) y de los restante la clínica más frecuente fue el dolor torácico (5p). Dos pacientes presentaron osteopatía hipertrófica pulmonar, uno de ellos con acropaquias; otro presentó hipoglucemia. El diagnóstico de sospecha por imagen más frecuente fue la TAC (19p). Se realizó PET en 5p (20%) siendo positivo en 3p (15%). A 6p (30%) se les practicó PAAF siendo diagnóstica en 2p (10%). La localización más habitual fue la pleura visceral del lóbulo inferior izquierdo. En cuanto a los aspectos quirúrgicos, la vía de acceso fue abierta, bien toracotomía o minitoracotomía, en 16 p (80%) y CVT en 4p (20%), realizándose resección del tumor en 19p (95%) y lobectomía en un paciente (5%). El tamaño medio fue de 7,8 cm (1,5-18). Solo 2p (10%) presentaron complicaciones postoperatorias manejadas en planta (quilotórax y hemoptisis). Todos los pacientes presentaban márgenes quirúrgicos libres en el estudio anatomopatológico y solo en 2p (10%) se presentó como invertido. Cuatro pacientes (20%) fueron diagnosticados de TFSP maligno; el 80% fue benigno. La mediana de días de estancia postoperatoria fue 4,5. Solo recidivó un paciente (5%) a los dos meses de la cirugía falleciendo a los 6 meses de la recidiva. Este fue uno de los malignos. El resto de los pacientes permanecen vivos y libres de enfermedad.

Conclusiones: Los TFSP son una entidad poco común que habitualmente se diagnostican como hallazgo casual, si bien puede asociarse a otra sintomatología. La TAC torácica es la técnica de imagen de elección para el diagnóstico de dicha patología. En nuestra serie, la vía de acceso más utilizada fue la toracotomía debido al tamaño del tumor. Con un tratamiento quirúrgico adecuado, tienen una supervivencia muy favorable.

METÁSTASIS DE SARCOMA EN VÉRTICE PULMONAR, ABORDAJE QUIRÚRGICO Y TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR

M. Sánchez-Carpintero Abad¹, M.A. Tamura Ezcurra²,
S. Martín Algarra³ y W. Torre Buxalleu²

Clínica Universidad de Navarra: ¹Departamento de Neumología, ²Departamento de Cirugía Torácica, ³Departamento de Oncología.

Introducción: El comportamiento de los sarcomas de partes blandas y óseos es cada vez más conocido, requiriendo un abordaje multidisciplinar. Su tratamiento se basa en la resección local acompañada de quimio y radioterapia en la mayoría de los casos. Aun así, es frecuente la progresión metastásica a nivel pulmonar o en pared costal, presentándose como una lesión única. Cuando esto ocurre en el vértice pulmonar, existen diferentes abordajes quirúrgicos tales como la toracotomía posterolateral descrita por Paulson, la cervicotomía anterior en forma de L invertida de Darteville o abordaje trasmanubrio como modificación de esta última, descrita por Grunenwald.

Material y métodos: Se describen 6 casos de sarcoma como tumor primario con metástasis en el vértice pulmonar o pared costal, intervenidos mediante diferentes abordajes quirúrgicos. Se muestran las complicaciones postoperatorias y los resultados obtenidos en la evolución de la enfermedad.

Resultados: Se trata de pacientes en edades comprendidas entre los 22 y los 51 años con diagnóstico de sarcoma como tumor primario (osteosarcoma osteoblástico de peroné, otro caso en fémur, condrosarcoma de arco costal, sarcoma sinovial en región inguinal, liposarcoma mixoide de muslo y sarcoma de Ewing costal). Todos ellos fueron tratados mediante cirugía local y la mayoría recibieron quimio y radioterapia de forma neoadyuvante o adyuvante. Desarrollaron metástasis en el vértice pulmonar y/o pared costal como lesión única. Se resecaron según diferentes abordajes (toracotomía posterolateral, cervicotomía anterior en L invertida trasclavicular y trasmanubrio) según la localización, las estructuras afectadas y las cirugías previas. En 4 de los casos hizo falta reintervención pulmonar por progresión. Otro caso presentó progresión a nivel pulmonar y óseo por lo que se desestimó la cirugía y falleció al año del diagnóstico. Los otros casos se encuentran libres de enfermedad a los 12, 13, y 21 años tras el diagnóstico.

Conclusiones: Los tumores del vértice pulmonar son un reto quirúrgico. En el contexto de un tratamiento complementario, la cirugía es una herramienta fundamental del manejo multidisciplinar. El abordaje dependerá de la localización del tumor, estructuras implicadas e intervenciones previas.

MORBIMORTALIDAD REGISTRADA EN CIRUGÍA TORÁCICA

G. Rosado Rodríguez, I. Escobar Campuzano, F. Rivas Doyague,
A. Ureña Lluveras, J. Toñáñez Fleitas, P. Rodríguez Taboada,
I. Maciá Vidueira, R. Ramos Izquierdo, J. Saumench García
y J. Moya Amorós

Hospital Universitario de Bellvitge: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: Describimos las características de pacientes ingresados en el Servicio de Cirugía torácica del Hospital de Bellvitge, durante el periodo comprendido entre enero 2006 y noviembre 2010, determinando la prevalencia de las distintas patologías, las complicaciones y la mortalidad intrahospitalaria.

Material y métodos: Estudiamos retrospectivamente 2.601 pacientes ingresados en forma consecutiva en nuestro servicio. Se analizaron los resultados en forma global y distribuida en siete categorías que agrupan enfermedades similares en localización y origen. Estas subgrupos

son: la patología traqueal, la patología pulmonar, la enfermedad pleural, las lesiones de pared torácica de origen tumoral, por anomalías de pared e incluidas las disautonomías del sistema nervioso simpático, las lesiones en diafragma, la patología mediastínica y finalmente las lesiones torácicas generadas por accidentes/agresiones, que fueron agrupadas como patología traumática.

Resultados: Encontramos 2.601 pacientes registrados, con predominio de sexo masculino, 1.778 pacientes (68%). El número de pacientes que presentaron alguna complicación fue de 352 (14%), destacando como la más frecuente el neumotórax con/sin fuga aérea presente en 110 pacientes. La mortalidad general intrahospitalaria fue de 1,3%. La patología más frecuente fue la de origen pulmonar con un total de 776 pacientes (30%). En este grupo más de la mitad de los pacientes fueron ingresados con diagnóstico de carcinoma broncogénico. Se describen complicaciones en un 24%, sin embargo la mortalidad intrahospitalaria fue de 2% de los pacientes de esta categoría. Los pacientes con patología pleural, son el segundo grupo predominante en nuestra serie, constituida por 742 pacientes (29%), cuyo diagnóstico más frecuente fue el neumotórax. Las lesiones torácicas traumáticas representan el 15% de los ingresos, mientras que patologías de pared torácica de origen no traumático constituyen el 14% de los pacientes. Las enfermedades mediastínicas, la patología traqueal y el grupo de las lesiones diafragmáticas, en conjunto suponen el 12% de los pacientes estudiados.

Conclusiones: Las enfermedades que pueden ser tratadas en un servicio de cirugía torácica son un grupo heterogéneo. Los registros de morbi-mortalidad son un eficaz medio de autoevaluación que permite cuantificar la morbilidad y mortalidad de esta población específica. Esto permite la corrección de posibles fallos terapéuticos y permite establecer sistemas de prevención.

NEUMONECTOMÍAS DE COMPLECIÓN: SERIE DE CASOS

M.J. Arrarás Martínez, J. García Tirado, P. Menal Muñoz,
J. Hernández Ferrández, J.L. Recuero Díaz, I. Royo Crespo,
R. Embún Flor y J.J. Rivas de Andrés

*Hospital Miguel Servet y Hospital Clínico Lozano Blesa:
Servicio de Cirugía Torácica.*

Introducción: Las neumonectomías de compleción están indicadas en el tratamiento quirúrgico de patología sobre el remanente pulmonar tras intervenciones previas, obligando a su extirpación. Su morbi-mortalidad es muy superior a las neumonectomías convencionales, especialmente si se deben a patología benigna.

Material y métodos: Se revisa retrospectivamente la serie de pacientes (p.) intervenidos entre enero de 2001 y septiembre de 2010 en nuestro S. de Cirugía Torácica. Se recogen 12 p. que cumplen los criterios de inclusión en el estudio. Se realiza un análisis descriptivo.

Resultados: La edad media fue de 63,58 años (51-78). La neumonectomía fue izquierda en el 75% de los casos. La afectación lobar previa por tumor primario (11 p.) fue del 43% en LSI, 19% en LII y del 19% para LSD y LID respectivamente; 1 p. había sido sometido a lobectomía del LSI por hidatidosis pulmonar. La indicación fue por recidiva de enfermedad neoplásica en 8 p., 1 primer episodio de neoplasia (lobectomía por hidatidosis previa), y 3 p. por complicaciones posquirúrgicas (1 inmediata -fístula broncopleural-, 2 tardías -fístula broncopleural y atelectasia refractaria-). De los 9 p. con indicación electiva por neoplasia, 5 pacientes presentaban tumoración en lóbulo pulmonar remanente (2 en LII, 2 en LSI y 1 en LSD), 2 pacientes presentaron recidiva sobre el muñón bronquial y 2 sobre bronquios principales (derecho e izquierdo respectivamente). El ILE medio fue de 18,6 meses en los 8 p. con recidiva neoplásica (8-72). El hallazgo TAC de masa pulmonar se

produjo en 8 de los pacientes con indicación por neoplasia, y la broncoscopia confirmó tumor endobronquial en 3. El estudio PET fue sugestivo de malignidad en los 6 p. a los que se efectuó, sin evidencia de afectación adenopática. El FEV1 medio fue 74,8% (66-110%). El 56% de las neoplasias son adenocarcinomas (5 p.), el 34% son carcinomas escamosos (3 p.) y 1p. (10%) presentó un tumor neuroendocrino bien diferenciado. 10 p. presentaron complicaciones postoperatorias; uno de ellos requirió retorcotomía por sangrado a las 24h. La mortalidad postoperatoria fue del 17% (2 p.). La media de seguimiento fue de 27,6 meses, con una supervivencia a los 1, 3, 5 años de 50, 25 y 17 meses respectivamente (mediana: 28 meses). 3 pacientes (25%) se encuentran vivos actualmente.

Conclusiones: La neumonectomía de compleción es una técnica con elevada morbi-mortalidad; no obstante, podría mejorar la supervivencia en casos seleccionados.

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO RECIDIVANTE TRAS VIDEOTORACOSCOPIA (NEPRTV): DESCRIPCIÓN DE NUESTRA SERIE

S. García Barajas, M. García Sáez, D. León Medina, C. López García y R. Risco Rojas

Hospital Infanta Cristina: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: El neumotórax espontáneo primario es una patología relativamente frecuente entre la población joven, constituyendo además una de las principales demandas de asistencia en un servicio de cirugía torácica. Los procedimientos terapéuticos en esta patología están perfectamente definidos, siendo la videotoracoscopía (VATS) el tratamiento de elección en los casos con indicación quirúrgica. Sin embargo, a pesar de una correcta realización de la técnica quirúrgica, existe un determinado número de casos que presentará una recidiva del neumotórax tras la cirugía (NEPRTV). El objetivo de la comunicación es definir las características clínicas de los NEPRTV de nuestra serie.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de las historias clínicas de los pacientes con NEP tratados en el servicio entre mayo de 2001 y diciembre de 2009, con un seguimiento mínimo de 12 meses. En los casos con indicación quirúrgica (2º episodio ipsilateral, contralateral a neumotórax previo, bilateral simultáneo, 1º episodio en ciertos casos), se realizó VATS con bullectomía mediante endograpadora y pleurodesis mecánica abrasiva. Cuando se produjo una recidiva tras la VATS, se indicó la toracotomía sin sección muscular, con segmentectomía pulmonar y pleurectomía apical.

Resultados: 1. Neumotórax espontáneo primario: 219 casos (82% varones; 18% mujeres). Edad: 82% por debajo de 36 años. 2. Neumotórax espontáneo primario intervenido mediante VATS: 124 de los 219 casos (56%). Edad: 88% por debajo de 36 años. 3. Neumotórax espontáneo primario recidivante tras VATS: 13 casos de 124 VATS (10,5%). Varones (84%); mujeres (16%). Reintervenciones mediante toracotomía: 11 casos. En todos los casos reintervenidos solamente existían adherencias en el vértice pulmonar y se evidenciaron "nuevos" blebs en la pieza quirúrgica. Recidiva tras toracotomía: 1 caso.

Conclusiones: El índice de recidiva del neumotórax espontáneo primario tras tratamiento quirúrgico mediante VATS es muy alto en nuestra serie (10,5%). En todos los pacientes reintervenidos mediante toracotomía objetivamos dos hallazgos que pudieran explicar la elevada cifra de recidivas: ausencia de sínfisis pleural significativa y presencia de "nuevos" blebs en la pieza quirúrgica. Dada la escasa eficacia de la pleurodesis mecánica, se podría plantear otros métodos de pleurodesis.

