

CIRUGÍA TORÁCICA

ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE UNA SERIE QUIRÚRGICA DE 186 CARCINOMAS BRONQUIALES NO MICROCÍTICOS (CBNM)

L.M. Hernández Blasco¹, N. Catejón Pina², S. Asensio Sánchez², J.J. Mafé Madueño², C. Fernández Aracil² y J. Sánchez Payá³

¹Servicio de Neumología, Hospital General Universitario de Alicante, Departamento de Medicina Clínica, UMH, ISABIAL, Alicante, España.

²Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España. ³Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante, UMH, ISABIAL, Alicante, España.

Introducción: A pesar de que la cirugía, siempre que es posible, es la mejor opción de tratamiento, la supervivencia global de los pacientes intervenidos de carcinoma bronquial no microcítico (CBNM) no supera el 50-60% a los 5 años tras la cirugía. Los estudios que valoran la supervivencia a largo plazo son aún más escasos.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de todos los pacientes consecutivos operados de CBNM con intención curativa (enero de 2001-diciembre de 2005) con seguimiento clínico máximo hasta el cierre del estudio de 14 años. Objetivo: conocer la influencia de la extensión de la resección, la coexistencia y gravedad de EPOC, la edad, el estadio tumoral y puntuación BODE precirugía en la supervivencia a largo plazo (> 10 años) de los pacientes intervenidos de CBNM. Análisis estadístico: las curvas y medianas de supervivencia se calcularon con el método de Kaplan-Meier, comparándose con el test de Log-Rank. Para todos los contrastes de hipótesis se utilizará un nivel de significación de $p < 0,05$.

	Superv. 1 año	Superv. 5º año	Superv. 10º año	Supervivencia meses
	N (%)	N (%)	N (%)	Mediana (P25,P75)
Todas las resecciones (N = 186)	151 (82%)	75 (41%)	49 (26%)	39(143, 17)
Neumonectomías (N = 48)	36 (75%)	16 (35%)	9 (21%)	32 (11, 52)
Lobectomías+ Segmentect. (N = 138)	115 (83%)	59 (44%)	40 (30%)	40(24, 55)
No EPOC N = 90	71 (80%)	40 (47%)	28 (34%)	52 (18, 85)
EPOC N = 96	80 (82%)	35 (37%)	21 (23%)	38 (26, 50)
EPOC leve N = 45	37 (82%)	20 (44%)	14 (31%)	51 (28; 74)
EPOC mod.-grave N = 51	43 (84%)	15 (29%)	7 (14%)	29 (18; 40)
Estadio I N = 85	74 (87%)	41 (50%)	27 (34%)	65 (31; 99)
Estadio II N = 44	37 (84%)	20 (45%)	13 (32%)	50 (21; 78)
Estadio III-IV N = 52	35 (67%)	9 (18%)	4 (8%)	4 (15; 30)
Edad < 70 años N = 133	111 (83%)	60 (47%)	42 (34%)	52 (27,76)
Edad ≥ 70 años N = 53	40 (75%)	15 (28%)	7 (15%)	31 (19, 43)
EPOC BODE = 0-1 N = 79	65 (82%)	31 (40%)	21 (28%)	42 (143; 18)
EPOC BODE = 2-4 N = 13	10 (77%)	2 (15%)	0 (0%)	20 (36; 15)

Superv = supervivencia; Segmentec = segmentectomías; MOD = moderado; BODE = índice de BODE.

Resultados: Se incluyeron 186 pacientes: hombres (87%), fumadores (92%), edad media 63 ± 10 años, 50% EPOC. Estadío Ib clínico: 112 (60%), estirpe epidermoide: 84 (45%) y adenocarcinoma: 82 (44%). Con tan solo 4 pérdidas de seguimiento tras casi 15 años de la cirugía, la supervivencia global fue de 41% a los 5 años tras la cirugía y de 49 pacientes (26%) a los 10 años. La mediana de supervivencia global de nuestra serie fue de 39 meses. Ver resultados comparativos en la tabla.

