

CIRUGÍA TORÁCICA

EXPRESIÓN DE DECORINA EN LA CICATRIZ POSTRAQUEOPLASTIA TRATADA CON MODULADORES DE LA CICATRIZACIÓN. ESTUDIO EXPERIMENTAL

J.R. Olmos-Zúñiga¹, C. Hernández-Jiménez¹, M. Baltazares-Lipp¹, R. Jasso-Victoria¹, M. Gaxiola-Gaxiola², I. González-González³, D. Escobedo Sánchez⁴ y P. Santillán-Doherty⁵

¹Departamento de Cirugía Experimental; ²Departamento de Morfología; ³Departamento de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello; ⁴Servicio de Broncoscopia; ⁵Dirección Médica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. México. D.F.

Introducción: Las cicatrices fibróticas contienen altas concentraciones de colágena y bajas de decorina. Las estenosis traqueales son un

ejemplo de éstas; por lo que la aplicación de moduladores de la cicatrización (MDC) podría evitarlas. El ácido hialurónico (AH) y la colágena polivinilpirrolidona (CPVP) disminuyen la inflamación y fibrosis, pero el efecto de su combinación postraqueoplastia no se ha descrito. Con base en esto el objetivo de este estudio fue determinar el efecto de la aplicación tópica de la mezcla AH-CPVP o MC sobre la expresión in situ de decorina y deposición de colágena en la cicatriz postraqueoplastia en un modelo experimental canino.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo experimental. En 36 perros postraqueoplastia cervical se aplicaron diferentes MDC: Grupo I: SSF. Grupo II: AH. Grupo III: CPVP. Grupo IV: AH-CPVP y Grupo V: Mitomicina C (MC). Se evaluaron clínica y traqueoscópicamente. Cuatro semanas poscirugía se valoró la cicatriz macroscópica y microscópicamente, mediante inmunohistoquímica la expresión de decorina y bioquímicamente se cuantificó la colágena. El análisis de los datos se realizó con ANDEVA y Tukey, los valores de $p < 0,05$ fueron considerados como significativos.

Resultados: Traqueoscópica, macroscópica y microscópicamente los grupos II, III y IV mostraron menor inflamación ($p < 0,001$ ANDEVA, Tukey), el grupo I fibrosis severa ($p < 0,001$ ANDEVA, Tukey) y colágena desorganizada. La expresión de decorina fue superior en los grupos III y IV ($p < 0,01$ ANDEVA, Tukey). Los grupos IV y V desarrollaron menor cantidad de colágena ($p < 0,001$ ANDEVA, Tukey).

Conclusiones: La aplicación tópica de la mezcla AH-CPVP postraqueoplastia incrementa la expresión in situ de decorina, disminuye la respuesta inflamatoria, deposición de colágena y favorece su organización en la cicatriz traqueal. Los autores

INJERTOS LIOFILIZADOS Y CRIOPRESERVADOS PARA LA RECONSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA PULMONAR EN UN MODELO EXPERIMENTAL

C. Hernández-Jiménez¹, J.R. Olmos-Zúñiga¹, R. Jasso-Victoria¹, N.E. Díaz-Martínez¹, M. Gaxiola-Gaxiola², A. Sotres-Vega¹, M. Baltazares-Lipp¹ y E. Baltazares-Lipp³

¹Departamento de Cirugía Experimental; ²Laboratorio de Morfología; ³Servicio de Hemodinamia y Ecocardiografía. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. "Ismael Cosío Villegas". México D.F.

Introducción: Existen diferentes técnicas de preservación de órganos y tejidos utilizadas para encontrar injertos vasculares para la sustitución de la arteria pulmonar (AP). La liofilización y criopreservación, reducen la antigenicidad, evitan trombosis y calcificación de injertos vasculares, por lo cual pueden ser utilizadas, con la finalidad de obtener una bioprótesis vascular, por lo que el objetivo de este estudio fue evaluar los cambios hemodinámicos, gasométricos, imagenológicos, macroscópicos y microscópicos producidos por la reconstrucción de la AP con injertos liofilizados y criopreservados en un modelo experimental canino.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo experimental. En 18 perros se llevo a cabo sección y reconstrucción de la AP de la siguiente manera: Grupo I (n = 6). Sección y reanastomosis de AP izquierda; grupo II (n = 6) Reconstrucción de la AP con aloinjerto de AP liofilizada (APLio); grupo III (n = 6) Reconstrucción de AP izquierda con aloinjerto criopreservado (APCrio). Se realizó evaluación clínica e imagenológica por 4 semanas. Al final del estudio se llevó a cabo valoración hemodinámica, gasométrica y angiografía, se examinó macroscópica y microscópicamente el estado del injerto y de la anastomosis vascular. El análisis de los datos se realizó con ANDEVA y Tukey, los valores de $p < 0,05$ fueron considerados como significativos.

Resultados: Todos los injertos de APLio se observaron en buen estado macroscópico y microscópico precirugía y los animales tratados con estos mostraron buena evolución clínica, imagenológica, hemodinámica y gasométrica durante todo el estudio. Mientras que 2 injertos de APCrio, precirugía presentaron fractura macroscópica y microscó-

pica del vaso. Hemodinámicamente las presiones de la AP y resistencias vasculares pulmonares de este grupo se incrementaron significativamente (ANDEVA $p < 0,05$ y Tukey $p < 0,05$) vs los grupos I y II. La angiografía, estudio macroscópico y microscópico de estos 2 animales mostró obstrucción del 75% injerto. Los injertos de APLio mostraron menor inflamación y mantuvieron arquitectura normal del endotelio, íntima y adventicia, y mostraron mejor cicatrización y adaptación a la AP nativa a diferencia de los injertos de APCrio.

Conclusiones: La reconstrucción de la AP con injertos de APLio mantiene en condiciones normales la fisiología pulmonar, presentan buena adaptación y cicatrización macroscópica y microscópica por lo que puede considerarse su uso potencial como un injerto para la reconstrucción de AP.

EXPRESIÓN DE VE CADHERINA EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE TRASPLANTE PULMONAR Y SUS EFECTOS SOBRE LA MECÁNICA VENTILATORIA, HEMODINAMIA, GASOMETRÍA Y MORFOLOGÍA PULMONAR

R. Jasso-Victoria¹, J.R. Olmos-Zúñiga¹, C. Hernández-Jiménez¹, M. Baltazares-Lipp¹, C. Bravo-Reyna², M. Gaxiola-Gaxiola¹, R. García-Torrentera³, M. Alonso-Gómez³, D. Escobedo-Sánchez⁴, M.A. Iñiguez-García⁵, J.C. Vázquez-Minero⁵, E. Martínez-Martínez¹, A. Luna-Flores¹ y P. Santillan-Doherty⁶

¹Departamento de Cirugía Experimental. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas". México D.F.

²Departamento de Cirugía Experimental. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". México D.F. ³Servicio de Terapia Respiratoria; ⁴Servicio de Broncoscopia; ⁵Subdirección de Cirugía; ⁶Dirección Médica. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas". México D.F.

Introducción: El daño por isquemia reperfusión (DIRP) en el trasplante pulmonar (TP) se origina de una inflamación que provoca daño en el endotelio vascular a nivel de las moléculas de adhesión (MA) como la cadherina vascular endotelial (VE-cadherina) que en condiciones normales mantiene la permeabilidad vascular. Aunque su presencia se ha descrito en la cirugía cardiaca, metástasis e isquemia caliente, aun no se ha reportado su papel en el trasplante pulmonar con periodos de preservación prolongados. El objetivo de este trabajo fue evaluar la expresión in situ y cuantificación de la VE cadherina durante la isquemia, preservación pulmonar prolongada y reperfusión, así como los cambios en la mecánica pulmonar (MP), hemodinamia, gasometría, radiología e histología en cerdos sometidos a TP experimental.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio prospectivo experimental. En treinta cerdos ventilados con medidas protectoras se realizó: Grupo I (n = 5): IC de 45 min. Grupo II (n = 5): AP izquierdo (API) inmediato. Grupo III (n = 5): API con preservación prolongada de 6 horas. Evaluamos la expresión en el LBA e in situ y cuantificación en suero de la VE cadherina y los cambios en la mecánica ventilatoria (MV), hemodinamia, gasometría, radiología e histología. El análisis de los datos se realizó con ANDEVA y Tukey, los valores de $p < 0,05$ fueron considerados como significativos.

Resultados: En el LBA y suero del grupo III, la expresión de VE Cadherina disminuyó inmediatamente postreperfusión y durante todo el estudio vs basales y los otros grupos de estudio ($p < 0,05$ ANDEVA, Dunnett, Tukey). Mientras que in situ en los 3 grupos se mantuvo constante. El grupo III mostró cambios más severos en la MV, hemodinamia, gasometría, radiología e histología ($p < 0,05$ ANDEVA).

Conclusiones: Los cambios en la expresión de VE cadherina durante la isquemia prolongada posiblemente provocan las alteraciones en la fisiología pulmonar en los cerdos con TP experimental. Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

EFFECTO DE LA ASISTENCIA MECÁNICA VENTILATORIA Y PRESERVACIÓN PULMONAR PROLONGADA SOBRE LA PRODUCCIÓN DE INTERLEUCINA 8 EN EL TRASPLANTE PULMONAR EXPERIMENTAL

R. García-Torrentera², J.R. Olmos-Zúñiga¹, C. Hernández-Jiménez¹, R. Jasso-Victoria¹, A. Luna-Flores¹, M. Baltazares-Lipp¹, M. Gaxiola-Gaxiola¹, M. Alonso-Gómez², D. Escobedo-Sánchez³, M.A. Iñiguez-García⁴, J.C. Vázquez-Minero⁴, E. Martínez-Martínez¹, E. Guzmán de Alba⁴ y P. Santillán-Doherty⁵

¹Departamento de Cirugía Experimental; ²Servicio de Terapia Respiratoria; ³Servicio de Broncoscopia; ⁴Subdirección de Cirugía; ⁵Dirección Médica. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas". México D.F.

Introducción: El daño por isquemia reperusión (DIRP) en el trasplante pulmonar (TP) se origina de una inflamación en la que la IL-8 y los neutrófilos promueven el daño del injerto durante la isquemia, reperusión y posiblemente durante la asistencia mecánica ventilatoria (AMV) del donador; pero el papel de esta sobre el DPIR no se ha reportado. **Objetivo:** Evaluar la producción de IL-8 durante la AMV, isquemia caliente (IC), preservación, reperusión y los cambios en la mecánica pulmonar (MP), hemodinamia, gasometría, radiología e histología en cerdos sometidos a TP experimental.

Material y métodos: En 30 cerdos ventilados con medidas protectoras se realizó: Grupo I (n = 5): IC de 45 min. Grupo II (n = 5): AP izquierdo (API) inmediato. Grupo III (n = 5): API con preservación prolongada de 6 horas. Evaluamos la presencia de IL8 en suero, lavado broncoalveolar (LBA) y tejido, la MP, hemodinamia, gasometría, radiología e histología.

Resultados: Todos los cerdos expresaron IL-8, pero en los donadores fue leve. La sérica fue severa en el grupo II (p < 0,05 ANDEVA). En el LBA del grupo II fue severa inmediatamente postreperusión (p < 0,05 ANDEVA) y en el III al final del estudio (p < 0,05 ANDEVA). En el tejido fue severa en el grupo III (p # < 0,08 ANDEVA). El grupo III mostro cambios más severos en la MP, hemodinamia, gasometría, radiología e histología (p < 0,05 ANDEVA).

Conclusiones: La isquemia prolongada promueve la mayor expresión de IL-8 en el LBA y tejido, mayor deterioro de la MP, hemodinamia, gasometría, radiología e histología del injerto.

MANEJO DEL HEMOTÓRAX MASIVO POR TORACOSCOPIA

R. Barrios y B. Borraes

Hospital Santa Clara ESE. Bogotá. Colombia.

Introducción: El estándar de oro para el manejo del hemotórax masivo es la toracotomía y es escasa la literatura que avale los procedimientos realizados por toracoscopia en el manejo del hemotórax masivo. En nuestra institución manejamos algunos pacientes por toracoscopia por lo que quisimos determinar si es un abordaje seguro, comparar tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de corte transversal entre el 2008 y el 2014, comparando el abordaje toracoscópico con la toracotomía en los pacientes con hemotórax masivo secundario a heridas penetrantes en tórax, estables hemodinámicamente, sin lesiones asociadas en otras partes del cuerpo y operados dentro de las 3 primeras horas del trauma. Posteriormente la información fue digitada en una base de datos en el programa Excel la cual se revisó y exportó al programa SPSS. Se realizó análisis estadísticos descriptivos tipo proporción para las variables categóricas y se calculó la media, desviación estándar, mediana y rango para las variables numéricas. Para el análisis bivariado se uso la prueba de Fisher o Ji cuadrado para las variables categóricas y la t de Student para las numéricas de acuerdo a su distribución.

Resultados: Se incluyeron 56 pacientes, 30 en el grupo de toracoscopia y 26 en el grupo de toracotomía. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la morbilidad, mortalidad o tiempo quirúrgico, pero si en estancia hospitalaria.

Conclusiones: El abordaje toracoscópico para el manejo del hemotórax masivo en pacientes estables hemodinámicamente representa una opción terapéutica segura en manos de cirujanos expertos, comparable con la toracotomía, teniendo las ventajas propias de la cirugía mínima invasiva.

MANEJO TORACOSCÓPICO DEL DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO EN PEDIATRÍA

H. Luna, J. Molina, C. Macero y Y. Higuera

Servicio de Cirugía de Tórax. Complejo Hospitalario "Dr. José Ignacio Baldó". Caracas. Venezuela.

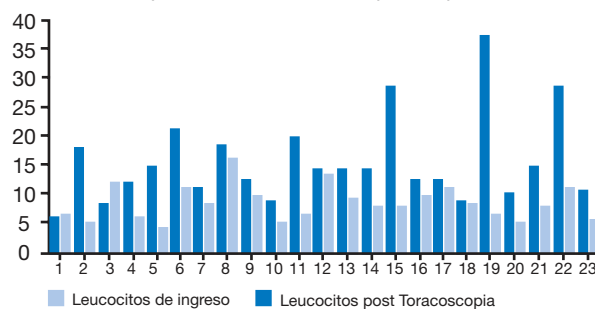
Introducción: El manejo del derrame pleural paraneumónico resulta controversial. Dado a que es clínica y radiológicamente difícil diferenciar el estadio de la enfermedad, los resultados obtenidos varían en cada investigador. En el centro donde se realizó el estudio, se reporta un rango entre 7 y 39 días con drenaje pleural, y de hospitalización entre 19 y 54 días. La cirugía torácica videoasistida se ha convertido en la alternativa ideal para el abordaje de patologías pleurales y pulmonares. Pese a que se han logrado avances en la aplicación en adultos con resultados satisfactorios, la experiencia en niños es escasa. La toracoscopia se presenta como una opción para el manejo efectivo y oportuno de la patología pleural del niño, disminuyendo la estancia hospitalaria, lográndose una evaluación por visión directa de toda la cavidad torácica. Además, el tiempo anestésico es más corto que la cirugía abierta y se logra la recuperación rápida del paciente. En la investigación de planteó como objetivo principal establecer la toracoscopia como procedimiento quirúrgico de elección para el manejo terapéutico del derrame pleural paraneumónico en pacientes pediátricos.

Material y métodos: Estudio de tipo experimental de casos clínicos únicos, con diseño de tipo pretest-postest de un solo grupo. Se incluyeron 23 pacientes con diagnóstico de derrame pleural paraneumónico, entre 1 y 12 años y con enfermedad menor a 28 días de evolución. El análisis estadístico se realizó con SPSS 17.0.