PAPEL DE LA CIRUGÍA DE RESECCIÓN EN PACIENTES CON TRASPLANTE PULMONAR PREVIO

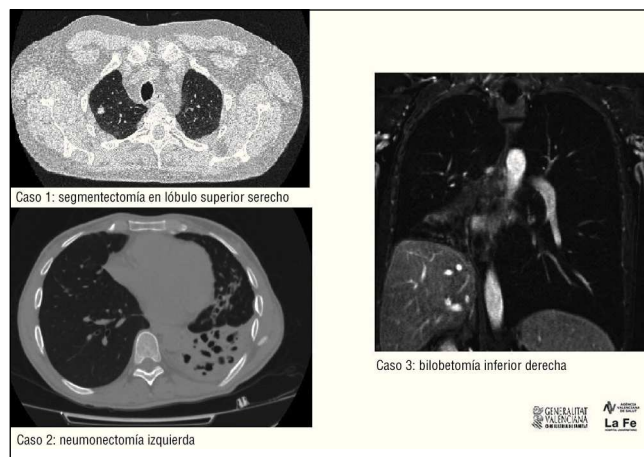
J.A. González García¹, J. Escrivá Peiro¹, A. Pastor Colom², A. García Zarza¹, C. Jordá Aragón¹, E. Pastor Martínez¹, J.G. Sales Badía¹, J. Pastor Guillem¹, K. de Aguiar Quevedo¹, V. Calvo Medina¹, A. Solé Jover², E. Ansotegui Barrera² y P. Morales Marín² (Grupo de Trasplante Pulmonar del Hospital Universitario La Fe)

Hospital Universitario La Fe: ¹Cirugía Torácica, ²Unidad de Trasplante Pulmonar.

Introducción: El trasplante pulmonar es una cirugía de alta morbilidad que se utiliza como último recurso en enfermedades pulmonares terminales, progresivas, incapacitantes e irreversibles. En nuestro hospital, se realizan alrededor de 25 trasplantes pulmonares por año. Se han hecho 407 trasplantes pulmonares desde el año 1992 hasta diciembre de 2010. Las complicaciones por la inmunosupresión son la causa principal de morbi-mortalidad. Con la mejoría paulatina de la supervivencia, la técnica y el manejo, se espera que la necesidad de resecciones pulmonares post-trasplante por patología añadida, sea directamente proporcional. Es por eso que decidimos compartir nuestra experiencia.

Material y métodos: Seguimiento de 3 casos clínicos de resección pulmonar en pacientes trasplantados.

Resultados: Caso 1: varón, 43 años con diagnóstico de histiocitosis X. Trasplante bipulmonar 14/10/2009. Nódulo pulmonar solitario LSD con PET y PAAF positivas. Segmentectomía LSD 27/08/2010. AP: Adenocarcinoma metastásico de colon (donante). Estancia en reanimación: 1 día. Caso 2: varón, 40 años con trasplante bipulmonar 14/02/2003 por bronquiectasias. Dilataciones neumáticas en 16 ocasiones y 2 prótesis en bronquio principal izquierdo con colonización por *Aspergillus flavus*. Destrucción de parénquima pulmonar y pérdida de volumen observadas en RMN y TAC. Neumonectomía izquierda 06/10/2010. Estancia en reanimación: 1 día. Caso 3: varón, 30 años con trasplante bipulmonar en abril de 1998 por fibrosis quística. TBC miliar en abril de 2006 con foco pulmonar y prostático, con baciloscopia (+) que se controla con tratamiento específico. Embolización por hemoptisis en 3 ocasiones y sobreinfección por *Aspergillus fumigatus* refractaria a tratamiento. TAC con condensación en LM y atelectasia masiva de LI derechos con destrucción de parénquima pulmonar. Bilobectomía inferior derecha 06/07/2007. AP: Embolización arterial por material inorgánico con trombosis masiva, sin evidencia de hongos ni micobacterias. Estancia en reanimación: 3 días. Estudio preoperatorio completo, hallazgo intraoperatorio común de adherencias y sin complicaciones postoperatorias o fuga aérea en los 3 casos.



Conclusiones: Concluimos en nuestra experiencia, que no existen dificultades técnicas especiales al intervenir pacientes post-trasplantados; salvo las ya conocidas por ser segunda intervención, ni tam-

co preparación o cuidados distintos a los del manejo usual de un trasplante pulmonar.

PAPEL DE LA CIRUGÍA TORÁCICA EN EL PACIENTE CON HEMOPTISIS

E.M. Fieira Costa, M. Paradela de la Morena, J.A. García Salcedo, L. Méndez Fernández, M. Delgado Roel, R. Fernández Prado, D. González Rivas, M.M. de la Torre Bravos y J.M. Borro Maté

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: La hemoptisis es un síntoma muy frecuente en la práctica médica diaria. Al ser inespecífico, son múltiples las causas que pueden dar lugar a este síntoma. Según la etiología y la cuantía del sangrado, la cirugía torácica puede tener un papel importante a la hora de evitar la recurrencia de los episodios.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de 230 pacientes (p) ingresados en nuestro hospital con diagnóstico de hemoptisis en los últimos 5 años (enero/2005-octubre/2005), con una edad media de 62 años (5-98), siendo el 71% varones.

Resultados: El 50% presentaban esputos hemoptoicos y/o hemoptisis leve (< 30 mL), el 33% hemoptisis franca/moderada (30-600 mL) y un 16% hemoptisis amenazante/masiva (> 150 mL/h; > 600 mL/24-48h). La mediana de episodios que requirieron de ingreso fue de 1 (1-8). El servicio en el que ingresaron fue Neumología (39%) y Medicina Interna (36%). El 12% precisaron ingreso en UCI (28p, de los cuales 24p presentaban hemoptisis amenazante/masiva). La etiología más frecuente fue: infecciosa (20%), secuelas/lesiones crónicas (20%), bronquiectasias (16%) y neoplásica (16%). Hasta en un 13% la causa fue idiopática. El tratamiento del episodio fue médico conservador en un 91%. El 6% (14p) se resolvió mediante embolización radiológica urgente (11p por hemoptisis masiva/amenazante, 3p por hemoptisis franca/moderada recurrente). Solo 1p (0,4%) requirió cirugía urgente, por hemoptisis amenazante/masiva. Tan solo el 5% (11p) fueron finalmente intervenidos quirúrgicamente, 10p de forma electiva y 1p de forma urgente. La resección realizada fue: lobectomía (54%, 6p), bilobectomía (18%, 2p), resección bronquial con sutura bronquial (18%, 2p) y neumonectomía (9%, 1p). Las causas fueron: tumor carcinoide (4p), carcinoma epidermoide (4p), Aspergilloma cavitado (1p), TB activa no diagnosticada previamente (1p) y Bronquiectasias (1p). El 10% de los p fallecieron durante el ingreso hospitalario. Ninguno de los p intervenidos falleció en el periodo postoperatorio.

Conclusiones: En nuestra serie, las causas más frecuentes de hemoptisis que requieren de tratamiento quirúrgico son la etiología tumoral y las lesiones fibrocicatriciales crónicas. Los pacientes subsidiarios de cirugía en la hemoptisis suelen requerir de resecciones pulmonares mayores. Aunque la hemoptisis es un síntoma muy frecuente en la patología broncopulmonar, no es habitual que los pacientes con este diagnóstico requieran de tratamiento quirúrgico.

PAPEL DEL BISTURÍ ULTRASÓNICO EN CIRUGÍA DEL SISTEMA NERVIOSO SIMPÁTICO

C. Martínez-Barenys¹, M. Mesa Guzmán¹, A. Melero², J. Pérez¹, P. López de Castro¹, S. García Reina¹ y J. Astudillo¹

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol: ¹Servicio de Cirugía Torácica, ²Servicio de Anestesiología y Reanimación.

Introducción: La cirugía endoscópica del sistema nervioso torácico simpático (SNTS) se ha consolidado como una opción eficaz para el tratamiento de la hiperhidrosis y/o rubor facial. Pese a ser una técnica con prácticamente nula mortalidad y baja morbilidad, el uso de energía eléctrica para la disección-sección del SNTS se ha relacionado

con una posible dispersión de energía que podría incrementar las complicaciones (sobre todo sd. de Horner). Persiguiendo minimizar estos teóricos riesgos se ha difundido el uso del bisturí ultrasónico alegando que este minimiza el daño térmico sobre las estructuras circundantes e incluso disminuye la incidencia de complicaciones. El objetivo de este trabajo es comparar los resultados obtenidos con el uso de bisturí eléctrico y el bisturí ultrasónico en nuestro programa quirúrgico del SNTS.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 180 procedimientos videotoracoscópicos (92 clipajes y 96 simpaticolisis) realizados entre enero 2007-marzo 2010. Nivel de interrupción del SNTS según enfermedad de base. Se usó bisturí ultrasónico (Ultracision®, Ethicon) en 114 procedimientos y diatermia unipolar en 66 según disponibilidad. Análisis estadístico mediante t-Student o U de Mann-Whitney según condiciones de aplicabilidad (variables cuantitativas) y chi-cuadrado y test exacto de Fisher para variables cualitativas (significación estadística: p = 0,05).

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 29,3 (± 9,7) años con predominio de mujeres (68,9%). El tiempo quirúrgico medio fue de 75 (± 22) min/paciente con una estancia media post-IQ: 294 (± 70) minutos. La distribución de clipaje vs simpaticolisis fue similar entre los 2 grupos: clipándose el 51.5% de los casos en el grupo de diatermia y el 47.4% en el grupo de ultrasónico (p = 0,7). No hubo mortalidad y la morbilidad global fue del 20% (18 pacientes), no hubo ningún caso de sd. Horner. Requhirieron ingreso 12 pacientes (13,3%). El 88% de los pacientes expresaron un grado de satisfacción bueno/muy bueno. No hubo diferencias entre los 2 grupos en ningún aspecto intra o postoperatorio ni en las variables resultado.

Conclusiones: La cirugía del SNTS es una técnica segura, prácticamente sin recidivas y con alto grado de satisfacción entre los pacientes. No hemos hallado diferencias entre el uso de bisturí ultrasónico y el asa de diatermia. Pese a ello creemos que, en caso de bloqueo del 2º ganglio simpático, el bisturí ultrasónico podría ofrecer cierta ventaja técnica.

POLIMORFISMOS Y ACTIVIDAD DE TIMIDILATO SINTASA EN EL CARCINOMA NO MICROCÍTICO DE PULMÓN EN ESTADIO I

J.L. García Fernández, R. Moreno Balsalobre, S. Amor Alonso, E. Ovejero Merino, M. Jiménez Fernández, M.L. López Arévalo, Y. Wah Pun Tam y J. Prieto Vicente

Hospital Universitario de la Princesa: Cirugía Torácica.

Introducción: Incluso en etapas iniciales la supervivencia del CNMP no supera el 50-70% a 5 años. La posibilidad de determinar alteraciones de oncogenes y genes supresores permite la detección de nuevos factores pronósticos. La timidilato sintasa (TS) es una enzima que interviene en la síntesis de ADN y es la enzima limitante del ciclo de síntesis de dTMP. La elevada expresión intratumoral de la misma ha sido descrita como un factor de mal pronóstico en diferentes tumores.

Material y métodos: Se realiza un estudio de 108 pacientes con CPN-CP en estadio I que han recibido tratamiento quirúrgico. Se analizan mediante técnicas de PCR-RFLP la presencia de polimorfismos de TS como el VNTR, el SNP o el Ins1494del 6pb en los pacientes y en una muestra de 145 voluntarios sanos. Mediante estudio estadístico, utilizando t de Student y ANOVA, cuando las variables cuantitativas seguían una distribución normal. Cuando no seguían una distribución gaussiana, se empleó el test de Mann-Whitney o el test de Kruskal-Wallis. En el caso de comparar dos variables discretas, se utilizó el test chi-cuadrado. La magnitud de la asociación se estimó mediante Odds Ratio.

Resultados: El genotipo de TS 2R/3R es el más frecuente en los pacientes muertos. Aunque no existe diferencia significativa sí se aprecia una tendencia a mayor frecuencia. En los pacientes con el alelo 6-

(port 6-) existe una tendencia de mayor frecuencia en las mujeres (61,1%) respecto a los hombres (47,5%) sin alcanzar significación estadística. En el grupo de pacientes la combinación Kawakami D de alta expresión de TS se presenta con el doble de casos (16%) que en el de voluntarios (8,9%). El genotipo 6-/6- de TS presenta un menor tiempo libre de enfermedad con una mediana de 7,37 (0-22,3) meses, respecto a los genotipos 6+/6+ con una mediana de 35,4 (20,7-50,0) meses y 6+/6- con una mediana de 29 (15,0-42,9) meses ($p = 0,04$). El genotipo de TS predominante en todas las estirpes tumorales es el 2R/3R, con una frecuencia del 59,3% en los adenocarcinomas, 64,7% en los carcinomas epidermoides, el 47,1% en los carcinoides y el 71,4% en los pobremente diferenciados ($p = 0,073$).

