

CIRUGÍA TORÁCICA

ABORDAJE SUPRACLAVICULAR DE LA COSTILLA CERVICAL

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

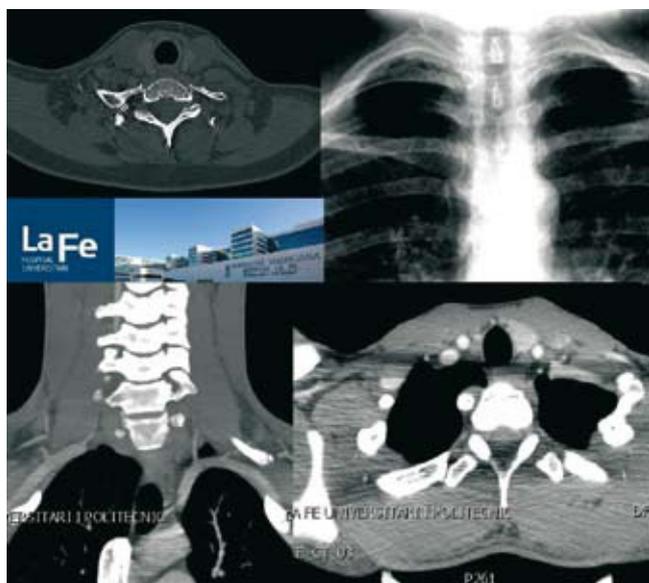
Hospital La Fe.

Introducción: El síndrome de estrecho torácico es el conjunto de signos y síntomas consecuencia de una compresión mecánica o

funcional del plexo braquial y/o los vasos subclavos por estructuras anatómicas normales o anormales alrededor del paquete neurovascular. La sintomatología neurológica es la manifestación más común e inespecífica. Puede presentarse desde una sensación ligera de adormecimiento o parestesias leves, hasta atrofia de la musculatura intrínseca de la mano. Y no existe prueba específica que lo diagnostique totalmente. Esto en ocasiones, hace controversial la actitud quirúrgica. La costilla cervical es una anomalía anatómica que puede causarlo principalmente a nivel del triángulo escaleno.

Material y métodos: Describimos nuestra experiencia con casos secundarios a presencia de costilla cervical y por lo tanto decidimos utilizar el abordaje supraclavicular. Presentamos 6 pacientes intervenidos entre los años 2000 y 2011. 1 varón y 5 mujeres entre los 16 y los 53 años. 4 casos de costilla cervical bilateral y 2 unilaterales. Sintomatología de parestesias y dolor supraclavicular unilateral en 5 casos y 1 bilateral, cianosis distal 1. Preoperatorio: TAC y RMN en 2 casos, RMN 2 y TAC 2. No se realizó estudio funcional en ningún caso. Resección unilateral en 5 casos (predom. sint.) y 1 escalenotomía bilateral sin resección costal.

Resultados: Encontramos articulación de costilla cervical con proceso transversario de C7 en todos los casos. El predominio en la sintomatología coincidió con el lado de mayor ángulo de abducción de la costilla cervical en los casos bilaterales y articulación patológica distal con 1a costilla torácica en 2 casos. No hubo complicaciones postoperatorias inmediatas en ningún caso. Mejoría de sintomatología en todos los casos. Remisión completa en 5 casos (3 al mes y 2 a los 5 meses). 1 caso con sintomatología residual al mes.



Conclusiones: El síndrome de estrecho torácico vascular tiene clara indicación quirúrgica al disponer de pruebas diagnósticas que identifican la etiología con facilidad; sin embargo el síndrome de estrecho torácico neurológico es controversial en los casos de sintomatología leve, por no disponer de una prueba diagnóstica específica para identificar la causalidad. Pero en el caso de asociar un hallazgo anatómico anómalo; basados en nuestra experiencia, podemos afirmar que se puede sentar la indicación quirúrgica obteniendo buenos resultados. Y el abordaje supraclavicular es una opción segura y eficaz para hacerlo en los casos de secundarios a costilla cervical.

ANÁLISIS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD POSTOPERATORIA EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS SOMETIDOS A RESECCIÓN PULMONAR MAYOR

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

Hospital Miguel Servet.

Introducción: Analizar la edad como factor de riesgo de complicaciones mayores (CM) y mortalidad postoperatoria (MPO) en pacientes sometidos a una resección pulmonar mayor (RPM).

Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo incluyendo las RPM realizadas en nuestro Servicio entre enero de 2007 y diciembre de 2009. Se establecieron dos grupos de pacientes (p.) en función de la edad, Grupo (G.) A (< 75 años: 278p.) y Grupo B (> 75 años: 69p.). Se compararon ambos G. mediante el análisis bivariante en base a las principales variables de comorbilidad preoperatorias e intraoperatorias. Posteriormente se procedió a un doble análisis multivariante estableciendo como variables dependientes "MPO" y "CM", y como independientes aquellas con una $p < 0,2$ en el bivariante y consideradas más relevantes según la literatura.

Resultados: Se comparó la homogeneidad de los grupos en base a las siguientes variables: sexo, IMC, diagnóstico de ca. pulmón, HTA, cardiopatía, diabetes, EPOC, grado de disnea (grado 0 vs grado 1-3), ECOG (0 vs 1-2), ASA (1-2 vs 3-4), FEV1 y DLCO, n° total de comorbilidades (1-6), cirugía mínimamente invasiva y neumonectomía. De éstas, las variables incluidas en el análisis multivariante fueron: sexo (varones G. A: 83% vs G. B: 91% $p = 0,07$), cardiopatía (G. A: 13% vs G. B: 33% $p < 0,001$), HTA (G. A: 43% vs G. B: 29%), ASA 3-4 (G. A: 61% vs G. B: 51% $p = 0,12$), n° medio de comorbilidades (G. A: 1,4 vs G. B: 1,8 $p = 0,09$). La MPO de la serie fue 5% (G. A: 6,4% vs G. B: 1,4%). En el análisis multivariante de la MPO, la edad no se demostró como un factor asociado a la misma (OR = 0,27 IC95% 0,03-2,1 $p = 0,22$) siendo en dicho modelo la clasificación ASA3-4 la que mayor impacto tuvo sobre la mortalidad (OR = 5,3 IC95% 1,17-25 $p = 0,03$). La incidencia de CM global fue del 20% (G. A y B: 20% respectivamente). En el análisis multivariante de las CM, la edad resultó igualmente no significativa (OR = 1,25 IC95% 0,62-2,52) y el riesgo ASA se mantuvo como el factor de riesgo más importante (OR 3,4 IC95% 1,7-6,5 $p < 0,001$).

Conclusiones: Dado nuestros resultados creemos que la edad no supone en sí misma una contraindicación para la realización de RPM, en cambio la presencia de un riesgo anestésico elevado debería de tenerse en cuenta en los algoritmos de valoración previos a la cirugía.

CAMBIOS HEMODINÁMICOS Y RESPIRATORIOS DE LA MEDIASTINOSCOPIA TRANSESFÁGICA FRENTE A MEDIASTINOSCOPIA CONVENCIONAL: ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO EN UN MODELO PORCINO

M. Boada¹, R. Navarro², H. Córdova³, G. Martínez-Pallí², A. Rodríguez-D'Jesús³, C. Rodríguez de Miguel³, J.M. Gimferrer⁴, P. Arguis⁵, J.M. Perdomo², G. Cubas², H. Uchima³, J. Llach³ y G. Fernández-Esparrach³

¹Hospital Clínico. Barcelona. ²Servicio de Anestesia. Hospital Clínico. Barcelona. ³Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínico. Barcelona. ⁴Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Clínico. Barcelona. ⁵Servicio de Radiología. Hospital Clínico. Barcelona.

Introducción: A través del esófago es posible acceder al mediastino sin incisiones en la pared torácica y esta técnica podría ser una alternativa menos invasiva a la mediastinoscopia convencional. Sin embargo, se desconoce el impacto hemodinámico y respiratorio de esta técnica que, además, implica la insuflación de CO₂ en el mediastino.

	NOTES-Mediastinoscopia (n=5)					Mediastinoscopia convencional (n=10)				
	Basal	10 min	20 min	30 min	20 min post	Basal	10 min	20 min	30 min	20 min post
PAM (mmHg)	82,75 ± 62	78,3 ± 20	78,5 ± 15,9	79,5 ± 14,6	77 ± 7,7	80 ± 21	90,5 ± 17,7	85,8 ± 12	88,5 ± 9	82 ± 16,3
GC (L/min)	2,75 ± 0,5	2,1 ± 0,1	2,48 ± 0,2	2,53 ± 0,3	2,75 ± 0,6	2,72 ± 1,2	2,06 ± 0,3	2,36 ± 0,5	2,34 ± 0,7	2,74 ± 0,5
PaO ₂ (mmHg)	215 ± 85	-	-	186 ± 75	172 ± 71	241 ± 41	-	-	221 ± 31	220 ± 31

Objetivo: Comparar los cambios hemodinámicos y respiratorios asociados a la mediastinoscopia transesofágica (MED-NOTES) con la mediastinoscopia convencional (MED).

Material y métodos: 20 animales fueron aleatorizados en dos grupos: MED-NOTES (n = 10) y MED (n = 10). El procedimiento consistió en una mediastinoscopia de 30 minutos y se realizó bajo anestesia general con IOT. El acceso transesofágico consistió en un túnel submucoso de 10 cm realizado en la cara anterior del esófago y se utilizó CO₂ para crear el neumomediastino. Se realizaron mediciones hemodinámicas invasivas (presión arterial sistémica y pulmonar, gasto cardíaco) y presiones vía aérea antes, durante (10 y 20 minutos) y al final del procedimiento. Se obtuvieron gasometrías arteriales antes y al final del procedimiento. Los animales fueron sacrificados a las 24 horas.

Resultados: Se completaron 19 mediastinoscopias y 18 animales sobrevivieron 24 horas. Uno de ellos tuvo que ser sacrificado por presentar un quilotórax. Durante la mediastinoscopia, 3 animales en el grupo MED-NOTES presentaron un neumotórax a tensión que requirió drenaje percutáneo sin otras incidencias. Estos animales fueron excluidos del análisis final. El comportamiento hemodinámico y respiratorio fue similar en ambos grupos. No mostraron cambios en la presión arterial media sistémica ni pulmonar durante el procedimiento. Al inicio de la mediastinoscopia se observó una mínima disminución del volumen sistólico y del gasto cardíaco en ambos grupos que probablemente fue compensada por la tendencia al aumento de las resistencias vasculares sistémicas. Ambos grupos mostraron una cierta afectación del intercambio pulmonar de gases pero sin ser estadísticamente diferente entre ambos grupos. Ver tabla a inicio de página.

Conclusiones: La NOTES-MED es factible y es bien tolerada hemodinámica y respiratoriamente. El elevado número de neumotórax obliga a una estricta monitorización hemodinámica y respiratoria de los procedimientos. El control de la presión de CO₂ insuflado en el mediastino podría disminuir el riesgo de complicaciones.

CIRUGÍA DE REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR EN PACIENTES TRASPLANTADOS POR EPOC TIPO ENFISEMA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL REINA SOFÍA

E. Arango Tomás, D. Espinosa Jiménez, J. Illana Wolf, F. Cerezo Madueño, G. Carrasco Fuentes, P. Moreno Casado, F.J. Algar Algar, A. Álvarez Kindelan, C.A. Baamonde Laborda, A. Requejo, J. Redel Montero, J. Vaquero Barrios, F. Santos Luna y A. Salvatierra Velázquez

Hospital Universitario Reina Sofía.

Introducción: Describir los resultados del trasplante pulmonar (TP) en pacientes con EPOC tipo Enfisema con la realización de cirugía de reducción de volumen (CRVP).

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo a partir de 293 TP en nuestro centro de enero 1996 a octubre 2011, de los que 82 eran EPOC tipo enfisema. Se seleccionan los TP unipulmonares que han requerido CRVP de su pulmón nativo. Se evalúa la estancia hospitalaria, morbimortalidad quirúrgica, supervivencia global, tipo de CRVP, y funciones pulmonares.

Resultados: Se realizan 293 TP de enero 1996 a octubre 2011, 82 por EPOC-Enfisema (70v/12m, edad 54,66 ± 7). Tipo: 51,2% unilateral (40,47% izq y 59,25% dchos), 48,8% bilateral. 3 receptores (3,66% de los TP EPOC-enfisema), varones grupo A de media 57 años, tenían compresión del injerto clínicamente significativa por hiperdistensión pul-

monar nativa requiriendo CRVP. Los 3 recibieron injertos izq. Partían de una situación funcional pretrasplante con pO₂ 57,33, pCO₂ 46, FVC 2.173,33 (55,73%), FEV1 833,33 (21,56%), requiriendo en UCI (media = 5 días) FiO₂ 0,75, y manteniéndose en su postoperatorio inmediato con pO₂ 323,95 y pCO₂ 44,4. Tras una estancia hospitalaria media de 42,66 días se realizan revisiones posteriores entre las que cabe destacar: a los 6 meses del TP: pO₂ 86, pCO₂ 38, satO₂ 98, FVC 3.235-73,5%, FEV1 1.785-54,5%; a los 2 años: pO₂ 80,5, pCO₂ 40,96, satO₂ 95,5, FVC 2.866-70,4%, FEV1 1.536-51,1%. A los 4 años se aprecia un claro empeoramiento funcional (pO₂ 71, pCO₂ 41, satO₂ 95, FVC 2270-58%, FEV1 945-31%) por lo que, al objetivarse una caída de la FVC del 15,5% y del FEV1 del 23,5%, tras excluir otras causas de deterioro funcional, se les plantea CRVP entre 4 y 6 años tras el TP, que consistió en la resección transegmentaria del pulmón nativo enfisematoso. No hubo mortalidad perioperatoria, y 1 de ellos falleció a los 15 meses de la CRVP. El 66,6% permanecen vivos a los 5 años del TP. Tras la CRVP apreciamos una mejoría funcional (FEV1 del 31% al 65%) y una disminución de la desaturación al esfuerzo.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la CRVP mediante resección transegmentaria de las zonas más afectas del parénquima es factible en pacientes con compresión significativa del injerto por hiperinsuflación del pulmón nativo tras un TP unilateral. Además mejora la función respiratoria en pacientes adecuadamente seleccionados. Sería interesante realizar estudios de supervivencia en pacientes con compresión del injerto comparando los beneficiarios de CRVP con sometidos a tratamiento conservador.

CIRUGÍA TORACOSCÓPICA MONOPORTAL FRENTE A TRIPORTAL EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO

M. Estors¹, J.M. Galbis¹, N. Martínez², F. Sánchez¹, E. Miñana¹, E. Naval¹ e I. Lluçh¹

¹Hospital Universitario de La Ribera. ²Hospital General Universitario de Valencia.

Introducción: La cirugía toracoscópica videoasistida, usualmente por tres puertos, en el tratamiento quirúrgico del neumotórax espontáneo, supuso un gran cambio con respecto a las toracotomías en cuanto a la disminución del dolor postoperatorio, morbilidad y estancia media. La tendencia actual en esta técnica ya establecida es la disminución de puertos de trabajo.

Objetivo: Analizar las ventajas de VATS monoportal (fig. 1) frente a VATS triportal.

Material y métodos: Estudio descriptivo, comparativo, en el período comprendido entre enero 2011 y noviembre 2011, del tratamiento quirúrgico del neumotórax espontáneo mediante VATS monoportal versus VATS triportal. En el preoperatorio inmediato a todos los pacientes se les practicó punción paravertebral para el control del dolor postoperatorio. Variables a estudio: edad, sexo, realización TC previo, números de puertos de trabajo empleados en la cirugía, tiempo quirúrgico, dolor quirúrgico (escala simple de 1 a 3 dependiendo de la necesidad de morfínicos, aines o metamizol/paracetamol) estancia media, morbilidad.

Resultados: Desde enero de 2011 hasta noviembre de 2011, 23 pacientes han sido intervenidos con diagnóstico neumotórax espontáneo mediante VATS. La edad media ha sido de 23 años con un rango



de (17-34). Relación hombre /mujer: 15/8. Excepto 3 pacientes a todos se les ha realizado TC torácico, en 19 casos hemos objetivado bullas apicales. En 13 pacientes se utilizaron 3 puertos de trabajo (pacientes intervenidos desde enero hasta abril del 2011), en 10 pacientes (intervenidos de mayo a noviembre del 2011) se empleó un solo puerto. La media del tiempo quirúrgico de la cirugía por VATS triportal fue de 28 minutos, la media del tiempo quirúrgico de VATS monoportal fue de 22,5 minutos. El dolor post-operatorio fue similar para ambos grupos, leve. Estancia media en los dos grupos fue de dos días. Morbilidad: una paciente intervenida por vía monoportal presentó parestesia en la zona de la intervención durante dos meses. Ninguno de los pacientes ha presentado recidiva.

Conclusiones: Estudio limitado por el número de pacientes. Actualmente lo único que hemos podido concluir es una mejoría estética por la incisión única en VATS monoportal. No hemos observado diferencias en cuanto al dolor postoperatorio, morbilidad y estancia media.

COMPARACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA TRAS LOBECTOMÍA PULMONAR VIDEOTORACOSCÓPICA FRENTE A TORACOTOMÍA LATERAL AMIOTÓMICA

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

Hospital Universitario Miguel Servet. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

Introducción: Comparar la morbilidad postoperatoria tras una lobectomía pulmonar, según la vía de abordaje: videotoroscopia (VATS) vs toracotomía lateral amiotómica (TLA).

Material y métodos: Estudio prospectivo a partir de una cohorte dinámica que incluyó todos los pacientes (p.) a los que se les realizó una lobectomía, por VATS o por TLA, entre el 1-1-2009 y el 31-12-2010. Se comparó la homogeneidad de los grupos en base a las principales variables preoperatorias, encontrando diferencias significativas en la edad media y tendencia a la significación en la proporción de pacientes con catéter loco-regional, ambas variables se incluyeron en el análisis multivariante.