Resultados: Pacientes predominantemente de sexo masculino (61%), 18 de 23 pacientes entre clasificación Light IV al VII, se realizaron 13 toracoscopias uniportales y 10 por dos puertos. Se logró la reducción de los días con drenaje pleural de 14 a 4 días de promedio, así como los días de hospitalización, secuelas pleurales y disminución de leucocitos en sangre a las 72 horas posteriores a la cirugía.

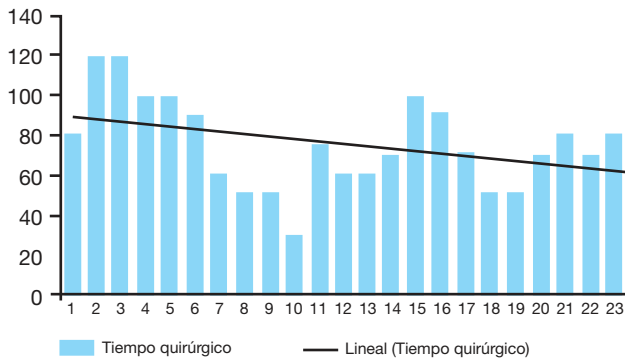
Conclusiones: Son candidatos a la realización de toracoscopia todos los pacientes entre 1 y 12 años con derrame pleural paraneumónico,

Relación entre conteo leucocitario de ingreso y a las 72 horas de la cirugía de los pacientes postoperados de toracoscopia realizado en pacientes con derrame pleural paraneumónico



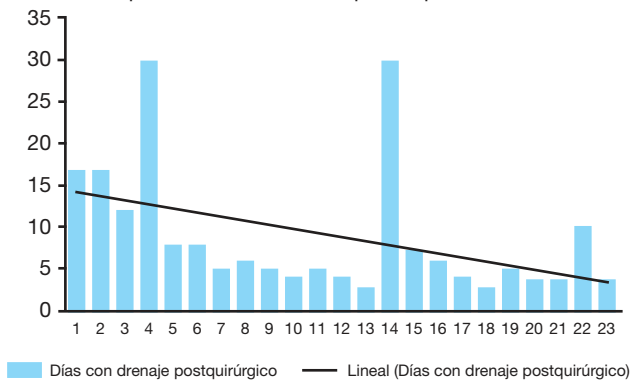
Se muestra la relación entre el conteo leucocitario de ingreso del paciente y el controla las 72 horas posterior al procedimiento, donde se logró la disminución de los leucocitos en 21 de los 23 pacientes llevados a cirugía toracoscópica, además de reportar la diferencia entre las medias del conteo leucocitario (16.000 glóbulos blancos de ingreso versus 8.080 post toracoscopia). P (0.000)

Tiempo quirúrgico en minutos necesarios durante el procedimiento de toracoscopia realizado en pacientes con derrame pleural paraneumónico



El gráfico reporta el tiempo quirúrgico necesario durante de la toracoscopia de cada uno de los pacientes sometidos a este procedimiento, donde se obtuvo una media de 75 minutos por paciente, con un rango entre 30 y 120 minutos. Además, se muestra una línea de tendencia, donde se destaca la disminución progresiva del tiempo quirúrgico a medida de que se fue adquiriendo experiencia por parte del equipo quirúrgico, se logró disminuir el tiempo quirúrgico desde un estimado de 90 minutos a 60 en las últimas intervenciones realizadas.

Días con drenaje pleural de los pacientes después del procedimiento de toracoscopia realizado en pacientes con derrame pleural paraneumónico



El gráfico y cuadros mostrados reportan cada uno de los pacientes llevados a toracoscopia y los días con drenaje pleural de cada uno de ellos. Se reporta una media de 8,7 días con drenaje pleural con rango entre 3 y 30 días. Además se describe en el siguiente gráfico la línea de tendencia, la cual reporta que al inicio de la realización de las toracoscopias la media de días con drenaje correspondió a 14 días. Aunque según el estudio, los resultados obtenidos están por encima de la literatura descrita (entre 3,3 y 7,1 días según Light 2006⁹), a medida que se desarrolló y se evolucionó el procedimiento quirúrgico la línea de tendencia indica la proyección a la menor duración de días con el drenaje, reportándose la misma a una predicción que orienta a la duración de 4 días con drenaje pleural en los próximos pacientes a intervenir.

entre clase II y clase VII, con enfermedad menor a 28 días de evolución. Los resultados orientan a disminución de los días con drenaje pleural, planificándose el retiro del mismo al cuarto día de postoperatorio. La acumulación de pericia por parte del equipo quirúrgico logró la disminución del tiempo quirúrgico a un estimado de 60 minutos por paciente. Se hace necesaria la detección y tratamiento precoz del derrame pleural paraneumónico, para lo que se cuenta con el ultrasonido torácico para la identificación de loculaciones y tabiques pleurales. Se recomienda establecer a la toracoscopia uniportal como procedimiento quirúrgico de elección para el manejo terapéutico del derrame pleural paraneumónico en pediatría.

RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DE BIOPSIAS PULMONARES Y MEDIASTÍNICAS TRANSTORÁCICAS PERCUTÁNEAS CON AGUJA TRUCUT GUIADAS POR ULTRASONIDO

H. Luna, J. Molina, C. Macero y Y. Higuera

Servicio de Cirugía de Tórax. Complejo Hospitalario "Dr. J. I. Baldó". Caracas, Venezuela.

Introducción: Las biopsias pulmonares transtorácicas percutáneas han sido una alternativa diagnóstica para lesiones tumorales en con-

tacto con la pared torácica, por abordaje mínimamente invasivo, siendo inicialmente la guía radiológica y fluoroscópica las usadas con más frecuencia. Actualmente la TC de tórax es el método imagenológico de elección para la guía de las biopsias pulmonares con aguja. En los últimos años se han publicado estudios que reportan un alto rendimiento del ultrasonido torácico con todas las ventajas que este método ofrece, como imagen en tiempo real, ausencia de radiación, bajo costo, entre otros. Objetivo: evaluar el rendimiento diagnóstico de las biopsias pulmonares y mediastínicas transtorácicas percutáneas con aguja trucut guiadas por ultrasonido en la Unidad de Tórax del Hospital "José Ignacio Baldó", Caracas.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 55 biopsias pulmonares y mediastínicas con aguja trucut manual y automática 14 y 16 Fr. entre febrero 2011-marzo 2012. Equipo de ultrasonido utilizado ALOKA proSound α -5, transductor convex 2,5 MHz. El análisis estadístico comprende el cálculo de sensibilidad, especificidad, valores predictivos y análisis multivariados.

Resultados: 55 pacientes, 31 de sexo femenino y 24 masculino, 46 presentaban lesiones pulmonares y 9 tumores de mediastino anterior, obteniéndose un promedio de 4 muestras de lesión en 5 intentos, y una media de 30 minutos por paciente. Se tomaron medidas de lesiones a biopsiar, siendo la más pequeña de un área de 2 cm² y las mayores de 100 cm² o más, reportándose sensibilidad alta en todos los grupos. 49 pacientes (89%) no presentaron complicación, sólo 6 pacientes presentaron algunas de ellas, todas esperables, ninguna de carácter mortal. Se obtuvo 44 resultados concluyentes, lo que representa un 80% de efectividad, 86% de sensibilidad y 100% de especificidad, siendo el hallazgo anatomopatológico más frecuente el cáncer pulmonar en sus variadas presentaciones.

Cuadro No. 5 Rendimiento y sensibilidad según el tamaño de la lesión (Cm2)

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4	Grupo 5
Total	15 (100)	19 (100)	6 (100)	6(100)	9 (100)
No Concluyente	4 (26,2)	4 (100)	1 (100)	0 (0)	2 (22,3)
Concluyente	11 (73,4)	15 (100)	5 (100)	6 (100)	7 (77,7)
Tamaño	1 a 20 cm2	21 a 40 cm2	41 a 60 cm2	61 a 80 cm2	81 a 100 cm2

73%
79%
83%
100%
77,70%

Complicaciones

No	49	89%
Sí	6	11%
Hemoptisis	3	5,60%
Neumotórax	2	3,60%
Vasovagal	1	1,80%

Conclusiones: Se demostró la alta rentabilidad diagnóstica de las biopsias pulmonares transtorácicas guiadas por ultrasonido, siendo éste un procedimiento sencillo, rápido y cómodo para el paciente y con un índice de seguridad alto, lo que disminuiría el tiempo y estrés posquirúrgico, uso de anestesia y estadía hospitalaria. También queda demostrado que el ultrasonido torácico puede superar el rendimiento diagnóstico de procedimientos realizados con otros métodos imagenológicos como la TC o la radiografía, por lo que debe ser considerado como un elemento esencial a la hora de obtener resultados diagnósticos, para brindar tratamiento oportuno y limitar los daños subsiguientes a las patologías pleuropulmonares detectadas.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS COLECCIONES AGUDAS Y CRÓNICAS DEL PERICARDIO

O. Mederos, J.C. Barrera, O.N. Mederos y W. Calderón

Hospital Universitario Manuel Fajardo Rivero. La Habana. Cuba.

Introducción: Las colecciones agudas o crónicas del pericardio son entidades frecuentes que producen en mayor o menor grado compresión del corazón provocando manifestaciones de insuficiencia cardíaca descompensada en las colecciones crónicas y peligro de muerte inmediato por taponamiento cardíaco en las agudas por lo que nos proponemos caracterizar los pacientes intervenidos quirúrgicamente por colecciones pericárdicas en nuestro centro en 18 años.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal en pacientes intervenidos quirúrgicamente en el Hospital Universitario Manuel Fajardo por presentar colecciones del pericardio en el periodo de 1995 al 2013. El universo estuvo conformado por 24 pacientes con colecciones del pericardio, 22 con colecciones agudas y 2 con colecciones crónicas. Se utilizó estadística descriptiva con frecuencias absolutas y relativas.

Resultados: La causa más frecuente de los derrames agudos fue la pericarditis aguda idiopática y las tumorales para un 25% ambas. Las colecciones crónicas fueron por pericarditis fibrosa de causa idiopática en el 100% de los casos. El síntoma predominante fue la disnea presente en el 100% de los enfermos, seguido por dolor retroesternal en un 50%. Se realizaron 24 procedimientos quirúrgicos, 2 electivos en las crónicas (pericardiectomía radical por una esternotomía media) y 22 urgentes en las agudas, 19 pericardiectomía por toracotomía izquierda y 3 ventanas subxifoideas en pacientes de causa idiopática. La reintervención en el taponamiento post-cardiotomía se realizó por toracotomía izquierda por presentar signos de infección en la esternotomía. En las pericarditis constrictivas la pericardiectomía radical fue el tratamiento empleado en el 100%. Tres pacientes fallecieron antes del mes: 2 por lesión traumática del corazón y uno que sufrió infarto y erosión de la coronaria. Los enfermos con cáncer fallecieron por progresión de la enfermedad aproximadamente en 8,5 meses. La paciente del quiste del pericardio, una de las pericarditis constrictivas y las colecciones drenadas por vía subxifoidea tuvieron una evolución satisfactoria.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico en las colecciones agudas y crónicas del pericardio permite drenar el contenido por una ventana pericárdica por toracoscopía o vía preperitoneal subxifoidea siendo útil la toracotomía izquierda en las emergencias. En los derrames crónicos con fibrosis y síntomas de insuficiencia cardíaca la pericardiectomía radical mediante una esternotomía media ofrece los mejores resultados.

CAUSAS DE HEMOPTISIS EN PACIENTES INTERNADOS. DIVISIÓN NEUMONOLÓGIA DEL HOSPITAL ENRIQUE TORNÚ

R.H. Rojas Mendiola, S. Saborido, G. Redolfi y J.A. González

División Neumología. Hospital Enrique Tornú. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Identificar las causas prevalentes de hemoptisis y su manejo en pacientes internados en la División Neumología durante el periodo de julio 2010 a junio 2013.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo en base a pacientes internados en dicho período identificando aquellos que tuvieron como síntoma hemoptisis al momento de su ingreso. Se analizaron los diagnósticos y el manejo de cada paciente, la resolución y la recurrencia del cuadro posteriormente al alta.

Resultados: Entre julio 2010 y junio 2013 se internaron 108 pacientes que presentaron como síntoma hemoptisis, correspondiendo al 9,07% de las internaciones en dicho periodo. Dentro de este grupo los diag-

nósticos más frecuentes fueron: bronquiectasias: 26,85%, cáncer de pulmón 11,11%, tuberculosis 9,26% y sin diagnóstico 9,26%. El tratamiento se basó de acuerdo a la etiología, siendo el médico y el de sostén hemodinámico el más frecuente (56,48%) quedando la embolización arterial y la resolución quirúrgica reservada para casos muy seleccionados. El rescate microbiológico fue de *Mycobacterium tuberculosis* 9,26%, *Pseudomonas* 6,48%, *Aspergillus* 6,48%, micobacterias atípicas 1,85%. Sin rescate en el 73,15% de los casos. La recurrencia de los episodios fue variable y dependiendo de la patología, siendo el total de 11,11%.

Conclusiones: Se demuestra la prevalencia de bronquiectasias, en su mayoría secuelas de TBC pulmonar, como causa de hemoptisis entre los pacientes. Las exacerbaciones de las mismas son de origen infeccioso, los gérmenes más frecuentemente aislados *Pseudomonas aeruginosa*, *Micobacterias* y *Aspergillus*, siendo este último capaz de colonizar cavidades pre-existentes y conformar el llamado Aspergilo-ma, cuyo síntoma principal es la hemoptisis por lo que se debiera descartar esta patología en todo paciente con sospecha de bronquiectasias. El diagnóstico se realiza a través de estudios por imágenes compatibles (signo de Monod), serología para *Aspergillus* (casi 90% de positividad) y examen directo y cultivo de esputo. Las causas de origen neoplásico constituyen la segunda causa de hemoptisis en nuestro estudio y en general ésta es de grado leve a moderado y no suele ser la causa de muerte en estos pacientes. La hemoptisis es un motivo frecuente de consulta siendo en muchos casos de difícil manejo. La tuberculosis pulmonar como enfermedad activa o como secuela continúa siendo una entidad prevalente a diferencia de los estudios y de la bibliografía de los países desarrollados.

EXPERIENCIA Y DESARROLLO DE LA CIRUGÍA TORÁCICA VIDEOASISTIDA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN CENTRO CON FORMACIÓN DE RESIDENTES

J.C. Duran Toconás, C.J. Toro Bobarin, E. Peña González, E. García Fontán y M.A. Cañizares Carretero

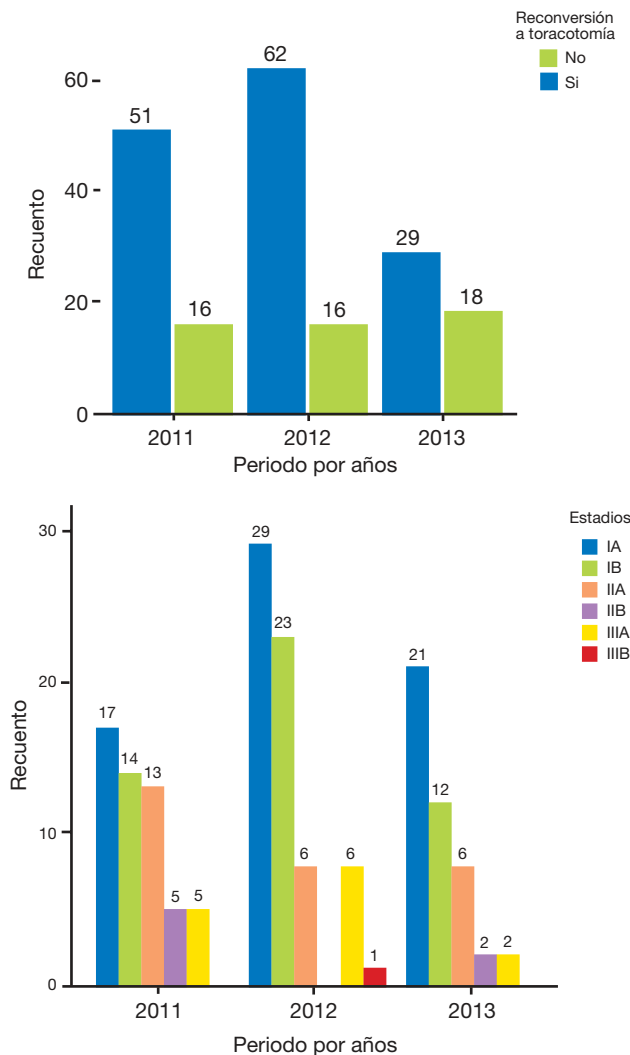
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. España.