Conclusiones: La supervivencia actuarial al final del seguimiento no fue significativamente inferior ($p = 0,26$) para las neumonectomías que para las lobectomías. La supervivencia de los pacientes EPOC a los 10 años fue menor ($p = 0,117$) que la de no EPOC, acercándose a la significación estadística ($p = 0,09$) cuando se analizan según la gravedad de la EPOC. Los pacientes en estadios Ip-IIp tuvieron significativamente mejor pronóstico ($p < 0,001$) que los pacientes en estadios patológicos más avanzados (III-IV). La supervivencia fue significativamente peor ($p = 0,009$) en pacientes ≥ 70 años. La supervivencia del grupo de pacientes (tanto total como EPOC) con valores del índice BODE (0-1) fue significativamente mejor ($p = 0,01$) que la del grupo con BODE 2 a 4. A los 10 años de seguimiento están vivos una cuarta parte de los pacientes con BODE 0-1 frente a ninguno con BODE 2-4.

BILIOTÓRAX, UNA PATOLOGÍA INFRECIENTE

F. Cózar Bernal, S. Sevilla López, P. Carmona Soto y A. Bravo Cerro

Complejo Hospitalario Universitario Ciudad de Jaén, Jaén, España.

Introducción: El bilitotórax es una patología infrecuente con una etiopatogenia diversa, como traumatismos toracoabdominales, coledocolitiasis o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos hepáticos, y elevada morbimortalidad. Clínicamente puede evolucionar a un empiema bilioso loculado o llegar a una bronquitis necrotizante. La presencia de bilis en cavidad pleural es un signo patognomónico. El tratamiento con drenaje pleural y antibioterapia, asociado al control de la patología abdominal, debe ser lo más precoz posible para evitar posibles complicaciones toracoabdominales.

Material y métodos: Presentamos una casuística descriptiva de 5 casos, 4 de ellos secundarios a procedimientos diagnóstico-terapéuticos abdominales y el otro consecuencia de un traumatismo toracoabdominal por arma blanca, registrados en el Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén desde 1999 hasta la fecha.

Resultados: 5 pacientes con una media de 48 años (rango 34-66). Cuatro hombres y una mujer. La etiopatogenia más frecuente fue la iatrogénica en 4 casos (80%). En 2 ocasiones tras colecistectomía, y en las otras 2 secundarias a un drenaje biliar externo por ictericia obstructiva. Sólo un paciente (20%) presentó bilitotórax a consecuencia de un traumatismo torácico, por arma blanca. El diagnóstico se llevó a cabo tras identificar macroscópicamente bilis en el líquido pleural, se corroboró en todos los casos la presencia de bilirrubina en el mismo mediante estudio bioquímico. El drenaje endotorácico fue el tratamiento precoz llevado a cabo en todos los casos, siendo necesaria una relaparotomía en un caso (tras colecistectomía) y una videotoracoscopia de limpieza con sutura diafragmática en la herida de arma blanca. Se registraron dos exitus (40%), ambos en los pacientes que habían precisado de drenaje biliar externo por ictericia obstructiva (en ambos casos pacientes oncológicos).

Conclusiones: 1. La detección de bilirrubina en cavidad pleural es un signo patognomónico de bilitotórax. 2. El tratamiento conservador de manera precoz con drenaje pleural y antibioterapia puede resultar bastante eficaz (literatura cifras de éxito de hasta el 60%). 3. El tratamiento quirúrgico mediante VATS puede ser una opción terapéutica en pacientes con fistula biliopleural de bajo gasto que presente complicaciones pleuropulmonares asociadas.

CIRUGÍA DE RESECCIÓN Y RECONSTRUCCIÓN DE TUMORES MALIGNOS ESTERNALES

M.J. Moyano Rodríguez, J.R. Torres Bermúdez, C.I. Bayarri Lara, P. Bravo Carmona, J. Ruiz Zafra, F. Quero Valenzuela, I. Piedra, A. Cueto Ladrón de Guevara y A. Sánchez-Palencia Ramos

Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción: Los tumores malignos de esternón, tanto primarios como secundarios, constituyen una patología poco frecuente siendo el tratamiento quirúrgico la única opción curativa en la mayoría de los casos. El comportamiento agresivo, la extensión local y la tendencia a la recidiva obligan a resecciones extensas, siendo necesaria una reconstrucción que aporte estabilidad y resultados estéticos óptimos. El objetivo de este trabajo es mostrar la experiencia quirúrgica y resultados en los pacientes intervenidos por tumor esternal maligno en la unidad.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los casos intervenidos por tumor maligno esternal entre 2005 y 2017. Variables de estudio: sexo, edad, forma de presentación, estudio por imagen, tipo histológico, abordaje quirúrgico y tipo de reconstrucción.