Resultados: Del total de pacientes a los que se realizó una lobectomía en ese periodo (230p), se incluyeron en la serie 101p, 58p (57,4%) en el grupo VATS y 43p (42,6%) en el grupo TLA, con una edad media de 66 y 63 años respectivamente ($p = 0,013$). En el análisis bivariante no encontramos diferencias en el tiempo quirúrgico ($p = 0,13$) ni en la proporción de pacientes extubados en quirófano ($p = 0,43$). La cantidad de sangre perdida durante la intervención, según la dife-

rencia de hemoglobina pre y postoperatoria, fue mayor en el grupo de la TLA: 2,4 g/dL vs 1,9 g/dL en el grupo VATS ($p = 0,3$), traduciéndose en una mayor necesidad de transfusión sanguínea postoperatoria ($p = 0,01$). El índice de complicaciones del grupo VATS fue del 27%, frente al 41% del grupo TLA ($p = 0,13$). A pesar de la mayor tasa de complicaciones del grupo TLA, no encontramos diferencias significativas en el análisis bivariante y multivariante, según fuesen pleurales: VATS 13,7% vs TLA 13,9% ($p = 0,9$), respiratorias: VATS 10,3% vs TLA 11,6% ($p = 1$), cardiovasculares: VATS 8,6% vs TLA 11,6% ($p = 0,74$) o cardiorespiratorias: VATS 13,7% vs 23,2% ($p = 0,21$). Sin embargo, el dolor postoperatorio, medido según la necesidad de opioides de rescate, fue significativamente mayor en el grupo TLA: 2,5 vs 1,5 en el grupo VATS ($p = 0,02$), así como los días de drenaje torácico: 6 vs 5,2 del grupo VATS ($p = 0,015$) y la mediana de la estancia postoperatoria: 6 días vs 5,2 de las VATS ($p = 0,03$). La mortalidad postoperatoria fue del 0%.

Conclusiones: La lobectomía VATS ofrece ventajas sobre la realizada a través de una TLA, reflejadas en una reducción de la necesidad de transfusión sanguínea, dolor postoperatorio, días de drenaje torácico y estancia postoperatoria. Consideramos que la lobectomía VATS debería ser el abordaje de elección, a falta de nuestros resultados oncológicos a largo plazo.

¿DEBEMOS OPERAR A PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN Y METÁSTASIS ÚNICA?

C. Jordá Aragón, K. de Aguiar Quevedo, E. Pastor Martínez, J.A. González García, S. Peñafiel Guzmán, V. Calvo Medina, G. Sales Badía, J. Escrivá Peiró, A. García Zarza y J.A. Pastor Guillén

Hospital La Fe.

Introducción: El tratamiento estándar para pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) en estadio IV es la quimioterapia. Series retrospectivas sugieren, sin embargo, que algunos pacientes en estadio IV con una única metástasis sincrónica extratorácica (M1) se tratan eficazmente con resección tanto del tumor primario como de la metástasis. Comunicándose tasas supervivencia a 5 años entre el 11% y 30%, en pacientes con metástasis cerebral reseca y del 26% a aquellos con metástasis suprarrenal.

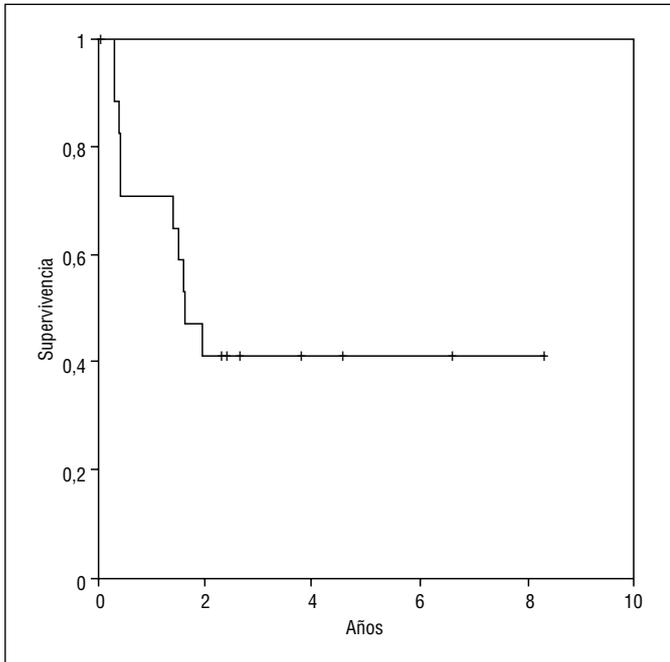
Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo de pacientes sometidos a resección pulmonar por CPNM con enfermedad M1 en el hospital La Fe entre enero de 2001 y diciembre de 2009, con un seguimiento mínimo de 24 meses.

Resultados: Cumplían estas características 18 pacientes de 714. Se trataba de 2 mujeres (11,1%) y 16 hombres (88,9%) con una edad media de $56,5 \pm 11,8$ años. Un 77,8% presentaban comorbilidad con un índice Charlson medio de $7 \pm 1,1$. En doce pacientes se realizó estudio preoperatorio PET (66,7%). Dieciséis pacientes presentaban metástasis cerebral, un paciente metástasis suprarrenal y otro en el pulmón contralateral. En catorce ocasiones se actuó primero sobre la metástasis antes de ser sometido a la resección pulmonar, llevándose a cabo 13 lobectomías, 3 resecciones parciales y 2 neumonectomías. En cuanto a la metástasis cerebrales 15 pacientes presentaron supervivencia operatoria no encontrando diferencia significativa según el abordaje a nivel del SNC, neurocirugía versus radioterapia (test de Fisher $p = 0,2$; tabla 1). Tuvimos una muerte perioperatoria, permaneciendo vivos al final del estudio 7 pacientes con una supervivencia a los 5 años del 41% (fig. 1).

Conclusiones: Es difícil resumir y evaluar la evidencia disponible sobre la efectividad de la resección quirúrgica en enfermedad de oligometastática debido a la limitación de estos estudios clínicos retrospectivos. Aunque la supervivencia global a 5 años en estadio IV en CPNM se sitúa en torno al 2%.

Tabla de contingencia

Estatus * Tratamiento metástasis cerebral		Tratamiento		Total
Estatus	Vivo	6	0	6
	Exitus por CPNM	6	3	9
Total		12	3	15



ELASTOFIBROMA DORSI: EFICIENCIA EN EL MANEJO AMBULATORIO

L. Rico, S. Vicente Antunes, P. Rodríguez Martín, P. Fernández Gómez-Escolar, P. Karagounis, J. Zapatero Gaviria e I. Muguruza Trueba

Hospital Fundación Jiménez Díaz.

Introducción: Elastofibroma dorsi (EFD) es un tumor de partes blandas poco frecuente y de naturaleza benigna, generalmente localizado en la región subescapular. Predomina en mujeres. Puede ser bilateral. Su etiopatogenia es un tema aun en controversia. En su origen se han involucrado microtraumas reiterados de la zona. La presentación clásica junto a una resonancia magnética nuclear (RMN) del tórax, suele ser suficientes para el diagnóstico; reservando el estudio citológico por biopsia para aquellos casos en que existan dudas con otros procesos (sarcomas y otros).

Material y métodos: En nuestro estudio se identificaron 10 pacientes con diagnóstico de EFD de la base de datos de los Hospitales Capió Madrid. Se analizaron variables como sexo, edad, tratamiento, complicaciones, reintervenciones, recidivas, técnicas quirúrgicas, bilateralidad y ambulatoriedad.

Resultados: Se diagnosticaron 7 mujeres y 3 hombres, edad media de la serie 58,8 años (rango: 35-86 años) Lesiones bilaterales presentes en 6 pacientes. Tratamiento quirúrgico en los 10 casos con técnica de abordaje mínimamente invasiva. Complicaciones posquirúrgicas en el 50% (hematoma y/o seroma). Una reintervención sin ninguna recidiva. Tratados ambulatoriamente 4 de ellos.

Conclusiones: La RMN o el TC en su defecto son suficientes en el diagnóstico. El tratamiento quirúrgico es de elección en pacientes sintomáticos y resulta curativo. Basados en nuestra experiencia conside-

ramos factible la cirugía en unidades sin ingreso (UCSI), utilizando drenajes domiciliarios que pueden disminuir drásticamente la tasa de complicaciones y los reingresos que estos generan. Desde el punto de vista coste- beneficio: La detección de la enfermedad de manera segura con una única prueba diagnóstica, el tratamiento ambulatorio reduciendo la estancia a cero y la disminución de complicaciones mediante el uso de drenajes domiciliarios, aumentan significativamente la eficiencia en el manejo de esta entidad.

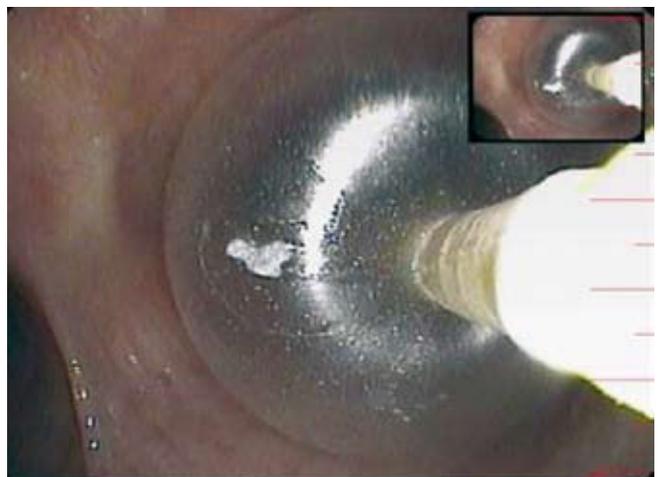
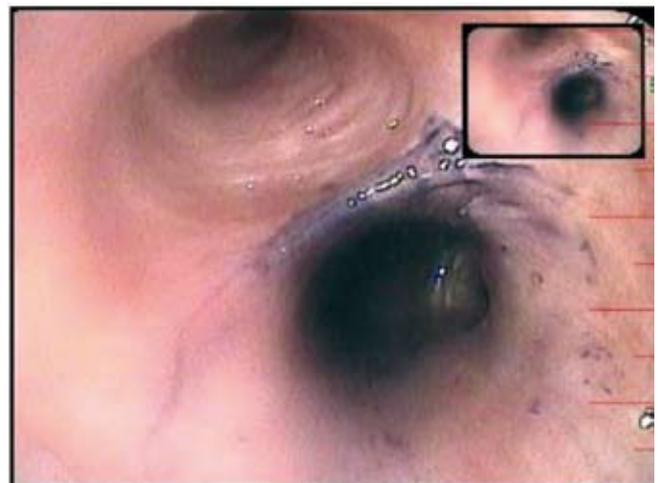
EMPIEMA PARANEUMÓNICO COMPLICADO PLEURAL POR LA PERSISTENCIA DE LA FUGA DE AIRE-EL MANEJO EXITOSO POR MEDIO DE ENDOBRONQUIAL VÁLVULAS DE UNA VÍA

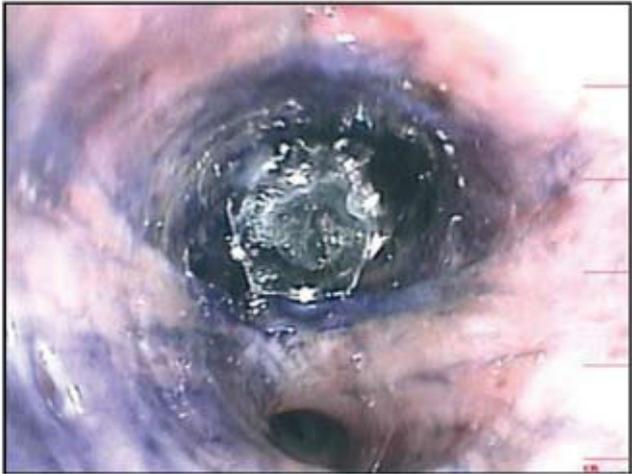
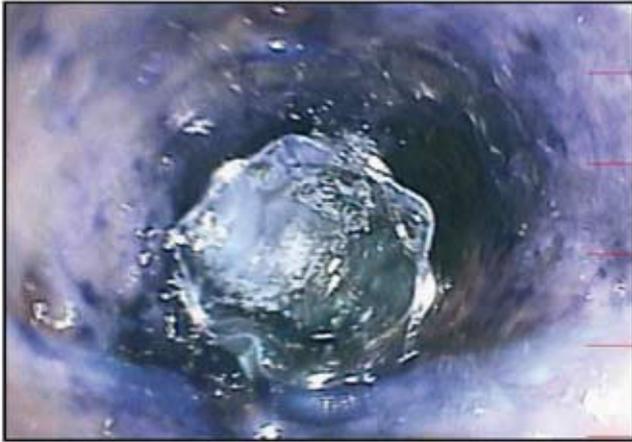
M. Schweigert¹, A. Dubecz¹, D. Oefner-Velano² y H.Stein¹

¹Klinikum Nuremberg Nord. ²Paracelsus Medical University Salzburg.

Introducción: Empiema pleural paraneumónico es una condición que amenaza la vida con una mortalidad hasta un 20%. Debido a los enfermos de comorbilidad grave a menudo no son adecuados para la cirugía torácica mayor. Fístula broncopleural periféricas añade otra dificultad. Esto puede resultar en una situación donde la recuperación es imposible. Por lo tanto, hemos desarrollado una combinación de desbridamiento quirúrgico invasivo mínimo y el cierre de las fugas de aire por medio de la broncoscopia válvulas de una vía endobronquial.

Material y métodos: Hasta el momento cuatro pacientes recibieron el tratamiento combinado. Que sufría de empiema pleural paraneumónico y fueron causa de comorbilidad grave no aptos para procedimientos quirúrgicos mayores. Inicialmente la toracoscopia videoasistida con desbridamiento de la cavidad pleural se realizó. Sin





embargo, la persistencia de fístula broncopulmonar resistentes a las medidas conservadoras se produjo. A través de un broncoscopio rígido localización de la fístula fue factible en un bronquio segmentario del lóbulo inferior, respectivamente, en el lóbulo medio. Después del bloqueo de los bronquios segmentarios identificado con un catéter de Fogarty se detuvo la fuga de aire a la vez. Por lo tanto, implantados en cada caso un endobronquial válvula de una vía diseñada para el tratamiento del enfisema pulmonar.

Resultados: Después de la implantación de la válvula broncoscópica la fístula broncopulmonar dejado en todos los casos y la recuperación de empiema pleural se logró. Los pacientes pudieron regresar a sus actividades normales. Las válvulas fueron retirados posteriormente mediante broncoscopia sin dificultad.

Conclusiones: El cierre exitoso de una fístula broncopulmonar periférica en pacientes con empiema pleural severo con una endoscopia válvula unidireccional que es factible. La combinación con la cirugía mínimamente invasiva es una opción de tratamiento en pacientes que no son aptos para la cirugía torácica mayor.

EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO TRAS NEUMONECTOMÍA POR CARCINOMA BRONCOGÉNICO

E.M. Fieira Costa, M. Delgado Roel, M. de la Torre Bravos, J.A. García Salcedo, L. Méndez Fernández, D. González Rivas, R. Fernández Prado, J.A. García Salcedo y M.I. Cortizas Gómez

CHU A Coruña.

Introducción: La principal indicación de cirugía de neumonectomía continúa siendo el carcinoma broncoyénico. Los resultados de super-

vivencia se ven influenciados por tratarse de estadios más avanzados unido a la disminuci3n significativa de la funci3n pulmonar. Nuestro objetivo es analizar la evoluci3n a largo plazo de los pacientes sometidos a neumonectomía por carcinoma pulmonar broncoyénico (CP).

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de 240 pacientes (p), sometidos a neumonectomía (N) desde enero de 2001 a enero de 2011 por CP. La edad media fue de $62,4 \pm 10$ años (23-80), el 91,2% (229p) varones y el 8,8% (21p) mujeres. El 75% tenía comorbilidad asociada (33% EPOC).

Resultados: Se realizaron 135 N izquierdas (56%) y 105 N derechas (44%). En el 71% de los casos el tumor fue un epidermoide y el 14% adenocarcinoma. El estadio quirúrgico-patol3gico fue: I en el 24,6%, II en el 27,1% y III en el 37,6%. La mortalidad postoperatoria fue del 9,2% (22p). En los 218p que cursaron alta hospitalaria, se realizó tratamiento adyuvante en el 51,4%. El porcentaje global de recidiva fue del 50,9%. La mediana del intervalo libre de enfermedad fue de 17,8 meses. Se present3 recidiva local o ganglionar en el 10,6%, enfermedad contralateral en el 8,7%, metástasis a distancia en el 18,8% y afectaci3n diseminada en el 10%. El 5% de los p desarroll3 FBP y el 2% empiema (tras 30 días de la cirugía). En el momento del estudio, el 34% de los p está vivo. La supervivencia actuarial al ańo es del 73,7%, a tres ańos del 47,4% y a cinco ańos del 34,2%; con una mediana estimada de supervivencia de 30,7 meses.

Conclusiones: La principal causa de recurrencia tumoral y muerte es la enfermedad metastásica a distancia. A pesar del alto porcentaje de estadios avanzados, podemos considerar aceptables los resultados de supervivencia a largo plazo.

EXPERIENCIA EN EL ABORDAJE VIDEOTORACOSCÓPICO CON INSTRUMENTAL Y PUERTO SILS EN COMPARACI3N CON LA VIDEOTORACOSCOPIA CON 3 PUERTOS. ESTUDIO PROSPECTIVO

J.M. Mier Odriozola, J.J. Fibla Alfara y L. Molins López-Rod3

Hospital Universitari Sagrat Cor.

Introducci3n: La videotoracosopia en los últimos ańos ha mostrado un gran avance. Incluyendo la cirugía a través de un solo puerto (SILS). En este estudio comparamos este acceso con el clásico de tres puertos.

Material y métodos: Entre 11/2010 a 11/2011, se incluyen 20 pacientes en un estudio prospectivo, operados con abordaje SILS o con triple abordaje videotoracosópico. Con SILS se realizó una incisi3n de 25 mm en el triángulo auscultatorio con 2 instrumentos y cámara de 5 y engrapadora de 12 mm. El grupo control se realizó con 3 entradas de 5, 10 y 12 mm. La analgesia posoperatoria fue con catéter paravertebral con bupivacaína al 0,5%, 15 ml en bolus alternos cada 3h con 2 g de metamizol EV. La técnica quirúrgica no vari3 excepto en el abordaje y la realizó el mismo equipo quirúrgico. Las variables cuantificables fueron: tiempo quirúrgico, días de drenaje y estancia intrahospitalaria. Medici3n del dolor posoperatorio a las 24h, mediante escala EVA, los enfermos ambulatorios fueron cuestionados vía telef3nica; registrándose las complicaciones posquirúrgicas. Análisis estadístico: test no paramétrico (U de Mann-Whitney) en los casos en que no había homogeneidad, sí había homogeneidad de varianzas se usó la t de Student.