Introducción: Los avances en cirugía mínimamente invasiva han revolucionado la práctica quirúrgica en gran parte de centros españoles. Este trabajo pretende es compartir esta experiencia con otros cirujanos torácicos que realicen o quieran realizar este procedimiento quirúrgico.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y observacional. En noviembre 2010 y octubre 2013 se realizaron 192 procedimientos VATS en la resección pulmonar anatómica (material de toracotomía convencional). Se realizó un estudio estadístico con el programa IBM SPSS 20.0 para Windows. Se consideró significativa una p.

Resultados: Se han realizado 192 resecciones pulmonares anatómicas; periodo 2011 35% (n = 67), 2012 41% (n = 78), 2013 24% (n = 47), Antecedentes: EPOC 27% (n = 52), tuberculosis 4,2 (n = 8), intervenciones previas 4% (n = 8). Diagnóstico histológico preoperatorio 33% (n = 63). Lobectomías (182), bilobectomías (7), neumonectomía (1), segmentectomía anatómica (2), lobectomía: LSD 29%(n = 56), LM 12%(n = 23), LID 20% (n = 38), LSI 27% (n = 52), LII 16% (n = 30), Histología postoperatorio tumoral 85% (n = 165), patología benigna 13,5% (n = 26). Estadificación TNM en el subgrupo de cáncer de pulmón IA 35% (n = 67), IB 26% (n = 49), IIA 15% (n = 29), IIB 4% (n = 7), IIIA 7% (n = 15), IIIB 0.5% (n = 1). La mortalidad operatoria nula, tiempo quirúrgico medio 180 (± 75) min. La tasa de reconversión un 26% (n = 50), causas de reconversión: Adherencias 4% (n = 8) adenopatías 4% (n = 9), dificultades técnicas 4% (n = 7), infiltración de estructuras 4% (n = 7), otras causas de reconversión 2% (n = 4). La tasa global de complicaciones postoperatoria fue del 38% (n = 74), FA 6% (n = 11), SDRA 2% (n = 4), atelectasia 1.6% (n = 3), otras complicaciones 29% (n = 56), estancia media hospitalaria total de la serie fue 7 (± 7) días, y de 5

(± 7) días lobectomías VATS, drenaje torácico tiempo medio de 4 (± 3) días. Lobectomías por residentes 10% (n = 20), statf 90% (n = 172).



Conclusiones: Las resecciones pulmonares mediante VATS son una intervención segura, que requiere un aprendizaje específico. El procedimiento quirúrgico es técnicamente exigente, encaminado a una resección completa y segura sin que la reconversión a toracotomía signifique un fracaso quirúrgico.

TORACOSTOMÍA CON RESECCIÓN COSTAL Y ANESTESIA LOCAL EN LA SUPURACIÓN PLEURAL

O. Mederos, J.C. Barrera, O.N. Mederos, J.A. Castellanos y D. Brito
Hospital Universitario Manuel Fajardo Rivero. La Habana. Cuba.

Introducción: La colección purulenta en la cavidad pleural es causa de alta mortalidad, generalmente aparece como complicación de un proceso infeccioso pulmonar, lo que condiciona que se trate de enfermos con deterioro del estado general por el tiempo de evolución de la enfermedad, situación que se agrava al tratar enfermos geriátricos. Estos enfermos no toleran grandes intervenciones quirúrgicas ni muchas veces los embates de la anestesia general por lo que nos proponemos describir la evolución de pacientes de la tercera edad con empiema a los cuales se les realizó una ventana pleurocutánea con anestesia local.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal prospectivo en el Hospital Manuel Fajardo en el período

comprendido entre 1998 y el 2013 en un universo de 20 pacientes de la tercera edad que presentaron diagnóstico de empiema pleural y que fueron intervenidos quirúrgicamente mediante una ventana pleurocutánea con anestesia local. Se utilizó estadística descriptiva utilizando valores absolutos y relativos.

Resultados: El 60% de los enfermos presentaban más de 70 años y predominó el sexo masculino con 15 pacientes. El 75% de los enfermos presentaron enfermedades asociadas. La causa más frecuente fue el derrame para-neumónico infectado para un 70% y la mayor afectación fue en el pulmón derecho con 12 pacientes. La indicación más frecuente para la realización de la ventana fue el empiema tabicado con persistencia de pus y no expansión pulmonar representando el 90% de los pacientes estudiados. El 100% tenía antecedente de pleurostomía. El cultivo fue negativo de gérmenes en el 60% de los casos, seguido por el estreptococo, estafilococo y gérmenes gran negativos presentes en 7, 6 y 4 pacientes respectivamente. Las costillas más resecadas fueron los arcos costales anteriores sexto y séptimo representando el 45% cada una. El tiempo promedio de cierre de las ventanas fueron 8 meses y la evolución de los enfermos fue adecuada sin mortalidad quirúrgica y resolución de los procesos sépticos egresando del hospital como promedió a los 8 días de la realización del procedimiento.

Conclusiones: La ventana torácica pleurocutánea es un procedimiento quirúrgico de baja mortalidad y morbilidad siendo ideal para solucionar una cavidad pleural infectada y delimitada en el enfermo geriátrico con un estado físico precario y alto riesgo quirúrgico debido a que es factible realizarla en poco tiempo quirúrgico y con anestesia local.

EXPERIENCIA EN TRAUMA DE VÍA AÉREA

A. Villada y S. Martínez

Hospital Santa Clara. Bogotá. Colombia.

Introducción: El trauma es una importante causa de morbimortalidad, el 25% de las muertes; en el Hospital Santa Clara es el 30% de nuestros egresos. Esto y la experiencia como institución docente en cirugía de tórax, nos convirtieron en centro de referencia para trauma de vía aérea. El objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia y analizar los resultados obtenidos.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional en el periodo comprendido entre febrero del 2005 y febrero de 2014, registrando los casos y revisión de historias clínicas para describir y analizar los resultados.

Resultados: En 9 años operamos 4.320 enfermos por trauma, 61 presentaron lesión de vía aérea (1,4%). 57 se operaron y 4 no. Los no intervenidos 3 por trauma laríngeo leve y 1 porque falleció. El rango de edad fue entre 9 y 82 años. Solo 7 fueron mujeres. El total de cirugías fue 66,9 intervenciones. El abordaje en 47 pacientes (82,5%) fue por cervicotomía y en 10 (17,5%) por toracotomía. Hubo 3 lesiones faríngeas y 21 laríngeas (6 por arma de fuego, 15 por arma blanca, 2 por estrangulamiento y una contusa). Las traqueales 26 cervicales, (18 arma blanca, 5 por bala, dos por quemadura cáustica y 1 iatrogénica) y 5 torácicas (2 quemaduras, 2 iatrogenias dilatando estenosis y una fístula esófago-traqueal). Tuvimos 3 fracturas de bronquio fuente izquierdo y 1 derecho. La reparación de las lesiones derivó de sus características. En las cervicales predominó la sutura primaria con o sin parche muscular. Seguido de la resección y anastomosis terminal traqueal o bronquial. Complicaciones en 10 enfermos (17,5%), 7 dehiscencias (12,3%), 4 asociadas a infección; las dehiscencias traqueales excepto una, se manejaron con drenaje y traqueostomía, las demás se suturaron y reforzaron con parche muscular. Tuvimos estenosis traqueal en 2 casos (3,5%), y 2 granulomas. La mortalidad fue de 4 casos (6,5%), uno falleció antes de operarse por hemoptisis masiva y otro en cirugía por shock por trauma vascular. Mortalidad ocurrió

en 2 pacientes (3,3%). Los paciente tuvieron control postoperatorio en 1 y 3 meses; 54 con evolución excelente y las complicaciones se resolvieron.

Conclusiones: La frecuencia de trauma de vía aérea en el hospital es alta (1,4%), comparando las estadísticas (0,5-1,8%). Los resultados fueron excelentes en 77,2%, no tuvimos mortalidad por penetrante y la morbilidad operatoria en 10 enfermos se trató con éxito

ENCUESTA ESTRUCTURADA PARA ESTABLECER EL PATRÓN DE SATISFACCIÓN DE UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON HIPERHIDROSIS PRIMARIA TRATADOS CON SIMPECTOMÍA TORÁCICA EN LA FUNDACIÓN SANTA FE DE BOGOTÁ

B. Espinosa, C. Saavedra y L.G. García-Herreros y Villada

Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá. Colombia.

Introducción: La hiperhidrosis esencial o primaria se entiende como la sudoración excesiva de ciertas partes anatómicas del cuerpo, ocurre en individuos sanos, a edades tempranas, y está asociada con historia familiar en el 30% al 50%. La simpatectomía por toracoscopia es considerada como el *gold standard* para su manejo. Actualmente, en Colombia no existen estudios que evalúen la satisfacción de los pacientes que se sometieron a este procedimiento.

Material y métodos: Lo que se busca con este estudio es caracterizar la satisfacción de los pacientes con hiperhidrosis primaria tratados con simpatectomía torácica intervenidos en el Servicio de Cirugía de Tórax de la Fundación Santa Fe de Bogotá entre enero de 2005 y junio de 2010. Se llevó a cabo una encuesta de 15 preguntas estructurada, enfocada a una población de pacientes no seleccionados y encontrados a través del registro institucional del Servicio de Cirugía de Tórax de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Por medio de encuesta telefónica o por correo electrónico (sistema Survey Monkey).

Resultados: Se encontraron un total de 255 pacientes intervenidos por hiperhidrosis, de los cuales eran contactables 170; lográndose solo comunicación con 63, de estos 3 no aceptaron ingresar al estudio, 60 aceptaron y solo respondieron la encuesta 35, siendo la muestra final. Se presentó un ligero predominio de hombres 1,2 vs 1, en la distribución anatómica de la hiperhidrosis fue palmoplantar y axilar 50%, palmoplantar aislada 38% y facial 26%. El 73% había recibido algún tipo de manejo, no el 27%. La percepción prequirúrgica de la enfermedad fue de aproximadamente de severidad intermedia a grave. Presentaron sudoración compensadora 88,5% en grados bajos, localizado en espalda 56,8% y 30,4% en el vientre. Las complicaciones se dieron en el 12%; siendo las principales ptosis 28% y recidiva 14%. Finalmente, dentro de la satisfacción el 98% siente que fue apropiado el manejo y se siente a gusto con el resultado, el 92% lo volvería a hacer y el 92% recomendaría el procedimiento.

Conclusiones: Los resultados preliminares obtenidos en este primer estudio muestran que más del 90% de los pacientes que fueron sometidos a la simpatectomía por toracoscopia como manejo para la hiperhidrosis se encuentran satisfechos con los resultados de esta intervención y esta tiene un mínimo riesgo de morbilidad.

DECANULAÇÃO TRAQUEAL APOS USO PROLONGADO DE PROTESES

R. Terra, B.J. Bibas, H. Minamoto, D. Waisberg, M. Tamagno, M. Tedde, P.M. Pêgo-Fernandes e F.B. Jatene

Departamento de Cirurgia Torácica. Instituto do Coração (InCor). Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP).

Introdução: A decanulação é o principal objetivo terapêutico para os pacientes que se submetem a implante de próteses traqueais, devido a estenose traqueal benigna inoperável. Neste estudo, nosso objetivo

foi avaliar se o uso prolongado de prótese traqueal, na via aérea, permite a decanulação, em pacientes com estenose traqueal benigna, que foram considerados inoperáveis e identificar possíveis fatores preditivos para a decanulação com sucesso.

Material e métodos: Estudo de coorte retrospectivo incluindo todos os pacientes com estenose traqueal benigna inoperável que realizaram o implante de prótese traqueal no departamento de cirurgia torácica do HCFMUSP no período de 1998 a 2008. Em todos os casos foram utilizadas próteses de silicone (Tubos - T, Dumon e Y stents). O principal resultado foi a decanulação com sucesso, definida como a remoção da prótese traqueal seguida pela ausência de sintomas respiratórios, sem a necessidade de novos procedimentos, como dilatação ou colocação de prótese, por um período de pelo menos 6 meses. A curva de Kaplan-Meier foi utilizada para avaliar o sucesso da decanulação em cinco anos, e foi utilizado o modelo de Cox para avaliar os preditores de sucesso na decanulação.

Resultados: Noventa e dois pacientes foram incluídos, durante o período de estudo e 21 foram decanulados. No entanto, dois deles foram submetidos a novos procedimentos na via aérea e foram excluídos. Portanto, 19 pacientes foram decanulados com sucesso. De acordo com a estimativa de Kaplan-Meier, a taxa de decanulação com sucesso em 5 anos foi de 27,5%. O tempo médio de acompanhamento, após decanulação foi de 34,3 ± 33,9 meses (6-108). A regressão de Cox mostrou que o antecedente de traqueostomia, antes da colocação de prótese traqueal, aumenta três vezes a probabilidade de não ter sucesso na decanulação (p = 0,048).

Conclusões: O uso de próteses traqueais de silicone, pode ser considerada uma abordagem terapêutica curativa em até 27,5% dos pacientes com estenose traqueal benigna inoperável.

PREDITORES DE COMPLICAÇÕES POS-OPERATORIAS APOS RESSECÇÃO TRAQUEAL

B.J. Bibas, R.M. Terra, A. Oliveira Junior, M.F.L. Tamagno, H. Minamoto, P.F. Cardoso e P.M. Pêgo-Fernandes

Departamento de cirurgia torácica do Instituto do Coração (InCor). Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Brasil (HCFMUSP).

Introdução: A ressecção traqueal e anastomose é considerado o tratamento padrão ouro para as estenoses traqueais. O objetivo deste estudo é avaliar as complicações após ressecção e anastomose traqueal, nos pacientes com estenose benigna de traqueia e os fatores preditores de tais complicações.

Material e métodos: Estudo retrospectivo dos pacientes com estenose traqueal benigna que foram submetidos à ressecção cirúrgica e reconstrução no departamento de cirurgia torácica do HCFMUSP, entre fevereiro/2002 e janeiro/2009. Foram estudadas todas as complicações relacionadas e não relacionadas à anastomose. As variáveis categóricas foram apresentadas como porcentagem e as variáveis contínuas como média e desvio padrão. Fatores preditores foram determinados por análise univariada.

Resultados: Noventa e quatro pacientes (18 mulheres/76 homens) foram incluídos. As complicações ocorreram em quarenta e dois pacientes (44,6%). 21% tiveram complicações de anastomose. A complicação mais com um foi reestenose (16%). Complicações não relacionadas a anastomose ocorreu em 23,2%. Infecção da ferida operatória ocorreu em 10,6%. Comorbidades clínicas, ressecção traqueal anterior e o comprimento da ressecção traqueal foram considerados fatores preditores, estatisticamente significativos para complicações. Ressecção traqueal anterior foi o fator mais importante e altamente associada a complicações de anastomose (OR: 49,965, p = 0,012). O maior número de complicações foi encontrada no grupo de reconstrução laringotraqueal, e em ressecções com mais de 4 cm. A média de acompanhamento foi de 19 ± 14 meses. No final do estudo, 86 pacientes

(91,4%) estavam respirando normalmente. Não houve mortalidade nesta série.