Resultados: Se recogieron 8 pacientes, 5 de ellos mujeres, con edades comprendidas entre los 27 y 75 años. La forma de presentación común consistió en una masa de crecimiento progresivo no dolorosa. Como pruebas de imagen se emplearon TAC y/o RM y/o PET según el caso. Estudio histológico: 5 condrosarcomas, 1 linfoma de Hodgkin, 1 fibrosarcoma y 1 metástasis de carcinoma papilar de tiroides. Tratamiento quirúrgico: resección en bloque del esternón afecto incluyendo los cartílagos bilaterales próximos, la cabeza de clavícula en los casos con afectación del manubrio y las partes blandas afectas. Reconstrucción: se empleó malla de politetrafluoretileno (PTFE) (Gore Tex®) en 7 casos, barras de titanio (Synthes®) en 5 y la combinación de ambas en 4. El material protésico se recubrió en todos los casos por plastias musculares en colaboración con cirugía plástica. La mioplastia con pectoral mayor se empleó en 7 casos y en un caso se optó por una omentoplastia. No hubo mortalidad ni complicaciones mayores postoperatorias. Los resultados de estabilidad y estética fueron óptimos en todos los casos, siendo mejores en aquellos con barra de titanio. Con una media de 86 meses, todos los pacientes continúan vivos y sin signos de recidiva local o a distancia.

Conclusiones: Los tumores esternales malignos son infrecuentes. Es fundamental un estudio preoperatorio por imagen detallado para planificar la cirugía y la elección de la mejor técnica de reconstrucción. El material protésico dependerá de la extensión del defecto, del grado de inestabilidad torácica y del compromiso de la articulación esternoclavicular. Es importante el trabajo multidisciplinar en casos de defectos importantes de la pared torácica.

CIRUGÍA TIROIDEA BAJO CONDICIONES EXTREMAS: SERIE DE CASOS

T. Vives Espejo-Saavedra, F. Peñato Luengo, C. Partida González, U. Caballero Silva y P. Díaz-Agero Álvarez

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: La prevalencia del bocio aumenta en países en vías de desarrollo donde el acceso al yodo es difícil y la exposición a factores bociógenos es frecuente. En muchos casos no produce síntomas, pero en otras supone un problema hormonal u obstructivo. El tratamiento indicado es la cirugía. Esto supone un reto ya que no disponen de medios ni de personal cualificado para llevarlo a cabo. El propósito de este estudio es presentar una serie de casos de cirugía tiroidea realizada en un medio con escasos recursos durante un programa de cooperación.

Material y métodos: Se estudia una serie de 12 pacientes que fueron operados en 2017 en Camerún donde se desplazó un equipo quirúrgico completo. Los pacientes fueron preseleccionados por el personal del hospital. Se realizó una consulta preoperatoria donde se recogió la historia del paciente, la exploración, se analizaron las pruebas diagnósticas y se decidió qué pacientes iban a ser intervenidos. Se planificaron las cirugías indicando hemitiroidectomía (HT) cuando la enfermedad era unilateral o tiroidectomía subtotal (TS) si era bilateral, dejando siempre remanente tiroideo para evitar la aparición de hipotiroidismo postoperatorio así como asegurarse de la conservación de la función paratiroidea. A todos se les realizó anestesia general con intubación y se les administró profilaxis antibiótica. La cirugía se llevó a cabo según el procedimiento, habitual se comprobó la hemostasia y se colocó un drenaje en las tiroidectomías subtotales. Tras la intervención, los pacientes fueron trasladados a una sala con monitorización durante 4 horas hasta que pasaron a la planta donde recibieron cuidados de enfermería específicos.

Resultados: Se analizaron 12 pacientes todas mujeres asintomáticas, de raza negra con una mediana de edad de 41 años. En la exploración el tamaño de los bocios eran grado II y III. El 92% de las pacientes presentaban valores normales de TSH. Se programaron 4 TS y 8 HT de los cuales finalmente se realizaron 3 TS porque en uno de ellos el aumento glandular dependía solo del lóbulo izquierdo por lo que se extirpó el mismo. Solo 2 pacientes presentaron componente endocrítico. La estancia hospitalaria fue de 2 días con un tiempo de drenaje de 2 días. Como complicaciones 2 pacientes presentaron disfonía temporal y otra un hematoma cervical asfíxico que precisó reintervención.



Figura 1. Paciente intervenida de bocio tiroideo.

Conclusiones: El bocio es una patología benigna que puede causar problemas mortales. Para tratarlo a veces hay que obviar las recomendaciones habituales por los medios disponibles.

CONTROL DEL DOLOR POSCIRUGÍA VIDEOTORACOSCÓPICA MEDIANTE EL USO DEL ESTIMULADOR NERVIOSO ELÉCTRICO TRANSCUTÁNEO -TENS-: ESTUDIO PROSPECTIVO

J.J. Fibla Alfara¹, J. Hernández Ferrández¹, Á. Guirao Montes² y L. Molins López-Rodó²

¹Hospital Universitari del Sagrat Cor, Barcelona, España. ²Hospital Clínic y Hospital Universitari del Sagrat Cor, Barcelona, España.

Introducción: El estimulador nervioso eléctrico transcutáneo (TENS) ha demostrado su utilidad en el manejo del dolor postoperatorio en distintos procedimientos quirúrgicos incluida la toracotomía. Nuestro objetivo es evaluar su eficacia en el control del dolor tras la cirugía videotoracoscópica.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 50 pacientes sometidos a cirugía videotoracoscópica por 3 puertas de entrada. Los pacientes fueron aleatorizados en dos grupos: grupo TENS (25 pacientes) que recibieron sesiones periódicas de TENS postoperatoriamente y grupo

control (25 pacientes) que no recibieron TENS. En ambos grupos los pacientes y procedimientos quirúrgicos realizados fueron comparables. La analgesia postoperatoria consistió en todos los pacientes en bolus de anestésico local (levobupivacaína) administrados por un catéter paravertebral insertado por el cirujano al final de la intervención más metamizol endovenoso alterno (cada 6 horas). Se empleó la mepredina subcutánea como fármaco de rescate. El grado de dolor se midió mediante la escala visual analógica (EVA) a las 6, 24 y 48 horas postoperatorias.

Resultados: Los valores medios de EVA fueron significativamente más bajos en el grupo de TENS que en el grupo de control a las 24 y 48 horas postoperatorias. Durante el periodo postoperatorio en el grupo de TENS 2 pacientes (8%) precisaron analgesia de rescate en comparación con 4 (16%) en el grupo control ($p < 0,05$).

Conclusiones: El estimulador nervioso eléctrico transcutáneo -TENS- constituye una valiosa herramienta para mejorar el dolor poscirugía videotoracoscópica.

DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE ECUACIONES PARA LA PREDICCIÓN INDIVIDUALIZADA DE LA FUNCIÓN PULMONAR POSOPERATORIA

G. González Poso¹, L. Fernández Rodríguez², R. Casitas Mateo¹, E. Adalgisa Falcone¹, D. Romera Cano¹, R. Álvarez-Sala Walther¹, I. Torres Sánchez² y F. García Río¹

¹Servicio de Neumología; ²Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario La Paz-IdiPAZ, Madrid, España.

Introducción: Resulta conocido que los volúmenes pulmonares dinámicos, la capacidad de difusión y el consumo de oxígeno pico experimentan una reducción de distinta magnitud tras una lobectomía o una neumonectomía, puesto que representan aspectos diferentes de la función pulmonar, cardiocirculatoria e incluso metabólica. Sin embargo, los procedimientos convencionales de estimación de la función pulmonar predicha postoperatoria (ppo) aplican un porcentaje de reducción similar a todos los parámetros. Nuestro objetivo ha sido desarrollar y validar ecuaciones de predicción de la función pulmonar postoperatoria específicas para cada parámetro.

Material y métodos: Para la generación de las ecuaciones, se utilizó una cohorte de 114 pacientes sometidos a resección mayor por cáncer de pulmón. Posteriormente, dichas ecuaciones fueron validadas en otra cohorte independiente de 43 pacientes de características similares. En todos los casos, se realizó, antes y a los 3-4 meses de la cirugía, una espirometría, determinación de capacidad de difusión (DLCO) y prueba de ejercicio cardiorespiratorio progresivo para medir el consumo de oxígeno ($V'O_2$) pico cuando el FEV1 o la DLCO eran menores del 80%. Para la generación de las ecuaciones de predicción, se incluyeron las características antropométricas, la función pulmonar basal, el tipo de resección, el tiempo desde la cirugía y el porcentaje del volumen pulmonar correspondiente al área reseçada determinada mediante TC volumétrica.

Resultados: Se proporcionan ecuaciones específicas para la FVC-ppo ($r_2 = 0,980$, desviación estándar de los residuales [RSD] = 2,442), FEV1-ppo ($r_2 = 0,982$, RSD = 2,315), DLCO-ppo ($r_2 = 0,977$, RSD = 2,386) y $V'O_2$ pico-ppo ($r_2 = 0,991$, RSD = 0,257), que, además del cálculo individualizado de cada parámetro, permiten la determinación del límite inferior del valor predicho. La aplicación de estas ecuaciones en la cohorte de validación proporciona una elevada correlación con la función postoperatoria medida ($r = 0,646$ a $0,955$), con elevados coeficientes de correlación intraclase (0,634 a 0,952) y estrechos coeficientes de concordancia. En todos los casos, la correlación, fiabilidad y concordancia de los valores obtenidos mediante las ecuaciones de predicción resultó superior a la alcanzada aplicando un porcentaje fijo de pérdida de función pulmonar.

Conclusiones: Resulta posible efectuar una predicción individualizada del comportamiento de cada parámetro de función pulmonar tras una cirugía de resección.

EFFECTIVIDAD, SEGURIDAD Y COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DEL TIMO EN LA MIASTENIA GRAVIS. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

P. Rofso Raboso, H. Milián Goicoechea, I. Cal Vázquez, A. de la Fuente Añó, J.L. García Fernández y R. Moreno Balsalobre

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Introducción: La timectomía es el tratamiento de elección en los pacientes con miastenia gravis y timoma. Sin embargo, la cirugía en pacientes con miastenia gravis no timomatosa ha tenido un papel más controvertido. En estos pacientes, el descenso en los títulos de anticuerpos y el mejor control de los síntomas, con la posibilidad de reducción de la medicación, refuerza el papel de la cirugía. La complicación médica más grave y temida en el postoperatorio de la timectomía es la crisis miasténica. El objetivo de nuestro estudio es analizar la experiencia en nuestro centro en el tratamiento quirúrgico de la miastenia gravis y evaluar su eficacia, seguridad y complicaciones.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo durante el periodo 2006-2017. En él se incluyen todos los pacientes con diagnóstico de miastenia gravis tanto timomatosa como no timomatosa a los que se les realizó timectomía.

Resultados: Se estudiaron 26 pacientes de los cuales 23 fueron mujeres y 3 hombres con una edad media de 37 y 52 años, respectivamente, en el momento de la cirugía. Un 31% tomaba piridostigmina como tratamiento de base, el 42% piridostigmina y corticoides, el 4% inmunosupresores y un 12% precisó plasmaféresis antes de la cirugía. El 11% de los pacientes no recibían ningún tipo de tratamiento previo. A todos ellos se les realizó una timectomía ampliada. Los abordajes quirúrgicos utilizados fueron: esternotomía media (42%), videotoracoscopia (31%), cervicotomía (23%) y toracotomía (4%). El 27% de los pacientes fueron diagnosticados de timoma y el 73% de hiperplasia tímica. No existe mortalidad perioperatoria en nuestra serie. Se produjeron dos casos de infección de herida quirúrgica y dos pacientes presentaron crisis miasténica en el perioperatorio precisando tratamiento con plasmaféresis y citotóxicos. El 97% de los pacientes presentaron mejoría de los síntomas tras la cirugía. El 80% de los pacientes intervenidos mejoraron de forma persistente, pudiendo rebajar los requerimientos farmacológicos, y el 20% presentaron progresivo empeoramiento de la enfermedad.

Conclusiones: En nuestra serie: la timectomía en la miastenia ha producido una mejoría clínica evidente, con disminución de los requerimientos de medicación en un 80% de los casos. La timectomía ha demostrado ser una técnica segura, sin mortalidad perioperatoria. La incidencia de crisis miasténica ha sido del 8% lo cual concuerda con la literatura.

ELASTOFIBROMA DORSI, 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

J.M. Corral Cano¹, F.J. Sánchez García¹, D. Rincón García², S.I. Vicente Antunes², M.P. Orihuela Arroyo¹, L. Rico Martínez², Y.A. Bellido Reyes², P. Fernández Gómez-Escolar², J.J. Zapatero Gaviria² e I. