

CIRUGÍA TORÁCICA

ANALGESIA PARAVERTEBRAL Y TORACOTOMÍA. EFECTOS EN LA INCIDENCIA DE DOLOR CRÓNICO

J.J. Fibla Alfara¹, J. Hernández Ferrández¹, A. Guirao Montes¹, A. Sierra Devis² y L. Molins López-Rodó³

¹Cirugía Torácica; ²Anestesiología. Hospital Universitari del Sagrat Cor.

³Cirugía Torácica. Hospital Universitari del Sagrat Cor-Hospital Clínic.

Introducción: La analgesia epidural torácica constituye el estándar en el manejo del dolor agudo post-toracotomía, siendo además recomendada en estudios anestésicos como una medida preventiva para evitar el dolor crónico post-toracotomía (DCP). En una reciente revisión se ha estimado una prevalencia de DCP entre el 32-52%, siendo severo (EVA > 5) en el 10%. La analgesia paravertebral ha emergido como una opción a la analgesia epidural, presentando menos efectos secundarios y cifras similares de dolor agudo postoperatorio. En este estudio decidimos analizar nuestra incidencia de DCP en pacientes en cuyo manejo la técnica analgésica principal fue la analgesia paravertebral y no la epidural.

Material y métodos: Estudio transversal realizado a pacientes vivos operados de toracotomía por carcinoma broncogénico entre 2007 y 2012 en los que se empleó la analgesia paravertebral como analgesia principal. Se enviaron 216 encuestas consistentes en un cuestionario completo sobre la presencia o no de dolor crónico y sus características.

Resultados: 40 pacientes contestaron a la encuesta (rango de intervalo post-toracotomía 24-84 meses). Once pacientes (27,5%) refirieron

DCP: 7 mujeres/4 hombres, edad media: 59. Por tipo de toracotomía: anterior: 8, postero-lateral: 3. Por resección: neumonectomías: 2, lobectomías: 5, segmentectomías: 4. Dos casos evaluaron el dolor como de la misma intensidad del postoperatorio inicial y 9 como que había disminuido mucho y sólo aparecía en ocasiones. Respecto a la localización: 1 hombro-espalda, 2 difuso por hemitórax y 8 localizado en la zona de la toracotomía. Por características 1 lo describió como lacerante, 5 punzante y 5 acorchamiento. Por desencadenantes 1 como continuo, 5 lo asociaron al movimiento y 5 ocasional. Por escalas de dolor: Escala de Melzack-Torgerson: 1 lo etiquetó como grado D (horrible), 1 grado C (angustioso), 6 grado B (incómodo) y 3 grado A (leve). Por la escala EVA 1 le dio un 9, 1 un 7, 2 un 5, 4 un 4, 2 un 3 y 1 un 2. EVA medio: 4,5.

Conclusiones: En nuestra serie las incidencias de dolor crónico post-toracotomía -27,5%- y dolor severo crónico -5%- fueron menores que las publicadas en las series con analgesia epidural (32-52% de dolor crónico, EVA > 5 en el 10%). En nuestra opinión la analgesia paravertebral no sólo logra un correcto manejo del dolor agudo sino que también es comparable a la analgesia epidural en la incidencia de dolor crónico.

ANÁLISIS DE MORBILIDAD POSTOPERATORIA EN LA RESECCIÓN PULMONAR MAYOR POR CÁNCER DE PULMÓN

J.A. Ariza Traslaviña, R. Moreno Balsalobre, J.L. García Fernández, C. Montoya Medina, H. Milián y Y.W. Pun Tam

Hospital Universitario de la Princesa.

Introducción: La mayoría de las curaciones por cáncer de pulmón han ocurrido en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico. Es natural, por tanto, querer ampliar el rol de la cirugía sola o en combinación con otras terapias. Esto a su vez genera proporcionalmente mayor morbilidad y mortalidad. Hemos valorado el efecto de varios factores sobre la incidencia de complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a lobectomía.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo donde analizamos 100 lobectomías por cáncer de pulmón realizadas en los años 2012 y 2013 en el Hospital Universitario de la Princesa. Comparamos variables como sexo, edad, tabaquismo, enfermedad cardiovascular, estadio tumoral, tipo de cirugía, lóbulo pulmonar resecado e histología.

Resultados: El 59% eran varones. La edad media fue de 63 años (28-84), 27% eran mayores de 70 años. El 82% eran fumadores. El 60% tenían enfermedad cardiovascular. En el 72% el abordaje fue por toracotomía y en el 28% por cirugía videotoracoscópica. En el curso postoperatorio se presentaron 19 pacientes (19%) con complicaciones. Fibrilación auricular (FA) en 9 pacientes (47%), Sangrado en 2 (11%), Atelectasia en 2 (11%), Insuficiencia respiratoria parcial en 1 (5%), Fuga aérea prolongada (FAP) en 1 (5%), quilotórax en 1 (5%), FA e Insuficiencia renal aguda en 1 (5%), sangrado y FAP en 1 (5%). El 78% eran varones. La edad media fue de 64 años (45-84), 32% eran mayores de 70 años. El 94% eran fumadores. El 63% tenían enfermedad cardiovascular. El abordaje fue en el 100% por toracotomía. La estadificación postoperatoria fue: IA en 3 casos (16%), IB en 6 (32%), IIA en 4 (21%), IIB en 3 (16%), IIIA en 3 (16%). Los lóbulos resecados fueron: superior derecho en 8 casos (42%), superior izquierdo en 8 (42%), inferior izquierdo en 2 (11%), inferior derecho en 1 (5%). La histología más frecuente fue el adenocarcinoma con 13 casos (68%), seguida del C. epidermoide con 6 (32%).

Conclusiones: Conforme con la literatura la mayoría de las complicaciones fueron cardiorespiratorias. Podrían ser factores de riesgo de complicación postoperatoria el sexo masculino, la edad avanzada, el tabaquismo, la enfermedad cardiovascular, la Toracotomía, y la resección de lóbulos superiores. El estadije parece tener poca influencia sobre la frecuencia de complicaciones.

ANÁLISIS RETROSPECTIVO: LOBECTOMÍA VATS EN EL HOSPITAL DE FÁTIMA DE VIGO

J.C. Duran Toconás¹, C.J. Toro Bobarín² y E. Peña González¹

¹Hospital Nuestra Señora de Fátima. ²Hospital Universitario de Vigo.

Introducción: En las últimas décadas los avances en cirugía mínimamente invasiva han revolucionado la práctica quirúrgica en gran parte de centros españoles. Este trabajo describe la evolución de la técnica de lobectomía video asistida (VATS) y valorar los resultados, inmediatos y a medio plazo, obtenidos mediante este procedimiento quirúrgico en paciente en nuestro centro. El propósito de este trabajo es compartir esta experiencia con otros cirujanos torácicos que realicen o quieran realizar este procedimiento quirúrgico.

Material y métodos: Diciembre 2011 y diciembre 2013 fueron realizadas un total de 78 procedimientos VATS en la resección pulmonar anatómica, minitoractomía 3 cm y puerto para la óptica. 59 hombres (76%) y 19 mujeres (24%), con una edad media de $65 \pm 10,9$ años, se recogieron los datos de forma retrospectiva. Se analizaron los resultados con respecto a tiempo operatorio, complicaciones quirúrgicas y postquirúrgicas, tasa de reconversión a toracotomía considerando variables técnicas, días de estancia en la unidad de reanimación, estancia hospitalaria y días con drenaje torácico. Se realizó un estudio estadístico utilizando el programa IBM SPSS 20.0 para Windows.

Resultados: 78 resecciones pulmonares anatómicas. Antecedentes: EPOC 27%, n = 21, tuberculosis 4%, n = 3, intervenciones previas 4%, n = 8. Diagnóstico histológico preoperatorio 33%, n = 63. Lobectomías 94%, n = 74, bilobectomías 4%, n = 3, neumonectomía 1,3%, n = 1, lobectomía: LSD 33%, n = 26, LM 14%, n = 11, LID 17%, n = 13, LSI 27%, n = 21, LII 14%, n = 11, histología postoperatorio tumoral 86%, patología Benigna 14%, n = 11. Estadificación TNM en el subgrupo de cáncer de pulmón IA 30% (n = 23), IB 24% (n = 19), IIA 17% (n = 13), IIB 9% (n = 7), IIIA 5% (n = 4), IIIB 1,3% (n = 1). La mortalidad operatoria nula, tiempo quirúrgico medio 150 ± 60 min. La tasa de conversión un 16%, n = 12, causas de reconversión: Adherencias 3,8%, n = 3, adenopatías 3,8%, n = 3, dificultades técnicas 1,3%, n = 1, infiltración de estructuras 5,2%, n = 4, otras causas de conversión 1%, n = 1. La tasa global de complicaciones postoperatoria fue del 30%, n = 24, FA 10% (n = 10), SDRA 2,6%, n = 2, atelectasia 3,8%, n = 3, otras complicaciones 10%, n = 9, estancia media hospitalaria total de la serie fue 6 ± 7 días, y de $4,8 \pm 6$ días lobectomías VATS, drenaje torácico tiempo medio de $4 \pm 3,5$ días.

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

CLIPPING DE LA CADENA SIMPÁTICA EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS Y EL RUBOR FACIAL. RESULTADOS Y SEGUIMIENTO EN 251 PACIENTES

J.J. Fibla Alfara¹, J. Hernández Ferrández¹, A. Guirao Montes¹ y L. Molins López-Rodó²

¹Cirugía Torácica. Hospital Universitari del Sagrat Cor. ²Cirugía Torácica. Hospital Universitari del Sagrat Cor-Hospital Clínic.

Introducción: La principal causa de insatisfacción tras la simpaticotomía videotoracoscópica (S-VTC) en el tratamiento de la hiperhidrosis (HH) y el rubor facial (RF) es la sudoración compensadora (SC). Teóricamente el clipaje del nervio simpático (NS) es reversible mediante la retirada del clip. Presentamos nuestra experiencia con esta técnica.

Material y métodos: Desde enero de 2007 hasta diciembre de 2013, 251 pacientes diagnosticados de HH y/o RF fueron operados median-

te VTC y "clipping" del NS. Los niveles de clipaje fueron los siguientes: para RF: R2; HH palmar: R3 (R4 a partir de 2012); HH axilar: R4 (R5 a partir de 2012); HH palmar-axilar: R3-4 (R4-5 a partir de 2012). Los resultados fueron evaluados tras una semana, 3, 12 y 24 meses. El seguimiento medio fue de 16 meses.