Conclusiones: El genotipo 2R/2R del polimorfismo VNTR de TS se asocia con una mayor supervivencia global. Los pacientes con el genotipo 6-/6- del polimorfismo Ins1494Del 6pb de TS presentan una disminución significativa de la supervivencia libre de enfermedad. Financiado por Beca SEPAR 2007.

PRIMEROS 2 AÑOS DE LOBECTOMÍA VATS DE 3 VÍAS DE ACCESO. SERIE DE 41 CASOS

R. Embún Flor, P. Menal Muñoz, J. Hernández Ferrández, I. Royo Crespo, J.L. Recuero Díaz, M. Arrarás Martínez, P. Martínez Vallina y J.J. Rivas de Andrés

Hospital Universitario Miguel Servet y Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa: Cirugía Torácica.

Introducción: Con el actual trabajo pretendemos analizar nuestra experiencia inicial y evolución en lobectomía VATS en cuanto a indicaciones, técnica quirúrgica y complicaciones postoperatorias.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de los pacientes intervenidos de lobectomía VATS en nuestro Servicio durante el periodo entre agosto 2008 y octubre 2010. En una base de datos diseñada para el actual estudio, se incluyeron 38 variables codificadas que fueron analizadas en SPSS 15. Después de realizar un estudio descriptivo de dichas variables, procedimos al análisis comparativo en función del periodo de inclusión.

Resultados: La serie la componen 41 pacientes, siendo varones el 71% ($n = 29$), con una edad media de 64 años (rango: 35-80). El diagnóstico fue carcinoma de pulmón en el 95% ($n = 39$). La distribución por estadios fue: IA 39% ($n = 16$), IB 26,8% ($n = 11$), IIA 9,8% ($n = 4$), IIB 12,2% ($n = 5$) y IIIA 7,3% ($n = 3$). El tamaño medio tumoral fue de 31 mm (rango: 16-58 mm). Las resecciones realizadas con mayor frecuencia fueron: LSD 31% ($n = 13$) y LSI 24% ($n = 10$). El tiempo medio quirúrgico fue de 224 min (error estándar 8 min, rango: 90-330 min). La morbilidad global fue del 36% ($n = 15$), siendo complicaciones mayores únicamente el 7% ($n = 3$). Las complicaciones más frecuentes fueron: respiratorias 17% ($n = 7$), cardiológicas 7% ($n = 3$), fuga aérea persistente 7% ($n = 3$) y necesidad de transfusión sanguínea 4,8% ($n = 2$). No hubo mortalidad postoperatoria. La estancia media postoperatoria fue de 6,5 y la mediana de 5 días (rango: 2-19). Dividiendo nuestra experiencia en 2 periodos de 13 meses cada uno de ellos, pudimos demostrar diferencias significativas en cuanto al estadio tumoral (estadio I: 87% vs 57% Fisher $p = 0,04$), tamaño tumoral (media: 26 vs 34 mm, t-Student $p = 0,002$) e índice de sustitución de lobectomía (16/96 = 16% vs 25/87 = 28%, chi-cuadrado $p = 0,013$). Sin embargo el tiempo quirúrgico (media: 238 vs 209 min, t-Student $p = 0,07$) y el índice de complicaciones no variaron de forma significativa (menores: 23 vs 33%, y mayores 5 vs 8% Fisher $p = 0,78$).

Conclusiones: La lobectomía VATS es una técnica con una baja morbimortalidad siendo la mayoría de las complicaciones menores. Creemos que los mejores indicadores para reflejar la progresiva experiencia de un equipo quirúrgico son el índice de sustitución para lobectomía (lobectomía VATS/lobectomías abiertas) y la ampliación de las indicaciones en relación con el tamaño y estadio tumoral.

QUILOTÓRAX: ANÁLISIS DE 11 CASOS

J.L. Campo-Cañaverl de la Cruz, D.A. Valdivia Concha, S. Crowley Carrasco, L. Macías Sotuela, F.J. Moradiellos Díez, D. Gómez de Antonio, M.M. Córdoba Peláez, J.M. Naranjo Gómez y A. Varela de Ugarte

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: Cirugía Torácica.

Introducción: El quilotórax es una entidad clínica poco frecuente con diferentes etiologías que se manifiesta como salida de líquido linfático a la cavidad pleural, generalmente la derecha. En esta serie recogemos 11 casos de quilotórax manejados tanto de forma conservadora como quirúrgica.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 11 casos de quilotórax diagnosticados entre 2001 y 2010 en el servicio de Cirugía Torácica del HUPHM. Las variables estudiadas son: edad, sexo, etiología, tipo de resección, lateralidad, diagnóstico bioquímico, manejo conservador (dieta absoluta, nutrición parenteral, drenaje torácico, análogos de somatostatina (octreótide)) o quirúrgico y sus complicaciones.

Resultados: De los casos analizados, 6 eran mujeres y 5 hombres, con edad media de 51, 5 años (DE 18,9). 10 de los casos son de etiología postquirúrgica y uno de ellos, postraumática. 6 de los casos fueron izquierdos de los cuales 4 fueron resecciones del lóbulo inferior izquierdo (LII), 1 lóbulo superior izquierdo (LSI) y tras resección de 1 divertículo de Kommerell. 5 fueron derechos y, de estos, 2 fueron tras esternotomía media (recambio valvular mitral y masa mediastínica), 1 por resección lóbulo inferior derecho (LID), 1 quiste mediastínico posterior y 1 caso postraumático. El diagnóstico bioquímico (triglicéridos > 110 mg/dl y colesterol < 200 mg/dl se consiguió en 9 (81%) de los 11 casos. 7 de los casos se manejaron de forma conservadora con dieta absoluta (DA), nutrición parenteral (NPT) y drenaje endotorácico (DET). La media de mantenimiento de la DA y la NPT en estos pacientes fue de 11,1 días. Los otros 4 pacientes, además, recibieron 0,1 μ g/24 horas de octreótide s.c. siendo la mediana en días de tratamiento de 7, pasando en 2 de ellos de un débito de > 900 ml/día a través del DET a < 150 ml/día. Los otros 2 casos tratados con octreótide mantuvieron un débito de aspecto lechoso de > 400 ml/día por lo que se decidió intervenirlos quirúrgicamente (ligadura supradiafragmática del conducto torácico). Solo se registró una complicación posquirúrgica en forma de neumonía.



Conclusiones: El quilotórax se presenta con escasa frecuencia (1,3%) como complicación posquirúrgica. Al menos en nuestra serie, se presenta de forma más frecuente en el lado izquierdo. El manejo conservador (DA+NPT+DET+análogos de somatostatina) ofrece buenos resultados aunque aumenta la estancia hospitalaria con respecto al

tratamiento quirúrgico (ligadura supradiaphragmática del conducto torácico).

RENTABILIDAD DIAGNÓSTICA DE LA MEDIASTINOSCOPIA EN ADENOPATÍAS Y MASAS MEDIASTÍNICAS NO RELACIONADAS CON CARCINOMA BRONCOGÉNICO

L.A. Hernández Arenas, F.J. Aragón Valverde, P. Gato, M. Vaquero Cacho y J. Rodríguez Rodríguez

Hospital Central de Asturias: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: La mediastinoscopia cervical (MCS) es un método invasivo que se utiliza para estadificar y diagnosticar la enfermedad del mediastino superior y medio. Las adenopatías, masas y tumores mediastínicos (TM) precisan de un diagnóstico histológico definitivo para lo cual se dispone de técnicas percutáneas (BAAG, PAAF) y endoscópicas (biopsia transbronquial o transesofágica). La falta de diagnóstico histológico definitivo con estas técnicas hace necesaria la realización de una biopsia quirúrgica utilizando técnicas más invasivas como la MCS.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, 47 pacientes se operaron de MCS (2004-2010) en el Servicio de C. Torácica del H. Univ. de Asturias. Los pacientes fueron remitidos a nuestras consultas procedentes en la mayoría de los casos de los servicios de Neumología de toda la región. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes. Se incluyeron aquellos casos de adenopatías y masas mediastínicas no relacionadas en un principio con carcinoma broncogénico y masas mediastínicas en aquellos casos en los que no se había podido obtener material histológico suficiente mediante otro tipo de técnicas. Análisis estadístico con el programa SPSS15 con el método chi cuadrado de Pearson, además se valoró la sensibilidad (S) especificidad (E) Valor Predictivo Positivo (VPP) Valor Predictivo Negativo (VFN) y la Rentabilidad Diagnóstica (RD).

Resultados: Total de 47 MCS, 25 varones 53,2%, 22 mujeres 46,8% con una media de edad de 56,08 con una dt 15,35. La indicación más frecuente fueron las adenopatías mediastínicas en el 68,08% de los casos y 31,91% TM (tabla 1). El diagnóstico histológico definitivo más frecuente fue la sarcoidosis 44,68%, linfoma no Hodgkin en 17,02%, carcinoma mediastínico en 8,51% y neumoconiosis en 6,38% de los casos, el resto de diagnósticos de menor prevalencia se aprecian en la (tabla 2). S 95,45%, una E 100%, VPP 100% y VP 70%, RD 96% (tablas 3 y 4).

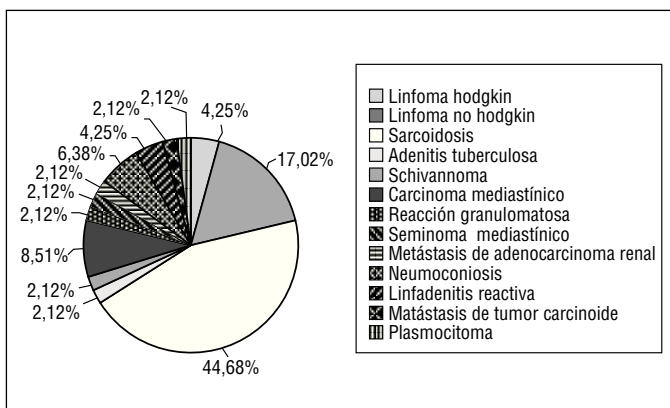


Tabla 1. Indicaciones generales de la MCS

Grupo	Diagnóstico	Nº	Porcentaje
Diagnóstico de adenopatías y tumores del mediastino	Adenopatías mediastínicas	32	68,08%
	Masas y tumores del mediastino	15	31,91%
	Tot al	47	100%

Tabla 2. Diagnóstico histológico definitivo

Grupo	Diagnóstico	Nº	Porcentaje
Diagnóstico de adenopatías y tumores del mediastino	Linfoma Hodgkin	2	4,25%
	Linfoma no Hodgkin	8	17,02%
	Sarcoidosis	21	44,68%
	Adenitis tuberculosa	1	2,12%
	Schwannoma	1	2,12%
	Carcinoma mediastínico	4	8,51%
	Reacción granulomatosa	1	2,12%
	Seminoma mediastínico	1	2,12%
	Metástasis de adenocarcinoma renal	1	2,12%
	Neumoconiosis	3	6,38%
	Linfadenitis reactiva	2	4,25%
	Metástasis de tumor carcinoide	1	2,12%
	Plasmocitoma	1	2,12%
	Total	47	100,00%

Tabla 3. Verdaderos y falsos positivos y negativos

Grupo	Resultado	MCS (n = 47)
Diagnóstico de adenopatías y tumores del mediastino	Verdaderos positivos (VP)	41 (87,23%)
	Verdaderos negativos (VN)	4 (8,5%)
	Falsos positivos (FP)	0 (0%)
	Falsos negativos (FN)	2 (4,25%)

Tabla 4. Cálculo de sensibilidad, especificidad, rentabilidad y valores predictivos

Grupo	Resultado	MCS (n = 47)
Diagnóstico de adenopatías y tumores del mediastino	Sensibilidad	95,34%
	Especificidad	100%
	Valor predictivo positivo	100%
	Valor predictivo negativo	70%
	Rentabilidad diagnóstica	96%

Conclusiones: La MCS es una técnica válida y segura en la estadificación y diagnóstico de enfermedades del mediastino con una alta RD y lo consideramos por tanto el método patrón oro para el diagnóstico de enfermedades del mediastino. La MCS tiene mayor sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de certeza en adenopatías y masas mediastínicas que cualquier otro método diagnóstico sea percutáneo de imagen o endoscópico. La escasa morbimortalidad hace de la MCS una técnica muy segura.

REPERCUSIÓN DE LA SIMPATICOLISIS TORÁCICA T3 SOBRE LA FUNCIÓN PUPILAR EN PACIENTES CON HIPERHIDROSIS PRIMARIA. RESULTADOS PRELIMINARES

A. Ureña Lluveras¹, R. Ramos Izquierdo¹, F. Rivas Doyagüe¹, G. Rosado Rodríguez¹, J. Toñáñez Fleitas¹, I. Maciá Vidueira¹, M.A. Delgado Carrasco², I. Escobar Campuzano¹, J. Saumench García¹ y J. Moya Amorós¹

Hospital Universitari de Bellvitge: ¹Servicio de Cirugía Torácica, ²Servicio de Anestesiología y Reanimación.

Introducción: La simpaticolisis torácica endoscópica sobre T3 como tratamiento de la hiperhidrosis primaria esencial es un procedimiento eficaz, no exenta de complicaciones y/o consecuencias. Nuestro objetivo es la valoración de la repercusión de la denervación simpática T3 sobre el tono pupilar en pacientes con hiperhidrosis primaria.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo sobre 8 pacientes (16 pupilas) entre 18 y 40 años de edad con indicación de dicha cirugía por hiperhidrosis palmar pura y palmo-plantar. Se ha excluido cualquier paciente con otra localización de hiperhidrosis, cirugía ocular y/o patología ocular y cualquier patología que contraindique la cirugía de denervación simpática. Todos los pacientes han sido valorados preoperatoriamente, a las 24 horas de la intervención y al mes de la cirugía mediante la medición del diámetro pupilar basal y después de la instilación de un colirio simpaticomimético (apraclonidina 1%). En condiciones normales, la apraclonidina induce una leve miosis

o ninguna respuesta. Ante una lesión simpática se observa midriasis relativa y recuperación de la ptosis dada la supersensibilidad de denervación.

Resultados: Tras estudio de la distribución de normalidad de los valores se procede a comparar la ratio pupila/iris de ojo derecho vs el izquierdo observando cómo no existe diferencia alguna (p 0,729). Si comparamos la ratio entre los valores preIQ y postIQ 24h basal, observamos como existe una diferencia significativa (p 0,012), siendo la media de ratio en las 24 horas postintervención menor que preoperatoriamente. Si comparamos la ratio entre los valores postIQ 24h basal y postIQ 24h fármaco observamos cómo no existe diferencias significativas (p 0,080) igual que cuando comparamos la ratio P/I entre los valores prequirúrgicos y al mes de la intervención, tanto de forma basal como tras la aplicación farmacológica.

Conclusiones: Valorando los datos preliminares obtenidos podemos confirmar que después de la intervención quirúrgica se obtiene una miosis subclínica; dado que el paciente no la refiere y el clínico tampoco lo observa en la exploración física habitual. Esta miosis subclínica puede ser inducida por una lesión de un conjunto de axones indeterminado de neuronas presinápticas (2ª neurona del sistema nervoso simpático) con dirección caudo-craneal hacia los ganglios simpáticos cervicales, destinados a la innervación midriática pupilar.

RESECCIÓN DE LESIONES MEDIASTÍNICAS ANTERIORES POR VIDEOTORACOSCOPIA

M. Paradel de la Morena, E.M. Fieira Costa, M. Delgado Roel, J.A. García Salcedo, L. Méndez Fernández, D. González Rivas, R. Fernández Prado, M. de la Torre Bravos y J.M. Borro Maté

*Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña (CHUAC):
Servicio de Cirugía Torácica.*

Introducción: La videotoracoscopia (VTC) ha demostrado ofrecer los mismos resultados oncológicos que la cirugía abierta en la resección de timomas estadio I-II, mejorando ciertos aspectos del postoperatorio. El objetivo de este estudio es demostrar la viabilidad terapéutica de la VTC en la resección de lesiones mediastínicas anteriores.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de nuestra experiencia en la resección de lesiones mediastínicas anteriores por VTC. Desde noviembre del 2007 hasta julio del 2010 se realizó videocirugía en 30 pacientes (p). Dicha vía de abordaje se empleó como alternativa a la esternotomía media en 19p (Grupo 1) y sustituyendo a la mediastinotomía anterior en 11p (Grupo 2). En el primer grupo, se realizó exéresis completa de la lesión mediante VTC izquierda/derecha por tres puertas de entrada y con gas CO₂. En el segundo grupo, se procedió a la biopsia de las adenopatías mediante VTC izquierda por una/dos puertas de entrada y sin ser necesaria la utilización de gas.

Resultados: De los 30p, 11 eran varones y 19 mujeres. La edad media fue de 44 ± 15 años. El síntoma guía más frecuente fue el hallazgo casual (9p), seguidas de las crisis miasténicas (8p). Los resultados anatomopatológicos en el Grupo 1 fueron: timomas (8p), timos con histología normal (4p), quistes tímicos (3p), hiperplasias tímicas (2p), timolipoma (1p) y schwannoma (1p). Los resultados en el Grupo 2 fueron: Metástasis (5p), linfoma (3p), timoma (1p), timo con histología normal (1p) y ganglios linfáticos sin evidencia de infiltración tumoral (1p). El tamaño medio de la pieza en el Grupo 1 fue de 5,1 × 2 ± 2,7 cm. El tiempo medio de la cirugía en el Grupo 1 fue de 3,6 ± 1,3 horas y en el Grupo 2 de 1,2 ± 0,3 horas. Fue necesaria la reconversión en dos casos del Grupo 1 por motivos técnicos (1p) y oncológicos (1p). No hubo morbilidad postoperatoria en ninguno de los dos grupos. Ninguno de los pacientes precisó epidural. La mediana de tiempo de uso de mórnicos fue 0,5 días; de mantenimiento de DET 2 días y de ingreso postoperatorio de 2 días. Todos los pacientes entrevistados en la 1ª revisión postoperatoria relataron no precisar analgesia ambulatoria en el momento de la consulta.

Conclusiones: La VTC es una opción terapéutica válida en la resección de lesiones mediastínicas anteriores. En nuestra serie de casos hemos apreciado un bajo nivel de dolor postoperatorio, una corta estancia hospitalaria y ausencia de morbilidad postoperatoria.

RESECCIÓN DE METÁSTASIS PULMONARES DE TUMORES DE DISTINTA LOCALIZACIÓN

I. Piedra Fernández¹, C. Medina Chamorro², A. Bravo Cerro² y D. Escobedo Molinos²

Complejo Hospitalario de Jaén: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: La enfermedad metastásica pulmonar es frecuente en la historia natural de pacientes oncológicos, dado que toda la sangre ha de pasar por este órgano. De ahí que la vía hematogena sea el camino más frecuente de llegada de células tumorales al pulmón. No obstante también existe diseminación linfática con afectación de ganglios hiliares y/o mediastínicos. Los tumores que con más frecuencia diseminan al pulmón son el de mama, aparato gastrointestinal, riñón, melanoma y sarcomas. El objetivo de la resección de las metástasis sería conseguir la curación de la enfermedad primaria y/o el aumento del intervalo libre de enfermedad.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes con metástasis pulmonares, sometidos a resección quirúrgica con intención curativa, desde enero de 2000 hasta noviembre de 2010. Se han recogido las variables edad, sexo, localización tumor primitivo, tiempo de latencia, localización y número de metástasis, así como el abordaje y la estancia media.

Resultados: Se intervinieron un total de 41 pacientes (25 hombres y 16 mujeres), con una edad media de 59,7 años (27-77). En cuanto a la etiología del tumor primario: aparato digestivo 19 (colon 10, recto 7, sigma 2), mama 8, riñón 5 (tumor células claras 4, hipernefroma 1), melanoma 2, vía urinaria 2, aparato genital 2, tiroides 1, sarcoma 1, linfoma 1 (masa pélvica). La localización de las metástasis por orden de frecuencia: LSD 15, LID 12, LSI 11, LM 6 LII4. En 32 casos la metástasis fue única mientras que en 9 casos fue múltiple. De estas 7 se localizaban unilateralmente y 2 afectaban a ambos pulmones. El periodo de latencia desde el tratamiento del tumor primario hasta el hallazgo y tratamiento de las metástasis fue de 44,65 meses (rango 3-360 meses). Abordaje: 33 toracotomías con palpación bimanual de todo el parénquima y 8 videotoracoscopias (todos los casos metástasis única). Resección en cuña 97,5%. Solo se realizó en un caso una resección mayor (lobectomía inferior izquierda). Complicaciones postoperatorias en 2 casos, resueltas con tratamiento conservador. Estancia media de 6,3 días.

Conclusiones: La etiología más frecuente fue los tumores de origen digestivo seguidos de los de mama. La vía de abordaje más frecuente fue la toracotomía con palpación bimanual de todo el parénquima pulmonar. En casos de metástasis única de localización periférica, la resección videotoracoscópica sería la vía de abordaje de elección.

RESECCIONES PULMONARES EN PACIENTES MAYORES. NUESTRA EXPERIENCIA ENTRE LOS AÑOS 2003-2008

D.A. Valdivia Concha, L. Macías Sotuela, J.L. Campo-Cañaverl de la Cruz, S. Crowley Carrasco, D. Gomes de Antonio, F.J. Moradiellos Díez, M.M. Córdoba Peláez, J.M. Naranjo Gómez y A. Varela de Ugarte

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: Cirugía Torácica.

Introducción: Las resecciones pulmonares en pacientes mayores son cada vez más frecuentes, dado el incremento en la esperanza de vida de la población y el control médico cada vez más exhaustivo al que son sometidos estos pacientes.

Material y métodos: Revisamos los pacientes mayores de 70 años sometidos a resecciones pulmonares por cualquier causa en nuestro servicio entre los años 2003-2008.

Resultados: N = 121. 102 (84,3%) hombres y 19 (15,7%) mujeres. Edad media: 74,3 años (rango 70-85 años). El 77% (93) fueron intervenidos por carcinoma pulmonar, 15 (12,4%) por metástasis pulmonares de otro origen, 4 (3,3%) por neumotórax secundario y 9 (7,4%) por otras causas. Dentro del grupo con cáncer los tipos histológicos fueron: epidermoide 52 casos (55,9%), adenocarcinoma 24 (25,8%), células grandes 8 (8,6%), carcinoma típico 5 (5,4%), mixto 2 (2,1%), microcítico 1 (1,1%) y mucoepidermoide 1 (1,1%). Comorbilidades más frecuentes: hipertensión arterial 49,6%, EPOC 26,4%, diabetes mellitus 17,4% y dislipemia 9,9%. Procedimientos realizados: 76 lobectomías, 22 segmentectomías, 14 neumonectomías, 7 bilobectomías y 2 resecciones en manguito. La estancia mediana fue 8 días (rango de 3 a 28). La incidencia de complicaciones postoperatorias fue de 45,4% (fibrilación auricular 12 casos (9,9%), hemotórax 8 (6,6%), oxigenoterapia domiciliaria 7 (5,8%), atelectasia y neumonía ambas con 6 (5,3%)). El índice de mortalidad hospitalaria fue 6,6% (8). La supervivencia para cada estadio a 1, 3 y 5 años respectivamente fue: I A: 93,7, 75 y 40%, I B: 100, 94,1 y 66,7%, II A: 77,8, 52,9 y 16,7%, II B: 66,7, 28,6 y 11,1%, III A: 43,7, 42,8 y 33,3%, III B: 100, 66,7 y 50%, los 2 pacientes de estadio IV fallecieron antes del primer año. Para las metástasis pulmonares de otro origen la supervivencia a 1, 3 y 5 años fue: 86,7, 50 y 25% respectivamente. En los neumotórax secundarios a 1 y 3 años fue: 75 y 25%. En el grupo de otras causas fue de 100% a los 5 años.

Conclusiones: En los criterios de operabilidad de los pacientes candidatos a cirugía torácica, la edad avanzada no debe constituir un factor de exclusión.

RESECCIONES PULMONARES INFANTILES

P. Martínez Martínez¹, O. Girón Vallejo², A. Arroyo Tristán¹, M.J. Roca Calvo¹, J.A. Ruiz Jiménez² y J. Torres Lanzas¹

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca: ¹Cirugía Torácica, ²Cirugía Pediátrica.

Introducción: Las malformaciones congénitas y la patología oncológica son las principales indicaciones de cirugía de resección pulmonar. Las resecciones pulmonares anatómicas pueden realizarse de forma segura y son bien toleradas en la infancia, siendo recomendable su realización antes de la aparición de síntomas.

Material y métodos: Presentamos la experiencia del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia en resecciones anatómicas pulmonares infantiles durante un año (entre el 1 de diciembre de 2009 y el 1 de diciembre de 2010), resultando 5 casos, de los que 4 eran varones, con edades comprendidas entre los 3 y 47 meses. El procedimiento quirúrgico se realizó mediante intubación orotraqueal simple, analgesia epidural y/o paravertebral, según la edad del paciente. En todos los casos se canalizó vía venosa central y arteria periférica, junto con sondaje vesical. El abordaje empleado fue la toracotomía posterolateral sin sección de serrato. La técnica es similar a la realizada en el adulto, con la utilización de endograpadoras para la apertura de cisuras y sección vascular y bronquial, empleándose la ligadura de seda en las ramas arteriales de diámetro inferior a 2 mm. Drenaje pleural (12-16 French) aspirativo a -10 cm de agua. Extubación en quirófano, trasla-

do a UCI Pediátrica, en estancias individualizadas y con presencia de familiares.

Resultados: Las indicaciones quirúrgicas fueron 4 malformaciones congénitas y un blastoma pleuropulmonar con quimioterapia neoadyuvante. 4 de los pacientes fueron extubados en el área quirúrgica, excepto el lactante de 3 meses que fue extubado al 3º día postoperatorio. La media de permanencia del drenaje fue 3,2 días. No hubo ninguna complicación postoperatoria, siendo la estancia media de 7,2 días. Ver tabla apie de página.

Conclusiones: Habitualmente no se dispone de valores espirométricos preoperatorios, por lo que se debe ser económico en las resecciones. El empleo de la ventilación bipulmonar no es un obstáculo para llevar a cabo una resección anatómica pulmonar de forma segura. Es recomendable la extubación precoz del paciente siendo más difícil su consecución en los pacientes menores de 3 meses. Es aconsejable que el paciente permanezca en UCI mientras mantenga el drenaje pleural. El éxito de las resecciones pulmonares infantiles radica en la aplicación de forma metódica de los principios de la técnica quirúrgica del adulto con los condicionantes propios del tamaño de las estructuras del niño.

RESECCIONES PULMONARES POR CARCINOMA BRONCOGÉNICO EN PACIENTES OCTOGENARIOS

F. Hermoso Alarza, P. Gámez García, A. Mariscal de Alba, I. Martínez Serna, R. Ávila Martínez, J.C. Meneses Pardo, C. Marrón Fernández, V. Díaz Hellín Gude, E. Larrú Cabrero y J.L. Martín de Nicolás Serrahima

Hospital Universitario 12 de Octubre: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: Debido al envejecimiento de la población cada día es más frecuente el diagnóstico de carcinoma broncogénico (CB) en pacientes de edad avanzada. Las mejoras en el manejo perioperatorio han permitido el tratamiento quirúrgico de estos pacientes.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de las resecciones pulmonares realizadas a pacientes mayores de 80 años diagnosticados de CB con criterios de reseccabilidad y operabilidad que se realizaron entre los años 2000 y 2010 en nuestro servicio.

Resultados: Se realizaron 18 resecciones pulmonares por CB en pacientes mayores de 80 años, 17 fueron hombres. La edad media fue de 81,27 años (rango 80 y 85). Presentaban una historia previa de tabaquismo 13 de ellos (72%) de los cuales 2 seguían fumando en el momento de la cirugía. El FEV1 medio preoperatorio fue de 2.015 ml (91%). Presentaban una cardiopatía 4 pacientes (22%), tenían fibrilación auricular 6 (33%) y estaban anticoagulados en el momento de la intervención 7 pacientes (39%). En cuanto al tipo de resección se realizaron 3 (17%) resecciones atípicas, 14 (78%) lobectomías y 1 (5,5%) neumonectomía. La estirpe tumoral más frecuente fue el adenocarcinoma 9 (50%) seguido del carcinoma epidermoide 7 (39%) y del carcinoma 2 (11%). La estancia media fue de 11,94 días. Del total de pacientes mayores de 80 años intervenidos de CB, 8 (44%) no presentaron ningún tipo de complicación. Las complicaciones fueron 5 neumonías, 8 arritmias, 3 atelectasias, 2 fugas aéreas persistentes y 1 sangrado. Ningún paciente precisó reintervención quirúrgica y no se produjo ningún caso de mortalidad perioperatoria en nuestra serie.

Paciente	Edad (meses)	Sexo	Patología	Síntomas	Diagnóstico prenatal	Tipo de resección	Estancia
1	4	Mujer	MAC	Sí	Sí	LSD	0
2	25	Varón	Quiiste broncogénico	Sí	No	SVII	0
3	47	Varón	Blastoma pleuropulmonar (MAC tipo IV)	Sí	No	LID	3
4	8	Varón	MAC	Sí	No	LID	3
5	3	Varón	Secuestro extralobar	No	Sí	Ligadura	0

MAC: malformación adenoidequística; LSD: lóbulo superior derecho; SVII: segmento VII; LID: lóbulo inferior derecho.

Conclusiones: En los pacientes octogenarios con CB en estadios iniciales, la cirugía es el tratamiento de elección. La adecuada selección de los pacientes, junto con un adecuado manejo perioperatorio consigue resultados similares a los pacientes de menor edad, a pesar de su mayor comorbilidad.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE VIDEOTORACOSCOPIA Y PLEURODESIS CON TALCO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO

E.E. Mármol Cazas, S. Martínez Somolinos, J.C. Penagos Tafurt, X. Baldó Padró, M.M. Rubio Garay y F. Sebastián Quetglás

Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: Llamamos neumotórax espontáneo primario (NEP) a la presencia de aire en el espacio pleural. El NEP es aquel que se produce sin causa o etiología conocida. La característica principal de esta patología es su alta tendencia a la recidiva. Nuestro estudio tiene como objetivos: 1) Conocer la eficacia del tratamiento quirúrgico mediante resección pulmonar por videotoracoscopia y pleurodesis con talco. 2) Analizar las complicaciones generales y específicas derivadas del uso del talco.

Material y métodos: Se revisa una serie de 130 casos de NEP tratados mediante videotoracoscopia con o sin resección parenquimatosa y pleurodesis con 3 g de talco libre de asbesto (STERITAL®). Hemos recogido datos epidemiológicos, el método diagnóstico, la indicación quirúrgica, los hallazgos endoscópicos, la mortalidad, la morbilidad general y la específica de la pleurodesis con talco, el número de recidivas y su tratamiento.

Resultados: Nuestros pacientes tienen una edad media de 26,4 años, 84,3% son hombres y el 69% tiene hábito tabáquico. La indicación quirúrgica del NEP fue en el 74,4% por recidiva. Los hallazgos endoscópicos se describen según la estadificación de Vanderschueren: I Normal 17%; II Adherencias pleura-pulmonares 12%; III Bullas o blebs 2 cm. 20%. Registramos una morbilidad del 7% que representan 9 casos, siendo la complicación más frecuente la fuga aérea. No registramos ninguna complicación específica por el uso del talco, tales como empiema, paquipleuritis o síndrome del distrés respiratorio del adulto (SDRA). Se realiza un seguimiento de 10.1 meses de media, constatándose 4 casos de recidiva que representan el 3%.

Conclusiones: El tratamiento del NEP mediante videotoracoscopia y pleurodesis con talco tiene una alta eficacia, superior a otras técnicas empleadas para producir pleurodesis, una baja morbilidad general, mortalidad nula, y no registramos ninguna complicación específica debida al talco en nuestra serie.

REVISIÓN DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DE LA CIRUGÍA TRAQUEAL EN LOS ÚLTIMOS AÑOS EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA DEL HOSPITAL LA FE DE VALENCIA

J.G. Sales Badia, K. de Aguiar Quevedo, A. González García, E. Pastor Martínez, J. Escrivá Peiró, C. Jordá Aragón, V. Calvo Medina, A. García Zarza y J. Pastor Guillem

Hospital Universitario La Fe: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: La patología traqueal es compleja en el manejo diagnóstico y terapéutico, se caracteriza con arreglo a varios criterios: etiología, extensión, localización y naturaleza de la afectación de la pared traqueal, el objetivo del trabajo es presentar nuestra experiencia de los 4 últimos años en el tratamiento quirúrgico de las lesiones traqueales.

Material y métodos: Se presenta una serie consecutiva de 13 pacientes con rango de edad entre 18 y 73 años, en un periodo de 4 años, con

estenosis traqueal que precisaron para su resolución una resección anastomosis traqueal, 6 de ellos a nivel subglótico. Para el proceso de indicación de cirugía se evaluó la broncoscopia flexible y la TAC traqueal con reconstrucciones multiplanares, valorando: el tipo de estenosis, extensión y distancia a cuerdas, grado de obstrucción al flujo aéreo y el comportamiento evolutivo de la estenosis tras dilatación-laserización cuando esta fue indicada.

Resultados: El motivo de la afectación traqueal fue: traumatismo traqueal en 3 casos, estenosis post-intubación en 7 casos 1 de ellos con fistula traqueo-esofágica y 3 casos de tumores traqueales. Las cirugías realizadas fueron 7 resecciones subglóticas con cricotiroidectomía parcial una de ellas precisando resección completa de mucosa de sello de cricoides, 1 resección anastomosis traqueal y cierre del defecto esofágico según los principios de Grillo y 6 resecciones a nivel de anillos traqueales. El abordaje quirúrgico fue cervicotomía en 10 casos, esternotomía parcial en un caso y esternotomía total en 2 caso. La longitud media de resección fue de 3 cm. Con un rango de 2-5 cm. Se precisó maniobra de descenso laríngeo en 7 casos. Se dejó tutor traqueal en 1 caso. complicaciones: ausencia de mortalidad, dos dehiscencias anteriores parciales limitadas cerrando por segunda intención, una necesidad de una laserización de granuloma único de sutura. El resultado a largo plazo en todos los casos ha sido de buen calibre traqueal sin alteración de la fonación ni deglución y ningún caso de recidiva en el tiempo de seguimiento.

Conclusiones: En los casos de lesiones laringotraqueales con afectación mucosa y cartilago la cirugía de resección con anastomosis término-terminal consigue en nuestra experiencia buenos resultados en un elevado porcentaje de casos como se refleja en las diferentes series de más experiencia.

REVISIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ELASTOFIBROMA: SERIE DE 13 CASOS

P. Gato Díaz, L.A. Hernández Arenas, M. Vaquero Cacho, F.J. Aragón Valverde y J. Rodríguez Rodríguez

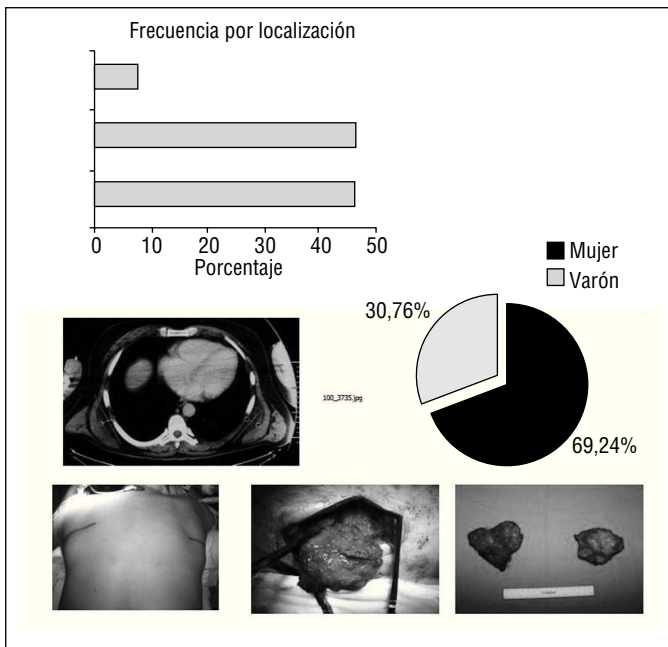
HUCA: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: El elastofibroma dorsi es una tumoración de carácter benigno y poco frecuente, de predominancia en mujeres a partir de los 50-60 años y de localización habitual subscapular, en relación con el músculo serrato, dorsal ancho y plano costal. Histológicamente se trata de masas de consistencia blanda que se forman a partir de la degeneración de las fibras elásticas del tejido conectivo. La mayor parte de estas lesiones son asintomáticas y el principal motivo de consulta es la aparición de una masa como hallazgo casual, cuando presentan síntomas suelen ser dolor y/o asociado a un chasquido o resalte con la movilización escapular. Aunque es una patología benigna esta descrita la recidiva tras la extirpación incompleta del mismo. Las herramientas diagnósticas utilizadas habitualmente son TC y ecografía.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de 13 pacientes diagnosticados de elastofibroma tras resección desde 2004 hasta 2010 y confirmados todos con estudio anatomopatológico. Los parámetros a estudio fueron: edad, sexo, sintomatología, lado predominante, tamaño y procedimiento diagnóstico. Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS versión 17 con el método chi cuadrado de Pearson.

Resultados: Se realizó la resección quirúrgica completa de 13 elastofibromas de los cuales 9 eran mujeres (69,23%) y 4 hombres (30,76%) con una media de edad de 56,69 años y una desviación típica de 12,27. De los 13 casos la localización fue de 46,15% derechos, 46,15% izquierdos y 7,7% bilaterales. En cuanto a la presentación clínica el 23,07% fue asintomático y el 76,92% presentó dolor o molestias asociadas. Se realizó TC en el 100% de los casos y solo 1 fue diagnosticado por ecografía. No se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el tamaño de los elastofibromas y la sintomatología ($p = 0,62$). Se en-

contró un elastofibroma como hallazgo casual en una resección pulmonar.