Conclusões: Comorbidades clínicas, o antecedente de ressecção traqueal previa e o comprimento de ressecção traqueal > 4 cm foram fatores estatisticamente significativos para o aparecimento de complicações.

RISCO CIRÚRGICO PULMONAR E COMORBIDADES EM PACIENTES SUBMETIDOS À CIRURGIA BARIÁTRICA NO SERVIÇO PÚBLICO E PRIVADO

S.M.D. Melo¹, M.P. Santos² e M.A.P. Nunes²

¹Centro de Estudos e Pesquisas em Medicina Interna (CEPEMI).

²Universidade Federal de Sergipe. Aracaju. Sergipe. Brasil.

Introdução: Obesidade é uma doença inflamatória crônica sistêmica associada a diversas comorbidades que tem sua prevalência elevada em níveis alarmantes nos últimos anos, tornando-se um problema de saúde pública mundial, com elevado custo para o sistema de saúde. Tratamento clínico para obesos mórbidos tem sido frustrante, com aumento dos procedimentos cirúrgicos para o tratamento dos mesmos. Obesos podem apresentar elevado risco cirúrgico devido principalmente às condições mórbidas associadas. Complicações pulmonares podem influenciar e mudar o prognóstico desses pacientes no pós-operatório. Avaliação e controle adequado ambulatorial no pré-operatório a fim de reduzir o risco de complicações pós-operatórias, se faz necessário. Desigualdade social e dificuldade de acesso ao sistema de saúde é uma realidade no Brasil, dificultando a prevenção e controle de comorbidades, na população mais carente.

Objetivo: Determinar a frequência das principais comorbidades e avaliar o risco cirúrgico pulmonar de obesos no período pré-operatório de cirurgia bariátrica, em uma instituição pública e outra privada.

Material y métodos: Estudo transversal, envolvendo 463 obesos em avaliação pré-operatória oriundos de uma instituição pública e outra privada. Os pacientes foram divididos em dois grupos: Público e Privado. Feito avaliação clínica e utilizado questionário para avaliar as principais comorbidades. O risco cirúrgico pulmonar foi determinado pela espirometria utilizando a escala de Torrington e Henderson.

Resultados: 365 (79%) dos pacientes eram do serviço privado e 98 (21%) do serviço público. Observou-se aumento significativo no grupo público quanto ao IMC ($p = 0,001$) e das comorbidades: hipertensão arterial sistêmica ($p = 0,002$), diabetes mellitus ($p = 0,018$) e doenças osteoarticulares ($p = 0,001$), e redução significativa nas variáveis espirométricas pré e pós broncodilatador, em valores relativos e absolutos ($p \leq 0,004$ e $p \leq 0,01$, respectivamente). Na avaliação do risco cirúrgico pulmonar, os pacientes do serviço público apresentaram maior pontuação da escala de Torrington e Henderson e consequentemente, pior risco cirúrgico pulmonar ($p = 0,001$).

Conclusões: Pacientes oriundos do setor público apresentaram maior número de comorbidades associadas à obesidade mórbida, maior comprometimento da função pulmonar com pior risco cirúrgico pulmonar, quando comparados aos pacientes do serviço privado, sugerindo necessidade de maior investimento nas políticas de saúde pública pelos órgãos governamentais e maiores cuidados por parte da equipe de cirurgia bariátrica, nesses pacientes.

MANEJO ENDOSCÓPICO DE LA ESTENOSIS TRAQUEAL EN EL HOSPITAL SANTA CLARA

C. Díaz, C. Carvajal y S. Martínez

Hospital Santa Clara. Bogotá. Colombia.

Introducción: En el tratamiento de la estenosis traqueal benigna, la resección quirúrgica es el estándar de oro. El manejo endoscópico es una

alternativa en estenosis cortas sin daño del cartílago, en enfermos con precario estado de salud o como terapia puente antes de la resección.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en pacientes con estenosis traqueal benigna atendidos en el Hospital Santa Clara, de enero de 2006 a febrero de 2014, que recibieron tratamiento endoscópico preoperatorio o definitivo. Se excluyeron pacientes sin seguimiento, con estenosis glótica o sin manejo endoscópico.

Resultados: Se encontraron 89 pacientes, se excluyeron 49; 26 con alguna dilatación que no regresaron a tratamiento, ni a control, 14 por estenosis glóticas y 9 sin manejo endoscópico. De los 40 incluidos, 29 eran hombres (75,5%), la edad promedio fue 35 años, rango 10 a 74, el promedio de días de intubación fue 13, rango 4 a 30, en promedio iniciaron síntomas a los 34 días post-extubación, rango 3 a 72. La ubicación fue laringo-traqueal en 14 (35%). Veinticuatro eran complejas (60%), 14 diafragmas (35%) y 2 granulomas (5%). En 24 el grado de obstrucción fue > 70%. El promedio de dilataciones fue 4, rango de 1 a 16. A 39 enfermos (97,5%) se les realizaron 8 o menos y a una 16. El tiempo entre las dilataciones fue heterogéneo 2 a 424 días. Excluyendo la de 16, los promedios de los intervalos oscilaron entre 7 y 40 días. No utilizamos stents o mitomicina C y en algunos diafragmas inyectamos triamcinolona local. De las 157 sesiones de dilatación sólo hubo una complicación, una perforación que se resecó incluyendo la estenosis y evolucionó bien. Siete enfermos recibieron solamente tratamiento endoscópico, 4 diafragmas y 2 granulomas que resolvieron (15%), otro se dilató 8 veces y murió por otra causa antes de ser resecado. En 2 se realizó traqueostomía, uno por traqueítis piógena severa y otro por mal estado de salud, 31 se resecaron. De los 39 vivos los resultados fueron buenos o excelentes en 36 pacientes (92,3%). Las complicaciones de las resecciones fueron 4, tres menores (9,7%), 2 infecciones del sitio operatorio y un hematoma y una mayor (3,2%), una dehiscencia reintervenida que desarrolló estenosis glótica manejada con traqueostomía permanente.

Conclusiones: El 60% de las estenosis era compleja, con poca posibilidad de respuesta al manejo puramente endoscópico; 15% que respondió a terapia endoscópica exclusiva era diafragma y granuloma. La dilatación es segura y su mayor valor fue evitar la traqueostomía preoperatoria, preocupa que muchos pacientes (29,2%) se perdieron de seguimiento. Lo heterogéneo del tiempo entre las dilataciones se debió a falta de estandarización en el manejo, a dificultades administrativas y a la respuesta observada en cada caso.

TRATAMIENTO DE CORTA ESTADÍA EN EL TÓRAX BATIENTE

O. Mederos, J.C. Barrera, O.N. Mederos, J.A. Castellanos, D. Brito y D. Buritica

Hospital Universitario Manuel Fajardo Rivero. La Habana. Cuba.

Introducción: La fractura de varias costillas contiguas doble con volet costal y respiración paradójica se denomina Tórax batiente. Su tratamiento ha sido discutido durante años siendo la férula neumática interna y la fijación externa las dos variantes más utilizadas para su solución, en nuestra institución la segunda es el método de elección. Se confeccionó en el centro un fijador externo con el empleo de costillas articuladas externas, usando el sistema de cerclaje subperióstico con alambres. Nuestro objetivo consistió en evaluar la efectividad con el empleo de este fijador externo en la estabilización de la pared torácica en pacientes con tórax batiente.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo longitudinal retrospectivo en el hospital Manuel Fajardo en el periodo comprendido entre enero de 1998 a diciembre del 2013 con el objetivo de evaluar la efectividad en el empleo de los fijadores externos en la estabilización de la pared torácica en nuestro centro. El Universo estudiado fueron 15 pacientes con diagnóstico clínico, radiológico y o gasométrico de tórax batiente. Las variables estudiadas fueron las siguientes: edad, sexo, factores causales, síntomas y signos, localización del volet, lesiones extratorácicas y torácicas, otros procedimientos

realizados y días de ingreso. Se utilizó estadística descriptiva utilizando valores absolutos y relativos.

Resultados: El 41,7% de los pacientes estaba entre 31-40 años, predominó el sexo masculino con 12 pacientes del total. La causa más común de tórax batiente fue la caída de altura para un 42,9% seguida de los accidentes de tránsito para un 35,7%. Los síntomas más frecuentes fueron la disnea y la respiración paradójica presentes en el 100%, el dolor torácico representando el 92,9% y la deformidad de la pared en el 64,3% de los pacientes. La localización predominante del volet costal fue la posterolateral izquierda en el 28,6% del total. El 50% presentó lesiones extratorácicas y la lesión asociada más frecuente fue el neumotórax presente en 4 pacientes. El 64,9% de los pacientes fue egresado antes de los 10 días.

Conclusiones: El fijador externo constituye un método de tratamiento efectivo en el tórax batiente ya que la gran mayoría de los pacientes tuvo una evolución satisfactoria ya que más de la mitad de ellos tuvieron menos de diez días de ingreso tras el tratamiento con el fijador externo, las complicaciones presentadas fueron mínimas y de fácil solución. Los pacientes presentaron buena tolerancia al fijador externo además de ser un método económico.

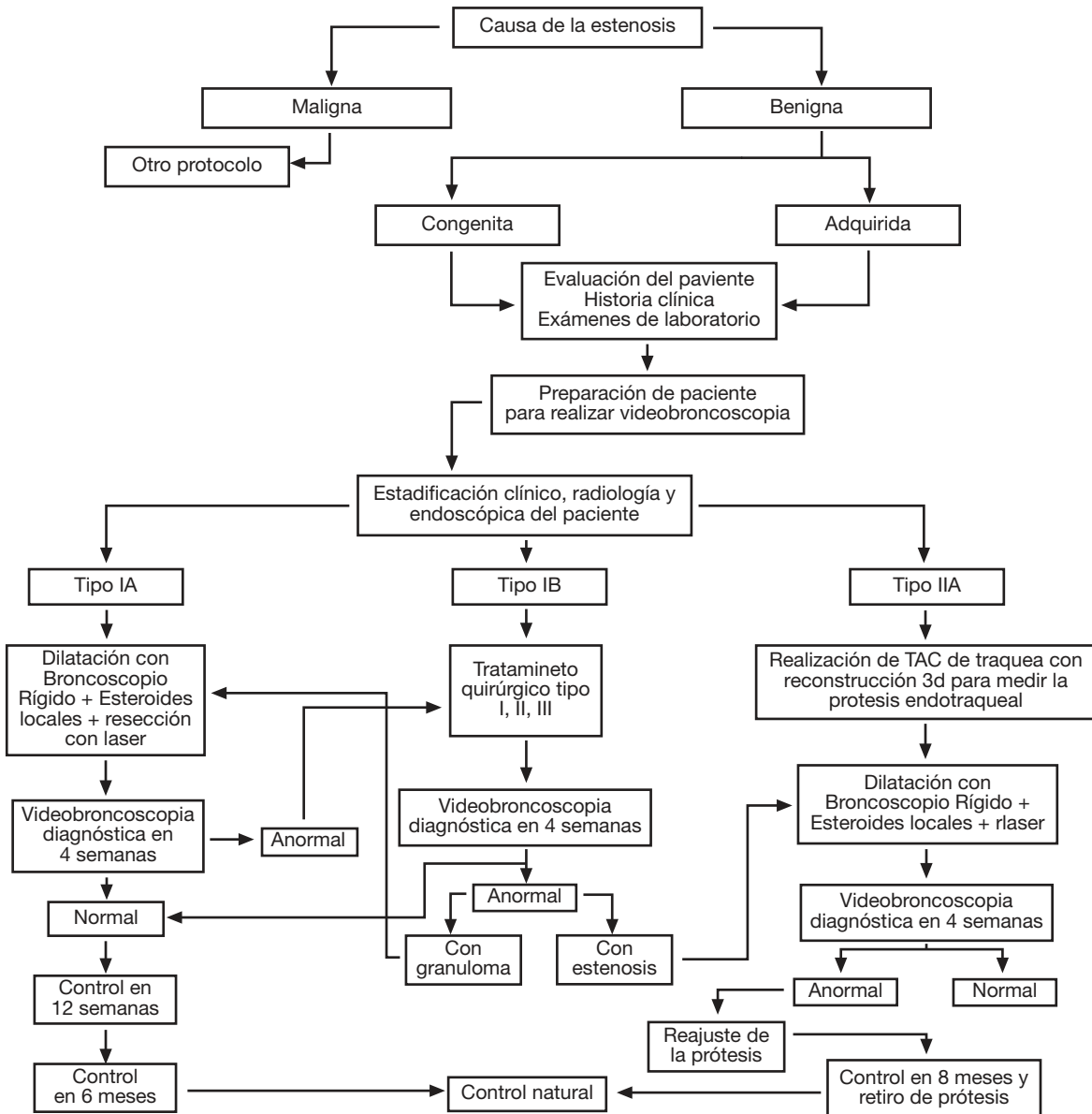
TRATAMIENTO PARA LAS ESTENOSIS SUBGLÓTICAS Y TRAQUEALES EN EL HOSPITAL JOSÉ IGNACIO BALDO EN EL PERIODO 2011-2013. CARACAS-VENEZUELA

Y. Higuera, J. Molina y H. Luna

Servicio de Cirugía de Tórax. Hospital "Dr. J.I. Baldo". Caracas. Venezuela.

Introducción: La cirugía traqueal representa sólo una parte muy pequeña de la cirugía torácica; dentro de las patologías planteadas, se encuentra la estenosis traqueal, la cual ha sido abordada por diversos autores como Grillo, McCaffrey, Myer Cotton, entre otros, llegando a constituir un reto en la comunidad médica, generando que en los últimos años se hayan desarrollado nuevas técnicas para el tratamiento de esta patología. Sin embargo, es un área con un horizonte amplio de estudio. La experiencia a nivel mundial, latinoamericano, nacional y local es muy escasa en cuanto al lineamiento a seguir con respecto a qué opción terapéutica utilizar. Con la finalidad de mejorar la calidad de vida y los síntomas del paciente en diferentes patologías benignas, se establecen diversas opciones terapéuticas, demostrando la recupe-

Flujograma de las estenosis subglóticas y traqueales 2013



ración temprana del paciente a sus actividades cotidianas. Por tal motivo, se existen varias alternativas, que aun en la actualidad, no se define, o no existe una norma que rija el tratamiento de esta patología. El objetivo del presente estudio fue proponer la terapéutica para el manejo de las estenosis traqueales en los pacientes del Hospital Algodonal; se definieron y referenciaron los componentes teóricos, que permitieron la construcción de una clasificación de la patología según su longitud, diámetro y severidad de los pacientes 21 pacientes que acuden al Hospital Algodonal, tomando como variables clínicas: disnea, estridor, alteración de la Voz y paraclínicas: valores espirométricos del VEF1 y los hallazgos endoscópicos.

Material y métodos: Estudio de tipo experimental de casos clínicos únicos, con diseño de tipo pretest-postest de un solo grupo. Se incluyeron 21 pacientes con diagnóstico de estenosis subglótica o traqueal benigna. El análisis estadístico se realizó con SPSS 17.0.

Resultados: Se aplicó la técnica endoscópica y quirúrgica de acuerdo a la matriz de recorrido desarrollada: donde la dilatación traqueal con broncoscopio rígido más colocación de prótesis fue 38% (3ptes), dilatación traqueal con broncoscopio rígido más colocación de mitomicina C con 12% (8 ptes). Cervicotomía anterior más anastomosis término terminal de traqueal con 24% (5ptes), anastomosis traqueo cricoidea con 5% (1 pte), anastomosis tiroidea traqueal con 14% (3ptes) y anastomosis con colocación de prótesis 5% (1 pte). Ver figura en página anterior.

Clasificación de las estenosis subglóticas y traqueales. Venezuela 2013

	Nivel	Severidad
Grado Ia	Tirocricotraqueal < 3 cm < 30% de la luz	leve/Moderado
Grado Ib	Tirocricotraqueal < 3 cm < 8 cm > 30% de la luz	Moderado
Grado II	Tirocricotraqueal < 8 cm < o > 30% de la luz	Severo
Técnica quirúrgica empleada		
Endoscópico		
1	Dilatación con b. rígido + mitomicina C	
2a	Dilatación con b. rígido + colocación de prótesis de Montgomery	
2b	Dilatación con b. rígido + colocación de stent autoexpandible	
Quirúrgico		
3	Anastomosis término terminal de tráquea	
4	Anastomosis traqueoicoidea	
5	Anastomosis traqueoicoidea	
6	Anastomosis tiro-crico-traqueal + prótesis de Dumón	

Conclusiones: Dependiendo del diámetro y longitud estenosado en la tráquea, el paciente se debe clasificar para implementar la técnica a utilizar. La técnica quirúrgica debe ser implementada como primera alternativa ya que si esta fracasa se procedería a la opción endoscópica.

MANEJO VIDEOASISTIDO DE LA PATOLOGÍA DIAFRAGMÁTICA CRÓNICA EN EL HOSPITAL SANTA CLARA

O. Esteban y S. Martínez

Hospital Santa Clara. Bogotá. Colombia.

Introducción: La eventración es la elevación anormal del diafragma congénita o adquirida, causada por una alteración del nervio frénico, mientras que la hernia diafragmática es la incursión en el tórax de órganos o tejidos intraperitoneales a través de un defecto del diafragma. Nuestro objetivo es observar los resultados obtenidos con el abordaje videoasistido de esta patología.

Material y métodos: Presentamos la descripción del manejo de una serie retrospectiva de casos de patología diafragmática quirúrgica, atendidos en el hospital entre agosto de 2013 y abril de 2014. Se incluyeron todos los pacientes con eventración y hernia diafragmática a quienes se realizó corrección quirúrgica.

Resultados: Se operaron 7 pacientes, 2 con eventración y 5 con hernia diafragmática traumática; la edad media de presentación fue 38

años, rango de 4 a 70. Una de las eventraciones fue derecha en un niño de 4 años que presentó infecciones pulmonares a repetición y la otra, izquierda, en una mujer que presentaba disnea y restricción moderada en la espirometría. En los dos casos se realizó plicatura diafragmática con colocación de malla por toracoscopia de puerto único. Las 5 hernias diafragmáticas traumáticas fueron crónicas, 3 (60%) con antecedente de trauma penetrante, todas izquierdas y 2 (40%) con antecedente de trauma cerrado una de cada lado. El intervalo entre el trauma y el diagnóstico de la hernia osciló entre 2 y 17 años. Tres pacientes con hernia diafragmática consultaron por disnea y dolor torácico, una por dolor abdominal que se corrigió por laparotomía por sospecha de estrangulación y el otro fue un hallazgo incidental de la lesión previa, en un taponamiento cardiaco por nueva herida y que se operó la hernia 1 semana después por toracoscopia; los órganos comprometidos fueron el hígado 1, el estómago 1, el colon 2 y en el caso del taponado, epiplón exclusivamente. El abordaje en la derecha y en una izquierda, se inicio por toracoscopia y se amplió a mini-toracotomía video-asistida por dificultades en la reducción del hígado y del estómago respectivamente y 1 caso se realizó por laparoscopia y toracoscopia. En 6 pacientes el diagnóstico se hizo por radiografía y TAC de tórax contrastado y el otro fue el hallazgo incidental. El promedio de hospitalización postoperatoria fue de 4 días (rango 2-6). En ningún caso se presentó estrangulación ni morbi-mortalidad.

Conclusiones: Evidenciamos un manejo adecuado de la patología diafragmática mediante cirugía video-asistida, utilizando diferentes tipos de abordaje, inclusive el puerto único sin complicaciones ni mortalidad operatoria. Los dos casos que se convirtieron tuvieron incisiones menores que las toracotomías usuales.

RESULTADOS DA DILATAÇÃO ENDOSCÓPICA COMO TRATAMENTO PRIMÁRIO DA ESTENOSE TRAQUEAL ADQUIRIDA EM CRIANÇAS E NEONATOS

N.S. Abe, H. Minamoto, F.S. Alfinito, A.J. Rodrigues, M.L. Tamagno, J.P. Otoch, P.F.G. Cardoso, R.M. Terra, P.M. Pego-Fernandes e V.R. Figueiredo

Serviço de Endoscopia Respiratória. Disciplina de Cirurgia Torácica. InCor (Instituto do Coração)-Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Brasil.

Introdução: A estenose subglótica adquirida é causa frequente de obstrução da via aérea em crianças e adultos. Usualmente resulta de trauma local na subglote após intubação orotraqueal e representa um problema de difícil solução, sobretudo nas crianças e recém-nascidos. Seu manejo inclui dilatação broncoscópica com ou sem tratamento cirúrgico. Este estudo concentra-se na avaliação de resultados com dilatação endoscópica como método de tratamento primário das estenoses em crianças e neonatos.

Material e métodos: Análise retrospectiva dos pacientes pediátricos submetidos a dilatação traqueal entre 2006 e 2009. A classificação utilizada foi a de Myer-Cotton. Dilatação foi realizada por broncoscopia rígida sob anestesia geral em todos os casos. O tubo T de Montgomery foi utilizado de acordo com o julgamento e a indicação clínica.

Resultados: Setenta e quatro pacientes entre 30 dias e 7 anos de idade (mediana 2 anos) foram tratados, sendo 37,5% abaixo de 2 anos de idade. Foram 38 masculinos e 36 femininos e todos possuíam estenoses grau II or III, sendo que destes, 40,5% obtiveram melhora clínica da dispnéia com a dilatação endoscópica. Cinquenta crianças (64%) possuíam traqueostomia. Dentre os pacientes sem traqueostomia, 23 obtiveram melhora e estabilização clínica após 3-4 sessões de dilatação e 1 criança necessitou de um tubo T de Montgomery. Dentre os

pacientes com traqueostomia, apenas 7 (14%) puderam ser decanulados com sucesso e 11 dentre os 43 pacientes necessitaram da colocação de um tubo T de Montgomery. Seis pacientes evoluíram com estenose grau IV, à despeito das dilatações sendo que todos possuíam traqueostomia.

Conclusões: A dilatação endoscópica como forma primária de tratamento de estenoses traqueais em crianças e recém-nascidos resultou uma melhora clínica em cerca da metade dos pacientes tratados. A presença de traqueostomia prévia relacionou-se a um prognóstico pior no que tange à resolução da estenose e melhora clínica nesta série de pacientes pediátricos tratados em hospital terciário.

AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DA MOTILIDADE E PH ESOFÁGICOS EM PACIENTES COM ESTENOSES LARINGO-TRAQUEAIS: ESTUDO PRELIMINAR

P.F.G. Cardoso, A. Nasi, A.M. Falcão, H. Minamoto, M.L. Tamagno, B.J. Bibas, S. Szacnowicz, A.C.B. Dantas, R. Sallum, P.M. Pego-Fernandes e I. Cecconello

Departamento de Cardiopneumologia. Disciplina de Cirurgia Torácica. Departamento de Gastroenterologia. Disciplina de Cirurgia do Aparelho Digestivo. Laboratório de Função Esofágica (LIFE). InCor (Instituto do Coração). Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Brasil.

Introdução: As estenoses laringo-traqueais são um problema complexo, que requer múltiplos procedimentos endoscópicos e cirúrgicos para sua correção. Temos observado um número crescente de estenoses recidivantes e recidivas pós-cirúrgicas tardias que demandam uma avaliação de outra causas coadjuvantes às estenoses que causem impacto em sua evolução pós-tratamento. Dentre estas, o refluxo gastro-esofágico (RGE) pode afetar a cicatrização das lesões laringo-traqueais. Este estudo teve por objetivo analisar sistematicamente a motilidade e pH esofágicos em pacientes portadores de estenoses altas da via aérea central.

Material e métodos: Foram incluídos pacientes adultos acima de 18 anos de idade submetidos a tratamento de estenoses pós-intubação ou idiopática. Foram excluídos os pacientes submetidos a cirurgia anti-refluxo, bem como pacientes que haviam sido esofagectomizados ou gastrostomizados previamente. Os pacientes foram submetidos a manometria estacionária com sistema perfundido usando um catéter de oito canais conectado à uma bomba pneumohidráulica de baixa complacência (Multiplex II, Alacer Biomedica-Brasil). A avaliação incluiu os esfíncteres esofágico inferior e superior (localização, pressão de repouso e relaxamento) e o corpo esofágico (pressões e perfil motor). A pHmetria de 24 horas foi realizada com catéter de dois canais com eletrodos descartáveis de antimônio conectados à uma unidade portátil (AL-3, Alacer Biomédica-Brasil).

Resultados: Foram incluídos 80 pacientes (50 do sexo masculino; idade média de 44 anos). Vinte e nove pacientes (36%) possuíam sintomas típicos de RGE (pirose, regurgitação ácida). A manometria esofágica revelou pressão normal no esfíncter inferior (21,3 ± 9 mmHg; normal = 14-34 mmHg) e 24,6% dos pacientes apresentavam hipotonia do esfíncter inferior. A amplitude da peristalse no 1/3 distal do corpo esofágico foi normal (100 mmHg), sendo que 10,9% dos casos apresentavam hipomotilidade (pressões inferiores a 30 mmHg). A pHmetria foi realizada em 74 pacientes. Nestes, 50% apresentavam exames anormais com um tempo médio de pH.

Conclusões: O presente estudo revelou que em pacientes com estenoses laringo-traqueais submetidos a avaliação funcional esofágica, observou-se RGE anormal em metade dos casos, com predomínio em decúbito, com exposição do esôfago proximal ao ácido. Estes achados ocorreram com baixa incidência de sintomas de RGE.

EXPERIENCIA EN CIRUGÍA DE REDUCCIÓN DE VOLUMEN PULMONAR

T. Portas, H. Esteva, T. Núñez, J.A. Mazzei y M. Mazzei

Instituto Argentino de Diagnóstico y Tratamiento. Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Argentina.

Introducción: El enfisema pulmonar es una enfermedad progresiva e invalidante, la cirugía de reducción de volumen pulmonar (CRVP) ha demostrado ser útil para la mejoría de la disnea y calidad de vida en estos enfermos. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en CRVP.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo.

Resultados: Entre diciembre de 2001 y marzo de 2014, 8 pacientes fueron sometidos a CRVP uni o bilateral por vía videotoracoscópica. Cinco hombres y 3 mujeres, con rango etario entre 52 y 78 años. Todos con antecedentes de tabaquismo, enfisema heterogéneo y valor de FEV1 preoperatorio menor o igual al 35%. Se realizaron 7 procedimientos en forma programada y uno de urgencia en un enfermo bajo asistencia respiratoria mecánica. En 4 pacientes hubo cáncer de pulmón asociado. Todos presentaron mejoría postoperatoria de la disnea, los estudios funcionales y/o disminución de los requerimientos de oxígeno. Se realizó seguimiento postoperatorio entre 1 y 96 meses. La complicación más frecuente fue la fuga aérea prolongada. No hubo muertes relacionadas con la cirugía.

Conclusiones: En nuestra experiencia la CRVP ha demostrado ser un procedimiento seguro y con buenos resultados en pacientes correctamente seleccionados, incluso bajo asistencia respiratoria mecánica. Permitiendo también en algunos casos el diagnóstico y tratamiento de cáncer del pulmón.

EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TRASPLANTE PULMONAR EN MEDELLÍN, COLOMBIA

J. Ortega, A. Londoño, H. Ortega, G. Roncancio, J.C. Rendón, J.C. Jaramillo, L. Bolívar, C. Saldarriaga, M.E. Escudero y R. Zapata

Clínica CardioVID. Medellín. Colombia.

Introducción: El trasplante pulmonar se ha consolidado como una opción de tratamiento para pacientes con enfermedades pulmonares avanzadas, sin otra opción terapéutica. En América del sur se realiza trasplante pulmonar en Argentina, Chile, Brasil y Colombia. En éste último país, sólo existe actualmente un centro activo para dicho tratamiento. El objetivo de nuestro trabajo es presentar la experiencia de nuestro centro en el trasplante pulmonar y evaluar los resultados.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de las historias clínicas de todos los pacientes trasplantados de pulmón en la clínica CardioVID desde el inicio del programa en 1997 hasta diciembre de 2013.

Resultados: Se realizaron un total de 83 trasplantes de pulmón (80 pacientes, 3 retrasplantes) y un trasplante corazón-pulmón en el período comprendido entre 1997 y 2013, promedio: 5,2 trasplantes por año, mediana de 4,5 trasplantes/año. En los últimos 5 años comprendidos entre 2009 y 2013 se han realizado 36 trasplantes en promedio 7,2 trasplantes/año, mediana de 6 trasplantes/año. Las causas de trasplante en nuestro centro fueron: fibrosis pulmonar (38 casos, 45%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (24 casos, 28,5%), bronquiolititis constrictiva (3 casos, 3,5%), silicosis (3 casos, 3,5%), hipertensión arterial pulmonar idiopática (3 casos, 3,5%), LAM (3 casos, 3,5%), fibrosis quística (3 casos, 3,5%) y bronquiectasias no fibrosis quística (2 casos, 2,3%). El 54% de los receptores eran hombres, con una edad media de 47,6 años. Tiempo medio en lista de espera fue de 4,3 meses. El 69% de los trasplantes fue bilateral. La edad media de los donantes fue de 27,6 años. El 68,5% fueron hombres. La primera causa de donación fue el traumatismo craneoencefálico (44%), seguido por las lesio-

nes por proyectil de arma de fuego (33%). La mortalidad temprana (30 días) en los primeros 11 años del programa fue del 27%, en los últimos 5 años la mortalidad descendió al 8%. Las principales causas de mortalidad fueron el shock hemorrágico y la sepsis. La supervivencia media acumulada es de $6,2 \pm 1,2$ años y la supervivencia a los 5 años de 60%.

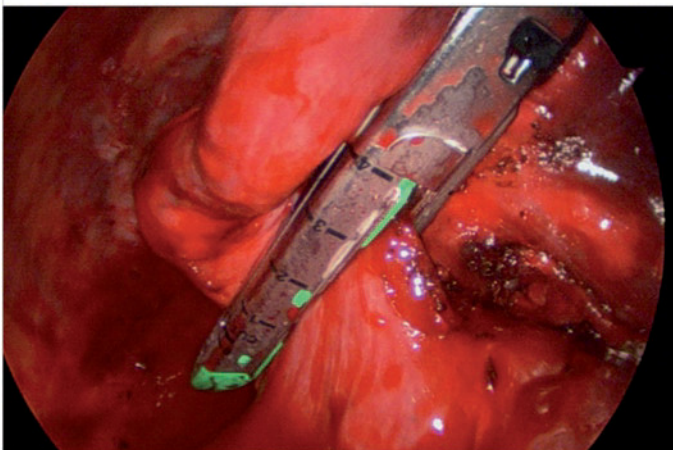
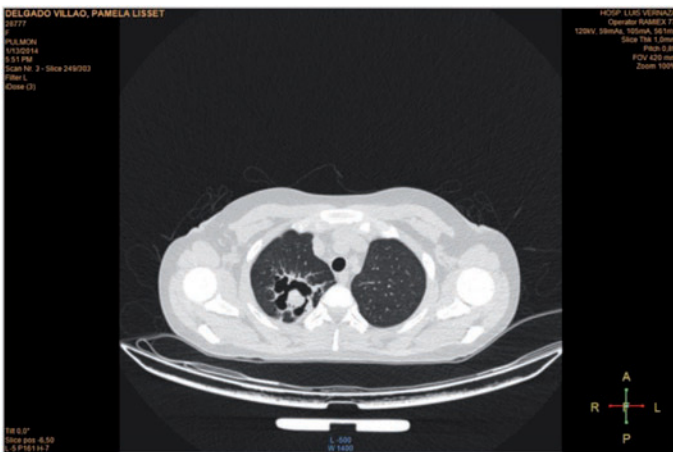
Conclusiones: Las tasas de supervivencia acumulada son comparables a las reportadas por centros internacionales, a pesar de ser un programa pequeño. La selección adecuada del donante ha permitido mejorar los resultados en el tiempo, pero quedan varios retos: promover una actitud proactiva de los médicos y del sistema para el envío temprano de los posibles receptores, utilizar donantes cada vez más marginales que permitan el crecimiento del programa, y reducir las complicaciones infecciosas y asociadas a inmunosupresión.

ASPERGILOMA PULMONAR Y RESOLUCIÓN POR VATS

J. Barba Pacheco, C. Benítez Pozo, J. Gavidia Miranda y M. Zambrano Solórzano

Servicio de Cirugía Cardiorrástica. Hospital Luis Vernaza. Junta de Beneficencia de Guayaquil. Guayaquil. Ecuador.

Introducción: Reportamos el caso de un paciente de sexo femenino de 19 años de edad, trasplantada renal hace 6 meses, en terapia inmunosupresora, con aspergiloma pulmonar lobar superior derecho con fracaso al tratamiento médico (voriconazol). En el cual se realizó lobectomía superior derecha VATS más pleurectomía apical. Presentamos el caso para discusión clínica dada las particulares condiciones de la paciente, trasplantada en terapia inmunosupresora y su resolución quirúrgica exitosa con técnica mínima invasiva.



Material y métodos: Reporte de caso clínico con énfasis en indicación quirúrgica y técnica video asistida para resección pulmonar en paciente con aspergiloma pulmonar apical derecho.

Resultados: Se realizó lobectomía superior derecha VATS más pleurectomía apical con técnica triportal lográndose objetivo quirúrgico, remoción completa de lóbulo afecto y pleura parietal con control de la infección micótica. Evolución postoperatoria sin complicaciones quirúrgicas ni médicas. Al seguimiento no existe evidencia clínica de recidiva de la enfermedad.

Conclusiones: La técnica VATS permitió una resolución completa de la afección pulmonar con menor agresión quirúrgica y efectivo control del aspergiloma pulmonar. La técnica VATS debe ser considerada como una opción frente al abordaje tradicional en el manejo del aspergiloma pulmonar. El abordaje VATS permitió una recuperación rápida y evolución postoperatoria sin complicaciones en esta paciente con terapia inmunosupresora.

NEUMOSTOMÍA CON SONDA DE BALÓN EN COLECCIONES PURULENTAS DEL PULMÓN EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

O. Mederos, J.C. Barrera, O.N. Mederos y J.A. Castellanos

Hospital Universitario Manuel Fajardo Rivero. La Habana. Cuba.

Introducción: El desarrollo de los antimicrobianos provocó que el drenaje externo dejara de realizarse en pacientes con colecciones purulentas del pulmón, constituyendo la resección pulmonar la opción quirúrgica ante el fracaso del tratamiento médico. En los últimos años ha resurgido la neomostomía por la necesidad de enfrentar enfermos con colecciones purulentas pulmonares con marcado deterioro físico que impide una intervención quirúrgica resectiva, por tal motivo nos propusimos caracterizar los pacientes con supuración pulmonar a los cuales se les realizó tratamiento quirúrgico mediante drenaje percutáneo externo con anestesia local mediante neomostomía con sonda de balón (método de Monaldi).

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo longitudinal retrospectivo en el período de 1995 al 2013 en el Hospital Universitario Comandante Manuel Fajardo. El Universo estuvo conformado por 8 pacientes con colecciones purulentas pulmonares a los que se les realizó el método de Monaldi con anestesia local. En todos los casos se utilizaron sondas de goma de balón de 24 unidades F, de tres ramas una rama para conectarla a un sistema de aspiración negativa controlada, otra para lavar la cavidad infectada y la tercera rama para la válvula del balón. Se utilizó estadística descriptiva utilizando valores absolutos y relativos.

Resultados: De los 8 enfermos a los que se les realizó neomostomía, en 4 la indicación fue absceso del pulmón y en los restantes colecciones sépticas en bullas enfisematosas voluminosas infectadas. En los pacientes con absceso de pulmón a los que se le realizó drenaje percutáneo predominó el sexo masculino en edades dentro de la séptima década de la vida o más, el 75% de los abscesos ocurrió en el pulmón derecho, con cavidades de 5 cm o más. En el 75% las causas fueron neumonías e infecciones bucales. Los cuatro pacientes con bullas infectadas en que se realizó drenaje quirúrgico percutáneo tipo Monaldi fueron en hombres comprendido en la sexta y séptima década de la vida; de ellos 3 tenían bullas bilaterales y uno unilateral. El pulmón más afectado fue el derecho tratándose en todos los casos de pacientes con bullas de 10 cm o más. Todos los casos tuvieron resolución de la colección infectada en un período inferior a las dos semanas sin presentar complicaciones ni mortalidad quirúrgica.

Conclusiones: El drenaje percutáneo con anestesia local utilizando sondas de balón es un instrumento adecuado para el tratamiento de colecciones pulmonares en enfermos con elevado riesgo quirúrgico logrando la resolución de la lesión pulmonar siendo efectivo en los abscesos pulmonares y en las bullas enfisematosas infectadas.

FIBRINOLÍTICOS EN EL MANEJO DE COLECCIONES PLEURALES: EXPERIENCIA DE LA EFECTIVIDAD EN LOS HOSPITALES SANTA CLARA Y EL TUNAL

L. Rodríguez, S. Martínez y R. Barrios

Universidad El Bosque. Hospital Santa Clara ESE. Hospital El Tunal ESE. Bogotá DC. Colombia.

Introducción: Las colecciones pleurales ya sean de origen infeccioso o no, son una patología frecuente en nuestro medio y una de las principales causas de remisión de pacientes a los servicios de cirugía de tórax. La terapia fibrinolítica ha ido ganando espacio como una alternativa al tratamiento quirúrgico en casos seleccionados, cuando se cree que aún no están en fase de organización. Objetivo: describir la experiencia en nuestro medio del manejo de colecciones pleurales complicadas y tabicadas con terapia fibrinolítica intrapleural.

Material y métodos: Estudio observacional descriptivo tipo serie de casos, entre septiembre de 2011 a marzo de 2013, a los pacientes con diagnóstico de colección pleural que tuvieron un tiempo de evolución menor o igual a 20 días, que consultaron a los hospitales Santa Clara ESE y El Tunal ESE, los que fueron catalogados en ASA III, se propusieron para manejo fibrinolítico; se diseñó un formato de recolección de datos, estos se procesaron en Excel, se realizaron mediciones descriptivas y se compararon mediciones iniciales y finales de oximetría de pulso (SPO2), índice normalizado internacional (INR) y drenajes por toracostomías (tabla). Se excluyeron pacientes con derrame pleural de origen neoplásico. A los pacientes seleccionados se les administró una dosis diaria de 250.000 UI de estreptoquinasa intrapleural, la duración del tratamiento fue entre tres y cinco días.

Resultados: Se recolectaron 11 casos, con tiempo de evolución de 5 a 20 días. El drenaje después de aplicar el fibrinolítico aumentó en promedio 6,8 veces (676%); el 83% de los pacientes con SPO2 inicial menor de 90% aumentaron por encima de este valor posterior al tratamiento.

Comparación volúmenes iniciales y finales de drenaje.

Paciente	Drenaje 24 horas inicial	Promedio drenaje 24 horas final	Variación de drenaje en cc	% de variación de drenajes
1	30	603	573	1910
2	50	356	306	612
3	35	196	161	460
4	100	670	570	570
5	20	46	26	130
6	70	570	500	714,3
7	45	452	407	904,4
8	30	156	126	420
9	30	326	296	986,7
10	80	480	400	500
11	35	116	81	231,4
Total	48	361	313	676

Conclusiones: La terapia fibrinolítica en nuestro medio es un método efectivo en el manejo de colecciones pleurales además de ser seguro al tener mínimas reacciones adversas y complicaciones.

FÍSTULA BRÔNQUICA PÓS PNEUMONECTOMIA DIREITA: ABORDAGEM TRANSESTERNAL

R.H. Mossmann, N.P. Rosenberg, L.N. Tavares, P. Guerrieri, E.S. Pilla, F.R. Cruz, D.V. Longoni e J.C. Sebebelo

Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil Hospital Militar de Área de Porto Alegre (HMAPA). Porto Alegre. Rio Grande do Sul. Brasil.

Introdução: A fístula bronco-pleural tem uma incidência de 1% a 4% após lobectomia e de 6% a 10% após pneumonectomia. A taxa de mortalidade de 11% a 23% é uma das mais temidas complicações. Dentre os fatores de risco estão à radioterapia prévia, coto exagerado, VM

prolongada, desvascularização excessiva, e inexperiência do cirurgião. A sutura mecânica parece não ser superior à sutura manual.

Material e métodos: Revisamos um caso de um paciente atendido no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Resultados: Paciente de 22 anos, M, P, procedente do Hospital Penitenciário com dispnéia, febre vespertina, perda de 20 kg em 6 meses chegando ao Hospital Militar de Porto Alegre com hemoptise de pequena monta, sem patologias sistêmicas ou cirurgias prévias, uso de medicações, outras internações, uso de drogas, tabaco ou álcool. Rx e TC de tórax com destruição subtotal do pulmão direito. Fibrobroncoscopia sem sangramento ativo e LBA foi positivo para BAAR. Iniciado RHZE e alta para ambulatorio. Ao 4º mês, retorna com hemoptise de 1.000 ml em 24h e broncoscopia rígida com coágulos em LSD, sem sangramento ativo. Procedida embolização da artéria brônquica, houver emissão da hemoptise. Quinze dias após, nova hemoptisemaçica refratária ao controle broncoscópico. Pneumonectomia direita de urgência, com boa evolução PO e alta hospitalar. No 21º PO empiema e sepse, sendo submetido a pleurostomia. Fibrobroncoscopia com fistula de coto brônquico. Perdeu o seguimento com o Hospital Militar e meses após interna no hospital Conceição por sepse. Levado a reamputação de coto brônquico direito por esternotomia mediana com adequada evolução. Alta no 14º PO.

Conclusões: A profilaxia da fistula bronco-pleural e do empiema sem fistula é a melhor titude. Técnicas de proteção que utilizam retalho de pleura, pericárdio, gordura mediastinal, músculo ou epíplon têm papel importante. A abordagem pode ser realizada por 3 diferentes técnicas: a toracotomia ipsolateral, aqualimpõ e grande chance de insucesso por complicações cirúrgicas devido ao empiema. O acesso por esternotomia mediana, o qual, após a secção do esterno, a abertura do pericárdio, anterior e posteriormente, e retração da aorta para esquerda, da veia cava superior para direita e da artéria pulmonar para baixo, expõe a carina e os brônquios principais, possibilitando um campo limpo, e permitindo trabalhar sobre os cotos brônquicos. Ainda, o acesso por toracotomia direita, para tratamento da fistula à esquerda, também permite trabalharem um campo descontaminado.

SECUESTRO PULMONAR. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO EN EL INSTITUTO NACIONAL DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

P.A. de la Rosa, C.M. Núñez y M. Iñiguez

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER). México D.F.

Introducción: Las malformaciones congénitas pulmonares son una amplia gama de patologías que demandan manejo quirúrgico, de estas el secuestro pulmonar es una de ellas. Es una patología rara en la que una parte de parénquima pulmonar en el desarrollo no tiene comunicación con el árbol traqueo bronquial siendo nutrido de irrigación sanguínea, por lo común de origen sistémico. La ruta de tratamiento es siempre quirúrgica, por lo que se debe sospechar acerca de esta patología, de predominio en hemitórax izquierdo en un 80 al 85% de los casos y en un 70% de localización en lóbulo inferior izquierda. El objetivo de este estudio es determinar la sospecha diagnóstica al momento de la valoración del paciente previo a estudios de imagen que comprueben el diagnóstico o la cirugía.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de casos en el periodo de enero 2005 a octubre 2012, se revisaron las bases de datos del INER donde se tomaron 18 casos de los cuales se incluyeron solo 12 de ellos. Se revisaron múltiples variables entre las cuales están: edad, sexo, comorbilidades, presentación clínica, diagnóstico de ingreso, lado afectado, TAC, lóbulo afectado, malformación asociada, procedimiento quirúrgico realizado, origen de irrigación arterial.

Resultados: Patología de mayor presentación en jóvenes, 66% de los casos son mujeres, se asociaron en su mayoría a enfermedades respiratorias de las cuales el 66% como neumonía, el hemitórax izquierdo

fue el más afectado en un 66% con un patrón quístico identificado por tomografía en 41%, localizándose en lóbulo inferior izquierdo en 54% de los casos. La irrigación en su mayoría (50%) fue de la aorta torácica, en uno de los casos de la irrigación renal.

Conclusiones: La sospecha diagnóstica en un inicio es poco frecuente (16%) al ser solo valorada clínicamente y con radiografía de tórax, aumentando hasta 50% al ser valorado posteriormente con estudios tomográficos contrastados.

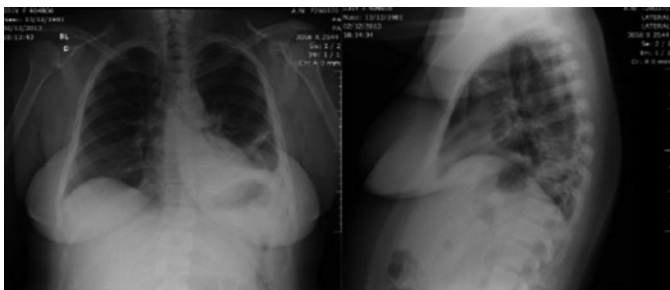
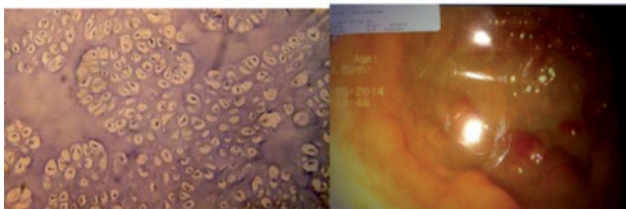
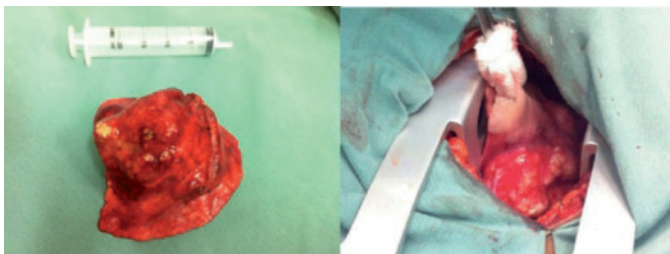
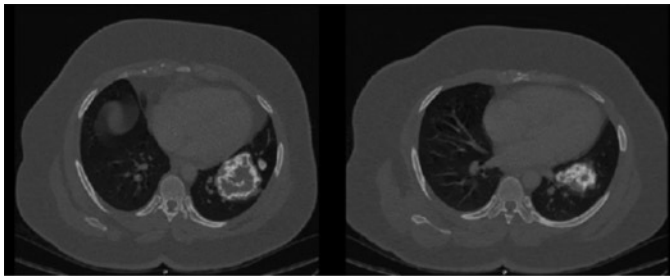
SÍNDROME DE CARNEY: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

J. Camargo, S. Camargo, D. Casagrande, F. Barth y L. Velásquez

Irmadade Santa Casa de Misericórdia. Pavilhão Pereira Folho. Porto Alegre. Brasil.