Resultados: Hubo 100 hombres y 151 mujeres con una edad media de 30 años (15-58). En 65 pacientes (26%) el síntoma principal fue el RF; en 88 (35%) HH palmar; en 59 (24%) HH palmar-axilar y en 25 (10%) HH axilar pura. 244 pacientes (97%) recibieron el alta dentro de las primeras 24 horas postoperatorias, 213 (85%) se intervinieron en régimen ambulatorio. 8 pacientes (3,5%) presentaron complicaciones menores. 237 de los 251 pacientes mostraron mejoría de sus síntomas (94%), 58/65 de RF (89%); 88/88 de HH palmar (100%), 57/59 de HH palmar-axilar (97%) y 19/25 de HH axilar pura (76%). Hubo SC en 129/251 casos (51%), siendo etiquetada como de intensidad media en 107 pacientes (43,5%), severa en 16 (6,4%) e insufrible en 6 casos (2,4%) que precisaron retirada de los clips la cual se llevó a cabo a los 2 meses en 3 pacientes, a los 3 meses en dos y a los 7 meses en uno que fue el único caso en el que hubo dificultades técnicas. Un año tras la retirada, 3 pacientes (de los 6 sometidos a retirada) presentaron mejoría de la SC (3/6:50%) y 3 de ellos mantuvieron el efecto inicial del clipaje sobre la HH/RF. En los 51 últimos casos -de 2012 a 2013- en los que se clipó el NS a niveles más bajos (palmar R4, axilar R5 y palmar-axilar R4-5) la incidencia de SC fue de sólo 1 caso (2%).

Conclusiones: El "clipping" del NS por VTC es un procedimiento seguro y efectivo para el manejo de la HH o RF. En nuestra experiencia los índices de mejoría de los síntomas y la SC son comparables a la simpatectomía clásica, con la ventaja de que únicamente con esta técnica es factible el "desbloqueo" del NS mediante la retirada del clip para intentar mejorar la SC. En nuestra experiencia realizar el clipaje a niveles más bajos del NS disminuye significativamente la SC.

DETERMINANTES DEL CONSUMO DE OXÍGENO EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR POR CÁNCER

E. Curto Sánchez¹, C. Martín Ontiyuelo¹, A. Rodó-Pin², R. Aguiló³, A. Rodríguez³, J. Gea⁴ y D.A. Rodríguez⁴

¹Servicio de Neumología. Hospital del Mar. ²Servicio de Neumología; ³Servicio de Cirugía Torácica. Hospital del Mar. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM). ⁴Servicio de Neumología. Hospital del Mar. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM). Universitat Pompeu Fabra (UPF). CIBERES. (ISCIII).

Introducción: La medición del consumo de oxígeno (VO_2) durante el esfuerzo es uno de los elementos claves en la valoración del riesgo quirúrgico para la resección pulmonar por cáncer. Dado que los valores de VO_2 están relacionados con gran cantidad de factores (ej: edad, género, enfermedad respiratoria o cardiovascular, etc.), la evaluación de sus determinantes puede resultar de utilidad para mejorar la aproximación prequirúrgica.

Material y métodos: Se incluyeron todos los casos consecutivos de pacientes sometidos a cirugía torácica con intención curativa por cáncer pulmonar de célula no pequeña en 4 años, valorando las características funcionales y de tolerancia al esfuerzo. Los determinantes del VO_2 fueron analizados mediante regresión lineal para cada grupo de pacientes (con y sin complicaciones postquirúrgicas).

Resultados: Fueron incluidos en el análisis 156 pacientes (101 lobectomías). Las complicaciones ocurrieron en un 32% (n = 50, 16 de causa respiratoria y 31 de origen cardíaco). Los pacientes que presentaron complicaciones mostraron un VO_2 similar a los no complicados [media (DE); VO_2 de 15 (3) ml/kg/min vs 16 (2) ml/kg/min, p = 0,121]. Las variables independientemente asociadas con el VO_2 en los pacientes no complicados fueron: edad, IMC, FEV₁ y PaO₂ (explicando el 40% de la varianza, p = 0,039), mientras que en aquellos pacientes que presentaron complicaciones las variables fueron: escala ASA, DLco, PaO₂

y los antecedentes de diabetes, insuficiencia cardíaca o arritmias (aplicando el 81% de la varianza, $p = 0,027$).

Conclusiones: Los determinantes del consumo de oxígeno son diferentes entre pacientes con complicaciones y aquellos que no las presentaron. Las comorbilidades cardiovasculares parecen explicar en parte estas diferencias.

EFECTO DE LA ASOCIACIÓN PREOPERATORIA DE GABAPENTINA ORAL Y PARCHES DE LIDOCAÍNA AL 5% EN LOS NIVELES DE DOLOR POST-TORACOTOMÍA. ESTUDIO PROSPECTIVO Y ALEATORIZADO

J.J. Fibla Alfara¹, J. Hernández Ferrández¹, A. Guirao Montes¹, A. Sierra Devis² y L. Molins López-Rodó³

¹Cirugía Torácica; ²Anestesiología. Hospital Universitari del Sagrat Cor.

³Cirugía Torácica. Hospital Universitari del Sagrat Cor-Hospital Clínic.

Introducción: El dolor post-toracotomía es uno de los más intensos y difíciles de tratar. Para su manejo han aparecido recientemente los conceptos de analgesia preventiva y sinergia farmacológica. Basándonos en estos conceptos hemos analizado los efectos en el dolor post-toracotomía de la asociación preoperatoria de la gabapentina oral y la lidocaína tópica en parche.

Material y métodos: Estudio prospectivo y aleatorizado de 70 pacientes consecutivos programados para toracotomía por cáncer pulmonar. Los pacientes fueron divididos preoperatoriamente en dos grupos según la toracotomía a la que iban a ser sometidos (TA: toracotomía anterior/TP: toracotomía posterolateral). Los pacientes de cada grupo se asignaron aleatoriamente a Grupo A ($n = 35$): administración preoperatoria de 1.200 mg de gabapentina oral más colocación de un parche de lidocaína al 5% en la región donde se realizaría la incisión de toracotomía. Grupo B ($n = 35$): ningún tratamiento preoperatorio. Todos los pacientes recibieron como analgesia postoperatoria: bolus de 15 ml de analgésico local por catéter paravertebral más metamizol endovenoso cada 6 horas (alternos), y meperidina como analgésico de rescate. Los del grupo A recibieron 600 mg/12h de gabapentina las primeras 72 horas de ingreso. Se midió el grado de dolor postoperatorio empleando la escala EVA a las 1, 6, 24, 48 y 72 horas. También se registró la necesidad de analgesia de rescate y los efectos secundarios.

Resultados: No hubo efectos secundarios mayores en relación a la gabapentina y al parche de lidocaína. Tras la administración de la gabapentina 7 pacientes (20%) refirieron somnolencia intensa y 2 (5,6%) vértigo. Diez pacientes (14%) necesitaron analgesia de rescate (3 en grupo A y 7 en grupo B). Los valores de EVA medios fueron: todos los casos ($n = 70$): $5,1 \pm 2,1$, TA ($n = 38$): $4,5 \pm 2,1$, TP ($n = 32$): $5,8 \pm 1,7$, Grupo A ($n = 35$): $4,5 \pm 2,1$, Grupo B ($n = 35$): $5,7 \pm 1,9$, Grupo A + TA ($n = 19$): $4,0 \pm 2,2$, Grupo B + TA ($n = 19$): $5,0 \pm 2,0$, Grupo A + TP ($n = 16$): $5,1 \pm 1,6$ y Grupo B + TP ($n = 16$): $6,5 \pm 1,7$.

Conclusiones: En nuestro estudio la administración conjunta preoperatoria de gabapentina junto con un parche de lidocaína produjo un descenso significativo en los niveles de dolor postoperatorio ($4,5$ vs $5,7$, $p < 0,05$). No hubo efectos secundarios significativos asociados ni a la gabapentina ni al parche. La analgesia preventiva y la sinergia farmacológica son conceptos muy prometedores en el manejo del dolor en cirugía torácica a profundizar en futuros estudios.

ESTUDIO COMPARATIVO DEL ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LAS TIMECTOMÍAS EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS

C.R. Rodríguez Ortega, A.I. Triviño Ramírez, M. Genovés Crespo, A.F. Honguero Martínez, C.A. Rombolá, M.D. García Jiménez y P. León Atance

Hospital General Universitario de Albacete.

Introducción: La indicación más frecuente de timectomía es la miastenia gravis (MG). Aunque el abordaje quirúrgico clásico ha sido la esternotomía media, el auge de las nuevas tecnologías ha permitido el desarrollo de los procedimientos mínimamente invasivos. Presentamos nuestra experiencia y resultados en el tratamiento quirúrgico de la MG, analizando ambas vías de abordaje.

Material y métodos: Se trata de un estudio comparativo de 20 pacientes (mujeres: $n = 15$ (75%); hombres: $n = 5$ (25%)) con MG sin timoma asociado, tratados quirúrgicamente mediante timectomía (VATS: $n = 7$; Abordaje convencional: $n = 13$), que analiza la repercusión clínica en el postoperatorio inmediato y los resultados al año de la cirugía. Las variables estudiadas fueron: la edad, el sexo, la histología, evolución clínica, estancia hospitalaria y dolor postoperatorio.

Resultados: En el grupo de las timectomías videoasistidas (VATS) se incluyeron 7 pacientes (mujeres $n = 6$; hombres: $n = 1$) con edades comprendidas entre los 23-62 años ($M = 48$) cuyos resultados histopatológicos fueron: restos tímicos 42,85% e hiperplasia tímica 57,14%. En el grupo de timectomías mediante cirugía convencional (CC) se incluyeron 13 pacientes (mujeres: $n = 9$; hombres: $n = 4$) con edades comprendidas entre 20-81 años ($M = 49,38$) sus resultados histopatológicos fueron: restos tímicos 61,53% e hiperplasia tímica 38,46%. Al analizar la evolución clínica independiente del abordaje utilizado, en función de la edad ($>/< 50$ años), se observó que en el grupo de > 50 años existía un empeoramiento clínico de 44,44% y una mejoría de 22%; sin embargo en el grupo < 50 años la mejoría clínica fue de 54%, sin observarse empeoramiento clínico. Por otro lado, al estudiar la relación entre la evolución clínica y el abordaje se evidenció una mejoría clínica de 71,42% en el grupo de la VATS y un 23,07% en el grupo de CC. La mediana de estancia hospitalaria fue para el grupo de VATS de 4 (rango 2-8 días) y para la CC de 6 (rango 3-56 días). El dolor postoperatorio al tercer día fue controlado mediante medicación oral: 100% grupo VATS y 23% para el grupo CC.