Resultados: La muestra no tuvo diferencia significativa en sexo, edad, número y tipo de procedimiento. 5 biopsias pulmonares grupo SILS; 6 grupo control. Neumot3rax simple 3 en cada grupo; 1 quiste mediastínico por grupo y 1 bullectomía en un neumot3rax catamenial en el grupo SILS. El tiempo quirúrgico fue de 75 min grupo SILS y 65 min grupo control. El tiempo de retirada de drenaje (38,8h vs 34,2h) y de estancia intrahospitalaria (44h vs 38,4) fue ligeramente mayor en el grupo SILS; no present3 diferencia estadística (p =

0.971). El control del dolor a las 24h fue significativamente menor en el grupo control (EVA: 6,20), que en el SILS (EVA: 4,40) $p = 0,035$. Complicaciones hubo 1 infección, 1 seroma de herida quirúrgica y 1 recidiva de neumotórax catamenial que no precisó de drenaje en el grupo SILS. En el grupo control 1 paciente presentó rash cutáneo por causa no identificada.

Conclusiones: En este estudio prospectivo, los pacientes intervenidos con el puerto SILS presentaron un tiempo de retirada y de estancia intrahospitalaria similar y un menor dolor posoperatorio a las 24hrs en con un mayor riesgo de complicaciones de herida quirúrgica y alargamiento del tiempo quirúrgico. Se precisa de un estudio mayor para confirmar las ventajas de este acceso quirúrgico.

FACTORES PRONÓSTICOS DE LA CIRUGÍA DE LAS METÁSTASIS PULMONARES DE ORIGEN COLORRECTAL

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

Hospital Universitario Miguel Servet.

Introducción: Analizar los factores pronósticos implicados en la evolución de los pacientes intervenidos de metástasis pulmonares de ca. colorrectal (MPCCR).

Material y métodos: Estudio de cohortes ambispectivo de los pacientes (p) intervenidos por primera vez de una MPCCR con intención curativa, entre enero de 1998 a diciembre de 2009. Los factores pronósticos analizados fueron los relacionados con el episodio del CCR y la primera metastasectomía pulmonar (MP). Las estimaciones de la supervivencia se realizaron mediante curvas de Kaplan-Meier, y el análisis bivariante por el método de log-rank o Wilcoxon-Breslow. En el análisis multivariante mediante regresión de Cox se incluyeron aquellas variables con una $p < 0,2$ y las referidas con más frecuencia en la literatura.

Resultados: Serie compuesta de 123p, 81 varones (65,8%) y 42 mujeres (34,2%), con una edad media de 64,5 años (a). La mediana de supervivencia (sv) global fue de 77 meses (m), siendo a los 2, 5 y 10a del 87%, 59% y 29%. Se realizó el análisis bivariante incluyendo las siguientes variables dicotómicas: patocronia (sincrónicos vs metacrónicos), ILE > 12m, CEA > 10, presencia de metástasis extrapulmonares previas o al diagnóstico de la MPCCR, estadio Dukes IV, estadificación con PET y/o PET-TAC, abordaje por CVT, realización de una resección pulmonar mayor, afectación ganglionar N1-2, metástasis única, y la presencia tres o más MP (MPCCR > 3). Las variables incluidas en el modelo multivariante fueron: ILE > 12 (ILE > 12m: mediana 106m, sv a 2, 5 y 10a de 89%, 67% y 41% vs ILE ≤ 12: mediana 56m, sv a 2 y 5a de 83% y 43% ($p = 0,02$)). CEA > 10 (CEA < 10: mediana 85m, sv a 2, 5 y 10a de 88%, 62% y 26%; CEA ≥ 10: mediana 45m, sv a 2, 5 y 10a de 84%, 47% y 47% ($p = 0,2$)). MPCCR > 3: (MPCCR ≥ 3: mediana sv 77m, sv a 2, 5 y 10a 88%, 61%, 33% vs MPCCR < 3: mediana sv 53m, sv a 2 y 5a de 72 y 29% ($p = 0,04$)). Se incluyeron además en el modelo de Cox, el tamaño de las metástasis como variable cuantitativa y la afectación ganglionar N1-2, ajustándolas todas ellas por edad y sexo. Las variables que se mantuvieron con significación estadística en el análisis multivariante fueron: ILE < 12 (HR 2,05; IC95%: 1,02-4,09; $p = 0,042$) y CEA > 10 (HR 2,31; IC95%: 1,07-4,95; $p = 0,032$).

Conclusiones: El ILE menor de 12 meses y un valor del CEA mayor de 10 ng/ml son, en nuestra serie, factores independientes de mal pronóstico. Creemos que futuros proyectos con un mayor número de pacientes, serán útiles para definir aquel grupo pronóstico de pacientes en el cual la indicación quirúrgica pudiera ser más controvertida.

FALSOS NEGATIVOS DE LA TOMOGRAFÍA POR EMISIÓN DE POSITRONES (PET) EN EL CÁNCER PRIMARIO PULMONAR: VALORACIÓN PERJUDICIAL PARA LA ELECCIÓN DEL TRATAMIENTO SEGÚN EL PRONÓSTICO

I. del Pilar Pérez Méndez, L.A. Fernández Arenas y P.J. Gato Díaz

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción: El cáncer de pulmón es el tumor con mayor mortalidad en el mundo occidental. A pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos, el cáncer de pulmón sigue presentando una elevada mortalidad. El pronóstico del cáncer de pulmón está íntimamente ligado a la afectación ganglionar presente, la cual marca la actitud terapéutica a seguir. El estudio de extensión locorregional del cáncer de pulmón se ha basado clásicamente en la TAC como pilar inicial seguida del PET y su posterior confirmación histológica. La existencia de adenopatías mediastínicas afecta gravemente el pronóstico. Es importante que aunque el estadio es el factor pronóstico más importante, el factor que domina la elección del tratamiento es el estudio de los ganglios linfáticos. Los pacientes con PET negativo, pero que después de la resección resultan ser N2 patológicos, con enfermedad mínima tienen una supervivencia del 24% a 5 años, lo que reitera la importancia del estado de los ganglios mediastínicos. El objetivo de este estudio es determinar los falsos negativos del PET en el cáncer primario pulmonar, resaltando la importancia de la confirmación histológica de los mismos mediante mediastinoscopia incluso en aquellos casos que no cumplen criterios de malignidad mediante métodos de imagen.

Material y métodos: De los 113 pacientes intervenidos de resección pulmonar mayor más linfadenectomía reglada por carcinoma pulmonar primario no microcítico en el periodo Oct 2010-Oct 2011, se evaluaron 20 casos valorados mediante TAC con adenopatías mediastínicas en rango de 1 a 1,5 cm y PET negativos, en estadios inferiores al IIB sin tomar en cuenta la estirpe ni otra variable en particular.

Resultados: De los 20 pacientes sometidos a resección curativa y cuya valoración preoperatoria correspondía a un N0, (n = 5, 25%) pacientes resultaron con afectación patológica en el estudio histológico definitivo. Con una distribución de (n = 13, 65%) correspondientes a carcinoma epidermoide y (n = 7, 35%) a adenocarcinoma. En todos los casos los pacientes fueron enviados a completar tratamiento adyuvante con radio y quimioterapia.

Conclusiones: Los resultados de este estudio reflejan que existe un alto porcentaje (25%) de pacientes con PET (-) preoperatorio que resultaron patológicos en el estudio histológico, lo que nos obliga a reevaluar la importancia de la confirmación histológica mediante métodos de mayor fiabilidad (mediastinoscopia/mediastinotomía), ya que interfiere directamente en el camino terapéutico a seguir en el tratamiento del paciente y su pronóstico.

HERNIAS DIAFRAGMÁTICAS ADQUIRIDAS: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE 5 CASOS

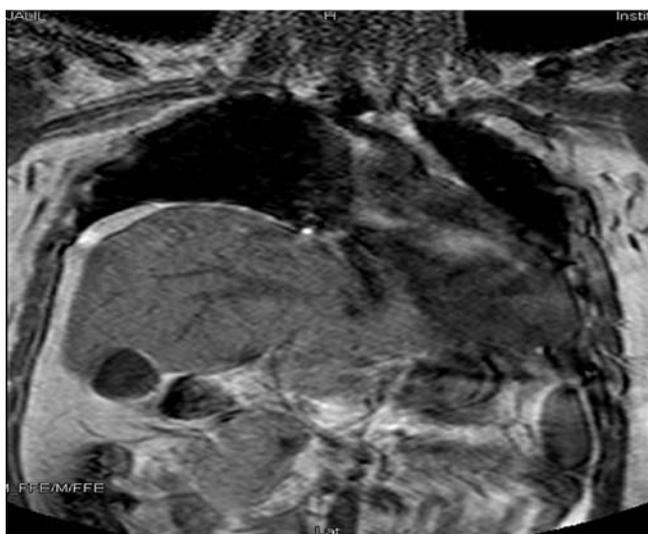
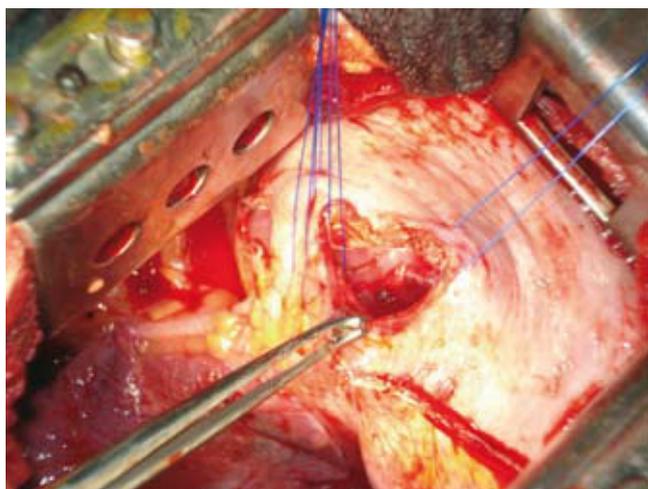
S. Crowley Carrasco

Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda.

Introducción: La hernia diafragmática aparece cuando se produce una solución de continuidad en el diafragma que permite la presencia de contenido abdominal en la cavidad torácica provocando trastornos cardiorrespiratorios y/o digestivos. El tratamiento de elección es quirúrgico, aparezcan o no síntomas, para evitar complicaciones posteriores.

Material y métodos: Estudio descriptivo de los pacientes intervenidos en nuestro Servicio por rotura o hernia diafragmática.

Resultados: Presentamos 5 pacientes con hernia diafragmática (4 por causas traumáticas y 1 con antecedentes de endometriosis). 4 eran varones, 1 mujer. Lateralidad: 3 derechos, 2 izquierdos. Diagnóstico en todos los casos con Rx y TAC y en 4, además, RMN. 4 fueron cirugías diferidas, 1 urgente. Los abordajes fueron 4 por toracotomía, 1 por laparotomía (cirugía urgente). En todos los casos se realizó sutura directa del defecto con puntos sueltos de material irreabsorbible y, en uno de los casos, además, se utilizó la endograpadora por múltiples fenestraciones (caso de la endometriosis). Se realizó plicatura del diafragma en 2 casos. Las complicaciones posquirúrgicas más frecuentes fueron el dolor crónico en 3 pacientes y la recidiva en 2 (1 reintervención con colocación de malla de Goretex®, 1 tratamiento conservador).



Conclusiones: El diagnóstico de una lesión diafragmática es indicación de tratamiento quirúrgico de forma urgente si se realiza precozmente y la vía de abordaje de elección es la laparotomía. Se realiza cirugía diferida si el paciente precisa estabilización (casos post-traumáticos) o si se llega a un diagnóstico tardío, siendo la vía de abordaje preferida la toracotomía. La reparación se realiza con sutura directa con puntos sueltos de material no reabsorbible y, en ocasiones, es necesaria la colocación de materiales protésicos para cierre del defecto.

IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES DEL INTERNATIONAL THYMIC MALIGNANCY INTEREST GROUP (ITMIG) EN LA CLASIFICACIÓN DE MASAOKA-KOGA DE LOS TIMOMAS

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

Hospital Universitari Mutua Terrassa.

Introducción: El objetivo de este estudio es ver cómo las recomendaciones del ITMIG cambian la clasificación original de Masaoka-Koga en una serie de timomas intervenidos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de una serie de casos intervenidos de patología tímica durante el periodo comprendido desde junio de 1995 a noviembre de 2011. La clasificación original de Masaoka-Koga se ha modificado siguiendo las recomendaciones del ITMIG (J Thorac Oncol. 2011;6 S1710-6). El seguimiento se ha realizado por revisión de las historias clínicas, citación en consulta externa y conversación telefónica.

Resultados: Durante el periodo descrito, se han intervenido 27 pacientes (15 mujeres) con una edad media 56,3 años (extremos 35-75). El timoma fue el hallazgo histológico más frecuente con 24 (89%) casos de los cuales 7 (29%) pacientes presentaban MG generalizada. Los 3 casos restantes correspondieron a carcinomas tímicos. Los cambios en la estadificación según las recomendaciones del ITMIG se describen en la tabla. Se realizaron 18 (66,6%) esternotomías, 5 (18,5%) toracotomías posterolaterales, 3 (11%) resecciones por videotoracoscopia, 1 (3,7%) toracotomía anterolateral. En todos los casos excepto uno se realizó resección completa. Hubo recidiva en 2 casos (7,4%), uno de ellos era un estadio IVb. Ambos casos se trataron de nuevo con cirugía. De los pacientes con MG, en 6 de los 7 casos (85,7%) hubo una remisión completa. Un paciente (3,7%) falleció en el postoperatorio por una sepsis por *Stafilococcus aureus*. Tras un seguimiento medio de 88,3 meses (extremos 1-193), 19 (70,4%) pacientes se encontraban vivos en el momento de este estudio. Del grupo de pacientes con timoma, 5 fallecieron por causas no relacionadas con esta patología. De los 3 casos de carcinoma tímico, uno está libre de enfermedad (5 meses seguimiento), un paciente se ha perdido de seguimiento después de 132 meses. Otro falleció durante el acto quirúrgico por rotura del cayado aórtico. Este paciente había sido tratado previamente con QT y RT de inducción.

Estadios	Masaoka-Koga (Pathol Int. 1994; 44:359-67)	Masaoka-Koga (recomendaciones ITMIG) (J Thorac Oncol.2011; 6:S1710-6)	Pacientes con cambio en su estadiaje (% cambio por estadio)
I	8	9	1/9 (11%)
Ila	6	6	1/9 (11%)
Ilb	1	4	3/9 (33%)
III	5	2	3/9 (33%)
IVa	3	2	1/9 (11%)
IVb	1	1	0/9 (0%)
			N total de pacientes con cambio: 9

Conclusiones: Las recomendaciones del ITMIG modifican la clasificación de Masaoka-Koga en más de un tercio de los casos. Se precisan series más grandes para objetivar un impacto en la supervivencia de cada estadio.

LA CIRUGÍA EN EL CARCINOMA BRONCOGÉNICO (CB) EN ESTADIO IV

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

Hospital Infanta Cristina.

Introducción: El objetivo de nuestro estudio es realizar un análisis descriptivo de los resultados obtenidos en nuestra serie sobre los pacientes intervenidos por CB que resultaron ser estadio IV.

Material y métodos: Entre mayo de 2002 y noviembre de 2011, 491 pacientes con CB fueron evaluados quirúrgicamente en nuestro Servicio de los que 363 fueron finalmente intervenidos (toracotomía o videotoracoscopia). Analizamos los pacientes que resultaron ser estadio IV (conocido previamente o como hallazgo quirúrgico) observando la distribución por sexo, edad, estirpe tumoral, cirugía realizada, tipo de afectación M1, morbimortalidad postoperatoria y supervivencia.

Resultados: De los 17 pacientes intervenidos que resultaron ser estadio IV, 13 eran varones, 4 mujeres y la edad media 56 años. Estirpe tumoral: 4 epidermoides, 8 adenocarcinomas, 3 indiferenciados de célula grande, 1 bronquioloalveolar y 1 carcinoma de células grandes con rasgos neuroendocrinos. Cirugía realizada: 9 toracotomías exploradoras (en 3 de ellas se realizó resección atípica del tumor primario), 7 lobectomías y 1 bilobectomía. Tipo de metástasis: 8 cerebrales (resección pulmonar en todas) y 9 pleurales (toracotomías exploradoras en todos los casos). 6 pacientes sufrieron algún tipo de complicación en el postoperatorio y 3 resultaron fallecidos en dicho periodo (la mayoría en ambos casos en pacientes con metástasis cerebral previa). Supervivencia al año: 50% en el caso de metástasis cerebrales y 66% en las pleurales. A los 3 años: 33% de pacientes con metástasis pleurales y ningún paciente vivo en el caso de las cerebrales.

Conclusiones: En nuestra serie, los pacientes intervenidos en estadio IV con intención curativa son principalmente adenocarcinomas con metástasis cerebral previa; constituyendo las metástasis pleurales un hallazgo en la cirugía. La mayor supervivencia de los pacientes con metástasis pleurales, probablemente se explique por la mayor morbimortalidad postoperatoria del grupo con metástasis cerebrales y la aparición de recidivas cerebrales en el seguimiento.

LA VIDEOCIRUGÍA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PATOLOGÍA MEDIASTÍNICA

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

Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.

Introducción: Desde sus inicios, la videocirugía ha sido una herramienta de gran valor tanto para el diagnóstico como el tratamiento de la patología a nivel del mediastino. El objetivo de este estudio es el de analizar la experiencia en nuestro servicio en el abordaje videotoracoscópico de lesiones mediastínicas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se revisaron las historias clínicas de pacientes con patología mediastínica sometidos a videotoracoscopia (VTC) o cirugía torácica videoasistida (VATS) entre marzo-2006 y noviembre-2011.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes. La mediana de edad fue de 44 años (rango intercuartil 32-61), 33 mujeres y 12 hombres. El diagnóstico fue incidental en un 58%. Los síntomas de presentación más frecuentes con al menos seis casos fueron dolor torácico y clínica miasteniforme. El método diagnóstico radiológico más frecuente fue el TAC (78%). En 34 pacientes la afectación se encontraba en mediastino anterior, en ocho en mediastino posterior y en tres en mediastino medio. En 28 la lesión era menor de 5 centímetros, en 14 pacientes de

5 a 10 y en dos mayor de 10. Las cirugías se realizaron bajo anestesia general e intubación selectiva. De los 45 pacientes intervenidos uno se reconvirtió a toracotomía por dificultades técnicas. En el resto de los pacientes el acceso quirúrgico se realizó mediante tres vías en 29 pacientes, dos vías en 9 y una única incisión en siete de ellos. Los diagnósticos anatomopatológicos más frecuentes fueron timoma (20%), linfoma (15.5%) y tumor neurogénico (13%). En el 80% de los casos se realizó exéresis completa de la lesión; en el resto la cirugía fue exclusivamente diagnóstica. En un paciente la biopsia no fue diagnóstica y precisó mediastinotomía en un segundo tiempo. Tres pacientes presentaron complicaciones postoperatorias directamente derivadas de la cirugía (fuga aérea persistente y derrame pleural). El drenaje endotorácico se retiró en 38 pacientes en las primeras 48 horas del postoperatorio. La mediana de estancia hospitalaria fue de dos días (rango IQ 2-3). No hubo mortalidad perioperatoria.

Conclusiones: La cirugía videotoracoscópica constituye nuestro abordaje de elección para el diagnóstico y tratamiento de lesiones mediastínicas. Es un procedimiento mínimamente invasivo que permite una recuperación rápida y un alta precoz en la mayor parte de los pacientes.

LA VIDEOTORACOSCOPIA COMO ABORDAJE QUIRÚRGICO EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO. ¿SE PUEDE REALIZAR UNA LINFADENECTOMÍA ADECUADA?

M. Jiménez-Fernández, J.L. García Fernández, Y.W. Pun Tam, J. Gómez-Ramírez, R. Moreno Balsalobre, M.L. López Arévalo y C. Montoya Medina

Hospital Universitario La Princesa.

Introducción: Un adecuado tratamiento quirúrgico del carcinoma de pulmón no células pequeñas en estadios iniciales, incluye una resección pulmonar oncológica y una linfadenectomía hilar y mediastínica definida según los criterios de la IASLC (International Association for the Study of Lung Cancer). El propósito del estudio es analizar la experiencia y técnica de la linfadenectomía en resecciones pulmonares regladas oncológicas por cirugía videotoracoscópica (CVT) en el Hospital de la Princesa y determinar si es una técnica equivalente a la toracotomía para la realización de una linfadenectomía reglada.

Material y métodos: Se estudiaron todos los pacientes en los que se practicó una lobectomía como tratamiento del carcinoma broncogénico, mediante CVT o toracotomía convencional. El periodo del estudio fue desde noviembre de 2007 a noviembre 2011. Se calculó la media global de ganglios obtenidos, la media de los niveles mediastínicos, de intrapulmonares/hiliares y además se compararon los resultados de ambas técnicas quirúrgicas, hallando frecuencias, medias y U de Mann-Whitney.

Resultados: De los 195 pacientes intervenidos el 74,9% eran varones, tenían una edad media de 64 años (± 10). Se operaron 59 pacientes por CVT y 136 pacientes por toracotomía. El TNM patológico mostraba que el 32,1% de los pacientes se encontraban en un estadio IA, el 22,8% IB, el 14,5% IIA, el 10,9% IIB, el 16,6% IIIA y 3,1% IV. La estirpe tumoral fue: carcinoma epidermoide 34,4%, adenocarcinoma 44,6%, tumor carcinoide 6,7%, microcítico 5,1% y carcinoma bronquioloalveolar 3,6%. En el grupo de pacientes operados por CVT, se extirparon una media de 8,3 adenopatías. 5,9 ganglios se obtuvieron de niveles mediastínicos y 2,4 de las estaciones pulmonares/hiliares. En cuanto al grupo de la resección mediante toracotomía, se resecaron de media 11,2 ganglios 3,1 en los grupos pulmonares/hiliares y 8,1 mediastínicos. Analizando individualmente el nivel subcarinal se obtuvieron 2 ganglios en la CVT y 3,6 en la toracotomía. En el análisis comparativo entre los resultados globales y por niveles de las linfadenectomías de ambas técnicas, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: La CVT cumple los requisitos de la IASLC para la realización de una resección tumoral completa en cuanto a la linfadenectomía, pero sus resultados en el momento actual, en nuestra serie, no son equivalentes a la linfadenectomía por toracotomía.

LA VIDEOTORACOSCOPIA EN EL ABORDAJE DE LOS TUMORES DE MEDIASTINO POSTERIOR

P. Carmona Soto, F. Cózar Bernal, A. Triviño Ramírez, N. Pinos Vélez, S. Moreno Merino, M. Congregado Loscertales y J. Loscertales Abril

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción: Los tumores de mediastino posterior son una afección poco frecuente, siendo los de origen neurógeno el 80-95% de todos los tumores que se alojan en esta localización y el 20-30% del total de los tumores mediastínicos. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de estos tumores desde 1995 hasta la fecha.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio descriptivo, retrospectivo de una serie de 19 casos de tumores en mediastino posterior. Se incluyen en esta serie 8 hombres y 11 mujeres con una media de edad de 49 años (rango 15-77). El estudio histopatológico mostró los siguientes resultados: 14 de origen neurogénico, tratándose en 11 casos de tumores derivados de células de Schwann (neurilemomas), 2 casos eran neurofibromas en pacientes con Enfermedad de Von Recklinhausen y el caso restante se trataba de un ganglioneuroma. Entre los no neurogénicos se han intervenido un linfangioma, un hemanangiopericitoma, un tumor desmoide, un angioma y un tumor fibroso solitario gigante. En todas las intervenciones se realizó una exéresis completa del tumor. En el 84,2% (16 pacientes) de los casos el abordaje fue por vía toracoscópica, no siendo éste posible en los otros tres casos, dos por el tamaño y el tercero por invasión del hilio pulmonar; en estos pacientes la vía de abordaje seleccionada fue la toracotomía postero-lateral.

Resultados: En ninguno de los casos aparecieron complicaciones intraoperatorias. Sólo aparecieron dos casos de complicaciones postoperatorias: un quilotórax en el paciente al que se extirpó un linfangioma por videotoracoscopia, que fue reintervenido con éxito; y un absceso en herida de toracotomía en paciente al que se realizó extirpación de tumor de gran tamaño: Estos resultados suponen un 6,25% de complicaciones en pacientes intervenidos por VT frente a un 33,3% en los que se realizó cirugía abierta. La mediana de estancia hospitalaria en los casos intervenidos por VT fue de 3 días; en los pacientes a los que se realizó cirugía abierta la mediana de estancia fue de 5 días.

Conclusiones: La resección quirúrgica completa es el tratamiento de elección en los tumores de mediastino posterior. La cirugía VT para el abordaje de estos tumores es una técnica segura, que asocia menor tiempo de estancia hospitalaria y menor número de complicaciones. Sólo el tamaño o la invasión de estructuras nobles es impedimento para este abordaje.

LOBECTOMÍAS Y NEUMONECTOMÍAS POR ADENOCARCINOMA

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

Hospital 12 de Octubre.

Introducción: En las revisiones actuales en Norte América y Europa sobre el carcinoma broncogénico se considera al adenocarcinoma como el subtipo histológico más frecuente entre los carcinomas bron-

cogénicos no microcíticos (CBNM). El Adenocarcinoma se asocia más frecuentemente a mujeres y no fumadores. Se suele presentar como lesiones periféricas, sin lesión endobronquial y sin predilección por ningún lóbulo pulmonar.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de las resecciones pulmonares mayores por adenocarcinoma recogidas de forma consecutiva y completa, intervenidas con criterios de reseabilidad y operabilidad, que se realizaron entre 2004 y 2009 en el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Universitario 12 de Octubre. En el periodo de tiempo estudiado se realizaron 527 toracotomías por carcinoma broncogénico de las cuales fueron excluidas de nuestro estudio 249. Se realiza un estudio de la supervivencia global, excluida la mortalidad postoperatoria, por el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Se realizaron 278 resecciones mayores por CBNM, de las cuales 99 fueron adenocarcinomas. Del total de pacientes, 75 fueron hombres (76%) y 24 (24%) mujeres. La edad media fue de 66 años. Eran fumadores en el momento de la cirugía 33 pacientes (33,3%), 46 (46,5%) eran exfumadores y 20 (20,2%) no habían fumado nunca. Padeían algún tipo de comorbilidad 95 pacientes; DM 16, EPOC 51, enfermedad vascular 28 y antecedente de neoplasia previa 28. El ASA estaba comprendida entre II y III en el 90%. En nuestro estudio 59 (60%) adenocarcinomas tenían lateralidad derecha, 61 se localizaron en lóbulos superiores, 27 en lóbulos inferiores y 9 en lóbulos medios. Endoscópicamente solo tenían lesión endobronquial 13 casos (13,1%). Se realizó PET en 75 pacientes y todos ellos presentaban captación patológica a nivel de la lesión. Se realizó mediastinoscopia en 25 ocasiones y mediastinotomía en 5. No se realizó ningún EBUS. La cirugía más frecuente fue la lobectomía superior 54 (54,5%), seguida de la lobectomía inferior 26 (26,3%), la neumonectomía 11 (11,1%) y la lobectomía media 5 (5,1%). Del total de adenocarcinomas intervenidos 51 (51,5%) no tuvieron ningún tipo de complicación. Sólo hubo 1 caso de reintervención en nuestra serie. La distribución en cuanto a estadio patológico fue 27 IA, 37 IB, 17 IIA, 9 IIB, 8 IIIA y 1 IIIB. Con respecto a la situación vital, 64 (64,6%) están vivos, 5 (5%) fallecieron en el postoperatorio inmediato y 30 (30,30%) durante el seguimiento. Obteniéndose una supervivencia global a cinco años del 53% (40-64).

Conclusiones: El adenocarcinoma de pulmón se presenta, de acuerdo con otras series, en mujeres, no fumadores y en estadios patológicos iniciales.

MANEJO TERAPÉUTICO DE LA FUGA AÉREA PERSISTENTE

J.L. Recuero Díaz, R. Embún Flor, J. Hernández Ferrández, M.J. Arrarás Martínez, H. Landa Oviedo, P. Menal Muñoz, P. Martínez Vallina y J.J. Rivas de Andrés

Hospital Universitario Miguel Servet.

Introducción: Conocer nuestra incidencia de fuga aérea persistente (FAP) tras lobectomía pulmonar, las opciones terapéuticas y las consecuencias derivadas de las mismas.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de los pacientes (p) intervenidos de resección pulmonar mayor con FAP postoperatoria entre enero de 2007 y diciembre de 2009. Se compararon la actitud conservadora (Grupo A: 26p) frente a la activa (Grupo B: 9p), la cual incluía hemopleurodesis (n = 4) y reintervención quirúrgica (n = 5) mediante las variables: días de fuga, días de drenaje, estancia postoperatoria, incidencia de empiemas, mortalidad postoperatoria, tasa de reingresos y la presencia de cámara residual en Rx tórax. El análisis de los datos se realizó con el paquete estadístico Stata 10.0.

Resultados: De las 275 lobectomías realizadas, presentaron FAP 35p (12,7%). La edad media fue de 62 años, siendo varones 29p (83%) y mujeres 6p (17%). El tiempo medio transcurrido en el grupo B hasta la toma de una decisión fue de 13,3 días (dt 3,9) y la tasa de éxito de

dichas actitudes fue: hemopleurodesis 50% (2 de 4p); reintervención 80% (4 de 5p). Al analizar los días de fuga, la mediana global fue de 15 días (d), Grupo A 15d frente a 18d para el B (U-Mann Whitney $p = 0,19$). La mediana global de estancia postoperatoria fue de 15d, siendo en el grupo A 15d y en el B 18d (U-Mann Whitney $p = 0,07$). Se observaron similares tasas de empiema, siendo en el Grupo A del 11,5% (3p) y del 11,1% (1p) en el Grupo B (Fisher $p = 1$). En cuanto a la tasa de reingresos global fue de 11,4% (4p), siendo para el Grupo A 7,7% (2p) y para el B 22,2% (2p) (Fisher $p = 0,2$). La tasa global de cámaras pleurales residuales fue 31,4% (11p), grupo A 34,6% (9p) y grupo B 22,2% (2p) (Fisher $p = 0,68$). No hubo mortalidad postoperatoria en la serie.

Conclusiones: La FAP es una complicación frecuente aunque las complicaciones derivadas de la misma son leves y de baja incidencia. La hemopleurodesis debería considerarse como posibilidad terapéutica antes de la reintervención quirúrgica. La actitud conservadora puede ser una opción terapéutica adecuada dada la escasa morbimortalidad derivada de la propia FAP.

METÁSTASIS PULMONARES (MP): ELECCIÓN DE LA VÍA DE ABORDAJE

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

Hospital Infanta Cristina.

Introducción: La elección en la vía de abordaje para la resección de las MP sigue originando controversia. La toracotomía permite una mejor exploración del parénquima pulmonar, y la videotoracoscopia (VATS) un mayor confort y menor morbimortalidad y estancia postoperatoria. Nuestro objetivo es valorar qué casos pudieran ser los mejores candidatos al abordaje por VATS.

Material y métodos: Entre enero de 2008 y noviembre de 2011, en nuestro Servicio, fueron intervenidos por MP un total de 73 pacientes (44 varones y 29 mujeres) con una edad media de 61 años. En cuanto a la estirpe del tumor primario, la distribución fue: 37 adenocarcinomas colorrectales, 8 sarcomas, 6 renales, 5 adenocarcinomas mamarios, 4 tiroideos, 3 ginecológicos (ovario, endometrio y cérvix), 3 melanomas, 2 vesicales, 1 gástrico, 1 germinal, 1 hepatocarcinoma, 1 laríngeo y 1 pancreático. La vía de abordaje de elección fue la toracotomía reducida amiotómica salvo en 8 casos en que se realizó VATS. Se realizaron 62 resecciones atípicas, 8 lobectomías, 1 neumonectomía y 2 lobectomías más resección atípica. Se analizó la concordancia entre el número de lesiones en el estudio preoperatorio (TAC), las encontradas en la cirugía, la anatomía patológica definitiva y el periodo libre de enfermedad (PLE) en cada caso. También se analizaron las recidivas tras la resección, el tiempo medio de aparición de las mismas y el PLE.

Resultados: De los 45 casos de nódulos únicos en el estudio preoperatorio, 27 se confirmaron como tales en la cirugía y la concordancia anatomopatológica en el estudio definitivo fue del 86%. El PLE de los casos con concordancia fue de 47 meses y 24 meses en los que no la hubo. De los 28 casos de nódulos múltiples en el preoperatorio, 5 se confirmaron como tales en la cirugía y la concordancia anatomopatológica fue del 25%. El PLE de los casos concordantes fue de 31 meses frente a los 30 meses de los no concordantes. Tras la metastasectomía hubo recidiva en 22 pacientes (10 nódulos únicos) con un tiempo medio de aparición de 16 meses y un PLE de 33 meses. En los casos en que no hubo recidiva tras la resección (51 pacientes), el PLE fue de 49 meses en el caso de nódulos únicos y de 30 meses en los múltiples.

Conclusiones: En las MP que se presentan como nódulos únicos en el estudio preoperatorio y con un PLE prolongado, existe mayor concordancia con los hallazgos de la cirugía; además el índice de recidivas es menor. Por lo tanto, la VATS podría plantearse como primera opción de abordaje en estos casos.

MORBILIDAD ASOCIADA A LA APLICACIÓN DE RADIOFRECUENCIA EN LESIONES PULMONARES

J. Marcelo Galbis, M. Estors, J. Jornet, E. Molla, F. Sánchez, E. Naval,
R. Esturi, I. Lluch, A. Pastor y A. Iqbal Muhammad

Hospital Universitario La Ribera.

Introducción: La radiofrecuencia (RF) es una terapia alternativa en el tratamiento de tumores sólidos. Aplicada con éxito en otras localizaciones la experiencia en las lesiones malignas de pulmón es limitada.

Objetivo: Presentar la morbilidad tras realizar 64 procedimientos de ablación por radiofrecuencia en 48 pacientes.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 64 procedimientos con RF aplicada a lesiones pulmonares: 30 pacientes con lesiones pulmonares primarias y 18 con lesiones metastásicas, que cumplían los criterios de inclusión en el protocolo aceptado en la institución. La prueba se practicó en la sala de radiología, tras infiltración de la zona con anestesia local, monitorización, sedación y control por el servicio de anestesia.

Resultados: La serie está compuesta por 46 varones con una media de edad de $72,64 \pm 9,67$ años (rango 43-84 años). El tamaño medio de las lesiones fue de $2,90 \pm 1,21$ cm (rango: 1,2-7). La estancia media hospitalaria fue de 1,27 días. Las complicaciones fueron 2 casos de broncoespasmo, 1 de neumonitis, 5 neumotórax, de los cuales 4, 2 casos de sangrado intra parenquimatoso, 1 paciente precisó ser intubado durante el procedimiento y 1 caso de fístula pleural mantenida a piel que necesitó corrección quirúrgica. Los casos de broncoespasmo, neumonitis y sangrado parenquimatoso fueron tratados médicamente y dados de alta, con tratamiento ambulatorio posterior. El paciente con sangrado intra-p. El paciente intubado fue extubado en la misma sala de radiología. De los pacientes con broncoespasmo uno pasó a UCI para vigilancia durante 24 horas. Un paciente reingresó a los 42 días del procedimiento con una pericarditis: se trataba de una lesión adyacente al pericardio. En el seguimiento ambulatorio a la semana del procedimiento se detectaron: 6 casos de esputo hemoptoico, 12 casos de derrame pleural ipsilateral, 4 casos de febrícula y 12 casos de dolor pleurítico inespecífico, que respondió a antiinflamatorios.

Conclusiones: La RF es una técnica que, con una adecuada selección y preparación de los pacientes, permite realizar la ablación de tejido tumoral con una baja morbilidad y estancia hospitalaria.

MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA TRAS CIRUGÍA DE NEUMONECTOMÍA

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

CHU A Coruña.

Introducción: La neumonectomía es una cirugía de resección pulmonar mayor asociada a alta morbimortalidad hospitalaria. Nuestro objetivo es evaluar los resultados en cuanto a mortalidad y complicaciones en el curso postoperatorio de los pacientes sometidos a neumonectomía en los últimos 10 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de 247 pacientes (p) a los que se les practicó neumonectomía (N) entre enero de 2001 y enero de 2011 en nuestro centro. Se excluyeron del estudio a los p sometidos a "neumonectomía de totalización" o pleuroneumonectomía por mesotelioma.

Resultados: La edad media fue de $62,3 \pm 10$ (23-80) años, siendo el 91% (224) varones y el 9% (23) mujeres. En el 56% de los casos la neumonectomía fue izquierda y en el 44% derecha. Un 42% de los p habían recibido algún tipo de tratamiento neoadyuvante (quimioterapia en el 40%). El 89% de los p presentaban antecedentes de tabaquismo y en

un 75% existía algún tipo de comorbilidad asociada: EPOC (33%), hipertensión arterial (23%), diabetes mellitus (12%) y enfermedad coronaria (11%). La media de FEV1 preoperatorio fue de 2.367 mL (1.140-4.860) y la media del porcentaje de FEV1 de 81% (38-137). En el 97,2% (240p) el diagnóstico fue carcinoma pulmonar primario; en un 1,6% (4p) patología no tumoral y en un 1,2% (3p) metástasis. Dentro de los casos de tumor primario pulmonar, la estirpe patológica más frecuente fue el epidermoide (69%), seguido del adenocarcinoma (14%). El estadio postoperatorio fue: estadio I en el 24%, estadio II en el 25% y estadio III en el 36%, teniendo en cuenta que los p intervenidos antes del 2008 eran estadiados según la clasificación TNM de 1997. No hubo mortalidad operatoria. La mortalidad posquirúrgica fue del 10% (considerando los pacientes que no cursaron alta hospitalaria), siendo las causas más frecuentes las complicaciones infecciosas (11p) y el síndrome posneumectomía (8p). Un 46% de los p presentaron algún tipo de morbilidad postoperatoria: neumonía (22p, 8,9%), arritmias cardíacas (20p, 8,1%) y fistula broncopleurales (15p, 6,1%).

Conclusiones: La neumectomía no es una técnica quirúrgica infrecuente en nuestra actividad diaria. La mayoría de los casos se indica en carcinoma broncogénico y en un 61% en estadios no iniciales. Las cifras de mortalidad y complicaciones postoperatorias de nuestro grupo son equiparables a las descritas en la literatura.

NPS Y PET POSITIVO EN NUESTRO MEDIO: ¿ES NECESARIO UN DIAGNÓSTICO HISTOLÓGICO INVASIVO PREQUIRÚRGICO CON PAAF?

A.F. Honguero Martínez, C.A. Rombolá, D. García Jiménez, M. Genovés Crespo, F.J. Callejas González, A.M. del Rosario Núñez Ares, M. Vizcaya Sánchez y P. León Atance

Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción: El cáncer de pulmón es una de las neoplasias malignas más frecuentes en los países desarrollados y con una elevada mortalidad global. Los pacientes con un estadio inicial presentan un mejor pronóstico, de ahí la importancia de detectar la enfermedad precozmente. La utilización rutinaria de la PET-TC en la evaluación de los tumores pulmonares es de reciente aparición. Realizamos un estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva para analizar el papel de la PET-TC sobre los pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por un NPS con el objetivo de discutir la necesidad de realizar un diagnóstico histológico preoperatorio invasivo.

Material y métodos: Pacientes operados desde ene-2007 hasta nov-2011. Incluidos todos los pacientes con un NPS (hasta 3 cm tamaño) sin diagnóstico preoperatorio y sin antecedentes de neoplasia maligna previa (excepto carcinoma basocelular). El preoperatorio incluyó: anamnesis, exploración física, analíticas, ECG, Rx-TC tórax y abdomen superior, espirometría y test de difusión, fibrobroncoscopia con BAS-BAL, PET-TC. Tratamiento: resección sublobar y estudio intraoperatorio para tumores periféricos y ampliación a una resección mayor estándar y linfadenectomía mediastínica en caso de malignidad. Para tumores centrales se realizó una resección lobar. Estudio de las características clinicopatológicas de los pacientes, así como la sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y seguridad diagnóstica de la PET-TC.

Resultados: Número pacientes = 45. Varones = 84,4%. Tabaquismo 92,5%. Edad media: 62,8 (39-84). Tamaño medio NPS: 1,96 cm (0,8-3,0). Maligno: 35 casos (77,8%). Benigno: 10 casos (22,2%). Resección: lobectomía 27 (60,0%), sublobar 16 (35,5%), bilobe/neumo 2 (4,5%). Verdaderos positivos: 31 (68,9%) y verdaderos negativos: 2 (4,4%). Falsos positivos: 8 (17,6%) fibrosis, actinomicosis, neumonía organizada (× 3), tumor miofibroblástico inflamatorio, granuloma, hamartoma. Falsos negativos: 4 (8,8%) carcinoide, bronquioloalveolar, adenocarcinoma (× 2) de 1,5, 2,8, 1,3 y 1,6 cm respectivamente. Sensibilidad = 88,6%. Especificidad = 20,0%. VVp = 79,5%. VPN = 33,3%. Seguridad diagnóstica = 73,3%.

Conclusiones: En nuestro medio, ante un NPS con PET-TC positivo, dada la elevada sensibilidad y el VPP de nuestra serie quirúrgica, es aconsejable operar. Entre los falsos positivos, la realización de una punción transtorácica preoperatoria no siempre puede evitar la cirugía.

PAPEL DE LA PET-TC Y DE LA LINFADENECTOMÍA MEDIASTÍNICA SISTEMÁTICA EN LA EVALUACIÓN MEDIASTÍNICA DE LOS PACIENTES OPERADOS DE METÁSTASIS PULMONARES DE ORIGEN EPITELIAL

M.D. García Jiménez, A.F. Honguero Martínez, M. Genovés Crespo, C.A. Rombolá, F.J. Callejas González y P. León Atance

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: El pulmón es uno de los principales órganos diana de las metástasis de tumores extratorácicos. La estirpe epitelial es la más frecuente. La resección quirúrgica de las metástasis pulmonares es un tratamiento vigente y aceptado en casos seleccionados. En los últimos años, la utilización de la PET-TC se ha incorporado de forma rutinaria al estudio preoperatorio de los tumores pulmonares. Sin embargo, no está claro el papel que desempeña en la evaluación mediastínica de los pacientes sometidos a cirugía por metástasis pulmonares. Otro aspecto controvertido es la realización de la linfadenectomía mediastínica sistemática en esta patología. El objetivo de este estudio es determinar el papel de la PET-TC y de la linfadenectomía mediastínica sistemática en los pacientes operados de metástasis pulmonares de origen epitelial.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva de los pacientes intervenidos de metástasis pulmonares de origen epitelial entre enero 2007 y octubre 2011. Analizamos las características clinicopatológicas de los pacientes, el VPP, el VPN, la sensibilidad, la especificidad y la seguridad diagnóstica de la PET-TC sobre la afectación ganglionar mediastínica.

Resultados: Se operaron 70 pacientes. Varones = 42 (60%). Mediana de edad = 63 años (39-79). Se realizaron 55 (78,6%) resecciones sublobares y 13 (18,6%) lobectomías. En 2 pacientes (2,9%) sólo se realizó mediastinoscopia (captación mediastínica sin tumor pulmonar: anatomía patológica sin malignidad). Complicaciones postoperatorias: menores 17 (24,3%): arritmia sin repercusión clínica, atelectasia, etc. Hubo disfonía transitoria en 2 casos (2,9%). Mayores 3 (4,3%): reintervención por hemotórax (× 2) y neumonía grave. Hubo 15 pacientes (21,4%) con captación mediastínica en PET-TC. En 10 casos (14,3%) se halló metástasis ganglionar y en 60 casos (85,7%) no la hubo. Los resultados de nuestra serie fueron: sensibilidad = 40,0%. Especificidad = 81,6%. VVp = 26,7%. VPN = 89,1%. Seguridad diagnóstica = 75,7%.

Conclusiones: La sensibilidad y el VPP de la PET-TC fueron bajos (40,0% y 26,7%, respectivamente) y el VPN fue elevado (89,1%). En un 14,3% de los casos hubo metástasis ganglionares. Las complicaciones derivadas de la linfadenectomía fueron bajas. Ante estos resultados, aconsejamos la linfadenectomía sistemática en la cirugía de las metástasis pulmonares de origen epitelial.

PLEURODESIS CON ABRASIÓN PLEURAL FRENTE A TALCAJE EN EL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO

P.J. Rodríguez Martín, S.I. Vicente Antunes, L. Rico Martínez, P. Karagounis, P. Fernández Gómez-Escolar, I. Muguruza Trueba y J.J. Zapatero Gaviria

Fundación Jiménez Díaz.

Introducción: Se realizó un estudio, comparativo, retrospectivo, entre la base de datos del departamento de Cirugía Torácica del Hospital Universitario de Girona y el Hospital Universitario Fundación Jiménez

Díaz en Madrid. La característica principal de esta enfermedad es su alta tendencia a la recidiva. Nuestro estudio tiene como objetivos: 1) Analizar la tasa de recidiva, complicaciones, morbimortalidad del tratamiento quirúrgico de NEP mediante resección por videotoracosopia y pleurodesis con abrasión pleural. 2) Comparar dichos resultados con los analizados en el H.U. de Girona con videotoracosopia con talco.

Material y métodos: Hemos recogido datos epidemiológicos, el método diagnóstico, la mortalidad, la morbilidad general y la específica de la pleurodesis con abrasión y compararlas con la del talco, el número de recidivas y la técnica quirúrgica empleada en 96 casos excluyendo los Nxt espontáneos secundarios entre enero del 2007 hasta enero del 2011.

Resultados: Nuestros pacientes tienen una edad media de 26,4 años, 84,3% son hombres y el 78,9% tiene hábito tabáquico. Registramos una morbilidad del 3% que representan 4 casos, siendo la complicación más frecuente la fuga aérea. Se realiza un seguimiento de 5 años, constatándose 4 casos de recidiva que representan el 3%, dos de ellos el estudio de AP mostraban una linfangioleiomatosis y una histiocitosis de células de Langerhans ambos fueron tratados con toracotomías y en los otros 2 casos se trataban de pequeñas cámaras que no precisaron de drenaje ni tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: La principal indicación quirúrgica en nuestra serie ha sido tras recidiva homolateral, y en aquellos casos de Nxt contralateral por neumotórax previo hemos tenido siempre en cuenta riesgo potencial de Neumotórax bilateral, indicación social y en menor número por fuga aérea prolongada o a petición propia del paciente. Hoy en día, actualizamos como técnica alternativa al talcaje una pleurectomía apical que incluye toda la pleura parietal excepto la P. diafragmática y la P. mediastínica, obteniéndose buenos resultados al igual que en la abrasión pleural. Nosotros pensamos que con la abrasión pleural se tiene un resultado satisfactorio y la adherencia física que se consigue entre la pleura parietal y la pleura visceral es lo suficientemente intensa para que resulte eficaz no siendo partidarios del talcaje como otros grupos porque pensamos que el talco desarrolla una paquipleuritis excesiva lo cual dificulta tremendamente la realización de una cirugía posterior en estos pacientes.

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA EN CIRUGÍA TORÁCICA PROGRAMADA

M.T. Gómez Hernández, I. Alaejos Pascua, N.M. Novoa Valentín y J.L. Aranda Alcaide

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) y la trombosis venosa profunda (TVP), expresiones clínicas de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) son una importante complicación relacionada con los procesos quirúrgicos. La incidencia de TVP supera el 20% de los pacientes sometidos a cirugía mayor. Además, es la causa de mortalidad prevenible más frecuente en el hospital. Sin embargo, aún no hay estudios específicos que determinen la prevalencia de ETV en pacientes sometidos a cirugía torácica.

Material y métodos: Estudio descriptivos retrospectivo transversal sobre una cohorte consecutiva de pacientes intervenidos de forma programada en nuestro servicio desde enero de 1994 a noviembre de 2011. Se analizan las características demográficas de los pacientes y la prevalencia de TVP y/o TEP globales y según estratificación del riesgo tromboembólico. Todos los pacientes incluidos en el estudio recibieron profilaxis antitrombótica según el protocolo SEPAR vigente.

Resultados: La cohorte la forman 6.004 pacientes con una edad media de 57,6 ± 16,5 años (rango 3-100), siendo 4451 varones (74,1%). Tan sólo 13 pacientes presentaron TVP (0,22%) y, de ellos, 8 desarrollaron TEP (0,13%). Dentro de los pacientes con TVP la mediana de edad fue de 67 años y 76,9% fueron varones. De los 13 casos con TVP,

10 (76,9%) tenían un diagnóstico de carcinoma pulmonar. En los casos restantes el diagnóstico fue de metástasis por carcinoma de colon (2) y nódulo pulmonar no tumoral (1). El procedimiento más frecuente empleado en los pacientes con TVP fue la neumonectomía (30,8%). En cuanto a la prevalencia de ETV en relación con la estratificación del riesgo tromboembólico, el 80,8% de los pacientes (4.854) presentaban un riesgo alto de ETV, aunque sólo 13 de ellos la desarrollaron (0,27%). Fueron 1.016 (16,9%) los pacientes incluidos en el grupo de riesgo moderado y 134 (2,2%) los incluidos en el grupo de riesgo bajo. En ninguno de estos dos grupos se produjo ningún evento tromboembólico.

Riesgo tromboembólico/ETV	ETV (-)	ETV (+)	Total
Alto	4.841	13 (0,27%)	4.854 (80,8%)
Moderado	1.016	0 (0%)	1.016 (16,9%)
Bajo	134	0 (0%)	134 (2,2%)
Total	5.991	13 (0,22%)	6.004 (100%)

Conclusiones: Los pacientes sometidos a cirugía torácica programada que recibieron profilaxis antitrombótica tienen una baja prevalencia de ETV (0,22%). En estos pacientes el riesgo de ETV se ve incrementado por la edad avanzada y la alta frecuencia de enfermedades neoplásicas como motivo de la intervención. Parece probable que esta baja prevalencia se deba al empleo de protocolos de profilaxis antitrombótica que incluyen tanto el empleo de fármacos anticoagulantes como el uso de medidas mecánicas y la movilización precoz del paciente.

PROFILAXIS ANTITROMBÓTICA PERIOPERATORIA EN CIRUGÍA TORÁCICA. DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS QUIRÚRGICOS. DATOS PRELIMINARES

M. Jiménez-Fernández, J.L. García Fernández, R. Moreno Balsalobre, A. Mingo Basail, E. Ovejero Merino, M.L. López Arévalo y Y.W. Pun Tam

Hospital Universitario La Princesa.

Introducción: Los pacientes susceptibles de tratamiento quirúrgico por una neoplasia intratorácica, presentan un alto riesgo de presentar enfermedad tromboembólica (ETV), pero en el momento actual, la literatura no recoge un protocolo específico para estos casos. Un estudio como el que se propone pretende analizar la incidencia de ETV y sus consecuencias en morbilidad y mortalidad en una Unidad de Cirugía Torácica en el perioperatorio de los pacientes con este tipo de neoplasia.

Material y métodos: Estudio epidemiológico, observacional y prospectivo. Desde marzo a noviembre de 2011 se han recogido 33 pacientes con resección quirúrgica por una neoplasia intratorácica con anestesia general. Estos casos han recibido profilaxis con heparina de bajo peso molecular (HBP) al menos tres semanas después de la cirugía y al finalizarla se ha realizado una entrevista con exploración física, ECO DOPPLER de miembros inferiores y determinación de D-DÍMERO para evaluar la incidencia de ETV y las posibles complicaciones derivadas del tratamiento con HBP.

Resultados: De los 33 pacientes intervenidos el 70% eran varones, con una edad media de 64,7 años (± 11,3). Presentaban un IMC medio de 25,9 ± 4,6. En cuanto a sus antecedentes personales, el 76% eran fumadores, 48,5% presentaban HTA, 24,2% DM, 39,4% DL, 9,1% habían sufrido cardiopatía isquémica y el 3% ETV previa. Un 48,5% tenían una neoplasia previa. La lesión más frecuentemente reseçada fue de origen pulmonar en un 84,8% de los casos, seguida de mediastínica (6,1%). El tipo de abordaje que se realizó fue: 51,5% videotoracosopia (CVT) y toracotomía en un 36,4%. El tiempo medio de duración de la cirugía fue de 3,3 ± 1,5 horas. Se recoge una estancia media de 5,2 ± 2,3 días. En cuanto a la estirpe tumoral se obtuvo: carcinoma epidermoide

de en el 24,2% de los casos, adenocarcinoma en el 30,3%, metástasis por carcinoma colorrectal en el 9,1%. El 15,2% de los pacientes precisó tratamiento adyuvante. En el 7% desarrollaron complicaciones perioperatorias (infección respiratoria y anemia fueron las más frecuentes). Durante el seguimiento no se presentó ningún caso de sangrado. Se establece d-dímero medio $1,77 \pm 0,9$. Se describen una TVP subclínica y 2 episodios de TEP. Se obtiene un 9% de eventos tromboembólicos.

Conclusiones: El tratamiento con enoxaparina profiláctica durante 3 semanas tras una cirugía por una neoplasia intratorácica es un tratamiento seguro con una baja incidencia de aparición de ETV en el perioperatorio.

QUISTES MEDIASTÍNICOS: ¿CONTROLAR, PUNCIÓNAR, OPERAR?