Introducción: Enfermedad de presentación rara multitumoral, principalmente en mujeres jóvenes, crónica, persistente e indolente a lo largo del tiempo. Descrita por Carney en 1977, está caracterizado por la aparición conjunta o sucesiva de leiomiomas gástricos, condroma pulmonar y paraganglioma extraadrenal funcionante.

Material y métodos: Presentamos un caso de una mujer de 31 años con condroma pulmonar y tumor del estroma gastrointestinal de aparición conjunta, referido al servicio de cirugía torácica por cuadro de disnea, sin tos, sin expectoración, sin fiebre, sin diaforesis nocturna.



Resultados: Se realizó resección pulmonar y la patología reporta condroma pulmonar, búsqueda endoscópica que reporta lesión submucosa.

Conclusiones: El síndrome de Carney es una enfermedad rara multitumoral, la presentación más típica es la diada condroma pulmonar y tumor gastrointestinal estromal, se presenta un caso con manejo exitoso del condroma pulmonar, aún en tratamiento de su lesión gastrointestinal.

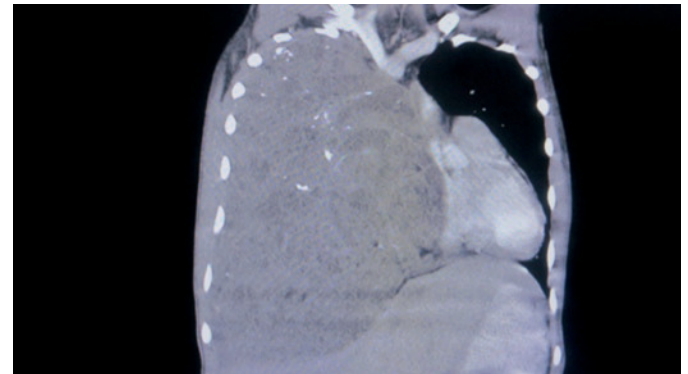
TUMOR GIGANTE DEL TÓRAX. RESECCIÓN QUIRÚRGICA CON ABORDAJE COMBINADO

A. Villada, R.J. Beltrán, A. Rojas y N. Guataquira

Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá. Colombia.

Introducción: Los tumores del mediastino son una entidad en la cual la cirugía puede llegar a ser la única opción de manejo, con este caso queremos mostrar que siempre se debe considerar la posibilidad de resección, aun en los cuales por sus dimensiones se consideraron en algún momento irreseccables.

Material y métodos: Presentación de caso, paciente de 19 años con masa mediastinal compromete casi de manera completa el hemitórax derecho ejerciendo importante efecto de masa local 255 × 169 × 149 mm con desplazamiento de estructuras mediastinales, con colapso pulmonar y de cavidades cardiacas derechas con biopsia compatible con tumor germinal maligno con componente de teratoma un 80% y componente de seminoma 20%; llevándose a quimioterapia 4 ciclos (cisplatino, etopósido, bleomicina). Sin respuesta dado por la persistencia de la lesión sin cambio en dimensiones, marcadores tumorales negativos. Se decide en junta multidisciplinaria llevar a resección quirúrgica.



Resultados: Por vía combinada Clam Shell y laparotomía se logra la resección completa, bordes negativos, peso 7 kg, multiquistica con resultado definitivo teratoma maduro. Procedimiento sin complicaciones, extubado a la 48 horas, estancia hospitalaria de 9 días, egreso y control luego de 15 días con evolución satisfactoria asintomática.

Conclusiones: Los tumores de mediastinos gigantes en candidatos seleccionados con el abordaje adecuado y en grupo con experiencia es posible la resección con buenos resultados con mínima morbilidad y mortalidad.

CIRURGIA REDUTORA DE VOLUME PULMONAR- ABORDAGEM POR TORACOTOMIA UNILATERAL – UM RELATO DE CASO

F.R. Cruz, N.P. Rosenberg, R.H. Mossmann, E.R. Brambate Jr, P.P. Guerrieri e D.A.V. Longoni

Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre. RS. Brasil.

Introdução: Enfisema pulmonar é uma patologia progressiva, debilitante, com grande incapacitação física e prejuízo em qualidade de vida. Existem diversos tratamentos disponíveis. Uma das opções terapêuticas, para casos adequadamente selecionados, é a cirurgia redutora de volume pulmonar (CRVP), que tem comprovados benefícios na função pulmonar e qualidade de vida de pacientes com enfisema heterogêneo, apical, com baixa tolerância ao exercício físico.

Material e métodos: Apresentamos um relato de caso sobre cirurgia redutora de volume pulmonar realizada por toracotomia unilateral seqüencial, em 2 tempos. Revisamos o caso de um paciente atendido no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Resultados: Paciente ex-tabagista, portador de doença broncopulmonar obstrutiva crônica (DPOC), em programa de reabilitação pulmonar há 3 anos, com história de CRVP com ressecção de aproximadamente um terço do lobo superior direito em abril/2011. Havia apresentado importante melhora sintomática, demonstrada na espirometria de controle. O volume expiratório final (VEF1), pré-operatório, era de 0,74l, passando a 0,87l em maio/2011 e 1,1l em agosto/2011. Evoluiu com progressão da doença e piora sintomática e espirométrica, reinternando em abril/2013 com VEF1 de 0,68l. Submetido a nova CRVP em maio/13, ressecando um terço de lobo superior esquerdo. Após a cirurgia, apresentou importante melhora sintomática, tendo alta sem complicações. No controle ambulatorial, vem clinicamente bem, mantendo apenas dispnéia aos esforços moderados, apesar de não ter obtido melhora nos parâmetros da espirometria, com VEF1 em novembro/2013 com VEF1 de 0,77l, próximos aos valores pré-operatórios de 2011.

Conclusões: A cirurgia redutora de volume pulmonar, realizada por toracotomia unilateral, mostrou ser uma abordagem eficaz no controle sintomático da doença. Diminui o tempo cirúrgico, o risco de complicações no trans e no pós-operatório e permite uma segunda intervenção quando da progressão natural da doença.

FÍSTULA AORTOESOFÁGICA SECUNDÁRIA A ANEURISMA DE AORTA

N.P. Rosenberg, R.H. Mossmann, E.R. Brambate Jr, F.R. Cruz, P.P. Gerrieri e D.A.V. Longoni

Hospital Nossa Senhora da Conceição. Porto Alegre. RS. Brasil.

Introdução: Fístula aortoesofágica (FAE) é uma causa de hemorragia digestiva alta, associando-se a alto índice de mortalidade. Principal etiologia é o aneurisma de aorta torácica (54-75% dos casos). Com o avanço da terapia endovascular, tem sido reconhecida como uma complicação rara. Diversas abordagens cirúrgicas são descritas para o seu tratamento.

Material e métodos: Revisão de prontuário com principais achados descritos e realizada revisão da literatura na base de dados Medline com os unitermos “aortoesophageal fistula” AND “thoracic endovascular aortic repair” AND “review”.

Resultados: Homem de 62 anos, portador de DPOC, consulto uma emergência com quadro de dor torácica posterior, melena, hematê-

mese associadas a hipotensão postural. Endoscopia digestiva alta visualizou extensa lesão esofágica subepitelial com coágulos e sangue vivo na luz gástrica. Tomografia de tórax evidenciava aneurisma roto de aorta torácica descendente (tipo B de DeBakey), com trombo mural e hematoma em mediastino posterior, desde o pólo aneurismático até a junção toracoabdominal. Colocada endoprótese de aorta reta em sua porção proximal descendente sem intercorrências. Após 1 mês ainda apresentava coleção em mediastino posterior, TC e EDA de controle sugeriam fistula esofágica. Teve boa resposta com antimicrobianos e dieta por sonda nasoenteral. Após 2 meses, interna com sinais e sintomas de embolia séptica por infecção da endoprótese. Submetido a toracotomia exploradora que demonstrou extenso comprometimento esofágico, com pelo menos uma fístula completa em seu terço médio, em contato direto com a parede do aneurisma e com a endoprótese e duas outras lesões esofágicas distais. Procedida esofagectomia com levantamento gástrico subesternal e anastomose cervical. Interpostoretalho de musculatura intercostal para fechamento da parede da aorta no espaço aortoesofágico e realizada jejunostomia. Reintroduzida dieta oral a partir do 5º dia pós-operatório. EDA de controle após 30 dias da cirurgia revelou estenose ao nível da anastomose esofagogastrica, sendo realizada dilatação com dilatadores de Savary-Gilliard. Alta com dieta via oral e seguimento ambulatorial.

Conclusões: Esophagectomia com reconstrução subesternal mostrou ser uma alternativa viável para tratamento de fístulas esofágicas persistentes após colocação de endoprótese aórtica.

HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA DIAGNOSTICADA APÓS 28 ANOS DE EVOLUÇÃO

S.M.D. Melo¹, M.B. Costa², L.G. Santana², S.S.S. Leão², Z.F. Rodrigues² e B.S.D. Melo¹

¹Centro de Estudos e Pesquisas em Medicina Interna. ²Universidade Tiradentes. Aracaju. Sergipe. Brasil.

Introdução: Hérnia diafragmática traumática à direita, com diagnóstico tardio após longo período de tempo, é bastante incomum. O diagnóstico de hérnia diafragmática traumática à direita pode não ser realizado na fase aguda do trauma toraco-abdominal devido à apresentação clínica variável e à falta de conhecimento médico desta patologia. A maioria destas lesões é secundária a acidentes de trânsito e quedas de alturas, com menos de 19% sendo à direita, por exigir uma força de impacto bem maior e estar associadas a lesões mais graves.

Objetivos: Relatar caso clínico de hérnia diafragmática diagnosticada após 28 anos do trauma e demonstrar evolução das alterações de radiografia simples do tórax e das tomografias do tórax dos últimos três anos

Material e métodos: Paciente feminina, 54 anos, assintomática, ao realizar exame clínico de rotina (2010), apresentou alteração radiológica (hipotransparência em terço inferior direito com elevação da cúpula frênica). Para elucidação diagnóstica T.C. do tórax demonstrou alças intestinais (delgado e cólon) e epiplon ocupando terço médio e inferior do hemitórax direito. Passado de acidente automobilístico (1984) com politraumatismo (contusão no crânio, toracoabdominal e membro inferior direito) com fratura de costela à direita e fêmur direito. Internada em enfermaria sendo submetida a tratamento clínico e cirurgia de fratura do fêmur direito (quatro cirurgias). Durante os últimos 28 anos não apresentava nenhuma queixa respiratória ou gastrointestinal, voltou a deambular sem limitação e engravidou tendo parto cesareano, sem intercorrências. Em 2010 foi diagnosticada e nestes últimos três anos vem em observação clínica, sentindo-se bem, apenas relata dispnéia leve durante esforço físico mais intenso, sensação de peso na altura do rebordo costal direito e quadro de vômitos somente quando realiza alimentações excessivas, no mais, seu ritmo intestinal é normal. Faz atividade física regular e alimentação saudável. Eupneica. Cardiopulmonar evidencia redução da expansibili-

dade pulmonar e do murmúrio vesicular em terço médio e inferior direito, com ruídos hidroaéreos audíveis, em região posterior. SpO₂: 98%. Abdomen sem anormalidades. Espirometria: Distúrbio ventilatório restritivo leve. TC do tórax demonstra a hérnia diafragmática e seu conteúdo herniário.

Conclusões: O diagnóstico tardio de hérnia diafragmática traumática a direita é muito raro. As combinações da perspicácia clínica para pensar na doença e métodos radiológicos elucidam o diagnóstico e auxiliam na conduta terapêutica.

MANEJO DE AMILOIDOSIS LARÍNGEA. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

L.F. Tintinago, E.A. Revelo, J.A. Molano, W. Victoria, F. Espinosa y M.L. Tascón Mosquera

Fundación Clínica Valle del Lili. Cali. Colombia.

Introducción: La amiloidosis se caracteriza por la presencia de depósitos extracelulares de material amiloide; su naturaleza es desconocida y afecta con mayor frecuencia a mujeres entre la quinta y séptima década de la vida; la amiloidosis laríngea es una enfermedad poco común y representa sólo el 0,68% de los tumores benignos de la laringe. Se presenta como un tumor nodular o como masas de depósitos difusos subepiteliales, provocando disfonía, disfagia y en ocasiones obstrucción de la vía aérea. Históricamente el tratamiento se ha enfocado en la resección quirúrgica, ablación mediante láser, colocación de stent, medicamentos, y en algunos casos difíciles y recurrentes el uso de radioterapia. En este artículo presentamos un caso de amiloidosis laríngea de difícil control manejado exitosamente con resección quirúrgica con láser.

Material y métodos: Presentación de caso clínico de interés.

Resultados: Paciente femenina de 43 años quien consulta por 2 años de disfonía progresiva, disnea y fatiga fácil. Microlaringoscopia inicial tres lesiones laríngeas, dos en la comisura anterior, y una hacia la comisura posterior; y las biopsias reportaron amiloidoma laríngeo. Empeoramiento de síntomas con afonía, tos seca persistente y notorio esfuerzo vocal. Se decide realizar una resección laringo-traqueal y reconstrucción compleja de la vía aérea. Se encuentra una lesión bilateral que compromete los dos bordes libres de las cuerdas vocales, predominio izquierdo, con compromiso de comisura anterior y región interarritenoidea. Se procede a una laringofisura y con técnica microquirúrgica se logra resecar el tumor de la cuerdas y la región interarritenoidea, esto con bordes satisfactorios. Se realiza además una resección de 1 cm de tráquea comprometido, y se realiza una anastomosis termino-terminal laringo-traqueal, dejando al final una traqueotomía protectora. Buena evolución, logrando decanulación y cierre del estoma. Seguimiento de 3 años con dilataciones periódicas y buena calidad de vida.

Conclusiones: La amiloidosis laríngea es una entidad de presentación poco frecuente que en ocasiones es de difícil manejo y con grandes repercusiones en la calidad de vida de los pacientes.

RESECCIÓN LARINGO-TRAQUEAL SEGMENTARIA PARA MANEJO DEL CÁNCER DE TIROIDES INVASOR A LA VÍA AÉREA. REPORTE DE CASOS

L.F. Tintinago, J.A. Molano, W. Victoria, E.A. Revelo, F. Espinosa y M.L. Tascón Mosquera

Fundación Clínica Valle del Lili. Cali. Colombia.

Introducción: El cáncer de tiroides invasor a la vía aérea es una entidad poco común y se convierte en un reto para el cirujano pues su hallazgo es generalmente intraoperatorio. Los cánceres de tiroides invasores pueden comprometer la tráquea en un 37% y laringe en un

12%. La elección de una u otra técnica quirúrgica depende de la experiencia del cirujano y de esta elección depende una sobrevida mayor, puesto que la resección completa de la enfermedad local hace posible una menor probabilidad de recaída tumoral.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, entre diciembre 2008 y diciembre 2013, se realizaron 104 resecciones laringotraqueales por diferentes patologías de las cuales, 15 casos fueron por invasión de cáncer de tiroides.

Resultados: Promedio de edad fue 58,3, 13 mujeres y 2 hombres, biopsias por congelación fueron reportadas negativas en 10 de los 15 pacientes, en los informes de patologías finales se encontraron positivos 27% (4) y negativos 73% (11), histologías más frecuentes: Carcinoma papilar bien diferenciado multifocal 52% (8), Carcinoma papilar tipo clásico 20% (3); el promedio de centímetros traqueales resecados fueron 2,5; 66% (10) de los pacientes recibieron una dosis de I131 posterior a la cirugía, 4 no recibieron por persistir con trastornos de la deglución; seguimiento mayor a un año; un paciente hombre fallece a causa de un carcinoma escamocelular bronquio izquierdo considerado como segundo primario, una mujer con imágenes compatibles con cáncer de esófago como segundo primario y dos mujeres presentaron imágenes compatibles con recidivas paratraqueales; el 73% (11) de los pacientes presentaron síntomas respiratorios 4 (27%) de ellos con disfonía por compromiso tumoral al nervio laríngeo recurrente, disnea en 13% (2) por la compresión del tumor a la tráquea e invasión de la misma.

Conclusiones: Los carcinomas de tiroides invasores a la vía aérea se convierten en un reto para los cirujanos, del adecuado abordaje quirúrgico que se realice impactará positivamente en la sobrevida de los pacientes. La resección laringotraqueal parcial puede ser un método adecuado para el control de la enfermedad que en manos expertas no repercute mayormente en la calidad de vida, igualmente se recuperan rápidamente y tienen estancias hospitalarias cortas sin mayores complicaciones.

TRASPLANTE LARINGOTRAQUEAL. EXPERIENCIA INICIAL DE UNA INSTITUCIÓN COLOMBIANA

L. Tintinago, W. Victoria, H. Ocampo y E. Candelo

Fundación Clínica Valle de Lili. Cali. Colombia.

Introducción: Con los recientes avances en los medicamentos inmunosupresores y el entendimiento de la anatomía y la función inmune de la laringe y tráquea, han permitido que el trasplante laringotraqueal se convierta en una alternativa reconstructiva en pacientes seleccionados. Es por esto que decidimos describir los primeros 5 pacientes manejados en una institución colombiana.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo tipo serie de casos.

Resultados: Cinco pacientes fueron candidatos, todos fueron previamente evaluados por comité técnico-científico y de ética de la institución donde se realizaron los procedimientos, todos recibieron bloque faringo-laringo-traqueal y tiroides de donante con muerte cerebral y corazón batiente, recibieron esquema de inmunosupresión con tacrolimus, micofenolato y prednisolona, todos requirieron gastrostomía y traqueostomía protectora y terapia de rehabilitación con fonología en postoperatorio. Dos de 5 pacientes presentaron rechazo tardíamente que fue manejado con ajuste de dosis de inmunosupresores, 3/5 pacientes lograron decanulación de traqueostomía (11 meses promedio) y retiro de gastrostomía (15 meses), la voz se logró tempranamente en todos los pacientes (5 días promedio) y su calidad mejoró posterior a terapia, 4/5 pacientes lograron deglución para consistencias semisólidas y líquidas. La principal complicación fue la estenosis subglótica por granuloma en 3 pacientes, seguido de la fistula traqueocutánea en 2/5 pacientes, 2 pacientes fallecieron durante el seguimiento.

Tabla resumen pacientes con trasplante larigotraqueal.

Caso	Sexo	Edad (Años)	Indicación	Tipo trasplante	Comorbilidades	Complicaciones	Decanulación (meses)	Retiro gastrostomía (meses)	Calidad voz y deglución	Rechazo (meses)	Estado actual	Seguimiento (meses)
1	F	32	Tumor	Laringotraqueal	Hipotiroidismo	Traqueomalacia. Granuloma	Permanente	No requirió	Buena	Si (48 meses)	Vivo	54
2	F	48	Trauma	Laringotraqueal	HTA, DM	Laringomalacia. Granuloma	14	13	Buena	Si 15 meses	Vivo	43
3	M	35	Quemadura	Laringotraqueal – esófago	Estenosis esofágica por cáusticos	Fístula faringocutánea	6	N/A	N/A	No	Muerto	12
4	F	28	Estenosis	Laringotraqueal	Sx antifosfolipídico, acv hemorrágico	Trombosis anasotomosis vascular	No	N/A	N/A	No	Muerto	2
5	M	23	Trauma	Laringotraqueal	Hipotiroidismo	Granuloma. Fístula traqueocutánea	4	17	Buena	No	Vivo	34

Conclusiones: En la actualidad el trasplante laringotraqueal es una realidad lo que lo convierte para aquellos pacientes con secuelas por laringectomías o lesiones severas de la vía aérea, que no puedan ser reconstruidos con otros métodos quirúrgicos, con candidatos a este, mejorando su calidad de vida con un riesgo aceptable.

VENTANA PERICÁRDICA Y BIOPSIA EN DERRAME PERICÁRDICO NO TRAUMÁTICO EN EL HOSPITAL SANTA CLARA: ROL DE LA TORACOSCOPIA

C. Carvajal y S. Martínez

Hospital Santa Clara. Bogotá. Colombia.

Introducción: El manejo del derrame pericárdico no traumático se basa en su etiología y en el compromiso hemodinámico mecánico que produce en las cavidades cardíacas. Cuando no se encuentra una causa aparente, es persistente o produce deterioro hemodinámico, es necesario su estudio y manejo mediante pericardiocentesis guiada por ultrasonografía o ventana pericárdica con biopsia; esta última se puede realizar a través de un abordaje subxifoideo, transmediastinal, transdiafragmático o toracoscópico según las condiciones clínicas del paciente. Se pretende describir los resultados obtenidos en los pacientes manejados con ventana pericárdica con biopsia por toracoscopía en el Hospital Santa Clara.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo en el que se incluyeron los pacientes con derrame pericárdico no traumático, llevados a ventana pericárdica con biopsia pericárdica toracoscópica, entre marzo del 2011 hasta marzo del 2014 en el Hospital Santa Clara.

Resultados: Se realizaron 14 ventanas pericárdicas con biopsia por causa no traumática. 11 por toracoscopía, 2 subxifoideas y una toracotomía de reanimación y biopsia. El promedio de edad de los pacientes incluidos fue de 51 (23-78) años, 7 eran hombres (63,6%), 3 pacientes presentaban algún grado de taponamiento cardíaco preoperatorio, 2 pacientes tenían antecedente de cirugía previa (uno de ellos una ventana subxifoidea con recidiva del derrame) y a ninguno se les había realizado pericardiocentesis preoperatoria. Once pacientes fueron llevados a ventana pericárdica por toracoscopía, a 7 de ellos se les realizó pericardiectomía parcial, a 5 pericardioscopia, a 2 drenaje de colecciones pleurales y a uno pleurodesis química como procedimientos adicionales para completar el manejo y el diagnóstico. La etiología se obtuvo en el estudio anatomopatológico del pericardio o de la pleura en 4 pacientes: uno con adenocarcinoma metastásico a pericardio, otro metastásico a pleura y dos pacientes con tuberculosis pericárdica, pero solo uno de ellos tuvo confirmación microbiológica del líquido y del pericardio en el cultivo para *Mycobacterium*. El ADA del líquido pericárdico fue positivo en un solo paciente quien no tuvo confirmación anatomopatológica ni microbiológica. No se reportaron complicaciones relacionadas con el abordaje quirúrgico realizado.

Conclusiones: La ventana pericárdica con biopsia por toracoscopía es un procedimiento seguro, que puede traer algunos beneficios como evaluar el sitio de toma de biopsia del pericardio, evaluar el estado de la pleura para descartar patologías asociadas, permitir la realización de pericardioscopias y facilitar la realización de pericardiectomías parciales que disminuyen el riesgo de recidiva del derrame pericárdico.

ABORDAJE POR INCISIÓN DE CLAMSHELL PARA QUISTE HIDATÍDICO GIGANTE BILATERAL EN UN NIÑO

L. Castillo de la Cadena

Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular. Hospital Nacional María Auxiliadora. Lima. Perú.

Introducción: La incisión de Clamshell es el abordaje preferido para trasplante corazón-pulmón y trasplante pulmonar bilateral, dado que provee una excelente visibilidad a los pulmones en forma simultánea, incluyendo el lóbulo inferior y los órganos mediastinales. El quiste hidatídico pulmonar gigante bilateral en el niño representa un gran reto para el cirujano, dado que debería de tratar de preservar el tejido pulmonar y a la vez, cuando está indicado, realizar la resección pulmonar por el mismo abordaje. La incisión de Clamshell es un abordaje que permite resecciones pulmonares en cualquier parte del pulmón en forma simultánea.

Material y métodos: El presente es un reporte de caso.

Resultados: Se trata de una niña de 6 años de edad, procedente de Ayacucho, Perú. Cuatro días antes de su ingreso presenta cuadro de vómita, alza térmica y franca dificultad respiratoria por lo que es referida al hospital María Auxiliadora de Lima. Al examen de ingreso se halla PA: 80/50 mmHg, FC: 110x' FR: 44x' T: 38,6 C Peso: 18 kg Sat O2: 88% Paciente adelgazada, en aparente mal estado general. Tórax y pulmones: Tiraje intercostal y subcostal. Murmullo y vibraciones vocales abolidas en 2/3 inferiores de hemitórax izquierdo y 1/3 medio de hemitórax derecho. Subcrepítantes bilaterales. El hemograma de ingreso evidencia desviación izquierda (5.300 leucocitos con 26% de abastones). La radiografía de pulmones mostró masa homogénea que ocupa 80% del campo pulmonar izquierdo y 50% del campo pulmonar derecho. Mediastino desviado hacia la derecha. Es intervenida y se procedió a toracotomiasubmamaria bilateral para abordaje de ambos quistes. En el quiste hidatídico derecho se procedió a la quistectomía. El quiste hidatídico izquierdo se encontraba alojado en la totalidad del lóbulo inferior izquierdo, por lo que se procedió a la lobectomía inferior izquierda. El procedimiento quirúrgico duró 4 horas y no hubo complicaciones intra-operatorias. Sale de Sala de operaciones con asistencia ventilatoria la cual se mantuvo por 24 horas. Luego de ello inició terapia respiratoria. La radiografía de pulmones mostró una re-expansión total en ambos hemitórax, y el drenaje torácico fue retirado al quinto día. La evolución fue favorable siendo dada de alta a las dos semanas.

Conclusiones: En los casos de quiste hidatídico pulmonar gigante bilateral que es esperable procedimientos de resección pulmonar, además de la quistectomía, la toracotomía bilateral por incisión de Clamshell es recomendada.

RESULTADOS INMEDIATOS Y ALEJADOS DEL TRASPLANTE PULMONAR EN LA FIBROSIS QUÍSTICA: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ARGENTINA

A. Bertolotti, D. Absi, J.M. Osses, J.O. Caneva, R. Ahumada, G. Wagner, C. Gómez y R.R. Favalaro

Fundación Favalaro. Buenos Aires. Argentina.

Introducción: Según datos internacionales, el mejor resultado del trasplante pulmonar (TxP) se observa en receptores (r) con fibrosis quística (FQ) avanzada. Las normativas diseñadas para la asignación de órganos es propia de cada país, y tienen gran impacto en la accesibilidad y en los resultados post TxP a corto y largo plazo. En diciembre de 2010, se modificó la reglamentación para la asignación de pulmones en Argentina, con el objetivo de mejorar las chances de esta población.

Objetivos: Comparar los resultados a corto y mediano plazo de dos normativas de asignación de órganos en dos períodos diferentes en una población de receptores de TxP con FQ avanzada.

Material y métodos: Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de todos los pacientes receptores con FQ, en el período comprendido entre enero de 1996 y abril de 2014. Se dividió a la población en dos grupos de acuerdo a la normativa vigente al momento del implante. En el Grupo 1 se incluyeron a los receptores entre 1994 y 2010; y en el Grupo 2 a los receptores trasplantados entre 2011 y 2014. Se compararon variables pre, intra y pos-trasplante. Se estimó y comparó la sobrevida global por el método de Kaplan-Meier y Test de Long Rank.

Resultados: Durante el período especificado, se trasplantaron 42 r con diagnóstico de FQ, 25 (60%) eran varones y la edad promedio fue de 25 ± 6 años (12-37). Dos pt (5%) eran receptores de trasplante hepático previo. Se incluyeron 24 r en el G1 (1994/2010) y 18 r en el G2 (2011-2014). En la comparación entre grupos (G1 vs G2), no hubieron diferencias significativas en edad o sexo. La mediana de tiempo de espera al trasplante fue de 405 días vs 274 días ($p = 0,06$). La situación clínica al momento del trasplante fue: Electivos: 54% vs 16%; Urgencias: 21% vs 6% y Emergencias: 25% vs 78% ($p = 0,003$). El requerimiento de bypass cardiopulmonar en el implante y el tiempo total de isquemia fue similar en ambos grupos. No hubieron diferencias estadísticamente significativas en mortalidad hospitalaria (G1: 5/24; 21% vs G2: 2/18; 11%; $p = 0,3$) ni en la sobrevida a 1 y 2 años (66% y 66% vs 89 y 89%; $p = 0,1$). La sobrevida alejada de toda la población a 1, 5 y 10 años fue de 75%, 69% y 60% respectivamente.

Conclusiones: En la población analizada, el trasplante resultó una terapia efectiva para el tratamiento de la FQ avanzada, con una mortalidad hospitalaria y sobrevida alejada similares a los publicados en la literatura internacional.

BRONQUIECTASIAS: BENEFICIO DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

S. Salvatierra

Hospital de la Policía. Guayaquil. Ecuador.

Introducción: La patología bronquiectásica en nuestro medio sigue siendo la secuela de enfermedades aún muy comunes como la tuberculosis, infecciones respiratorias a repetición, rubeola, etc., y como aún no es posible lograr su control únicamente con medicación, la cirugía tiene un rol protagónico para mejorar la calidad de vida de este grupo de pacientes.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de 16 pacientes remitidos para tratamiento quirúrgico de su patología bronquiectásica, en el periodo del 2008 al 2013.

Resultados: Edad promedio: 35 años, 62% era varón. La principal sintomatología por la cual fueron llevados a cirugía, eran episodios repetidos de infección pulmonar 71%, con abundante expectoración amarilla purulenta 47% y procesos neumónicos 24% que demandó internación; la hemoptisis fue la manifestación secundaria en el 29%. En todos se realizaron estudios de radiografía AP y L de tórax; fibrobroncoscopia con cultivo bacteriano y micobacteriano de secreción bronquial. El germen aislado con mayor frecuencia fue H. influenza 24%, *S. pneumoniae* 11%, *P. aeruginosa* 7% y *K. pneumoniae* 5%; no se detectaron lesiones endobronquiales o cuerpos extraños. Pruebas funcionales respiratorias: pre y post-cirugía sin que esta última alterara significativamente el FVC ni en el FEV1, a pesar de la resección del parénquima, lo cual es el resultante de su escasa funcionalidad ventilatoria. TC tórax de alta resolución: permite identificar el tipo y distribución del patrón bronquiectásico, establecer la presencia de adherencias hacia estructuras vecinas, adenopatías calcificadas y planear el abordaje quirúrgico. Ubicación más frecuente de las bronquiectasias: lóbulos inferiores, 83%, con preferencia el izquierdo, 62%; le sigue la afectación del lóbulo medio. Se detectaron bronquiectasias saculares en el 71%. Las indicaciones para cirugía fueron el fracaso del tratamiento medicamentoso en 72%, que requirió internación más de dos veces al año durante dos años consecutivos; episodios de hemoptisis recidivante e importante (300 ml/24h) en 24% y destrucción manifiesta de uno o más lóbulos en el 4%. Tipo de cirugía: lobectomía en 76%, bilobectomía en 18% y neumonectomía en 6%. La vía de abordaje fue por toracotomía posterolateral en 14 pacientes y 2 por VATS. Complicaciones: sangrado post-operatorio en 2 pacientes, atelectasia en 3 pacientes y pérdida aérea prolongada, en un paciente.

Conclusiones: Los resultados de este grupo de pacientes seleccionados para cirugía fueron favorables, lo cual se basa en su adecuada reserva pulmonar, a la presencia de un patrón patológico localizado, lo cual permite una cirugía de resección completa del parénquima afecto en el 87%.