Conclusiones: A pesar de las limitaciones de nuestro estudio los resultados de esta serie muestran: La timectomía videoasistida es una técnica segura y efectiva para el tratamiento de la MG. La recuperación postoperatoria es más temprana en el grupo VATS. Escasa mejoría en los pacientes mayores de 50 años.

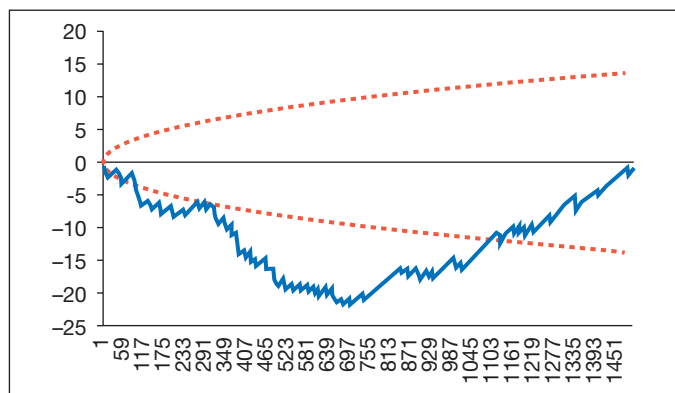
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE PULMÓN MEDIANTE GRÁFICOS CUSUM EN SERIES TEMPORALES: INDICACIÓN DE LA NEUMONECTOMÍA

G. Varela, M.T. Gómez Hernández, M. Rodríguez, J.L. Aranda Alcaide, N. Novoa Valentín y M.F. Jiménez

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: La hipótesis de esta investigación es que se puede construir un gráfico CUSUM ajustado por riesgo para evaluar la calidad en la indicación de neumonectomía en pacientes con cáncer de pulmón. Este gráfico nos mostraría la tendencia temporal de neumonectomías evitadas ajustadas por el riesgo de necesitar dicha operación según el estadio quirúrgico patológico (qp) del tumor. No existe ninguna publicación previa que utilice esta metodología para evaluar la calidad de la resección pulmonar por CP.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los registros informatizados de 1.491 casos de CP intervenidos entre 1994 y 2013 mediante resección anatómica completa. Utilizando Stata 13.0 se ha construido un modelo de regresión logística con técnica de remuestreo por bootstrap, en el que la variable dependiente es la realización de neumonectomía y la variable independiente es el estadio tumoral qp. Posteriormente se ha conservado la probabilidad de neumonectomía estimada para cada caso y se ha calculado la robustez del modelo mediante curva ROC no paramétrica. A continuación, los casos se han



ordenado temporalmente y se ha construido en Excel un gráfico CUSUM ajustado por riesgo según una metodología publicada (Ann Thorac Surg. 2003;76:633-7). En este tipo de gráfico, la desviación de la curva hacia arriba indica que se han evitado neumonectomías en casos en los que se esperaba dicha operación; si la curva se desplaza hacia abajo, indica lo contrario.

Resultados: La serie consta de 1.212 lobectomías y 279 neumonectomías. La tasa global de neumonectomía es 18,7%. La variable estadística qp se correlaciona con la realización de neumonectomía con un valor $p = 0,000$; el índice C del modelo es 0,7. En la figura se observa el gráfico CUSUM. A partir del caso n° 697 se aprecia una inversión de la tendencia y se comienza a evitar neumonectomías en casos en los que se esperaba dicha operación.

Conclusiones: La metodología de representación en gráficos CUSUM permite evaluar visualmente el rendimiento del equipo quirúrgico en cuanto a neumonectomías evitadas. Introducir esta metodología para monitorizar la calidad en tiempo real permite implementar medidas correctoras eficaces que mejoran la atención a los pacientes.

EVALUACIÓN DE LA CARGA DE TRABAJO COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR POR CÁNCER

C. Martín Ontiyuelo¹, E. Curto Sánchez¹, A. Rodó-Pin², R. Aguiló³, A. Rodríguez³, J. Gea⁴ y D.A. Rodríguez⁴

¹Servicio de Neumología. Hospital del Mar. ²Servicio de Neumología; ³Servicio de Cirugía Torácica. Hospital del Mar. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM). ⁴Servicio de Neumología. Hospital del Mar. Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM). Universitat Pompeu Fabra (UPF). CIBERES. (ISCIII).

Introducción: Para estratificar el riesgo quirúrgico en cirugía por cáncer pulmonar se utilizan variables funcionales respiratorias y de pruebas de esfuerzo cardio-pulmonar (PECP). Estas últimas de complicada y costosa aplicación. La utilización de una prueba incremental que evalúe solo la carga de trabajo pico (WRpico en watts) podría mejorar los algoritmos de la valoración preoperatoria.

Material y métodos: Se consideraron todos los casos consecutivos sometidos a cirugía con intención curativa por cáncer pulmonar de célula no pequeña (2009-2013). Se valoraron las características funcionales y de tolerancia al esfuerzo siguiendo las recomendaciones internacionales. El objetivo fue valorar la capacidad de la WRpico para predecir complicaciones.

Resultados: Se incluyeron 156 pacientes (101 lobectomías) [87% hombres; media (DE), edad 66 (8) años, FEV₁ 60 (15)% teórico, DLco 59 (24)% teórico]. Presentaron complicaciones un 32% (n = 50, 16 de causa respiratoria y 31 de origen cardíaco). La correlación entre VO₂ pico y WRpico fue de 0,65 ($p = 0,001$). Los pacientes con valores de

WRpico reducidos (< 60 Watts) presentaron una VO₂ pico también menor (15 (2) ml/kg/min) en comparación con los pacientes con WRpico ≥ 60 Watts [17 (5) ml/kg/min, $p = 0,001$]. Los pacientes con WRpico (< 60 Watts) en su mayoría presentaban EPOC y diabetes. WRpico (< 60 Watts) fue un factor independiente para presentar complicaciones (RR [IC 95%]: 2,95 [1,33-6,53], $p = 0,008$).

Conclusiones: La carga de trabajo pico está asociada a complicaciones postquirúrgicas de pacientes sometidos a resecciones por cáncer pulmonar. Su utilización como variable predictora de riesgo podría permitir simplificar el uso de pruebas de esfuerzo en la práctica clínica habitual.

FACTORES Y CLASIFICACIÓN PRONÓSTICA DE LA MORBIMORTALIDAD POSQUIRÚRGICA EN RESECCIÓN PULMONAR POR CARCINOMA PULMONAR DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS (CPCNP)

H.S. Landa Oviedo, I. Royo Crespo, P. Ordóñez Lozano, P. Martínez Vallina y J.J. Rivas de Andrés

Hospital Universitario Miguel Servet.

Introducción: El objetivo de este estudio fue determinar la morbilidad postoperatoria e identificar factores pronósticos que permitan definir grupos de riesgo en pacientes sometidos a resección pulmonar por CPCNP.

Material y métodos: Se estudió de manera retrospectiva una muestra de 249 pacientes sometidos a resección pulmonar por CPCNP de manera consecutiva: resección atípica RA (35), segmentectomías anatómicas (7), lobectomías (163), bilobectomía (9) y neumonectomías (35).

Resultados: Las complicaciones posquirúrgicas se clasificaron con el sistema de Bernard en cuatro grupos: pacientes sin complicaciones 52,6% (131), con complicaciones moderadas 36,9% (92), con complicaciones severas que requieren reingreso en UCI 1,6% (4) y mortalidad post-operatoria 8,8% (22). La morbilidad por cualquier causa fue del 47,4% (118). Las complicaciones más frecuentes fueron: fuga aérea persistente > 5 días: 18,5% (46), sangrado que precisa hemotransfusión: 12,9% (32), insuficiencia respiratoria: 10,8% (27) y arritmia cardíaca: 9,6% (24). El índice de comorbilidad fue calculado con el método de Romano para cada uno de los pacientes, asignando un valor a sus patologías de base: cardiopatía isquémica = 1, ictus = 1, vasculopatía periférica = 2, IRC = 2, DM = 2, patología oncológica = 2 e ICC = 3. Los factores asociados de forma independiente a morbilidad postquirúrgica incluyen edad > 74 años ($p = 0,0039$), índice de comorbilidad de Romano ≥ 4 ($p = 0,021$), FEV₁ < 80% (0,029), tipo de resección pulmonar ($p = 0,008$), tipo de resección bronquial ($p = 0,0001$) y la linfadenectomía mediastínica ($p = 0,002$). Los pacientes se clasificaron en 4 grupos de riesgo: Grupo I (FEV₁ $\geq 80+$ RA + índice Romano < 4) con el mejor pronóstico (10 pacientes); Grupo II (FEV₁ $\geq 80+$ RPM + índice comorbilidad < 4 o FEV₁ < 80 + R.A. + índice comorbilidad Romano < 4) (108 pacientes); Grupo III (FEV₁ $\geq 80+$ Resección pulmonar mayor (RPM) + índice comorbilidad > 4 o FEV₁ < 80 + RPM + índice comorbilidad Romano < 4) (102 pacientes); Grupo IV (FEV₁ $\geq 80+$ Resección pulmonar mayor (RPM) + técnicas broncoplasticas + índice comorbilidad de Romano > 4 o FEV₁ < 80 + RPM + índice comorbilidad de Romano > 4) con el peor pronóstico (29 pacientes) ($p = 0,038$).

Conclusiones: En nuestro medio, las complicaciones severas y la mortalidad tras resección pulmonar por CPCNP se asemejan a la revisión de la literatura. Conocida la debilidad estadística del estudio, esta clasificación puede ser útil para estimar el pronóstico postoperatorio de los pacientes sometidos a una resección pulmonar por CPCNP.

Tabla 1. Descripción y clasificación de las complicaciones post-operatorias en resecciones pulmonares por CPCNP

| Tipo de complicación | Total n (%) ^a | Complicaciones moderadas | Complicaciones severas | Exitus postoperatorio |
|--|--------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------|
| Cualquier tipo de complicación | 118 (47,4) | 92 | 4 | 22 |
| Fuga aérea persistente | 46 (18,5) | 41 | 1 | 4 |
| Neumonía | 8 (3,2) | 5 | 0 | 3 |
| Atelectasia que precisa FBC | 9 (3,6) | 7 | 0 | 2 |
| Empiema | 10 (4,0) | 4 | 0 | 6 |
| Fístula bronco-pleural | 5 (2,0) | 0 | 0 | 5 |
| Insuficiencia respiratoria que precisa O ₂ | 27 (10,8) | 7 | 2 | 18 |
| Otras complicaciones pleuro-pulmonares que requieren colocación de drenaje torácico (neumotórax, hidroneumotórax.) | 12 (4,8) | 10 | 0 | 2 |
| Hemotransfusión | 32 (12,9) | 23 | 1 | 8 |
| Arritmia cardíaca | 24 (9,6) | 14 | 1 | 9 |
| Cardiopatía isquémica | 3 (1,2) | 1 | 0 | 3 |
| Shock | 19 (7,6) | | | |
| Cardiogénico | 4 | 0 | 0 | 4 |
| Hipovolémico | 11 | 6 | 0 | 5 |
| Séptico | 4 | 1 | 0 | 3 |
| Infección de herida quirúrgica | 3 (1,2) | 2 | 0 | 1 |

^aLos % de las complicaciones se calculan en base al total de p (N=249).

Tabla 2. Factores relacionados a complicaciones postoperatorias en resecciones pulmonares por CPCNP

| | N (249) | Complicaciones moderadas (92) | Complicaciones severas (4) | Exitus postoperatorio (22) | p |
|----------------------------------|---------|-------------------------------|----------------------------|----------------------------|-------|
| Edad (años) | | | | | 0,039 |
| < 65 | 91 | 28 | 2 | 3 | |
| 65-69 | 47 | 17 | 1 | 3 | |
| 70-74 | 55 | 26 | 1 | 8 | |
| > 74 | 56 | 21 | 0 | 8 | |
| Género | | | | | 0,330 |
| Masculino | 209 | 77 | 4 | 21 | |
| Femenino | 40 | 15 | 0 | 1 | |
| Tabaquismo | | | | | 0,442 |
| Sí | 189 | 74 | 3 | 18 | |
| No | 60 | 18 | 1 | 4 | |
| Índice de comorbilidad de Romano | | | | | 0,021 |
| 0-3 | 186 | 71 | 3 | 11 | |
| > 3 | 63 | 21 | 1 | 11 | |
| QT inducción | | | | | 0,906 |
| Sí | 10 | 4 | 0 | 0 | |
| No | 237 | 88 | 4 | 22 | |
| FEV1 | | | | | 0,029 |
| ≥ 80 | 137 | 41 | 1 | 15 | |
| < 80 | 112 | 51 | 3 | 7 | |
| Tipo de resección | | | | | 0,008 |
| Cuña | 35 | 8 | 0 | 2 | |
| Segmentectomía | 7 | 2 | 0 | 0 | |
| Lobectomía | 163 | 70 | 3 | 9 | |
| Bilobectomía | 9 | 4 | 0 | 2 | |
| Neumonectomía | 35 | 8 | 1 | 9 | |
| Resección bronquial | | | | | 0,000 |
| No | 35 | 8 | 0 | 2 | |
| Mecánica | 200 | 80 | 4 | 19 | |
| Broncorrafia | 7 | 2 | 0 | 0 | |
| Manguito | 7 | 2 | 0 | 1 | |
| Linfadenectomía N2 | | | | | 0,002 |
| No | 44 | 9 | 2 | 9 | |
| Sí | 205 | 83 | 2 | 13 | |

IMPLICACIONES PRONÓSTICAS DEL TIPO DE RESECCIÓN PULMONAR EN EL CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO EN ESTADIOS INICIALES

H.S. Landa Oviedo, R. Embún Flor, P. Ordóñez Lozano, I. Royo Crespo, P. Martínez Vallina y J.J. Rivas de Andrés

Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción: El objetivo del estudio fue analizar el intervalo libre enfermedad (ILE) y supervivencia (SV) de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de un CPCNP (estadio I-II) según el tipo de resección pulmonar realizada.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo sobre una base de datos prospectiva que incluyó todos los pacientes intervenidos con intención radical de un CPCNP (Estadio I-II) desde el 1 de enero de 2010 hasta el 31 de diciembre de 2011. Se excluyeron los pacientes que fallecieron en el postoperatorio inmediato, 5% (n = 10), y los casos perdidos, 3% (n = 6) fueron considerados censurados a efectos de análisis. El análisis del ILE y SV se realizó mediante curvas de Kaplan-Meier y la comparación de las mismas por pares mediante la prueba del Log-Rank (sublobar vs bi/lobectomía; neumotectomía vs bi/lobectomía).

Resultados: La serie la componen un total de 193 pacientes a los que se realizó: resección sublobar 17% (n = 32), bi/lobectomía 75% (n = 144) y neumonectomía 8% (n = 17). La mediana del ILE fue de 43,8 meses (IC95% 37,7-49,8) y según el tipo de resección: sublobar 29,7 meses (IC95% 21,9-37,5), bi/lobectomía 45,8 meses (IC95% 39,2-52,4, p = 0,01) y neumonectomía 41,9 meses (IC95% 34,3-49,4, p = 0,78). La mediana de SV fue de 60,7 meses (IC95% 54,7-66,7) y según el tipo de resección: Sublobar 35,5 meses (IC95% 28,2-42,8), bi/lobectomía 65,5 meses (IC95% 59,6-71,2, p = 0,004) y neumonectomía: 27,4 meses (IC95% 16,2-38,6, p = 0,002). La supervivencia de la serie a 1 año y 3 años fue del 87 y 76%, respectivamente, y según el tipo de resección se representa en la tabla.

Supervivencia a 1 año y 3 años según el tipo de resección

| Tipo de resección | SV (1 año) | SV (3 años) |
|-------------------|------------|-------------|
| Sublobar | 83% | 79% |
| Bi/lobectomía | 90% | 80% |
| Neumonectomía | 73% | 59% |

Conclusiones: En espera de un mayor periodo de seguimiento y análisis más exhaustivo, que incluya posibles variables de confusión, con-

sideramos la bi/lobectomía como la técnica quirúrgica de elección en el CPCNP en estadios iniciales.

INFLUENCIA DE LA EDAD DEL PACIENTE SOBRE EL RENDIMIENTO EN LA PRUEBA DE SUBIR ESCALERAS

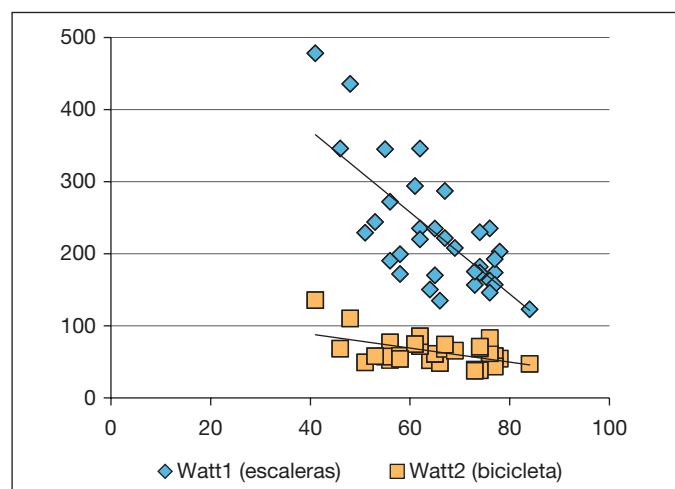
N. Novoa Valentín, M. Rodríguez Pérez, M.T. Gómez Hernández, M.F. Jiménez López, P. Esteban García, J.L. Aranda Alcaide y G. Varela

CAU Salamanca.

Introducción: Subir escaleras se propone como una prueba elemental en la evaluación del riesgo de la resección pulmonar, previa a la determinación del consumo de oxígeno. Sin embargo, el punto de corte que se propone para la prueba de subir escaleras es independiente de la edad del paciente. El objetivo de este trabajo es analizar si el rendimiento alcanzado por los pacientes en dos pruebas de ejercicio preoperatorias de resección pulmonar está influido por la edad.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 34 pacientes (25 varones) consecutivos remitidos para resección pulmonar mayor en Septiembre/14. Todos realizaron una prueba de subir escaleras limitada por altura y un protocolo en rampa en bicicleta ergométrica hasta la extenuación. Variables recogidas: demográficas y de cada prueba: la potencia desarrollada en vatios (Watt1: escaleras y Watt2: bicicleta). Se realizó un estudio de correlación lineal entre la edad y los rendimientos obtenidos.

Resultados: Edad media $65,3 \pm 10,6$. Rendimientos medios obtenidos: Watt1: $63,9 \pm 19,6$ y Watt2: $227,2 \pm 82,7$. Los rendimientos obtenidos se mostraron significativamente ($p > 0,001$ en ambos casos) influidos por la edad de los pacientes (fig.), de tal forma que a mayor edad menor rendimiento en ambas pruebas (Pearson = $-0,53$ y $-0,72$ para la bicicleta y la escalera respectivamente). Además, la edad influyó más sobre los rendimientos obtenidos en la prueba de escaleras (Pearson $0,72 > 0,53$).



Conclusiones: Existe una correlación significativa entre el rendimiento obtenido en las pruebas de evaluación preoperatoria y la edad de los pacientes que es mayor en la prueba de escaleras. Por ello, los resultados deberían corregirse por la edad o se debería utilizar una prueba donde la edad tenga la menor influencia posible.

LA DISCUSIÓN DE CASOS POR VIDEOCONFERENCIA MEJORA LA EFICIENCIA DE LA CONSULTA EXTERNA DE CIRUGÍA TORÁCICA

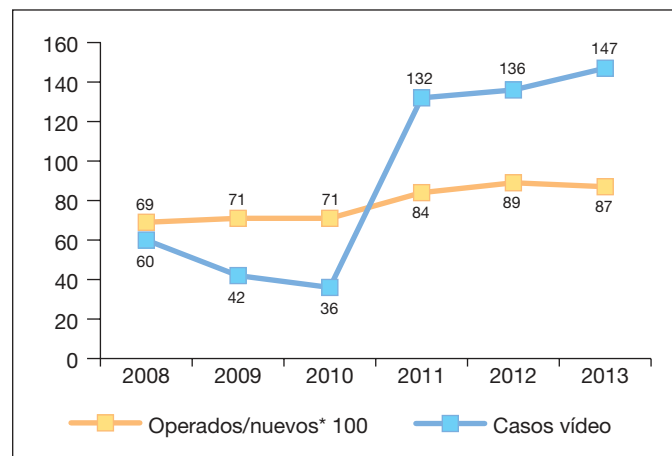
T. Gómez Hernández, M. Rodríguez Pérez, M.F. Jiménez López, N. Novoa Valentín, J.L. Aranda Alcaide y G. Varela Simó

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: Entendemos como eficiencia de la consulta externa que el índice casos operados/casos nuevos sea cercano a 1. En este estudio evaluamos si la sistematización de la discusión de casos por video conferencia se relaciona con la mejora de la eficiencia.