Paciente	Sexo	Edad	Lado	Tamaño	Síntomas	Tratamiento
1	M	67	Derecho	6 × 4	Sí	QX
2	H	33	Izquierdo	4 × 3	Sí	QX
3	H	54	Izquierdo	6 × 5	No	QX
4	M	69	Derecho	8 × 5	Sí	QX
5	M	59	Derecho	6 × 3	Sí	QX
6	M	61	Izquierdo	6 × 5	No	QX
7	M	56	Bilateral	7 × 4	Sí	QX
8	M	82	Derecho	8 × 5	Sí	QX
9	M	48	Derecho	7 × 3	Sí	QX
10	H	45	Derecho	10 × 8	Sí	QX
11	M	60	Izquierdo	5 × 4	Sí	QX
12	M	47	Izquierdo	7 × 3	Sí	QX
13	M	56	Izquierdo	8 × 5	No	QX

Conclusiones: El elastofibroma es un tumor benigno que se manifiesta generalmente en mujeres entre los 50 y 60 años de edad y de baja prevalencia. No existe una relación estadísticamente significativa entre el tamaño del elastofibroma y la sintomatología. Recomendamos el TC como el estudio diagnóstico más sensible para detectar esta patología, aunque es dependiente de la experiencia del radiólogo. Se recomienda exéresis en caso de presentar sintomatología o crecimiento del mismo y es recomendable realizar una resección completa para evitar recidivas.

ROTURAS DIAFRAGMÁTICAS DE ORIGEN TRAUMÁTICO

F. Hernández Escobar, S. Sevilla López, F. Quero Valenzuela, A. Alkourdi Martínez, C.F. Giraldo Ospina, J. Ruiz Zafra, C. Bayarri Lara, A. Sánchez Palencia-Ramos y A. Cueto Ladrón de Guevara

Hospital Universitario Virgen de las Nieves: Cirugía Torácica.

Introducción: Las lesiones diafragmáticas tras un traumatismo abierto o cerrado es una entidad poco frecuente que conlleva una elevada morbimortalidad así como de lesiones asociadas. El diagnóstico puede ser tardío y asociado a alguna complicación secundaria a la rotura como herniación de víscera abdominal. Es más frecuente en el lado izquierdo debido a la protección hepática derecha y su tratamiento es siempre quirúrgico.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 32 casos de lesiones diafragmáticas traumáticas tratadas en el servicio durante el periodo de diciembre de 1986 a octubre de 2010. Las variables analizadas fueron edad, sexo, localización, causa, mecanismo lesional, presencia de lesiones asociadas, diagnóstico inicial o diferido, vía de abordaje, tratamiento y mortalidad. El objetivo del estudio es la valoración clínico-epidemiológica así como tratamiento y resultado de todas las roturas diafragmáticas traumáticas del servicio.

Resultados: Edad media 36,95 años (14-72) Sexo: 26 hombres (81,25%) y 6 mujeres (18,75%). Causa: accidente de tráfico 13 (40,6%), arma blanca 7 (22%), arma de fuego 5 (15,4%) y otras 7 (22%). Mecanismo lesional: traumatismo cerrado 19 casos (59,3%) y abierto 13 casos (40,7%). Localización: 50% hemidiafragma izquierdo y 50% derecho. Diagnóstico: inicial 21 (65,6%) y tardío 11 casos (34,4%). Lesiones asociadas: 26 casos (81,2%). Abordaje: toracotomías 13, laparotomías 3, videotoracoscopia reconvertida a toracotomía 4, toracoparotomías 10, videotoracoscopia 1 laparoscopia 1 caso. Tratamiento: sutura directa con material irreabsorbible 28 casos y uso de prótesis o malla en 4 casos. Mortalidad: 1 caso operatoria y 2 postoperatoria.

Conclusiones: 1. Es más frecuente en adultos jóvenes tras un accidente de tráfico sin presentar localización preferente, a diferencia de la predilección izquierda de la literatura. 2. El diagnóstico es tardío en un tercio de los casos a pesar de las técnicas de imagen disponibles aumentando la mortalidad y complicaciones asociadas. 3. El tratamiento quirúrgico es la norma, siendo la toracotomía la vía de abordaje más frecuente, con sutura del defecto con materiales irreabsorbibles o en menor medida prótesis o mallas.

SÍNDROME POSNEUMONECTOMÍA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

J.C. Trujillo Reyes, R. Rami Porta, S. Call Caja, M. Iglesias Sentís, C. Obiols Fornell, M. Serra Mitjans, R. Saumench Perramon, E. Martínez Téllez y J. Belda Sanchís

Hospital Mútua de Terrassa: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: El síndrome posneumonectomía es la compresión bronquial debido al desplazamiento exagerado del mediastino hacia el hemitórax neumectomizado.

Objetivo: Presentar dos casos y describir las técnicas terapéuticas utilizadas para este síndrome junto con los resultados obtenidos.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de dos casos con síndrome posneumonectomía. Caso 1: varón de 66 años a quien se practicó una neumonectomía derecha en 2003 por adenocarcinoma (pT2N0M0). A los 6 años de la cirugía se objetivó por tomografía computarizada (TC) una estenosis del bronquio principal izquierdo (BPI) secundaria a un desplazamiento mediastínico contralateral sugiriendo un síndrome posneumonectomía. Caso 2: mujer de 54 años a quien se practicó una lobectomía superior derecha (diciembre de 2008) por tumor de células granulares. Al 4º día postoperatorio la paciente se interviene de urgencias por hemitórax- empiema con fístula broncopulmonar objetivándose una lesión de la arteria pulmonar derecha que obliga a realizar una neumonectomía. 20 meses después de la intervención, la paciente desarrolló un síndrome posneumonectomía con clínica de disnea progresiva. La TC objetivó un desplazamiento mediastínico hacia el hemitórax derecho provocando compresión del BPI. Ambos casos se trataron mediante colocación de prótesis expansoras de la cavidad torácica tipo Siltex Round Becker 25 en hemitórax intervenido con expansión progresiva de las mismas con suero fisiológico hasta un llenado máximo de 700 cc en el caso 1 y 650 cc en el caso 2. El caso 2 requirió la colocación de una prótesis bronquial autoex-

pandible recubierta tipo Albeolus en BPI para tratar la broncomalacia asociada al síndrome.

Resultados: En ambos casos, la colocación de la prótesis expansora consiguió centrar las estructuras mediastínicas. Los síntomas desaparecieron por completo en el caso 1 a los 7 días y el paciente permanece asintomático hasta la actualidad (16 meses). En el caso 2, los síntomas no revirtieron posiblemente a la malacia traqueobronquial asociada que no pudo solventarse por completo a pesar de la colocación de una endoprótesis bronquial. Durante el ingreso la paciente falleció a causa de una sepsis de origen urinario.

Conclusiones: La colocación de prótesis expansoras es una opción útil en el manejo terapéutico del síndrome posneumectomía. La asociación de traqueobroncomalacia es un factor que puede condicionar el éxito del tratamiento y que debe corregirse en caso de detectarse.

SUPERVIVENCIA Y PREDICTORES DE COMPLICACIONES MAYORES EN NEUMONECTOMÍAS

J.L. Campo-Cañaveral de la Cruz, S. Crowley Carrasco, D.A. Valdivia Concha, L. Macías Sotuela, D. Gómez de Antonio, F.J. Moradiellos Díez, J.M. Naranjo Gómez, M.M. Córdoba Peláez y A. Varela de Ugarte

Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda: Cirugía Torácica.

Introducción: Las neumonectomías están asociadas a una importante incidencia de complicaciones y mortalidad perioperatoria. El objetivo es analizar una serie de neumonectomías e identificar factores de riesgo responsables de la morbimortalidad asociada.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de las neumonectomías realizadas entre 2002 y 2008 en el servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Variables analizadas: edad, sexo, lateralidad, FEV1, factores de riesgo cardiovasculares, complicaciones mayores perioperatorias (atelectasia, neumonía, SDRA, empiema, sepsis, fístula broncopulmonar (FBP), tromboembolismo pulmonar (TEP), reintubación antes de 48 horas, arritmias que requieran tratamiento, infarto agudo de miocardio (IAM), reintervención por sangrado y accidentes cerebrovasculares (ACVA)), mortalidad perioperatoria y supervivencia global y por estadios a 1, 2, 3 y 5 años.

Resultados: Se han realizado 78 neumonectomías (30 derechas), a 67 varones y 11 mujeres. Edad media 61,6 años (DE 9,6). 76 por cáncer de pulmón (75% epidermoide). La tasa de complicaciones mayores perioperatorias fue del 39,7% y la mortalidad perioperatoria del 8,9%. Las complicaciones mayores postoperatorias fueron: atelectasias lobares 2 (2,5%), neumonías 8 (10,2%), SDRA 4 (5,1%), empiemas 3 (3,8%), sepsis 1 (1,3%), FBP 7 (8,9%), TEP 1 (1,3%), reintubación antes de 48 horas 3 (3,8%), arritmias que requirieron tratamiento 13 (16,6%), IAM 1 (1,3%), reintervenciones por sangrado 9 (11,5%), ACVA 1 (1,3%). Los pacientes con complicaciones mayores postoperatorias tuvieron una estancia hospitalaria mediana significativamente mayor ($p < 0,0001$). El análisis univariante identificó el FEV1 $< 60\%$ como factor de riesgo de complicación mayor postoperatoria ($p = 0,046$; RR = 2,05 [IC95 1,26-3,35]). La supervivencia global (excluyendo los 2 casos benignos) a 1, 2, 3 y 5 años fue del 72%, 54%, 42% y 33% respectivamente. La supervivencia por estadios a 1, 2, 3 y 5 años fue respectivamente: p0, 100%, 50%, 0%; pIA 100%, 100%, 50%; pIB 89%, 89%, 78%, 50%; pIIA 85%, 61%, 45%, 40%; pIIB 63%, 47%, 26%, 17%; pIIIA 79%, 42%, 37%, 17%; pIIIB 80%, 60%, 40%, 20%; pIV 0%.

Conclusiones: Las pacientes sometidas a neumonectomía presentan en el postoperatorio precoz una alta incidencia de complicaciones mayores perioperatorias y de mortalidad, al menos en esta serie. El FEV1 $< 60\%$ es un factor de riesgo independiente para desarrollar una complicación mayor perioperatoria.

TIMECTOMÍA POR VIDEOTORACOSCOPIA FRENTE A ESTERNOTOMÍA EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS

J. Roca Fernández, J.A. Ruiz Navarrete, L. Caparrós Sepúlveda, R. Mongil Poce, E. Bermejo Casero, C. Pagés Navarrete, A. Benítez Doménech y R. Arrabal Sánchez

Complejo Hospitalario Carlos Haya: Cirugía Torácica.

Introducción: En 1936 Blalock demostró la utilidad de la timectomía en el tratamiento de la miastenia gravis (MG). Existen varias vías de abordaje, siendo las más utilizadas la esternotomía, la cervicotomía y la videotoracoscopia. En el tratamiento quirúrgico es fundamental la resección completa del timo junto con la grasa peritímica donde puede existir tejido tímico ectópico. Nuestro objetivo ha sido comparar los resultados de los pacientes con MG intervenidos por esternotomía media con los que se han abordado por videotoracoscopia.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos por MG en nuestro servicio desde el 2000 al 2010. El análisis bivariante se realizó mediante el test de chi-cuadrado. La verificación de la situación clínica de cada paciente se obtuvo mediante encuesta telefónica y por el registro informatizado de la historia clínica. Las variables analizadas han sido: sexo, edad, complicaciones postoperatorias, clasificación de Osserman pre y posttimectomía, clasificación de De Filippi, dosis de corticoides y vía de abordaje. Para el análisis estadístico hemos utilizado el programa SPSS 10.4.

Resultados: Durante ese periodo se han intervenido 15 varones y 28 mujeres. La edad media fue de 42 años (19-72 años). 25 pacientes se abordaron por esternotomía y 18 (41,9%) por videotoracoscopia. Las complicaciones postoperatorias aparecieron en 8 pacientes (18%) siendo la más grave la insuficiencia respiratoria asociada a crisis miasténica o a neumonía. 11 pacientes presentaban un timoma. Solo 2 pacientes con timoma se intervinieron por videotoracoscopia. Encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la aparición de complicaciones en el grupo de pacientes abordados por esternotomía media. Ningún paciente intervenido por videotoracoscopia tuvo algún tipo de complicación postoperatoria. No hay diferencias significativas en cuanto a la mejoría clínica ni a la reducción de dosis con respecto a la vía de abordaje.

Conclusiones: La resección tímica por videotoracoscopia es una técnica válida en los pacientes con MG con resultados a largo plazo similares a los de la esternotomía y con menor morbimortalidad postoperatoria ($p = 0,008$). La cirugía mínimamente invasiva asocia menor dolor postoperatorio y puede prevenir una insuficiencia respiratoria en pacientes ya limitados por la MG y también evita dehiscencia de suturas e infecciones esternas en pacientes corticodpendientes.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 300 TRAUMATISMOS TORÁCICOS CON MANEJO AMBULATORIO POR PARTE DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA

E. García del Olmo, S. Figueroa Almánzar, N. Martínez Hernández, J. Martínez Baños, A. Arnau Obrer y R. Guijarro Jorge

Consortio Hospital General Universitario de Valencia: Cirugía Torácica.

Introducción: Los traumatismos torácicos son una patología frecuente en los Servicios de Urgencias. En nuestro hospital todo traumatismo torácico es valorado por nuestro Servicio, sin distinción de gravedad o tiempo de evolución tras el mismo. El objetivo principal del estudio es caracterizar el perfil de dichos traumatismos e identificar la prevalencia de fracturas costales en esta muestra.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo y prospectivo realizado íntegramente en nuestro centro. Se recogen de forma consecutiva los datos correspondientes a 300 pacientes atendidos entre el 01/11/09 y el 30/11/10 que cumplen los siguientes criterios de inclusión: Diagnóstico de contusión costal o fracturas costales simples (hasta un máximo de 3); estabilidad hemodinámica y $\text{SatO}_2 > 95\%$ durante su valoración en Urgencias; impacto de baja energía; capacidad para la deambulación. Se excluyen aquellos pacientes con el diagnóstico de fractura esternal (periodo de observación mínima de 12 horas) y aquellos que requirieron ingreso hospitalario por asociar otro diagnóstico o cualquier otra circunstancia. Todos ellos fueron estudiados mediante un formulario estandarizado de anamnesis, incluyendo radiografía simple de tórax en proyecciones postero-anterior, lateral y parrilla costal correspondiente.

Resultados: El mecanismo traumático más frecuente es la caída casual, ocasionando el 76% de los casos. Le siguen los accidentes de tráfico con un 12%, las agresiones con un 5,33%, los accidentes deportivos con un 4% y por último los accidentes laborales con un 0,66%. El 66,6% de los casos fueron valorados en las primeras 48 horas y el 30,33% pasadas las 48 horas. En el 86,3% de los casos el diagnóstico fue de contusión costal. El 10,98% de los casos fueron diagnosticados de fractura costal, de estos el 7,66% presentaron una sola fractura, el 1,66% presentaron 2 fracturas y el 1,67% presentaron 3 fracturas.

Conclusiones: La caída casual es el mecanismo de producción de traumatismo torácico más frecuente y la mayor parte de pacientes no asocia ninguna fractura costal. Hasta un 30% de los pacientes acuden a Urgencias transcurridas más de 48 horas del impacto, lo cual implica una mala gestión de los recursos sanitarios.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO. RECIDIVA TUMORAL TRAS 3 AÑOS DE SEGUIMIENTO

S. García Barajas, M. García Sáez, R. Risco Rojas, C. López García y D. León Medina

Hospital Infanta Cristina: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: La cirugía es el tratamiento de elección en los casos de carcinoma broncogénico (CB) con enfermedad localizada en el momento del diagnóstico. Sin embargo, el alto número de recaídas detectadas durante el seguimiento postquirúrgico obliga a pensar que un porcentaje importante de pacientes tienen enfermedad diseminada cuando se realiza la cirugía. El objetivo del trabajo es describir los casos de recidiva de nuestra serie quirúrgica de CB tras un seguimiento postoperatorio de 3 años e identificar posibles factores pronósticos.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo realizado sobre los pacientes con CB intervenidos quirúrgicamente con intención curativa en nuestro servicio con un seguimiento protocolizado de 3 años tras la cirugía. Se han excluido las toracotomías exploratorias, las resecciones incompletas (R1, R2) y los casos de mortalidad en los 30 primeros días postoperatorios. La cirugía realizada fue la resección pulmonar con linfadenectomía sistemática. Se asoció quimioterapia adyuvante a partir del estadio pIb.

Resultados: Se han incluido 160 pacientes que cumplen las condiciones citadas anteriormente. Edad media: 63 años (37-79). Distribución por sexo: 96% varones; 4% mujeres. Recaídas tumorales: 62 casos (38%). De estos casos, el 55% se trata de recidivas a distancia, 21% recidivas loco-regionales y 10% segundos primitivos. Con respecto a la estirpe histológica, hay un 40% de recidivas en el carcinoma epidermoide, 38% en adenocarcinoma, 30% en carcinoma indiferenciado de células grandes y 100% en estirpes más agresivas, si bien este dato no es significativo debido al escaso número de estos tumores. Con respecto al estadio patológico, hemos obtenido los siguientes datos de recidiva tumoral: pIa (22%); pIb (25%); pIIa (42%); IIb (55%); IIIa (77%); IV (100%). En el 87% de los casos con recaída tumoral, no se había realizado una PET en el proceso de estadificación clínica.

Conclusiones: Las recidivas tumorales tras la cirugía del CB con intentos curativos son elevadas en nuestra serie (38%), siendo las recidivas a distancia las más frecuentes. El principal factor predictor de recidiva tumoral es el estadio clasificatorio, aumentando el riesgo de recaída a medida que se incrementa el estadio. Resulta fundamental una adecuada selección preoperatoria para reducir las cifras de recaída tumoral y mejorar el pronóstico de los pacientes intervenidos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO SECUNDARIO A EPOC: ¿TORACOTOMÍA O VATS?

R. Mongil Poce, J.A. Ruiz Navarrete, J. Roca Fernández, L. Caparrós Sepúlveda, E. Bermejo Casero, C. Pagés Navarrete, A. Benítez Doménech y R. Arrabal Sánchez

Hospital Regional Universitario Carlos Haya: Cirugía Torácica.

Introducción: Objetivo: determinar qué vía de abordaje debe ser de elección para el tratamiento quirúrgico del neumotórax espontáneo secundario (NES) a EPOC.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los NES a EPOC operados entre enero de 2000 y noviembre de 2009. Variables preoperatorias: edad, comorbilidad, localización, adherencias radiológicas, fuga persistente y vía de abordaje (toracotomía o VATS). Variables postoperatorias: tiempo de permanencia de drenajes, complicaciones, fuga aérea, estancia, reintervención, recidiva y exitus. Se empleó la prueba de Mann-Whitney y chi-cuadrado con estadístico exacto de Fisher para la comparación de ambos grupos. Para el análisis multivariante se empleó la regresión lineal múltiple y logística binaria para variables dependientes cuantitativas y cualitativas, respectivamente. El análisis estadístico se realizó mediante la versión 11.5 del SPSS.

Resultados: 59 pacientes: 57 varones y 2 mujeres. Edad media: 65,57 años (50-85). Localización: 41 derechos y 18 izquierdos. Comorbilidad (55,9%). El 62,7% presentaban adherencias visibles radiológicamente. El 81,4% presentaba fuga aérea activa en el momento de la cirugía. Se realizaron 41 toracotomías y 18 VATS. En todos los casos se procedió a la resección de bullas mediante grapadoras y abrasión mecánica de la pleura parietal. Ambos grupos presentaban características similares en cuanto a las variables preoperatorias señaladas (tabla). En el análisis bivariante, el tiempo de permanencia de drenajes, la presencia de complicaciones y el tiempo de estancia postoperatoria fueron significativamente inferiores en el grupo VATS ($p = 0,000$, $p = 0,049$ y $p = 0,000$, respectivamente). No existiendo diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto al resto de variables postoperatorias analizadas (tabla). Análisis multivariante: la única variable que influyó significativamente en el tiempo de permanencia de drenajes y en la estancia postoperatoria fue la vía de abordaje ($p = 0,005$ y $p = 0,005$, respectivamente). La VATS disminuye el tiempo de drenajes una media de 2,75 días, (0,9-4,7) y la estancia postoperatoria en 3,7 días (1,17-6,2). El neumotórax izquierdo y la VATS se asociaron a una disminución de complicaciones postoperatorias a igualdad del resto de variables ($p = 0,039$ y $p = 0,048$, respectivamente).

Resultados del análisis bivariante

Variable	Toracotomía	VATS	Significación
Edad (años)	66,66	62,94	$p = 0,062$
Localización	26D. 15I	15D. 3I	$p = 0,1$
Comorbilidad	24 pac. (58,5%)	9 pac. (50%)	$p = 0,5$
Adherencias	28 pac. (68,3%)	9 pac. (50%)	$p = 0,1$
Fuga pre-op.	36 pac. (87,8%)	12 pac. (66,7%)	$p = 0,074$
Tiempo drenajes (días)	5,34 (1-17)	2,71 (1-5)	$p = 0,000$
Complicaciones	12 pac. (29,3%)	1 pac. (5,6%)	$p = 0,049$
Fuga post-op.	8 pac. (19,5%)	1 pac. (5,6%)	$p = 0,024$
Estancia post-op. (días)	8,47 (4,25)	4,8 (2-13)	$p = 0,000$
Reintervención	1/40 pac. (2,5%)	1/18 pac. (5,5%)	$p = 0,5$
Exitus	3/41 pac. (7,3%)	0/18 pac. (0%)	$p = 0,5$
Recidiva	0/39 pac. (0%)	1/18 pac. (5,5%)	$p = 0,3$

Conclusiones: La VATS debe ser la vía de abordaje de primera elección para tratar quirúrgicamente a los pacientes con NES a EPOC.

TUMOR FIBROSO SOLITARIO PLEURAL EN UNA SERIE DE 13 PACIENTES

N. Prenafeta Claramunt, G. Gómez Sebastián, E. Martínez Téllez y J. Belda Sanchís

Mancomunidad Hospital de Sant Pau, Hospital Mútua de Terrassa y Hospital del Mar: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: El tumor fibroso solitario pleural (TFP) es una neoplasia muy poco frecuente, con una incidencia de 2,8 por 100.000 casos; siendo su origen el revestimiento celular superficial pleural o el tejido conectivo subyacente. Su clínica suele ser silente y su diagnóstico casual. Sus formas localizadas son benignas, aunque pueden ser infiltrantes y ocasionar recidivas locales, llegando a un 20% de malignización. Generalmente, aparecen como tumoraciones intratorácicas bien delimitadas y de difícil diagnóstico diferencial, siendo necesario para su diagnóstico definitivo el estudio histológico e inmunohistoquímico.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo de 13 pacientes afectados de tumor fibroso pleural intervenidos quirúrgicamente en nuestro centro desde enero 1994 hasta diciembre 2008.

Resultados: Se intervinieron un total de 13 pacientes, 4 varones (30,77%) y 9 mujeres (69,23%) con una edad media de 63,85 años (intervalo 39-78 años). La vía de abordaje más frecuente fue la toracotomía posterolateral. Se realizaron 11 (84,62%) resecciones por toracotomía, 1 (7,69%) por videotoracoscopia (VTS) y otra (7,69%) por videotoracoscopia asistida (VATS). 7 casos (53,85%) se presentaron en el hemitórax izquierdo y 6 (46,15%) en el derecho. 11 (84,62%) correspondían a nódulos bien delimitados, pseudoencapsulados. De ellos, 9 (81,82%) tuvieron base de implantación en el parénquima pulmonar respecto a 2 (36,36%) en la pleura parietal. 2 (15,38%) fueron intraparenquimatosos. Así, se realizaron 11 (84,62%) resecciones limitadas frente a 2 (15,38%) lobectomías, del TFP. En el estudio inmunohistoquímico destacó la positividad del CD34, CD99, vimentina y Bcl2, respecto a la negatividad de actina, citoqueratina y CD31. La tasa de complicaciones fue del 23,08% (3 casos. Neumonía, empiema y hemotórax que requirió revisión quirúrgica). La supervivencia global media fue de 74,15 meses (intervalo 51,7-118,6 meses). Seguimiento: 2 pacientes fallecieron por progresión de la enfermedad en forma de M1 pulmonares bilaterales. 2 pacientes se perdieron en el seguimiento.

Conclusiones: La evolución del TFP resecado es favorable, con un 81,82% de supervivencia global en nuestra serie; aunque deben ser controlados indefinidamente dado el elevado índice de recidivas tardías con una mayor agresividad. Se necesitan estudios prospectivos con mayor número de casos para valorar de forma más exhaustiva, sus potenciales factores pronóstico.

TUMOR FIBROSO SOLITARIO: ANÁLISIS DE 52 PACIENTES EN UNA INSTITUCIÓN

J.M. Toñánez Fleitas¹, A. Ureña Lluveras¹, R. Penín Mosquera², F. Rivas¹, G. Rosado Rodríguez¹, P. Rodríguez¹, I. Maciá¹, I. Escobar¹, R. Ramos Izquierdo¹, J. Moya Amorós¹ y J. Saumench¹

Hospital Universitari de Bellvitge: ¹Servicio de Cirugía Torácica, ²Servicio de Anatomía Patológica.

Introducción: EL tumor fibroso solitario es un raro tumor mesenquimal y de localización más frecuente en la pleura. Predomina en mu-

jes alrededor de los 50 años y son normalmente diagnosticados de forma casual, asociados a síndromes paraneoplásicos, o por síntomas compresivos por el gran tamaño que pueden llegar a alcanzar

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico de tumor fibroso solitario con confirmación anatomopatológica en el Hospital de Bellvitge desde enero de 1995 a Noviembre del 2010. Se han agrupado por localización (pleural o extrapleural), edad, sexo, tamaño, y tratamiento realizado.

Resultados: Presentamos una serie de 52 casos diagnosticados de tumor fibroso solitario con confirmación histológica, 98% de los casos con confirmación inmunohistoquímica, entre 1995 y 2010. De estos, 38 casos (73%) fueron de localización pleural y 14 casos (27%) extrapleural. Al analizar los casos de localización pleural fueron 24 mujeres y 16 hombres, con una media de edad de 57 años (rango 30-86 años). Tamaño de la lesión con una media de 7,84 cm (rango 2-20 cm). Del total de los pacientes, 34 fueron tratados quirúrgicamente con resección radical y no hubo mortalidad perioperatoria ni recurrencias en el seguimiento excepto en un paciente con recurrencia contralateral a los 2 años. Los otros 4 casos fueron diagnosticados por biopsia guiada por TC y con seguimiento clínico debido a tamaño de la lesión (media de 2,5 cm) y ausencia de síntomas. Debido al tamaño tumoral, en 29 de los pacientes, el abordaje de elección fue de toracotomía y VATS en 5 pacientes. El diagnóstico anatómopatológico final demostró que la mayoría de los tumores (65,78%) son de variante benigna correspondiendo a 25 pacientes, 6 pacientes (15,7%) variante maligna y 7 (18,4%) pacientes con variante de malignidad incierta.

Conclusiones: El tumor fibroso solitario de la pleura es una rara neoplasia que incluye variante benigna y maligna, siendo de elección el tratamiento quirúrgico. Como coincide en la literatura tras un análisis de 15 años la variante benigna es ampliamente superior.

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO DEL PULMÓN

R. Zapata González¹, I. López¹, A. Montero², J.J. Torres², J.E. Pérez¹, A. Ojanguren¹, J. Rosado¹, I. Bello¹, M. Deu¹, L. Romero¹, A. Jáuregui¹, J. Solé¹ y M. Canela¹

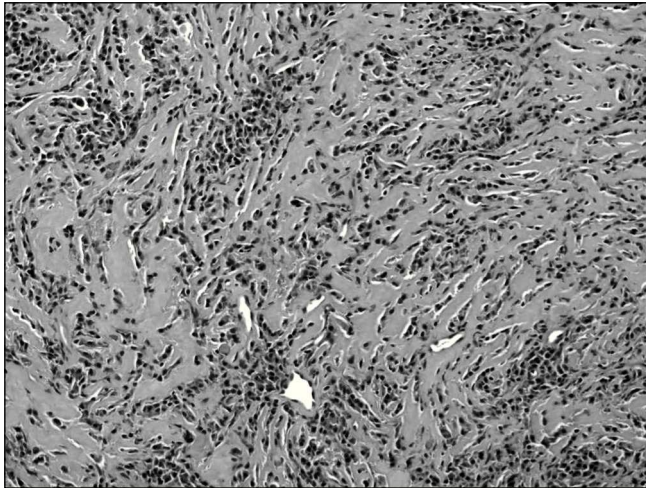
Hospital Vall d'Hebron: ¹Cirugía Torácica, ²Anatomía Patológica.

Introducción: El tumor miofibroblástico inflamatorio, también denominado granuloma de células plasmáticas o pseudotumor inflamatorio, es una lesión pulmonar rara, que representa menos del 1% de todas las lesiones pulmonares resecaadas. No tiene predilección por el sexo o la raza y suele diagnosticarse habitualmente antes de los 40 años. La etiología es desconocida. Son lesiones asintomáticas y suelen ser hallazgos incidentales en pruebas radiológicas en forma de nódulo pulmonar solitario. El tratamiento de elección es quirúrgico.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo, de 5 pacientes intervenidos por un tumor miofibroblástico inflamatorio pulmonar entre el 1 de enero de 2001 al 31 de octubre de 2010 en el Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Resultados: Se encontraron 4 mujeres y un hombre. La edad media de los pacientes fue de 33 años (r: 9-74 años). Tres de ellos estaban asintomáticos (diagnóstico incidental) y dos se diagnosticaron por bronconeumonía (pacientes pediátricos). Se practicaron 3 TC-PAAF de las cuales una fue diagnóstica. En dos pacientes se realizó PET TC, ambos con hipercaptación, con SUVmax superior a 3 mg/dl. En los dos pacientes pediátricos se realizó lobectomía y en los 3 adultos segmentectomía. En el resultado de la anatomía patológica destaca un infiltrado inflamatorio de predominio linfoplasmocitario y eosinofílico, sin atipias y con cuerpos de Russell. En 4 de las 5 muestras se realizaron técnicas de inmunohistoquímica, observando características policlonales (kappa y lambda), positividad para la vimentina y negatividad para CD34. La evolución postoperatoria fue favorable en todos los casos, con una estancia hospitalaria media de 5 días (r: 4-9 días). La

evolución a largo plazo ha sido correcta, estando todos los pacientes vivos, sin evidencia de recidiva.



Conclusiones: El tumor miofibroblástico inflamatorio del pulmón es una neoplasia pulmonar benigna infrecuente, habitualmente asintomática y con buena evolución a largo plazo.

USO DE STENTS METÁLICOS AUTOEXPANDIBLES EN EL MANEJO DE ESTENOSIS TRAQUEOBRONQUIALES

J.A. García Salcedo, J.M. Borro Maté, M. Paradela de la Morena, E.M. Fieira Costa, R. Fernández Prado, M. Delgado Roel, M. de la Torre Bravos y D. González Rivas

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC):
Servicio de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar.

Introducción: La dilatación con balón, el desbridamiento con láser y el uso de stents están considerados como las técnicas estandarizadas para el manejo de las estenosis traqueobronquiales. El objetivo de este estudio fue describir nuestra experiencia con el uso de stents metálicos autoexpandibles (SMAE) en el manejo de estenosis del árbol traqueobronquial.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de 26 pacientes en los que se implantó un SMAE en nuestro servicio entre el 1 de marzo de 2001 y el 30 de noviembre de 2010.

Resultados: La mediana de edad fue de 51 años (rango IQ 44-59 años), 16 hombres y 10 mujeres. El diagnóstico de base era trasplante pulmonar en 11 pacientes, neoplasia esofágica en 3p; neoplasia pulmonar, estenosis post-intubación y fístula broncopleurales en 2p respectivamente; y 7 pacientes con otros diagnósticos. Las indicaciones de colocación fueron estenosis por compresión intrínseca en 53,8% (14p), estenosis por compresión extrínseca en 23% (6p) broncomalacia en 15,4% (4p) y fístula broncopleurales en 7,6% (2p). En 21p el procedimiento se realizó bajo anestesia general y mascarilla laríngea. Previo a la colocación de la prótesis un 50% (13p) precisaron dilatación con balón y un 15,3% (4p) dilatación con láser. Las áreas de implante fueron tráquea y bronquio principal izquierdo en 34,6% (9p) respectivamente,

bronquio principal derecho en 15,3% (4p), bronquio intermediario en 11,5% (3p) y área traqueobronquial en 1p. Aparecieron complicaciones tras la colocación de la prótesis en 12p (46,1%): tejido de granulación en 7p (26,8%), migración de la prótesis en 4p (15,3%), taponamiento mucoso en 2p (7,6%) y fractura de la prótesis en 1p (3,8%). El tratamiento de las complicaciones se realizó con dilatación con balón, láser o con la retirada del stent. La media de estancia hospitalaria tras la colocación fue de 6 días (rango IQ 2-22 días). No se encontró mortalidad asociada directamente a la colocación de la prótesis.

Conclusiones: El tratamiento de las estenosis bronquiales mediante un SMAE es una opción fácil, segura y eficaz. Presentan ventajas de cara a lesiones más complejas por mejor adaptabilidad. Aun y con la aparición de complicaciones estas son menores y fáciles de tratar en gran medida y no interfieren con la eficacia de la prótesis. Sería necesario revisar el uso del SMAE en grupos de pacientes determinados para valorar riesgo/beneficio más específicos.

VALIDACIÓN DE LA ESCALA EUROPEA DE RIESGO DE MUERTE INTRAHOSPITALARIA ESOS.01 EN PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIÓN PULMONAR

A. Alkourdi Martínez¹, G. Varela², N. Novoa², M. Jiménez² y J.L. Aranda²

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves: Cirugía Torácica;

²Hospital Universitario Clínico de Salamanca: Cirugía Torácica.

Introducción: La escala ESOS.01 de predicción del riesgo de muerte hospitalaria tras resección pulmonar se publicó en 2005 y su validez no se ha comprobado en poblaciones externas. El objetivo de este trabajo es validar dicha escala en una población de pacientes cuyos datos no fueron incluidos entre los que se utilizaron para construir el modelo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en una serie de casos consecutivos cuyas variables han sido almacenadas de forma prospectiva en una base de datos sometidos a resección pulmonar anatómica por los siguientes diagnósticos. Todos los pacientes fueron intervenidos por neoplasias pulmonares primitivas o metastásicas. Periodo de inclusión 1-1-2005 a 1-10-2010. Variable dependiente: muerte hospitalaria. Variables independientes: FEV1 estimado postoperatorio (ppoFEV1) y edad del paciente. Para cada caso se calculó el riesgo de muerte hospitalaria aplicando el modelo predictivo ESOS.01 (probabilidad = $\exp(\text{logit2}) / (1 + \exp(\text{logit2}))$ donde $\text{logit2} = -5,8858 + (0,0501 \times \text{edad}) - (0,0218 \times \text{ppoFEV1})$) y la validez del modelo se comprobó mediante curva ROC no paramétrica calculando los intervalos de confianza del área bajo la curva.

Resultados: Se obtuvieron 541 pacientes; 80 mujeres y 460 varones, con una edad media de 69. FEV1ppo media. Todos ellos resecados mediante resección anatómica. Fallecieron intrahospitalariamente 3. Se obtuvo una curva ROC aplicada a los datos en la que se comprobó que el área bajo la curva era de 0,54. Ver tabla a pie de página.

Conclusiones: El modelo ESOS.01 no es válido para predecir la muerte hospitalaria tras resección pulmonar en nuestra población de pacientes. La causa de la baja capacidad predictiva podría estar relacionada con la escasa frecuencia del suceso que se pretende predecir.

Extirpes	Ca. pulmón	Carcinoide	N. maligna	N. benigna	Metástasis	Total
Primarios	488	28	7	6	0	501
Secundarios	0	0	0	0	40	40
Mort. intrahospitalaria	3 (0,61%)	0	0	0	0	3 (0,55%)
Casos	Área ROC		Error estándar		Intervalo de confianza 95%	
541	0,543		0,21		0,13-0,95	

VALORACIÓN DE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LA PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA EN PACIENTES DE CIRUGÍA TORÁCICA

J.C. Penagos Tafurt, E.E. Mármol Cazas, S. Martínez Somolinos,
X. Baldó Padró, M. Rubio Garay y F. Sebastián Quetglás

¹Hospital Universitario Dr. Josep Trueta: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: No existe consenso unificado sobre la profilaxis antitrombótica en los pacientes intervenidos por cirugía torácica. En nuestro Hospital, en el año 2009, se implantó un protocolo que consideraba los procedimientos de C.Torácica como de riesgo moderado.

Material y métodos: Al aumentar las complicaciones hemorrágicas en el año 2009, nos propusimos recoger los episodios no deseados desde 2008 al 2010 y su posible relación con el uso de bemparina.

Resultados: El número de resecciones pulmonares en nuestro Servicio ha permanecido estable alrededor de 110 intervenciones/año. La gran mayoría (95%) se deben a neoplasias. Revisando las tres series, la lobectomía ha sido la intervención con mayor proporción de complicaciones. Los datos se presentan en la tabla. En el año 2009, se registraron el mayor número de episodios de sangrado, tanto a nivel torácico (post-operatorio inmediato) como hemorragias en otras localizaciones. Los siete casos de hemorragia torácica precisaron re-intervención urgente. Se pasó de un porcentaje de un 4% (2008) al 6,8% en ese año. Los exitus solo se reportaron en el año 2009 y se produjeron en el postoperatorio por dos complicaciones hemorrágicas (hemorragia digestiva alta incoercible, accidente cerebrovascular) y por una isquémica (isquemia mesentérica masiva). Estos hechos nos obligaron a modificar la pauta de heparinización. Esta consistía en una dosis de bemparina sódica 2500 U a las 6 h de la intervención y dalteparina sódica 2500 U c/24h hasta el alta hospitalaria. En los casos de cirugía cruenta o en situaciones de mayor riesgo de sangrado, se suprimió la bemparina sódica. Los resultados son evidentes ya que durante el año 2010 solo hemos registrado tres casos de hemorragia post-quirúrgica y ninguno de ellos precisó reintervención. Durante estos años no se han reportado ningún caso de trombosis venosa profunda ni tromboembolismo pulmonar.

Nº intervenciones	135 (2008)	103 (2009)	115 (2010)
Complicaciones	48 (35,5%)	37 (35,9%)	20 (17,4%)
Hemorragia posquirúrgica	6 (4,44%)	7 (6,79%)	3 (2,6%)
Reintervenciones	3 (2008)	7 (2009)	0 (2010)

Conclusiones: De acuerdo con la literatura, no sería conveniente administrar bemparina en el post-operatorio inmediato. La aplicación individualizada de la profilaxis antitrombótica permite reducir el riesgo de sangrado. No hemos reportado ningún caso de trombosis.