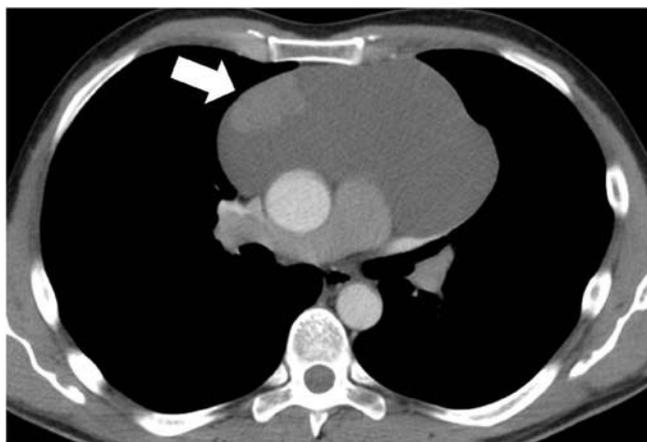
M. Schweigert¹, A. Dubecz¹, D. Oefner-Velano² y H. Stein¹

¹Klinikum Nuremberg Nord. ²Paracelsus Medical University Salzburg.

Introducción: Quistes mediastínicos son rarezas que tienen un 10% de participación en todos los tumores del mediastino. Quistes mediastínicos primarios son lesiones congénitas. Las lesiones quísticas del mediastino se pueden adquirir o son neoplasias. En caso de la rareza de las lesiones no existe una recomendación uniforme de diagnóstico o de tratamiento.

Material y métodos: En un estudio retrospectivo fueron analizados los casos de todos los pacientes con quistes mediastínicos de enero 2008 a agosto 2011. Sintomático clínico, diagnosis, terapias y dictamen patológico fueron evaluados. En total hubo 9 pacientes con quistes de mediastínicos de tamaños distintos. El promedio de edad fue de 33,4 años. Los quistes principalmente fueron localizados en el mediastino anterior. Las sintomatologías clínicas consistieron en 5 casos, a lo cual se presentó la superinfección del quiste con la infección febril altamente y frecuentemente. En ningún caso se logró diagnóstico preoperatorio definitivo. Los videos toracoscopias con extirpación del quiste y las ectomías de los tumores del timo realizaron en 5 casos. Esternotomía y también toracotomía limitada con ahorar de músculo fueron necesarias en dos casos.

Resultados: Según diagnósticos patológicos principalmente se encontraron los quistes congénitos: dos quistes bronquiales mediastinales, dos quistes de timo así como un quiste de pericardio y un quiste de esófago. En un caso se trató de unos quistes de timo, que fueron adquiridos después de una quimioterapia de un linfoma en mediastino. Una recaída de linfoma en mediastino se pudo excluir. Un timoma dentro de la pared de un quiste congenital del timo y también un tumor muy maligno periférico primitivo neuroectodérmico (pPENT) se encontró en cada caso. No apareció ninguna morbilidad y ninguna mortalidad postoperatoria.



Conclusiones: Quistes mediastínicos son tumores muy raros. Los controles de radiografía y las punciones transcutáneas no son adecuados para aseguramiento de diagnóstico. Se encontraron tumores malignos en dos de los nueve pacientes, por lo que una extirpación del quiste se recomienda para exclusión de un tumor maligno. Además los síntomas clínicos y especialmente las infecciones son otras indicaciones para tratamiento quirúrgico de los quistes mediastínicos. Si posible se podría preferir un tratamiento operativo toracoscópico mínimamente invasivo.

RESECCIONES PULMONARES MAYORES EN PACIENTES CON LESIONES BENIGNAS

M.L. López Arévalo, Y.W. Pun, J.L. García Fernández, R. Moreno Balsalobre, J. Prieto Vicente, M. Jiménez Fernández y E. Ovejero Merino

Hospital Universitario de la Princesa.

Introducción: La etiología más frecuente para resecciones pulmonares mayores (RPM) es el cáncer de pulmón, sin embargo, existen gran variedad de patologías benignas que necesitan de tratamiento quirúrgico para su resolución. El objetivo del estudio es conocer la casuística de nuestro servicio en relación con las RPM de lesiones benignas.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, de los pacientes sometidos a RPM por lesiones benignas, en un Servicio de Cirugía Torácica, desde enero de 2007 a junio de 2011. Los datos se obtuvieron a partir de los archivos del Servicio. Se estudiaron las variables de: sexo, edad, tipo de resección quirúrgica, abordaje, tipo de cirugía, anatomía patológica y morbimortalidad. El análisis se realizó mediante el programa informático Excel Office 2011 para Mac.

Resultados: En este periodo, se realizaron 604 resecciones pulmonares, de las cuales 285 fueron RPM (segmentectomías, lobectomías y neumonectomías), 25 casos fueron por lesiones benignas. La media de edad fue de 50,32 años con un rango de 28 a 79 y una mediana de 49. El 52% de los pacientes eran varones. El abordaje más utilizado fue la toracotomía (92%). La lobectomía, fue la resección más frecuente, llevándose a cabo en 21 pacientes, seguida de 2 segmentectomías y 2 neumonectomías. En una ocasión se intervino de urgencia, debido a una hemoptisis masiva en una caverna tuberculosa, el resto fue de forma programada. En 2 pacientes se presentaron complicaciones postoperatorias. Los resultados histopatológicos de las muestras resecaadas fueron muy variados como se muestra en la tabla.

Diagnóstico anatomopatológico	n	%	
Infecciones	Tuberculosis	4	52%
	Bronquiectasias	4	
	Aspergilosis	3	
	Neumonía organizada	1	
	Hidatidosis	1	
Congénitas	Secuestro pulmonar	3	28%
	Malformaciones vasculares	1	
	Enf. Castleman	1	
	Malf. adenomatoide quística	1	
Tumores benignos	Atresia bronquial	1	8%
	Hamartoma	1	
Otros	Quiste bronquial	1	12%
	Amiloidosis	2	
	Infarto pulmonar	1	

Conclusiones: En nuestro entorno, las resecciones pulmonares mayores, son requeridas en pocas ocasiones para lesiones benignas. Las infecciones y las lesiones congénitas son las indicaciones más frecuentes.

RESECCIONES PULMONARES MAYORES POR VIDEOTORACOSCOPIA (VATS)

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

Hospital Infanta Cristina.

Introducción: En nuestro Servicio, la técnica de resección pulmonar mayor por VATS es de reciente incorporación. Analizamos los resultados de nuestra serie tras un año de la cirugía.

Material y métodos: Entre junio de 2009 y junio de 2010 se realizaron resecciones pulmonares mayores por VATS a 14 pacientes; 13 varones y una mujer, con una edad media de 56 años. En ningún paciente las lesiones eran centrales ni de gran tamaño en la tomografía axial computarizada (TAC); la tomografía por emisión de positrones (PET) fue negativa para mediastino en todos los casos, salvo en uno en el que la mediastinoscopia resultó finalmente negativa. Analizamos el tamaño lesional en la TAC previa a la cirugía, la localización de la lesión, el tipo de resección realizada, la anatomía patológica definitiva, la morbilidad postoperatoria, la estancia media postquirúrgica y el estado actual del paciente.

Resultados: De los 14 pacientes, en 10 el tamaño lesional era ≤ 3 cm. En cuanto a la localización, 9 eran derechas (4 en lóbulo superior, 4 en lóbulo medio y 1 en lóbulo inferior) y 5 izquierdas (3 en lóbulo superior y 2 en lóbulo inferior). Se realizaron 13 lobectomías y 1 bilobectomía. La anatomía definitiva mostró 3 carcinomas epidermoides, 4 adenocarcinomas, 1 carcinoma microcítico, 4 carcinoides típicos, 1 granuloma tuberculoso y 1 metástasis de carcinoma laríngeo. 11 de los pacientes no presentaron morbilidad postoperatoria, 1 sufrió cardiopatía isquémica e infección respiratoria, 1 presentó fuga aérea prolongada tratada de forma conservadora y hubo 1 reingreso con neumotórax del lado operado que se drenó. La estancia media fue de 6 días y actualmente todos los pacientes siguen vivos y libres de enfermedad.

Conclusiones: Aunque nuestra serie es corta por la reciente incorporación de la técnica y los resultados no son significativos, las resecciones pulmonares mayores por VATS acortan la estancia media de nuestros pacientes y disminuyen la morbilidad. Habría que realizar a medio-largo plazo estudios comparativos de supervivencia con los pacientes toracotomizados en los casos de carcinoma broncogénico.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE UNA SERIE DE PACIENTES CON CARCINOMAS SARCOMATOIDES PULMONARES PRIMARIOS

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

Hospital Universitario 12 de Octubre.

Introducción: Los carcinomas sarcomatoides del pulmón (CSP) son tumores raros con un diagnóstico diferencial complejo. Deben ser diferenciados de los sarcomas y de los carcinomas metastásicos. Representan el 0,3% de todas las neoplasias malignas del pulmón, generalmente se presentan en adultos mayores con una edad media de 60-70 años, varones y fumadores. Los pacientes tratados con resección quirúrgica completa presentan una supervivencia media de 9 a 12 meses, y a los 5 años de aproximadamente 20%.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 11 pacientes con CSP primarios operados en un Servicio de Cirugía Torácica de 2005 a 2009, y con seguimiento hasta septiembre de 2011. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas y del Registro de la Comisión

de Tumores del Hospital. Fueron evaluados: edad, género, tipo histológico, estadio clínico y patológico, tipo de cirugía, supervivencia en meses, terapia adyuvante, recidiva tumoral y tiempo libre de enfermedad. Programa estadístico usado: SPSS 15.0.

Resultados: Diez pacientes eran varones, todos fumadores. Sus edades estaban comprendidas entre los 46 y 80 años, con una media de $61,73 \pm 11,14$ años. El 72,7% de los casos de los tumores estaban confinados a lóbulos superiores. Los estadios patológicos fueron: 2 estadio IA, 2 estadio IB, 4 estadio IIA y 3 estadio IIB. En 4 casos había lesión endobronquial. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma pleomórfico: 5 casos (45,5%), seguido de 3 carcinosarcomas (27,3%), 2 variantes de células gigantes (18,2%) y uno de tipo células fusiformes (9,1%). En 10 pacientes se realizaron resecciones completas (7 lobectomías y 4 neumonectomías), de ellos 7 se encuentran libres de enfermedad en un periodo de seguimiento comprendido entre 25 y 72 meses con una media de 49 meses, y tres fallecieron entre los 3 y 13 meses siguientes a la cirugía. Ocho pacientes recibieron terapia adyuvante (quimioterapia y/o radioterapia). Dos pacientes presentaron recidivas (2 a distancia y 1 local). Del total de la serie fallecieron 4 pacientes, 3 de ellos presentaban el tipo histológico de carcinoma pleomórfico.

Conclusiones: En esta serie el 70% de los pacientes a los que se les realizó resección quirúrgica completa presentaron un período libre de enfermedad con una media de $35,6 \pm 26,86$ meses, que contrasta con la menor supervivencia publicada en otras series. Todos los pacientes con resección completa que fallecieron eran del tipo histológico carcinoma pleomórfico, la cual parece ser la variante más frecuente y más agresiva.

REVISIÓN DE TUMORES BENIGNOS DE LA VÍA AÉREA

C. Partida González, F. Carracedo Calvo, Y. Bellido Reyes, U. Caballero Silva, R. Vicente Verdú, E. Corpa Rodríguez, J.L. Gil Alonso, J.C. Vázquez Pelillo, P. Díaz-Agero Álvarez y J. Sánchez García-Girón

Hospital Universitario La Paz.

Introducción: Los tumores primarios de la vía aérea son poco frecuentes, siendo en la mayoría de los casos malignos y encontrándose descripciones bibliográficas basadas en series de un número reducido de casos.

Material y métodos: Se realiza una revisión retrospectiva de 15 casos clínicos, desde el año 2000 hasta el 2010, confirmados histológicamente mediante biopsia por fibrobroncoscopia. En función de las comorbilidades, balance riesgo-beneficio y complicaciones respiratorias derivadas de la lesión, se decide tratamiento conservador o resección endoscópica mediante broncoscopia rígida.

Resultados: Se analizan 15 pacientes, 4 mujeres (26,6%) y 11 hombres (73,3%), con edades entre 24 y 80 años; siendo fumadores 6, exfumadores 5 y no fumadores 4. Los síntomas de presentación más frecuentes son la disnea, tos irritativa de larga evolución y neumonías de repetición. La localización principal es en el árbol bronquial derecho con 9 casos (sobre todo bronquio principal e intermediario), 4 casos en árbol bronquial, un caso en tráquea y uno en laringe. Las histologías confirmadas corresponden a lipomas, condromas, papilomas, tumor de células granulares, hamartoma, fibroma esclerosante, tumor miofibroblástico y tejido amiloide. Fueron tratados endoscópicamente 13 pacientes, realizando intubación con broncoscopio rígido y aplicación de láser neodimio-yag en 9 casos (60%) y asa de diatermia en 4 casos (26,6%). Los pacientes no tratados, continuaron con revisiones fibrobroncoscópicas periódicas, siendo desestimada la cirugía por limitación funcional respiratoria y comorbilidades que condicionan un alto riesgo quirúrgico. Las complicaciones post-operatorias se produ-

jeron en dos casos, presentando broncoespasmo controlado con tratamiento farmacológico. La evolución controlada con fibrobroncoscopias seriadas, muestra una remisión completa en 9 casos, precisando reintervención 3 pacientes (20%) por recidiva local o resección parcial previa. Tras reintervención, se observa remisión completa y un tiempo libre de enfermedad de al menos un año.

Conclusiones: Los tumores benignos de la vía aérea son entidades poco frecuentes, pero que puede producir complicaciones o dificultades respiratorias marcadas, ya sea por dificultar la movilización de las secreciones o por obstrucción directa, lo cual nos hace plantearnos el abordaje quirúrgico, a pesar de no ser una neoplasia maligna. La utilización de la broncoscopia rígida y resección endoscópica, supone un procedimiento mínimamente invasivo, muy eficaz y sin las complicaciones de la cirugía abierta.

¿SON LAS RESECCIONES PULMONARES UNA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN LOS PACIENTES CON FIBROSIS QUÍSTICA?

K. de Aguiar Quevedo, C. Jordá Aragón, E. Pastor Martínez, A. González García, S. Peñafiel Guzmán, J. Escrivá Peiró, G. Sales Badia, V. Calvo Medina, A. Pastor, P. Morales, E. Ansoategui, A. Solé Jover, A. García Zarza y J. Pastor Guillén

Hospital La Fe.

Introducción: Las complicaciones pulmonares son la principal causa de morbilidad y mortalidad en pacientes con FQ. Estas complicaciones pueden ser pleurales o parenquimatosas, entre estas últimas están bronquiectasias, atelectasias, formación de abscesos pulmonares y hemoptisis. Pueden tratarse de forma conservadora con fisioterapia respiratoria, antibioticoterapia, procoagulantes y broncoaspiraciones a repetición; pero, en algunos casos no es suficiente, siendo necesario un tratamiento menos conservador.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de pacientes sometidos a cirugía torácica por complicaciones pulmonares parenquimatosas procedentes de la Unidad de FQ.

Resultados: Cuatro resecciones pulmonares se observaron en 20 años. Los pacientes oscilaban entre 13 y 35 años, 3 hombres y una mujer, con genotipo en 3 pacientes F508 y en uno R334. Todos ellos colonizados por grampositivos y gramnegativos, 2 por *Aspergillus* y 2 por *Candida*. Las indicaciones para las resecciones fueron: tres pacientes por atelectasia y un paciente por formación de absceso pulmonar con múltiples microorganismos: *S. prolificans*, *A. versicolor*, *P. aeruginosa* y *C. albicans*. Pero, en todos los casos, se indicó el tratamiento quirúrgico como coadyuvante por exacerbaciones infecciosas y hemoptisis, refractarias al tratamiento conservador. Se llevaron a cabo 2 lobectomías superiores derechas y 2 neumonectomías. El manejo perioperatorio incluyó fisioterapia respiratoria, drenaje postural y antibioticoterapia de amplio espectro. Todos los pacientes fueron extubados en quirófano, sin complicaciones postoperatorias. Las PFR no presentaron grandes cambios, antes ($FEV1 = 67,7\% \pm 2,56$) y después de la cirugía ($FEV1 = 57,95\% \pm 11,95$). La mejoría de los síntomas se objetivó a los pocos meses de la intervención, en 3 casos. Sin embargo, solo una paciente persistió con exacerbaciones infecciosas, acompañada de complicaciones pleurales y mala evolución precisando, a los 32 meses de trasplante bipulmonar, sin mayor complejidad quirúrgica o complicaciones. En la actualidad todos los pacientes viven y están en seguimiento por la unidad de FQ con un tiempo medio de 9 años \pm 12,1.

Conclusiones: Las resecciones pulmonares son un tratamiento seguro en pacientes con FQ en caso de complicaciones pulmonares parenquimatosas, con mejorías de los síntomas respiratorios en la mayoría de los casos, siempre y cuando la resección se limite a zonas pulmonares destruidas. Además con un buen manejo perioperatorio, no se observan mayores complicaciones postquirúrgicas en estos pacientes.

TIMECTOMÍA EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS

R. Zapata González, I. López Sanz, J. Solé Montserrat, M. Deu Martín, L. Romero Vielva, J. Pérez Vélez, A. Jauregui Abularach, J. Rosado Rodríguez, I. Bello Rodríguez, M. Wong Jaen y M. Canela Cardona

Hospital Vall d'Hebron.

Introducción: La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune, que compromete la placa neuromuscular produciendo una afectación muscular generalizada, variable e intermitente. Es una enfermedad poco frecuente, crónica y con una respuesta variable al tratamiento. El tratamiento quirúrgico en los pacientes con MG en ausencia de un timoma es una opción controvertida.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo, de los pacientes con diagnóstico de MG en los que se realizó timectomía en el Hospital Vall d'Hebron, entre mayo de 2006 y diciembre de 2010. La técnica quirúrgica fue la timectomía extendida por esternotomía media parcial, tras el tratamiento médico protocolizado. No hubo muertes relacionadas con la técnica quirúrgica. La media de seguimiento fue de 29 meses.