Material y métodos: Desde el año 2011 se ha establecido una videoconferencia semanal con dos de los hospitales del área de referencia. La videoconferencia se ha realizado mediante una aplicación corporativa del sistema de salud regional. En esas reuniones virtuales se ha discutido la indicación del tratamiento quirúrgico de pacientes cuya clínica e imágenes se ha presentado por miembros de los servicios de Neumología, Oncología Médica y Radioterápica, Radiología y Anatomía Patológica. Anteriormente al año 2011, solo se discutían casos de forma ocasional a través de esa vía. Se ha calculado el índice casos operados/casos nuevos en consulta externa de los años 2008-2013, considerando dos periodos de tres años previos y posteriores a la implementación del grupo de trabajo en red. Se han considerado casos operados todos los sometidos a cirugía programada con anestesia general. La media de cada periodo de tres años de ha comparado mediante el estadístico no paramétrico de Wilcoxon.

Resultados: La mediana de casos nuevos en los años 2008-2010 (fig.) es de 563 (rango 518-565); en los años 2011-2013 es de 464 (rango 442-475). El índice casos operados/nuevos del primer período es 0,70 y el del segundo es 0,87 ($p = 0,04$).



Conclusiones: A pesar de que solo dos hospitales han participado en la discusión de casos en red, la eficiencia global de la consulta externa ha mejorado tras la sistematización de la videoconferencia.

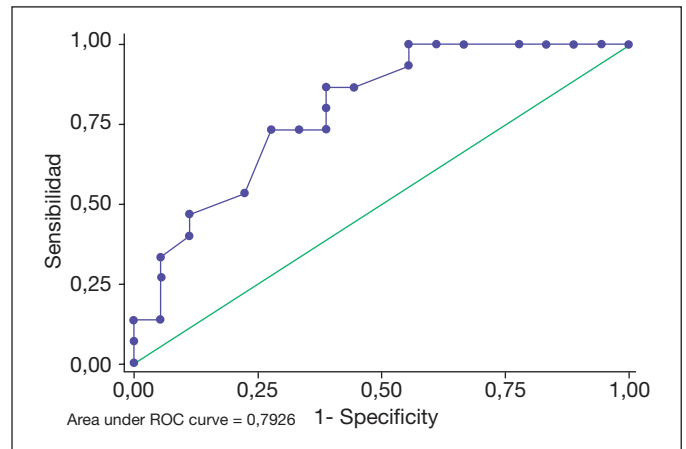
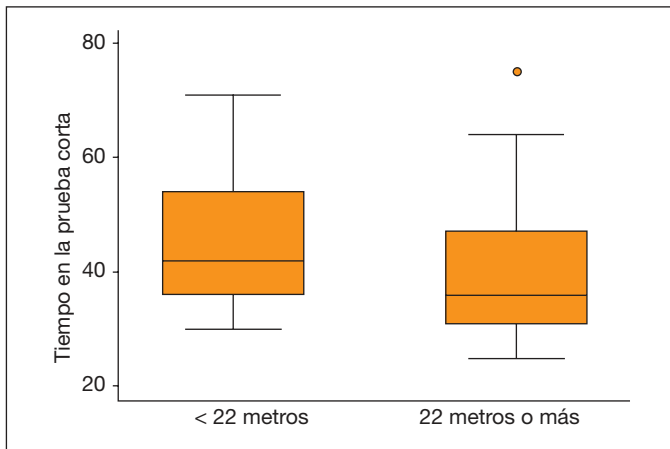
LA PRUEBA DE ESCALERAS ABREVIADA EN LA EVALUACIÓN DEL RIESGO DE LA RESECCIÓN PULMONAR: BUSCANDO UN PUNTO DE CORTE VÁLIDO

M.T. Gómez Hernández, M. Rodríguez, N. Novoa, J.L. Aranda Alcaide, M. Jiménez y G. Varela

Hospital Universitario de Salamanca.

Introducción: En el algoritmo de toma de decisiones de la ACCP para evaluación del riesgo de la resección pulmonar se propone la prueba de subir escaleras como paso previo a la medición del VO_{2max} . El punto de corte es dicha prueba es 22 metros. Sin embargo, esta prueba es difícilmente realizable en la práctica. Algunos investigadores han propuesto una prueba de escaleras abreviada –de 12 metros– en la que se evalúa la velocidad de ascenso y no la altura pero no se ha publicado ningún punto de corte válido para esta prueba. Este estudio propone un punto de corte que discrimine los casos que deben ser sometidos a VO_{2max} y los que no.

Material y métodos: Estudio prospectivo en 33 pacientes programados para resección pulmonar. Los pacientes han realizado las dos



pruebas de subir escaleras y se ha medido la altura alcanzada en la prueba larga y el tiempo empleado en subir 12 metros en la prueba corta. La altura se ha convertido en variable binaria (0: menos de 22 metros; 1: 22 o más metros) y se ha construido un modelo de regresión logística con una única variable predictiva que es el tiempo en la prueba corta.

Resultados: De los 33 pacientes evaluados, 15 completaron 22 metros o más en la prueba larga. Estos pacientes tardaron menos tiempo en completar la prueba corta (fig. 1). En la regresión, la capacidad predictiva en curva ROC es 0,79 (fig. 2) y el punto de corte de mayor sensibilidad (0,87) y especificidad (0,61) es 39 segundos.

Conclusiones: Los pacientes que pueden realizar la prueba corta de escaleras en 39 segundos o menos podrían ser intervenidos sin necesidad de medir su VO_{2max} . Este valor debe ser validado en series de casos más numerosas.

LIMITACIÓN CARDIORRESPIRATORIA DEL PECTUS EXCAVATUM Y CAMBIOS FUNCIONALES TRAS CORRECCIÓN QUIRÚRGICA

A. Gómez-Bastero Fernández, M. Boyd Higuera, F. Cozar Bernal, C. Romero Muñoz, V. Almadana Pacheco y T. Montemayor Rubio

Hospital Universitario Virgen Macarena.

Tabla 1. Características generales y estado prequirúrgico

| n = 17 | Basal | n = 17 | Basal |
|---|----------------------|------------------------------------|---------------------------------------|
| Edad (media ± desviación estándar) | 17,9 ± 3,7 | FEV1 | 3,5 ± 0,6 L (87,7 ± 13,6%) |
| Varones/Mujeres | 16 (94,1%)/1 (5,9%) | FVC | 4,1 ± 0,7 L (84,5 ± 13,1%) |
| Fumador/No fumador | 2 (11,8%)/15 (88,2%) | DLCO (%) | 89,4 ± 13,3 |
| H ^a tabáquica (paquetes-año) | 5,5 ± 0,5 | Submáximo (seg) | 494,1 ± 113,3 |
| Comorbilidades: | | Carga | 140,6 ± 27,5 W (69,8 ± 15,7 %) |
| Sd de Marfan | 1 (5,9%) | | |
| Sd Ehlers Danlos | 0 | VO ₂ máximo | 1865,3 ± 481,1 ml/min (69,5 ± 29,3 %) |
| Neuromuscular | 0 | | |
| Otras* | 5 (29,4%) | VO ₂ máximo (ml/min/kg) | 32 ± 7,3 |
| Síntomas: | | | |
| Disnea** | 17,8% | O ₂ /HR | 11,3 ± 3,4 ml/lpm (80,9 ± 27,2%) |
| Fatiga | 5,9% | VE | 56,5 ± 12,4 L/min (48,3 ± 10,8 %) |
| Dolor torácico | 29,4% | MET | 8,9 ± 2,1 |
| Palpitaciones | 17,6% | | |
| Intolerancia al esfuerzo | 58,8% | | |
| Calidad de vida: | | | |
| EVA | 75,0 ± 12,4 | | |
| Nuss | 2,7 ± 0,6 | | |
| IMC | 19,7 ± 2,1 | | |
| Haller (Pectus Severity Index) | 3,5 ± 0,6 | | |
| Alteraciones ECG*** | 1 (5,9%) | | |
| TAPSE (mm) | 24,01 ± 1,1 | | |
| IPAQ total (MET-min/semana) | 3.194,2 ± 2.819,5 | | |

*5 pacientes tenían entre asma bronquial y rinitis, **Según la escala mMRC: grado 1, ***Presentaba un prolapso valvular.

Introducción: El impacto fisiológico del pectus excavatum (PE) ha generado mucho debate; no existiendo todavía, a pesar de numerosas publicaciones, consenso sobre el grado de alteraciones fisiológicas como consecuencia del PE. De manera que podemos encontrar pruebas de función pulmonar normal, no pudiendo excluir la posibilidad de una limitación cardiopulmonar durante el ejercicio. Por ello, nuestro objetivo principal fue evaluar si existe una limitación cardiorrespiratoria de los pacientes con PE, y de manera secundaria analizar los cambios funcionales antes y después de la cirugía de corrección.

Material y métodos: Estudio observacional prospectivo de los pacientes atendidos para valoración prequirúrgica de corrección del PE desde enero 2012 hasta junio 2014. Se analizaron diversas variables epidemiológicas, clínicas, medición de la calidad de vida mediante escala visual analógica y cuestionario Nuss, índice de severidad del pectus (PSI), alteraciones ECG y medición ecocardiográfica de la función del ventrículo derecho (TAPSE), medida de la actividad física (International Physical Activity Questionnaire – IPAQ). Así como variables funcionales mediante espirometría forzada, medición de la difusión de monóxido de carbono, prueba de esfuerzo máxima y submáxima. Se realizó un análisis de las variables basalmente y posteriormente durante el primer año tras la cirugía de corrección del PE.

Resultados: n = 17, cuyas características basales se describen en la Tabla 1. Se realiza correlación entre el PSI y el TAPSE (r = -0,4), así VO₂

máx ($r = -0.3$), no siendo estadísticamente significativas. Se intervienen a 9 pacientes, en 2 casos se realiza corrección mediante técnica de Ravitch y en los 7 casos restantes mediante técnica de Nuss. En la tabla 2 se muestran las correlaciones entre las características basales y tras la corrección del PE.

Tabla 2. Correlaciones entre características basales y tras corrección quirúrgica

| n = 9 | Basal | Post IQX | P |
|-----------------------------|--|--|-------------|
| Síntomas: | | | 0,03 |
| Disnea | 0,11%* | 0% | |
| Fatiga | 0,11% | 0%* | |
| Dolor torácico | 0,22% | 0,11%** | |
| Palpitaciones | 0,22% | 0% | |
| Intolerancia al esfuerzo | 0,33% | 0,11%** | |
| Calidad de vida: | | | |
| EVA | 71,1 ± 8,9 | 75,0 ± 9,0 | 0,27 |
| Nuss | 2,6 ± 0,7 | 3,4 ± 0,6 | 0,01 |
| IMC | 19,2 ± 2,8 | 19,9 ± 2,2 | 0,15 |
| IPAQ total (MET-min/semana) | 2.669,0 ± 2.324,5 | 2.826,4 ± 999,3 | 0,39 |
| FEV1 (%) | 89,3 ± 9,8 | 87,7 ± 3,6 | 0,25 |
| FVC (%) | 86,3 ± 8,7 | 87,4 ± 4,1 | 0,18 |
| DLCO (%) | 90,8 ± 12,3 | 92,9 ± 16,8 | 0,50 |
| Submáximo (seg) | 453,3 ± 67,8 | 533,3 ± 81,8 | 0,01 |
| Carga | 143,9 ± 19,3 W (66,5 ± 15,3 %) | 150,5 ± 28,2 W (70,9 ± 18,1 %) | 0,35 (0,50) |
| VO2 máximo | 1.990,1 ± 506,4 ml/min (74,7 ± 30,4 %) | 2.248,5 ± 392,6 ml/min (75,2 ± 12,9 %) | 0,04 (0,96) |
| VO2 máximo (ml/min/kg) | 33,7 ± 8,7 | 36,1 ± 6,2 | 0,10 |
| O2/HR | 12,3 ± 3,8 ml/lpm | 16,2 ± 5,6 ml/lpm | 0,11 |
| VE | 57,7 ± 14 L/min (49 ± 13,3 %) | 65,4 ± 10,8 L/min (52,1 ± 6,7 %) | 0,02 (0,42) |
| MET | 9,3 ± 2,6 | 10,3 ± 1,7 | 0,17 |

*Según la escala mMRC: grado 1. * En relación con molestias de la barra.

Conclusiones: Los pacientes con PE presentan más sintomatología, así como alteraciones cardiopulmonares objetivadas principalmente en relación con el esfuerzo. Existe una mejoría en la calidad de vida percibida por los pacientes tras la intervención debido al impacto psicosocial de dicha patología. Aunque en los datos funcionales en reposo no existen diferencias antes y después de la cirugía, si encontramos diferencias significativas en relación al tiempo mantenido durante el esfuerzo submáximo, así como al consumo de oxígeno y el volumen minuto máximo alcanzado. Datos que apoyan los cambios fisiológicos en el PE principalmente durante el ejercicio físico que mejoran tras la corrección del mismo.

MALFORMACIÓN ADENOMATOIDEA QUÍSTICA. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

C.A. Fraile Olivero¹, A.M. Gómez Martínez¹, J. Calatayud Castardi¹, B. Steen², D. Álvaro Álvarez³, J.R. Jarabo Sarceda¹, M.I. Cal Vázquez¹, F. Carracedo¹, E. Fernández Martín¹, M. Saiz-Pardo¹ y F. Hernando Trancho¹

¹Hospital Clínico San Carlos. ²Fundación Hospital Alcorcón.

³Hospital de Móstoles.

Introducción: La malformación adenomatoidea quística (MAQ) es una patología que afecta tanto a niños como a adultos, pero es muy poco frecuente en estos últimos. Estas lesiones pueden desarrollar tumores como los blastomas o sufrir sobreinfecciones especialmente por hongos. En la actualidad se han descrito muy pocos casos de pacientes con presencia de hongos en este tipo de lesiones. Presentamos nuestros resultados en una serie consecutiva de pacientes intervenidos en nuestro Servicio.

Material y métodos: Se han incluido todos los pacientes diagnosticados de MAQ e intervenidos quirúrgicamente. Los datos analizados provienen de nuestra base de recogida prospectiva a tiempo real, que incluye variables clínicas, quirúrgicas, histológicas y de seguimiento. El estudio preoperatorio ha incluido además de la historia clínica y pruebas de función respiratoria, la realización de una tomografía axial computarizada. Se han analizado como variables edad, sexo, síntomas clínicos, tipo de MAQ, vía de acceso quirúrgico, tipo de resección, presencia de hongos en la pieza quirúrgica y morbimortalidad.

Resultados: Han sido intervenidos en un periodo de 6 años, 13 pacientes, 9 mujeres y 4 hombres, con edad media de 39 años (rango: 15-67). La mayoría de ellos sintomáticos (85%). El acceso ha sido por videotoracoscopia en 8 casos y toracotomía en 5. Se ha realizado lobectomía en 6 pacientes y resección segmentaria en 7 casos. Doce pacientes presentaron MAQ tipo I y sólo en un caso se diagnosticó MAQ tipo II. El estudio anatomopatológico también ha mostrado presencia de *Aspergillus* en 4 pacientes, 3 en MAQ tipo I y el otro en el caso con MAQ tipo II. En un caso se demostró la presencia de un carcinoma tumorlet. Han presentado complicaciones postoperatorias 2 pacientes, uno de ellos precisó reintervención por hemotórax. No se presentó ningún caso de mortalidad postoperatoria.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico de las MAQ es, en nuestra experiencia, con una serie numerosa de pacientes adultos intervenidos, el tratamiento de elección. Presenta baja morbimortalidad y evita la posibilidad de desarrollar tanto neoplasias como tratar las sobreinfecciones por hongos que se pueden asociar.

RESECCIÓN QUIRÚRGICA DE TUMORES MALIGNOS DE PARED TORÁCICA CON AFECTACIÓN ÓSEA: DESCRIPCIÓN DE NUESTRA SERIE

R.A. Fernández Anzules, M. García Sáez, J.F. Galán Jiménez, D. León Medina, R. Risco Rojas, C. López García y S. García Barajas

Hospital Infanta Cristina.

Introducción: La resección de este tipo de tumores, produce defectos de extensión variable en la pared torácica y su reparación plantea el uso de diversas estrategias. El objetivo del estudio es presentar los resultados de nuestra serie.

Material y métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo mediante la revisión en nuestra base de datos de los pacientes con tumor maligno de la pared torácica con afectación ósea que han sido intervenidos con intención curativa entre mayo de 2001 y julio de 2014. Analizamos las variables: sexo, edad, hueso afecto, origen tumoral, estirpe, afectación de márgenes quirúrgicos y necesidad de ampliación de los mismos, el uso de plastia con tejido pediculado, malla protésica blanda o prótesis de titanio, la estancia postoperatoria (PO) y la morbimortalidad.

Resultados: Se intervinieron 20 pacientes, 6 varones y 14 mujeres, con una edad media de 47 años (13-69). 11 pacientes con afectación costal y 9 esternal. Con respecto al origen y estirpe tumoral, 11 eran primarios (5 condrosarcomas, otras estirpes en 6) y 9 metastásicos (8 carcinomas de mama, 1 adenocarcinoma de primario desconocido). En 3 pacientes se encontraron márgenes quirúrgicos afectados por tumor y requirieron ampliación de los mismos. 16 pacientes precisaron reparación quirúrgica con plastias: en 5 se utilizó pedículo de tejido blando, en 1 se utilizó malla protésica blanda, en 2, prótesis de titanio (1 barra y 1 malla), en 2 se combinó pedículo más malla protésica blanda y en 6 se combinó pedículo más prótesis de titanio (3 barras y 3 mallas). La estancia PO media fue de 14,4 días (4-62). Seis pacientes presentaron morbilidad PO: 3 tenían infección de la herida quirúrgica (2 resueltos con extracción quirúrgica de la malla y colocación de drenaje y 1 con drenaje), 1 presentó hemotórax resuelto quirúrgicamente, 1 desarrolló fuga aérea prolongada por laceración del parénquima pulmonar por la malla de titanio resuelto con cirugía videoasistida y

1 presentó derrame pleural que precisó drenaje torácico. La mortalidad en los 30 primeros días del PO fue nula.

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes intervenidos son mujeres de edad media. El condrosarcoma es la estirpe primaria más frecuente aunque la global predominante es la metástasis del carcinoma de mama. En el 15% de casos se necesitó ampliar márgenes por afectación de estos. Para la reconstrucción del defecto de la pared, se utilizaron diversas técnicas, ninguna exentas de complicaciones y predominando las infecciosas que obligaron en muchos casos a retirar el material utilizado.

TIMECTOMÍA EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS (MG). ESTUDIO DE NUESTRA SERIE

J.F. Galán Jiménez, M. García Sáez, R.A. Fernández Anzules, D. León Medina, R. Risco Rojas, C. López García y S. García Barajas

Hospital Infanta Cristina.

Introducción: La MG es una enfermedad autoinmune que provoca una alteración en el mecanismo de contracción muscular a nivel de la placa motora. Es constatada la participación de la glándula tímica en el desarrollo de la enfermedad, siendo la cirugía del timo un procedimiento que contribuye a la mejora y control de ésta. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la eficacia del tratamiento quirúrgico en relación a la remisión de la enfermedad o a proporcionar una mejoría que reduzca la dosis de tratamiento.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de 24 pacientes con MG, intervenidos quirúrgicamente entre noviembre de 2001 y noviembre de 2013. Se realizó timectomía total con seguimiento postoperatorio mínimo de 1 año. Todos recibieron tratamiento preoperatorio con Inmunoglobulinas para prevenir crisis miasténica. Se analizaron variables: sexo, edad, estadio de la enfermedad (clasificación Osserman), anatomía patológica, complicaciones postoperatorias y estancia postoperatoria. Datos obtenidos a partir de nuestra base de datos (Gest pacientes 2.0) y de revisión de historias clínicas.

Resultados: De 24 pacientes intervenidos, 11 eran varones y 13 mujeres, con edad media de 38,45 años (15-73). 4 pacientes presentaban estadio I de Osserman con presencia de timoma, 11 en estadio IIA y 9 en estadio IIB. En 19 pacientes la vía de abordaje fue la esternotomía media y en 5 se realizó por VATS. La anatomía patológica, en 10 pacientes (41,7%) fue hiperplasia tímica, 8 restos tímicos (33,3%) y 6 timoma (25%), 1 de ellos invasivo. 5 pacientes (20,8%) presentaron complicaciones postoperatorias: 2 crisis miasténica, 2 TEP y 1 osteomielitis con dehiscencia de esternotomía. La mediana de estancia postoperatoria fue de 6 días (4-66 días). En el seguimiento, la timectomía fue eficaz en 15 pacientes (62,5%): 8 (33,3%) presentaron remisión completa (RC) sin tratamiento y en 6 (25%) se redujo el tratamiento médico por mejoría de la clínica (MC). Según estadio de Osserman: estadio I (RC: 0%; MC: 50%); Estadio IIA (RC: 54,84%; MC: 18,8%); Estadio IIB (RC: 22,2%; MC: 33,3%). La anatomía patológica, de 10 pacientes con hiperplasia tímica, RC: 4 (40%) y MC: 1 (10%); de 8 con restos tímicos, RC: 3 (37,5%) y MC: 3 (37,5%). De 6 pacientes con timoma, RC: 1 (16,6%) y MC: 3 (50%).

Conclusiones: En nuestra serie, la eficacia del tratamiento quirúrgico en la MG es similar a la descrita en la literatura con una tasa de remisión completa del 33%. Los mejores resultados se obtuvieron en pacientes con estadio IIA de Osserman sin timoma asociado.

PLAN DE GESTIÓN DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA

M.J. Roca Calvo, J.L. Freixinet Gilart, P. Martínez Martínez, L. Azcárate Perea, J. Martínez Baños, A. Arroyo Tristán y J. Torres Lanzas

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.

Introducción: El concepto de Gestión Clínica implica el uso de recursos intelectuales, humanos, organizativos y tecnológicos, para un mejor servicio al ciudadano. Se pretende optimizar el proceso asistencial, proporcionar el servicio requerido y gestionar el tiempo asistencial.

Material y métodos: Para la realización del proyecto de Unidad de Gestión Clínica (UGC), se valoran los indicadores del Contrato Programa, el Plan Estratégico, el Plan de Calidad y el Cuadro de Mando Integral, es decir, lo que sería deseable esperar. Se resumen, de forma descriptiva, los indicadores de actividad, monitorizados por el propio hospital y disponibles en informes periódicos, recogidos en los años 2013-octubre de 2014. Se evalúan, mediante auditoría, los problemas detectados en la GC y sus posibles soluciones.

Resultados: Hospitalización: número de altas (375 en 2014; 438 en 2013), número de estancias (2.301 en 2014; 2.425 en 2013), índice de ocupación (126% en 2014; 110% en 2013), presión de urgencias (27,7% en 2014; 28% en 2013). En consultas externas: consultas totales (1.521 en 2014; 1.598 en 2013); primeras consultas (323 en 2014; 295 en 2013); relación sucesivas/primeras (4,42 en 2014; 3,71 en 2013). En urgencias: Urgencias ingresadas (7 en 2014; 14 en 2013), urgencias no ingresadas (1 en 2014; 7 en 2013). En quirófano: número de intervenciones programadas (259 en 2014; 249 en 2013), rendimiento de quirófano programado (100% en 2014; 92% en 2013), número de intervenciones urgentes (68 en 2014; 52 en 2013). Calidad: la estancia media fue de 6,14 en 2014 y de 5,63 en 2013, las suspensiones quirúrgicas fueron 0 en 2014 y 3,9 en 2013, la mortalidad hospitalaria 0,8 en 2014 y 0,46 en 2013, las demoras en lista de espera para consulta 16 en 2014 y 8 en 2014 y para intervención programada 49 en 2014 y 36 en 2013.

Conclusiones: Las áreas de mejora detectadas son la estancia media de hospitalización, los tiempos medios de espera para primeras visitas en la consulta externa y para intervenciones quirúrgicas programadas. Estos aspectos podrían mejorar utilizando la gestión por procesos asistenciales, diseñando un mapa de procesos asistenciales y de vías clínicas.

TRASPLANTE PULMONAR: MORTALIDAD Y CAUSAS EN POSTOPERATORIO INMEDIATO

C. González Fernández¹, N. Mengual Macenlle², L. Fernández Vago³, C. Vale Varela³, E.M. Fieira Costa⁴, M. Delgado Roel⁴, R. Fernández Prado⁴, M. de la Torre Bravos y J.M. Borro Mate⁴

¹Hospital Universitario de Ourense. ²Hospital Universitario Lucus Augusti. ³Universidad de Santiago de Compostela. ⁴Hospital Universitario A Coruña.

Objetivos: Revisar nuestra experiencia en el postoperatorio inmediato del trasplante pulmonar (TP), analizando la mortalidad y sus causas, tratando de identificar las posibles variables pre, intra y postoperatorias asociadas al riesgo de mortalidad en dicho periodo. Comparar la supervivencia en el postoperatorio inmediato de pacientes transplantados con donante óptimo con respecto a donantes subóptimos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes sometidos a TP en el Complejo Hospitalario de A Coruña entre el 2008 y 2013. Se utilizó el programa SPSS versión 15.0. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. Se realizó un análisis univariante y las variables con significación estadística se sometieron a análisis multivariante, mediante modelo de regresión logística, para calcular la Odds Ratio (OR) y su intervalo de confianza (IC) del 95%.

Resultados: Se incluyeron 239 pacientes. El 60% varones, con edad media de 53,19 años. Las enfermedades más frecuentes que motivaron el TP fueron EPOC/enfisema (36%), FPI (18,8%). El 59,9% de los donantes fueron varones, con una edad media de 42,62 años, siendo la causa de exitus más frecuente el ACV (57,3%), seguido de TCE (35,1%). El tiempo medio de isquemia fue de 5 horas y 18 minutos. El

75,2% fueron trasplantes unipulmonares. Solo el 7% con CEC. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes fueron el rechazo agudo (11,3%) y la disfunción primaria del injerto (DPI) (9,7%). Fueron exitus 31 pacientes en el postoperatorio inmediato (mortalidad del 13%). La causa más frecuente fue la infección respiratoria (51,7%) seguido del rechazo agudo (31%). Ninguna de las variables relativas al donante se relacionó con la mortalidad. Los pacientes sometidos a trasplante unipulmonar presentaron mayor mortalidad. La FPI, otras enfermedades intersticiales y la aparición de DPI se asocian a una mayor mortalidad postoperatoria.

Conclusiones: La mortalidad durante el postoperatorio inmediato en nuestra serie fue del 13%. Ninguna de las variables relativas al donante se relacionaron con la mortalidad. Los pacientes con FPI y los que desarrollaron DPI presentaron un aumento de la mortalidad estadísticamente significativo.

TRATAMIENTO CON LÁSER BLANDO DE SÍNDROMES ÁLGICOS DE PARED TORÁCICA

E. Canalís Arrayàs y D. Fraile

Universitat Rovira i Virgili.

Introducción: El láser de baja potencia (láser blando) se caracteriza por liberar energía de potencia media (inferior a 50 mW), tener poco efecto térmico, no provocar efectos adversos ni sobredosis, tener efecto antiinflamatorio y antiálgico y favorecer la cicatrización de las úlceras y heridas. De eficacia probada en otras regiones anatómicas, hemos aplicado esta terapéutica a síndromes dolorosos de la pared torácica, como postoperatorios, postraumáticos y síndromes de Tietze y Cyriax.

Material y métodos: Hemos usado un aparato de láser de 650 nm de 8 fuentes de 38 mW cada una, en 3 sesiones consecutivas en 3 semanas. Tratamos 7 casos de dolor postquirúrgico, 5 de dolor postraumático, 4 síndromes de Cyriax, 3 síndromes de Tietze y 2 xifoiditis. Se valoró el grado de dolor tras cada sesión según Escala de Valor Analógico (EVA de 1 a 10).

Resultados: Se consiguió una reducción del dolor de 2 puntos tras la primera sesión, de 1 punto más tras la segunda sesión y de 1 punto más tras la tercera. Globalmente se obtuvo una reducción de dolor de valor promedio de EVA de 6 a 2 en total.

Conclusiones: Siendo parte del trabajo del cirujano torácico el tratar estos síndromes álgicos, hemos encontrado que la aplicación de láser blando ha sido efectiva en todos los casos tratados. En caso necesario su aplicación puede alargarse indefinidamente, pudiendo ser en muchos casos un puente a la cirugía ofreciendo una ventana de mejoría clínica.

USO DE LÁSER DIODO EN LA RESECCIÓN DE METÁSTASIS PULMONARES

C.A. Fraile Olivero, J. Calatayud Gastardi, A.M. Gómez Martínez, M.I. Cal Vázquez, L. Milla Collado, J.R. Jarabo Sarceda, E. Fernández Martín, F. Carracedo, J. Sanz Ortega y F. Hernando Tranco

Hospital Clínico San Carlos.

Introducción: Hasta un 30% de los todos los tumores desarrollan metástasis pulmonares (MP) durante el curso de la enfermedad. Estas lesiones son manifestación de diseminación, sin embargo, algunos pacientes no tienen otra evidencia de enfermedad. El objetivo de la resección curativa de las MP es identificar y remover todos los focos de malignidad con preservación de la máxima cantidad de tejido pulmonar sano. En lesiones localizadas en la periferia del parénquima

pulmonar se emplean suturas mecánicas. En lesiones profundas, el láser tiene mayor uso, asegurando resecciones con márgenes de seguridad y salvando parénquima pulmonar sano.

Material y métodos: Estudio descriptivo, realizado a partir de una base de datos de recogida prospectiva, de los pacientes con imagen de lesión parenquimatosa sugerente de MP, entre los años 2010 al 2013 y son seleccionados para tratamiento quirúrgico. Se realiza toracotomía posterolateral, inspección y palpación del parénquima pulmonar resecano todas las lesiones identificadas con láser diodo quirúrgico de 60W, con amplitud de onda de 1.318 nm. Se analizan datos demográficos como edad, y sexo, número de resecciones, tiempo de cirugía, estancia hospitalaria y complicaciones derivadas del procedimiento.