Resultados: Se analizaron 21 pacientes, 16 mujeres y 5 hombres, con una media de edad de 39 años (r: 23-70). El tiempo medio entre el diagnóstico y el tratamiento fue de 5,6 meses. Se asociaron otras patologías autoinmunes en 2 pacientes (10% de los pacientes). El 85% de los pacientes (17 pacientes) fueron seropositivos para los anticuerpos AChR. El 90% de los pacientes (19 pacientes) tenía la electromiografía alterada. El TC fue anormal en el 60% de los pacientes, siendo el hallazgo más frecuente los restos tímicos (6 pacientes). El resultado de la anatomía patológica fue hiperplasia tímica en 15 pacientes (71% de los pacientes), encontrándose un timoma en 3 pacientes (14% de los pacientes). Se encontró tejido ectópico tímico en el 38% de los pacientes. La estancia media hospitalaria fue de 4 días. En el último control un paciente (5%) estaba en remisión completa, 6 pacientes (32%) en remisión farmacológica y 13 pacientes (62%) estaban asintomáticos.

Conclusiones: La timectomía extendida es una opción terapéutica válida para los pacientes con miastenia gravis, con escasa morbimortalidad postoperatoria. En nuestra serie se encontraron unos resultados satisfactorios, observando que un 62% de los pacientes estaban asintomáticos y un 32% en remisión completa farmacológica.

TIMOMAS: NUESTRA EXPERIENCIA

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

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda.

Introducción: Los timomas representan el tumor más frecuentemente diagnosticado del mediastino anterior.

Material y métodos: Con el objetivo de determinar factores pronósticos en la evolución de los timomas, se realizó una revisión retrospectiva de todos los casos de pacientes operados en nuestro servicio y cuyo resultado de anatomía patológica haya sido de timoma entre los años 2000 al 2011.

Resultados: Se incluyeron 26 pacientes. 13 fueron mujeres (50%). La edad media fue 60,5 años (DE 12,3). Dos pacientes (7,7%) tenían un proceso maligno previo (colon y linfoma). Los procesos autoinmunes asociados fueron: miastenia gravis (MG) en 7 pacientes (26,9%), hipogammaglobulinemia en 1 (3,8%) y otras en 2 (7,7%). En 5 (19,2%) de los casos se hizo punción con aguja fina para un diagnóstico prequirúrgico. El abordaje realizado fue esternotomía en 22 casos (84,6%), videotoracoscopia 3 (11,5%) y toracotomía 1 (3,8%). El tamaño tumoral medio fue de 5,9 cm (DE 2,5). La resección fue: R0 (20 pacientes 76,9%), R1 (5, 19,2%), R2 (1, 3,8%). La estancia media global fue de 5,9 días (DE

2,7). Se presentaron complicaciones postquirúrgicas (parálisis frénica e infección de herida) en 1 de los pacientes (3,8%). Los estadios de la OMS fueron: A (1 caso, 3,8%), AB (10, 38,5%), B1 (6, 23,1%), B2 (2, 7,7%), B3 (6, 23,1%) y C (1, 3,8%). Los de Masaoka fueron: I (7 casos, 26,9%), IIA (7, 26,9%), IIB (6, 23,1%), III (4, 15,4%) y IVA (2, 7,7%). Trece pacientes recibieron radioterapia adyuvante (50%) y 1 paliativa (3,8%). Uno de ellos (IVA) recibió además quimio y radioterapia neoadyuvante. La mediana de seguimiento fue 32,8 meses (min. 1,3-máx. 139,1). La mediana de supervivencia libre de enfermedad fue 30,7 meses (min. 1,3-máx. 139,1). Se presentó recurrencia en 4 pacientes (15,3%): Masaoka IIB (1, 3,8%), III (2, 7,7%) y IVA (1, 3,8%). Tres de ellos a nivel locoregional y uno a distancia (metástasis óseas múltiples). La supervivencia global relacionada con los timomas fue de 100%, aunque fallecieron 2 pacientes por causas no relacionadas con los mismos. Cinco pacientes (71,4%) mejoraron el estado de MG tras la cirugía, aunque no hubo respuestas completas. El estadio de Masaoka mayor o igual a III fue el único factor pronóstico independiente significativo para la recurrencia ($p = 0,042$).

Conclusiones: Los resultados en cuanto a respuesta clínica en los casos con MG asociada, complicaciones posquirúrgicas y la supervivencia de los timomas son muy satisfactorios. El estadio de Masaoka es un factor pronóstico independiente para la recurrencia.

TODAVÍA HIDATIDOSIS PULMONAR

N. Pinos Vélez, P. Carmona Soto, F. Cozar Bernal, A. Triviño Ramírez, S. Moreno Merino, M. Congregado Loscertales y J. Loscertales Abril

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción: La hidatidosis es una zoonosis producida por quistes de larva del *Echinococcus granulosus* que parasita el intestino del perro principalmente, con una transmisión fecal-oral. Es frecuente en lugares con infraestructuras sanitarias deficientes, bajos niveles socioeconómicos y mala educación sanitaria. Actualmente en nuestro medio es poco frecuente. El diagnóstico de la hidatidosis pulmonar suele ser casual, encontrándose en la radiografía de tórax una masa pulmonar redonda, irregular y de densidad uniforme, con estudios inmunoserológicos específicos positivos. Presentamos la experiencia de nuestro Servicio, en el periodo 1990-2011 con diagnóstico de hidatidosis pulmonar.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo de los casos de hidatidosis pulmonar intervenidos en nuestro servicio en el periodo comprendido entre enero 1990 a octubre 2011. Se analizaron variables como edad, sexo, localización, número de intervenciones, tipo de intervención, vías de abordaje y complicaciones.

Resultados: Se encontraron 13 casos (7 hombres y 6 mujeres), con una media de edad de 48 ± 2 años. La localización más frecuente fue la derecha 69% (inferior 46% del total), izquierda 31% (inferior 38% del total), bilateral en dos casos y uno en mediastino anterior. Se encontró antecedente de quiste hepático en el 31% (4 pacientes). Las cirugías realizadas fueron lobectomías en 4 pacientes (25%) y resecciones atípicas en los demás casos (75%), siendo necesario en algunas ocasiones varias resecciones en un solo paciente. El abordaje fue por toracotomía lateral en el 87,5%, toracotomía de Clamshell 6,25% y por VT 6,25%. La evolución en la mayoría de los pacientes fue favorable. En el seguimiento a largo plazo, se observó recidiva contralateral de la hidatidosis pulmonar en un caso que se reintervino.

Conclusiones: La hidatidosis pulmonar es una patología poco frecuente, que debemos sospechar ante pacientes de lugares endémicos, que tengan quistes pulmonares y más aún si está asociado a quistes hepáticos. La localización más frecuente de nuestra serie fue el lóbulo inferior de pulmón derecho, en los que se realizó resecciones atípicas (75%), por toracotomía 93,7%. El tratamiento debe ser médico, siendo necesaria la cirugía cuando los quistes son múltiples o cuando miden más de 5 cm. La videotoracoscopia puede ser una vía de abor-

daje efectiva y segura para su tratamiento, siempre que no exista riesgo de rotura del quiste.

TORACOMIOPLASTIA EN EL CIERRE DE LA TORACOSTOMÍA

D. Sánchez Lorente, E. Cladellas Gutiérrez, V. Díaz Revetllat, M. Boada Collado, C. Izquierdo, M. Catalán Biel, J.M. Gimferrer, M.A. Callejas, A. Gómez-Caro Andrés y L. Molins López-Rodó

Hospital Clínic de Barcelona.

Introducción: La toracostomía es una solución a los empiemas pleurales y fístulas bronquiales que fracasan al tratamiento conservador y antibioterapia. Esta alternativa comporta, curas diarias y revisiones periódicas que afectan a la calidad de vida del paciente. Tras la resolución de la infección de la cavidad pleural es posible el cierre de la toracostomía mediante técnicas de toracomioplastia. El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia en una serie de pacientes sometidos a cierre de toracostomía.

Material y métodos: Desde Feb'09 a Mayo'11 se realizaron en nuestro servicio 5 cierres de toracostomía. Realizaremos un estudio descriptivo de estos casos y sus resultados. Los pacientes ingresaron 1 semana previa al procedimiento para curas y optimización de la cavidad. Se realizó una toracoplastia con resección del primer arco costal ampliando la resección de pared hasta una completa obliteración de la cavidad pleural en los casos de neumonectomía, siendo necesaria una pleuro-decorticación en aquellos casos con parénquima pulmonar. En todos los casos se completó la toracoplastia con una mioplastia de ms. serrato y/o dorsal ancho, con el objetivo de mejorar la obliteración de la cavidad, aportar vascularización y cierre de fístula en el caso de su existencia.

Resultados: 4 hombres y 1 mujer, con una edad media de 65 años (36-79) se sometieron a cierre de toracostomía. En 4 casos la toracostomía era derecha y 1 caso izquierda. La realización de la toracostomía fue debida en 4 casos a fístula broncopleural (2 posneumonectomía y 2 poslobectomía) y en 1 caso por empiema pleural. El tiempo medio desde la toracostomía hasta la toracomioplastia fue de 24 m y la indicación de cierre fue sangrado recidivante (2), persistencia de fístula bronquial (1), estética (1) e infecciones de repetición con ingreso (1). Como complicaciones postoperatorias hubo 1 caso de fuga aérea persistente y 1 caso de infección de la herida quirúrgica. No hubo ninguna muerte intraoperatoria ni postoperatoria. La estancia media postoperatoria fue de 24 d (9-46). En un caso el paciente reingresó por empiema realizándose una nueva toracostomía, evolucionando el resto de pacientes satisfactoriamente siguiendo controles ambulatorios con TC torácica que demostraron una obliteración completa de la cavidad pleural.

Conclusiones: Como conclusión de nuestra serie podemos decir que la toracomioplastia para el cierre de toracostomía es una técnica segura y con pocas complicaciones, que ofrece una alternativa a las curas diarias y controles periódicos a estos pacientes.

TRASPLANTE PULMONAR NO HOSPITAL DE SANTA MARTA: JANEIRO 2008-JUNHO 2011

S. Granadeiro¹, S. Santos¹, R. Coelho¹, A. Borba¹, L. Semedo¹, M. Araujo¹, J. Cardoso¹, F. Martelo² y J. Fragata²

Hospital Santa Marta. Portugal. ¹Serviço Pneumologia. ²Cirurgia Cardio Torácica.

Introducción: O transplante pulmonar é uma opção terapêutica para os doentes com doença pulmonar terminal, após terapêutica médica optimizada. O objectivo do trabalho é avaliar os resultados após consolidação de um programa de transplante no único centro de transplante pulmonar em Portugal.

Material y métodos: Avaluados retrospectivamente os doentes transplantados entre Janeiro 2008 e Junho 2011. Foram determinadas as características demográficas, a gravidade e patologías de base e mortalidade.

Resultados: Submetidos a transplante 34 doentes (59% sexo masculino), com uma idade média de 39,7 anos (mín 17, máx 63). Realizados 16 transplantes bilaterais e 18 unilaterais. As patologías de base foram 15 doentes com Fibrose Pulmonar, 9 doentes com Fibrose Quística, 5 com Bronquiectasias, 3 doentes com DPOC, 2 com Silicosis e 1 doente com Sarcoidose. O tempo de espera médio para o transplante foi de 227 días e 15% dos doentes estavam sob soporte ventilatório invasivo e/ou não invasivo à data de transplante. Faleceram 7 doentes (5 no primeiro mês pós transplante).

Conclusiones: Os resultados são positivos e sobreponíveis aos resultados publicados no International Society of Heart and Lung Transplantation.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS QUISTES MEDIASTÍNICOS

S. Sevilla López¹, A. Alkourdi Martínez², F. Hernández Escobar², C.F. Giraldo Ospina², J. Ruiz Zafra², F. Quero Valenzuela², C. Bayarri Lara², A. Sánchez-Palencia Ramos² y A. Cueto Ladrón de Guevara²

¹CH Ciudad de Jaén: UGC de Cirugía Torácica. ²Hospital Universitario Virgen de las Nieves: Servicio de Cirugía Torácica.

Introducción: Los quistes mediastínicos (QM) suelen ser lesiones benignas, redondeadas, de márgenes bien definidos y, a menudo, diagnosticadas de forma casual. La clínica está más relacionada con su crecimiento local siendo el tratamiento quirúrgico de elección.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los QM intervenidos entre 1986 y 2011. Tipos: quistes pleuro-pericárdicos (QPP), bronco-génicos (QB), tímicos (QT), linfangiomas quísticos (LQ), de duplicación entérica (QE) y neurogénicos (QN) Variables: edad, sexo, compartimento, lado, tamaño, clínica, abordaje, tratamiento, complicaciones, recidiva y estancia hospitalaria (EH).

Resultados: 70 casos: 35 QPP, 15 QB, 9 QT, 7 QD, 2 LQ 1 QE y 1 QN con 73 intervenciones. Edad media: 43,94 años. 40 mujeres y 30 hombres. Compartimento mediastínico: 46 anterior, 12 medio y 12 posterior. Lado: 40 derechos, 21 izquierdos y 9 centrales. Tamaño medio: QPP 6,6 cm (rango 2,5-20); QB 6 cm (2,4-15); QT 6,8 cm (2-15); QD 10,9 cm (6-17); LQ 4 cm (3-5); QN 3 cm. Clínica: 39 hallazgos radiológicos (55,7%), en el resto síntomas solapados de dolor, tos y disnea. 1 caso de QT se presentó en el contexto de miastenia gravis, 1 caso de QD como hemoptisis por fistulización al lóbulo superior izquierdo y 1 caso de QPP como pericarditis. Cirugía diagnóstica previa en 5 casos: 3 mediastinoscopias (MC) para dos QPP y un QB y 2 mediastinotomías para un QD y un QT. Abordaje quirúrgico: 35 toracotomías, 19 videotoracoscopias, 10 esternotomías, 4 videotoracoscopias reconvertidas a toracotomía, 3 mediastinoscopias (MC), 1 cervicotomía y 1 cérvico-esternotomía. Tratamiento quirúrgico: 64 resecciones completas (87,7%) y 9 parciales/ventanas (12,3%). Complicaciones posoperatorias: 1 anemia posoperatoria, 1 parálisis recurrencial y 1 quilotórax que obligó a ligadura del conducto torácico. Recidivas: 4 QPP, a los 2, 3, 7 y 8 años, de los cuales se han reintervenido 3. De las 4 recidivas en una el primer tratamiento fue con ventana (11,1%) mientras que en las otras tres se realizó resección completa (4,7%) de entrada con toracotomía. No hubo diferencias significativas entre tratamiento y recidiva. EH: tras VTC fue de 4,9 días mientras que en el resto (excluyendo MC) fue de 9,2 siendo estas diferencias estadísticamente significativas (p = 0,001).

Conclusiones: 1. Los QPP son los más frecuentes. 2. La probabilidad de recidiva es mayor en el grupo tratado con resección parcial/ventana, aunque las diferencias no son estadísticamente significativas. 3. La VTC obtiene los mismos que la cirugía abierta con menor EH.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS T3 POR AFECTACIÓN DE PARED

A. Triviño Ramírez, N. Pinos Vélez, P. Carmona Soto, F. Cózar Bernal, S.B. Moreno Merino, M. Congregado Loscertales y J. Loscertales

Hospital Universitario Virgen Macarena: Cirugía Torácica.

Introducción: El cáncer de pulmón se encuentra entre las principales indicaciones de resección de la pared torácica. Este tipo de cirugía presenta un elevado índice de morbimortalidad, ya que además de realizarse una parietectomía se acompaña de una resección pulmonar, lo que supone una alteración en la rigidez del tórax y una reducción de volumen. Presentamos nuestra experiencia y resultados en el tratamiento de este tipo neoplasias.

Material y métodos: Desde el 2005 se han intervenido 38 pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón y clasificados como T3 por invasión de pared costal. El rango de edad oscila entre 49-79 años. A todos los pacientes se les realizó una extirpación en bloque, acompañado de una resección pulmonar anatómica y linfadenectomía completa. Posteriormente, se procedió a la reconstrucción del defecto óseo con una malla de Gore-Tex de 2 mm, según la localización del defecto, tamaño y número de segmentos extirpados. Se excluyeron del estudio aquellos T3 en los que se realizó liberación extrapleural.

Resultados: La histología más frecuente fue Carcinoma de células escamosas. La estancia postoperatoria fue entre 6-17 días. Se realizó extirpación de más de 3 arcos costales en el 65,8%, precisando reconstrucción del defecto en el 44,7%. Las resecciones pulmonares realizadas fueron: neumonectomías (7), lobectomías (28), resección atípica (1), bilobectomías (2). El índice de complicaciones fue del 16,5%. La tasa de morbimortalidad en las neumonectomías ampliadas a pared fue 57,14%.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de los T3 por invasión de la pared torácica debe realizarse una extirpación de los segmentos costales afectos, acompañado de una resección pulmonar anatómica y linfadenectomía completa. Las complicaciones más frecuentes son las de origen respiratorio. Las neumonectomías con parietectomías se acompañan con un elevado índice de morbimortalidad.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO CATAMENIAL

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

Hospital Virgen de las Nieves.

Introducción: El objetivo de este estudio consiste en presentar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico del neumotórax espontáneo catamenial (NEC), describiendo la técnica empleada así como los resultados.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de las pacientes intervenidas con diagnóstico de NEC. Se analizan: variables demográficas, presentación clínica, técnica quirúrgica realizada, hallazgos y resultados. El abordaje de elección fue la videotoracoscopia realizándose una exploración de toda la cavidad pleural en busca de implantes de endometriosis o fenestraciones en la superficie diafragmática. En caso de constatar dichas fenestraciones la técnica empleada fue el sellado de las mismas con un derivado de fibrina junto a pleurodesis localizada con talco estéril. Al alta las pacientes fueron remitidas a Ginecología para completar el estudio y valorar tratamiento farmacológico para inducción de amenorrea en los primeros meses tras la cirugía.

Resultados: En el periodo comprendido entre enero de 2003 y julio de 2011 se han intervenido 10 pacientes diagnosticadas de NEC, lo que

supone el 14,3% de los NE intervenidos en mujeres en ese periodo. La edad media fue de 39 años y todos los neumotórax fueron del lado derecho. En todos los casos se realizó una videotoroscopia derecha no encontrándose implantes de endometriosis pero sí fenestraciones diafragmáticas en nueve de los diez casos, realizándose el sellado de las mismas por la técnica descrita. En cuatro casos se realizó así mismo la resección de lesiones tipo blebs o bullas junto a abrasión pleural. No hubo complicaciones postoperatorias. Tras la cirugía cuatro pacientes recibieron tratamiento hormonal, con análogos de la GnRH en tres casos y andrógenos (danazol) en uno. Con una media de seguimiento de 21 meses recidivaron 3 casos (tasa de recurrencia 30%) entre los 30-180 días posteriores a la cirugía. En los tres casos la recidiva consistió en un neumotórax parcial.

Conclusiones: El NEC es más frecuente de lo considerado clásicamente debiéndose plantear su diagnóstico en toda mujer con NE recidivante en edad fértil. El abordaje de elección es la videotoroscopia debiéndose explorar toda la cavidad pleural en busca de implantes de endometriosis o fenestraciones diafragmáticas. El sellado de las fenestraciones con un derivado de fibrina se propone como una alternativa a tratamientos más agresivos, obteniéndose los mejores resultados cuando se combina con tratamiento hormonal para la inducción de amenorrea en los meses siguientes a la cirugía.

TUMORES CARCINOIDES. EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA DEL CHU DE ALBACETE

M. Genovés Crespo, C. Rombolá, D. García Jiménez, A.F. Honguero Martínez, J. Cruz Ruiz y P. León Atance

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: Este trabajo muestra nuestra experiencia en tumores carcinoides en los últimos 6 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo tras analizar 23 pacientes con tumores carcinoides tratados en nuestro Servicio, desde mayo 2005 a septiembre 2011.

Resultados: De los 23 pacientes, 14 eran hombres (60,87%) y 9 mujeres (39,13%) La mediana de edad (\pm DE) era de $46 \pm 12,71$ con rango: 24-78 años. Tres pacientes (13,04%) debutaron con síndrome de Cushing, resolviéndose tras la exéresis quirúrgica; un 52,7% ($n = 12$) fueron hallazgos radiológicos y un 34,8% se manifestó con otros síntomas (dolor pleurítico; síndrome constitucional; hemoptisis y neumonía) Se realizó fibrobroncoscopia preoperatoria a todos los pacientes; en 16 (69,57%) se objetivó lesión endobronquial. El diagnóstico histológico previo a la cirugía se obtuvo en 17 pacientes (74%); un 88,23% ($n = 15$) con biopsia bronquial y un 11,77% ($n = 2$) a través de la PAAF. La resección pulmonar con linfadenectomía fue la técnica quirúrgica de elección. El tipo de resección predominante fue la lobectomía inferior izquierda con un 22% ($n = 5$). En 4 casos se realizó neumonectomía (uno de ellos debido a recidiva del síndrome de Cushing) En 1 caso se realizó una lobectomía en manguito del lóbulo superior izquierdo con reconstrucción bronquial termino-terminal. En otro caso de Síndrome de Cushing con captación milimétrica en el hilio pulmonar, se realizó una resección atípica del lóbulo inferior derecho guiada por gammagrafía con octreótide intraoperatoria. La anatomía patológica definitiva rebeló 22 casos (95,65%) de tumores neuroendocrinos grado I y sólo un caso de carcinoma neuroendocrino grado II. Según el TNM 2009 se distribuyeron en: 17 pacientes (74%) E-I; 4 pacientes (17,4%) E-II (el 75% por adenopatías hiliares) y 2 pacientes (9%) con E-IV por líquido pleural positivo. El único carcinoma neuroendocrino tipo II de nuestra serie estaba en estadio I.

Conclusiones: El diagnóstico histológico previo a la cirugía se obtuvo en el 74% de los casos; 88,23% a través de la biopsia endoscópica. En nuestra serie concluimos que es necesaria la estaficación intraoperatoria con linfadenectomía y citología del líquido pleural en caso de existir; ya que la histología de los tumores carcinoides típicos puede

asociarse a estadios avanzados, aunque su pronóstico parece no afectarse de igual forma que en los carcinomas broncogénicos de otras estirpes. El síndrome de Cushing se observó en un 13,04% ($n = 3$) de los casos y en todos ellos remitió tras la exéresis quirúrgica.

TUMORES PRIMARIOS DE LA PARED TORÁCICA: TRATAMIENTO Y RESULTADOS

F. Cózar Bernal, A.I. Triviño Ramírez, N. Pinos Vélez, P. Carmona Soto, S. Bernabé Moreno Merino, M. Congregado Loscertales y J. Loscertales Abril

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Introducción: La pared torácica es un armazón constituido por tejido muscular, óseo y cartilaginoso donde pueden asentar diferentes tipos de neoplasias, benignas y malignas. La incidencia de los tumores primarios de pared torácica es del 5% de todas las neoplasias torácicas. El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia y resultados en este tipo de patología.

Material y métodos: Analizamos los pacientes intervenidos en el servicio de Cirugía General y Tórax del Hospital Universitario Virgen Macarena en el periodo comprendido entre 2005 y 2011. Se realiza un estudio descriptivo de los 22 pacientes intervenidos: 16 casos por procesos benignos y 7 por procesos malignos. Las variables estudiadas fueron: sexo, edad, histología, tipo de resección, reconstrucción, complicaciones y recidivas.

Resultados: En las tumoraciones benignas la histología más frecuente fue el condroma (6 casos) seguido de los osteocondromas (4), lipomatosis (3), displasia fibrosa (2) y fibrohistiocitoma (1). Afecta indistintamente a ambos sexos con una media de edad de 35 años [10-58 años]. En todos los casos se extirpó tejido óseo afecto, llevándose a cabo reconstrucción con diversos materiales en 5 casos. En cuanto a las malignas, los condrosarcomas constituyen la histología más frecuente (2 casos), seguida de osteosarcoma, tumor de Askin, tumor desmoide y hemagiopericitoma, todos ellos con la misma frecuencia (1 caso). No existe prevalencia por ningún sexo y presentan una media de edad de 49 años [11-57 años]. En 2 casos fue suficiente con la resección de un único fragmento costal, siendo necesario en la mayoría una extirpación de varios arcos costales con posterior reconstrucción del defecto. Un caso presentó en el postoperatorio inmediato insuficiencia respiratoria requiriendo intubación orotraqueal. Hemos registrado dos casos de recidiva que posteriormente se reintervinieron y actualmente se encuentran asintomáticos.

Conclusiones: Las técnicas quirúrgicas actuales de resección y reconstrucción permiten un tratamiento de esta patología con baja tasa de morbilidad asociada. En nuestra serie la patología benigna fue superior a la maligna destacando entre los procesos benignos el osteocondroma y en los malignos el condrosarcoma.

UTILIZACIÓN DE ESPONJA DE FIBRINÓGENO Y TROMBINA EN CIRUGÍA TORÁCICA

J. Ruiz-Zafra, A. Alkourdi, F. Hernández-Escobar, C. Giraldo, F. Quero, C. Bayarri, A. Sánchez-Palencia y A. Cueto

Hospital Universitario Virgen de las Nieves.

Introducción: Está cada vez más extendido el empleo de la esponja de colágeno con una cubierta de fibrinógeno y trombina humanos (Tachosil®) en diversas especialidades quirúrgicas por sus propiedades hemostática y sellante de tejidos. Los objetivos de este trabajo son conocer las indicaciones y la frecuencia del uso de la misma en la unidad.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de todas las cirugías realizadas del 1 de enero al 30 de junio de 2010 en las que se

empleó la esponja. La esponja empleada fue en todos los casos la de 9,5 × 4,8 cm, entera o fraccionada en parches más pequeños en un mismo paciente. Se recogieron las variables demográficas, patología, abordaje, tipo de cirugía, indicación (sellante de fuga aérea o hemostasia), lugar de aplicación de la esponja y número de unidades usadas así como la aplicación de otros productos sellantes o hemostáticos.

Resultados: Se utilizaron 71 unidades en 58 pacientes (el 28% de los 204 intervenidos bajo anestesia general en dicho período), con una edad media de 59,7 años, de los que 41 eran hombres (70,7%). Patología: tumores pulmonares en 42 casos (72%), 7 neumotórax, 4 tumores de mediastino, 2 tumores de pared torácica, 1 malformación pulmonar, 1 secuestro y 1 hidatidosis. Se realizaron 50 cirugías abiertas (48 toracotomías y 2 esternotomías) y 8 videotorascopias, siendo la resección más frecuente la lobectomía pulmonar (21 casos, 36%). Se emplearon 54 unidades (76%) para sellar fugas aéreas y 17 para hemostasia, utilizando entre 1 y 3 esponjas en cada paciente. En 17 pacientes (29%) se emplearon otros productos para hemostasia (en 9) o para sellar fugas aéreas (en 8 casos), aplicados en zonas distintas a la esponja. La indicación y la zona anatómica de aplicación se exponen en la tabla:

Cirugía abierta	Videotorascopia			
	Sellante de fuga aérea	Hemostasia	Sellante de fuga aérea	Hemostasia
Sutura manual o grapas	27		7	
Desgarro pulmonar	15	2		
Despegamiento pleural		9		
Cisura	5			
Hilio pulmonar		3		
Base de implantación tumoral		2		1

Conclusiones: 1. La esponja de fibrinógeno y trombina Tachosil® se utiliza de forma muy frecuente en la unidad. 2. Se emplea para sellado de fugas aéreas y para hemostasia en cirugía abierta y endoscópica.

VÁLVULA DE HEIMLICH: MANEJO AMBULATORIO DE FUGA AÉREA PERSISTENTE

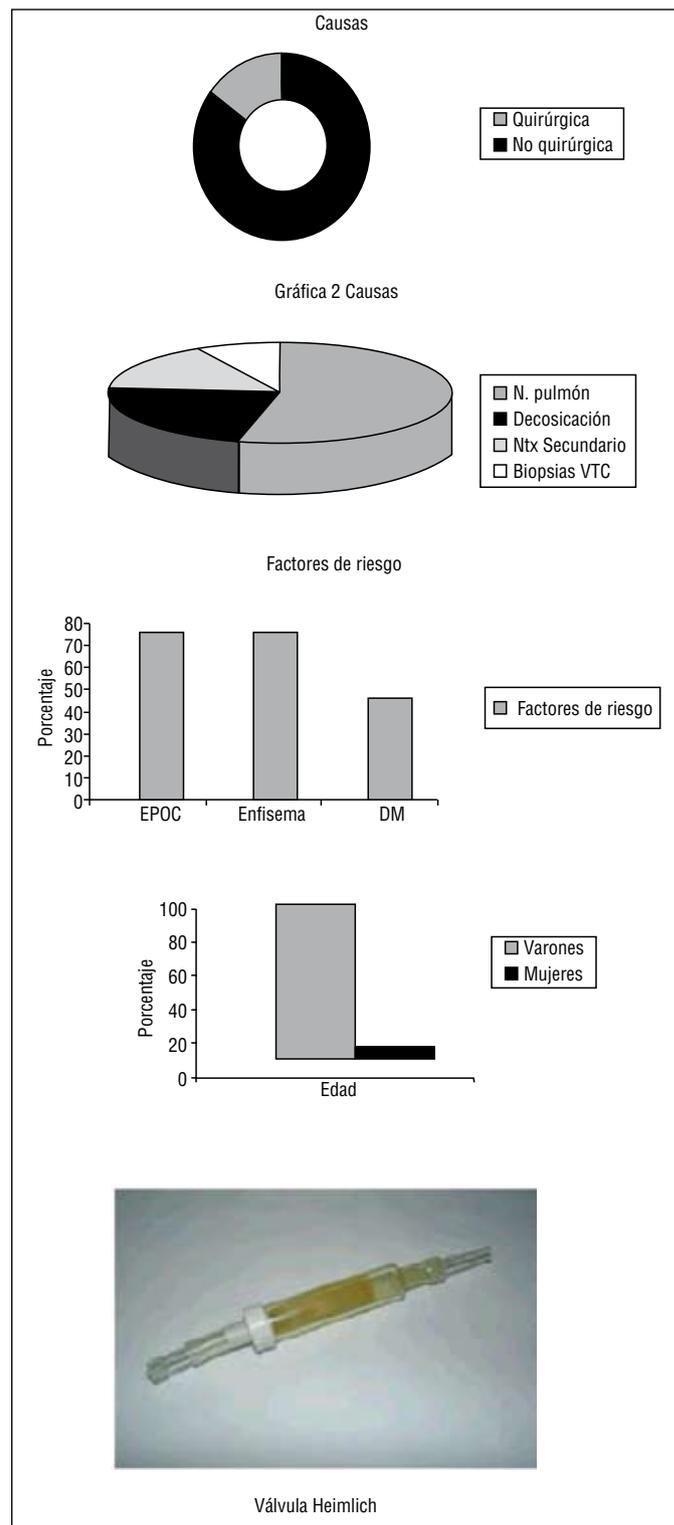
L.A. Hernández Arenas, I. del Pilar Pérez, P.J. Gato Díaz, F.J. Aragón Valverde y J. Rodríguez Rodríguez

Hospital Universitario Central de Asturias.

Introducción: La válvula de Heimlich (VH) es un dispositivo mecánico que funciona como una válvula de flujo unidireccional que fue creado para el manejo del neumotórax abierto urgente. La fuga aérea prolongada (FAP) es la complicación más frecuente (1-10%) en los pacientes postoperados (PO) en cirugía torácica. La existencia de esta complicación comporta un aumento de estancia hospitalaria, coste sanitario y morbilidad del paciente. Se considera FAP aquella que persiste más de 5 a 7 días después de la cirugía según la literatura médica. En nuestro centro hospitalario consideramos FAP a aquella que persiste más de 7 días después de la cirugía de resección pulmonar y en pacientes no operados aquella que persiste más de 7 días después de conseguir expansión pulmonar completa actuando de acuerdo al protocolo hospitalario. Se valora la eficacia de la VH como dispositivo de manejo ambulatorio en pacientes con FAP, valorando causas, complicaciones, días de fuga hospitalaria y estancia media hospitalaria.

Material y métodos: Se realizó estudio retrospectivo transversal en el que se incluyeron todos los pacientes tratados con VH de manera ambulatoria por FAP de enero de 2009 a junio 2011. Se colocó VH a todos aquellos pacientes que cumplieron el protocolo hospitalario, se analizaron todas las historias clínicas valorando: sexo, edad, causas, días de fuga, días con VH, complicaciones y factores de riesgo. Se realizó el análisis estadístico con el programa SPSS versión 15.

Resultados: Se maneja con VH de manera ambulatoria por FAP a 13 pacientes de los cuales eran 93,3% hombres y 7,69% mujeres con una media de edad de 66,9 años. Las causas quirúrgicas fueron 84,6% y las no quirúrgicas el 15,4% de los casos. Las causas en orden de frecuencia: PO cáncer de pulmón 53,8%, decorticaciones 23% biopsia pulmonar por VTC 7,7% y neumotórax secundario no quirúrgico el 15,4% de los casos. Los días de FAP en total fueron 38,8 de media siendo: 15,6 días intrahospitalarios y 14,5 días con VH. La eficacia de la VH para resolver la FAP con expansión pulmonar completa fue del 92% de los casos, el paciente al que no se retiró la VH fue debido a éxitus, por lo que se podría considerar una efectividad del 100%. No existieron complicaciones.



Conclusiones: La VH es un dispositivo útil en el manejo de la FAP de manera ambulatoria. El manejo de la FAP ambulatorio con VH es sencillo y no presenta ninguna complicación mayor. Proponemos la VH como dispositivo de manejo ambulatorio en pacientes con FAP con una efectividad del 100% de los casos ahorrando considerablemente estancia hospitalaria.

VENTAJAS Y COMPLICACIONES DE LA RESECCIÓN DE NÓDULO PULMONAR SOLITARIO POR VATS MEDIANTE ARPÓN GUIADO POR TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

S. Vicente Antunes, P. Rodríguez Martín, L. Rico Martínez, P. Fernández Gómez-Escolar, P. Karagounis, J.J. Zapatero Gaviria e I. Muguruza Trueba

Fundación Jiménez Díaz.

Introducción: El objetivo de este estudio es la valoración de las ventajas y complicaciones de la técnica de colocación de arpón guiado con tomografía computarizada (TC) para localización y posterior resección de nódulo pulmonar solitario (NPS) por toracoscopia videoasistida (VATS), evitando así vías de abordaje más agresivas.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo con 12 pacientes reclutados entre septiembre de 2009 y junio de 2011. A cada uno de ellos, se les ha colocado un arpón guiado con TC para localización de NPS y resección del mismo a través de VATS. Se realizó biopsia intraoperatoria de la lesión determinando la malignidad o benignidad de la misma.

Resultados: Se ha obtenido el diagnóstico histológico definitivo en el 100% de los casos mediante la biopsia intraoperatoria, representando los procesos malignos el 66,7% de los casos (8 casos), y los procesos benignos un 33,3% (4 casos). En estos últimos 4 casos, con esta técnica se ha evitado un procedimiento más agresivo como la toracotomía. En los restantes casos se ha tenido que ampliar la incisión para resección oncológica. En uno de los casos ha sido necesario minitoracotomía de asistencia con palpación digital del nódulo por la dificultad técnica inherente a la localización de la lesión, en la cara diafragmática del lóbulo inferior izquierdo. En la mitad de los casos se presentaron complicaciones tras la localización del NPS con arpón en la sala de radiología: en 5 casos se objetivó la presencia de neumotórax que no requirió drenaje, y en un caso se observó hemorragia alveolar a nivel del trayecto del arpón, que no tuvo repercusión hemodinámica. Otra complicación que se ha observado en 4 casos ha sido la movilización del arpón tras su colocación: en uno de los casos se movilizó durante la preparación del campo quirúrgico; en otro caso, tras el colapso pulmonar al camplar el tubo de doble luz; y en 2 casos, se movilizó el arpón al traccionar del mismo durante la cirugía. Por ello, recomendamos cortar el arpón a ras de piel tras su colocación, con anterioridad al camplaje del tubo de doble luz y consiguiente colapso pulmonar.

Conclusiones: La resección del NPS mediante VATS previa localización del mismo con arpón guiado por TC, es una técnica segura que permite localizar determinadas lesiones pulmonares a través de un procedimiento mínimamente invasivo, con un 100% de certeza diagnóstica. Para evitar la movilización del arpón, éste se debe cortar a ras de piel tras su colocación.