Resultados: De los 20 casos operados, 16 (80%) fueron hombres. La mediana de la edad fue de 58 años. En 5 casos (25%) se realizó resección única, mientras que en 15 (75%) se realizaron resecciones múltiples. La media de la estancia hospitalaria fue de 5,11 días. La media del tiempo quirúrgico fue de 209 minutos. El diagnóstico definitivo de anatomía patológica fue 16 (80%) casos de metástasis, 2 (10%) de hamartomas y 2 (10%) de necrosis. 2 de los casos (10%) presentaron enfisema subcutáneo y 1 (5%) derrame pleural como complicaciones, que se trataron con un manejo conservador. En ninguno de los casos se reporta mortalidad asociada al procedimiento quirúrgico.

Conclusiones: No existen ensayos aleatorios que evalúen los beneficios de la resección de metástasis pulmonares. Sin embargo, múltiples reportes de casos y series pequeñas demuestran que la resección prolonga la supervivencia y la cura fue alcanzada en algunos casos. Nuestros resultados demuestran que la utilización del láser diodo para las resecciones segmentarias pulmonares en pacientes que presentan lesiones múltiples o de localización profunda, es un método seguro con escasas complicaciones y mortalidad, asegurando una resección con márgenes curativos y salvando la mayor cantidad de parénquima pulmonar sano posible.

VÁLVULA UNIDIRECCIONAL AMBULATORIA EN EL TRATAMIENTO DE LAS FUGAS AÉREAS PERSISTENTES

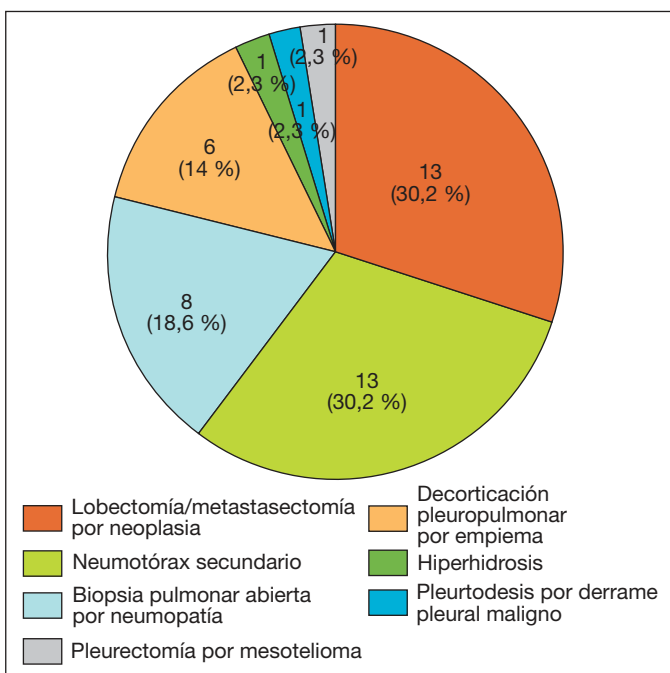
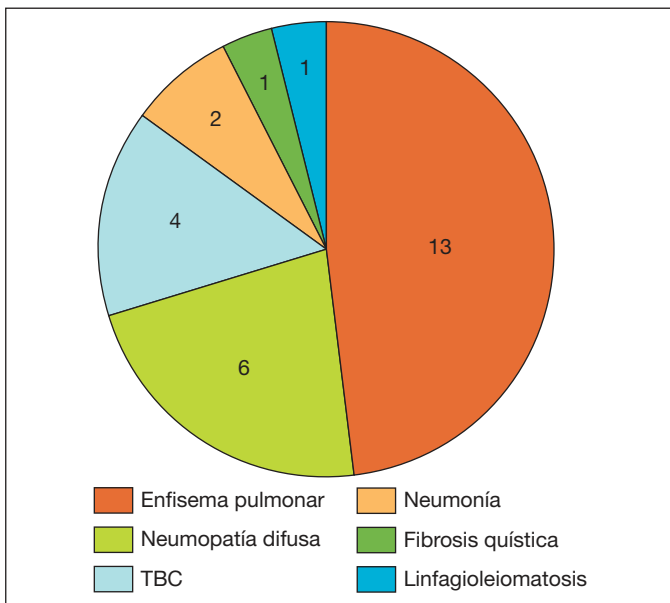
G. Pérez Mendoza, A. Victoria Juárez, C. Calderón Murgas, A. Santana León, I. Véliz Flores, P. Rodríguez Suárez, M. Hussein Serhal y J. Freixinet Gilart

Hospital Universitario Doctor Negrín.

Introducción: La fuga aérea persistente (FAP) es la salida de aire a través del drenaje pleural durante más de 7 días. Su presencia conlleva un ingreso hospitalario prolongado, aumenta la morbimortalidad y, muchas veces, es la causa de una intervención o reintervención quirúrgica. La válvula unidireccional es un dispositivo que se acopla al drenaje pleural y permite el manejo de la fuga aérea de forma ambulatoria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo (2000-2014) incluyendo los pacientes con válvula al alta hospitalaria. Los criterios para la colocación de la válvula fueron: paciente hospitalizado con un drenaje pleural y FAP superior a 7 días, parénquima pulmonar expandido en la radiografía sin aspiración, escaso débito líquido y buen apoyo familiar. Se recogieron los siguientes datos: antecedentes personales respiratorios, indicación del drenaje pleural, días de fuga aérea hospitalaria, duración de la válvula, complicaciones de válvula, y éxito o fracaso de la misma.

Resultados: Se han colocado 55 válvulas en 53 pacientes [edad media 56,5 (16-84)]. Muchos de estos pacientes contaban con antecedentes personales respiratorios (recogidos en la figura). En 43 pacientes la FAP se produjo tras una intervención quirúrgica (81%), detallándose en la figura 2 el motivo de la cirugía. En los restantes 10 pacientes la FAP se originó tras la colocación de un drenaje pleural (19%): 6 pacien-



tes tras neumotórax espontáneo secundario (60%) y 4 pacientes con una neumonía necrotizante y empiema (40%). La media de días hospitalarios con FAP antes de colocar la válvula fue de 11,2 días. En 53 pacientes se colocó una válvula y en 2 pacientes dos. La media de duración de la válvula hasta su retirada definitiva fue de 9,5 días (3-23 días). El éxito del tratamiento con válvula se obtuvo en 54 pacientes (98,2%) con resolución sin secuelas, mientras que una paciente requirió reintervención quirúrgica. La complicación más frecuente observada fue la obstrucción de la válvula por tapones de fibrina. El ahorro medio en la estancia hospitalaria de los 53 pacientes fue de 522,5 días.

Conclusiones: Los antecedentes respiratorios con más riesgo de FAP fueron el enfisema buloso y la neumopatía difusa. Las indicaciones más frecuentes de colocación de válvula unidireccional se producen en el postoperatorio de resecciones pulmonares y en la cirugía del neumotórax secundario. Tiene nula morbilidad y mortalidad, ahorra estancia hospitalaria y evita la reintervención quirúrgica, constituyendo por tanto una alternativa válida en el tratamiento de las FAP.

MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO. EXPERIENCIA DE UN SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA EN 9 AÑOS SOBRE UN ÁREA DE 3 PROVINCIAS (ALBACETE, CUENCA Y CIUDAD REAL)

M. Genovés Crespo, A.F. Honguero Martínez, C.R. Rodríguez Ortega, M.D. García Jiménez, A.I. Triviño Ramírez, C.A. Rombola, F.J. Callejas González, A.M.R. Núñez Ares, J. Pastrana Calderón y P. León Atance

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

Introducción: El mesotelioma pleural maligno (MPM) es un tumor con clara asociación con asbesto y una relación directa entre niveles de exposición y duración de la misma.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre las características epidemiológicas, radiológicas y análisis de la supervivencia de pacientes diagnosticados de MPM en Cirugía Torácica del Hospital General Universitario de Albacete desde enero de 2004-diciembre de 2013.

Resultados: 28 casos de MPM sobre una población de habitantes 1.151.123 (Albacete, Cuenca y C. Real): Incidencia: 0,02/100.000 habitantes. Edad media: 66,8. Rango de edad: 30-86 años. Sexo: 78,5% varones. Lado: 60,7% hemitórax izquierdo. Exposición a asbesto: 64,2%. Clínica al diagnóstico: disnea secundaria a derrame pleural 82,1%. Dolor torácico 14,28%. Hallazgos TC: engrosamiento y/o nódulos pleurales 78,5%. Adenopatías mayores al cm 25%. Toracocentesis diagnóstica realizada en el 89,2%: Negativos 60%. Sospechosos de adenocarcinoma 12%. Hiperplasia mesotelial 12%. Células mesoteliales 16%. PET realizado en: 39,2%. Tratamiento multimodal incluyendo la cirugía: Pleuroneumonectomía 3 casos (10,71%). Tratamiento no quirúrgico (QT y/o RT): 17 casos (60,71%). Tratamiento paliativo (toracoscopia, analgésicos...): 8 casos (28,57%). Supervivencia de los casos con tratamiento multimodal incluyendo la cirugía: Mediana = 20 meses. Caso 1 = 20 meses (muerto). Caso 2 = 28 meses (muerto). Caso 3 = 6 meses (muerto). Supervivencia de los casos con tratamiento paliativo: Mediana = 4 meses. Rango 1-12 meses. Muertos 8 (100%). Supervivencia de los 17 casos con tratamiento no quirúrgico (QT y/o RT): Mediana = 20 meses. Rango = 3-72 meses. Vivos 3 (18,75%). Muertos 13 (81,25%). Seguimiento medio: 16,82 meses. Supervivencia: comparando los tres grupos: ($p < 0,01$). Comparando los grupos dos a dos: grupo quirúrgico y QT y/o RT ($p = 0,37$); grupo quirúrgico y paliativo ($p = 0,04$); grupo QT y/o RT y paliativo ($p < 0,01$).

Conclusiones: 1. La mayoría de los pacientes tuvo antecedentes de exposición a asbesto. 2. La forma de presentación más frecuente fue la disnea secundaria a derrame pleural y/o dolor torácico. 3. La mayoría de los pacientes presentó nódulos/engrosamiento pleural en la TC. 4. Hubo diferencias estadísticamente significativas al comparar la supervivencia entre los 3 grupos, mucho más corta en el grupo con tratamiento paliativo. 5. No se observaron diferencias con significación estadística entre el grupo de tratamiento quirúrgico y el grupo de tratamiento QT/RT.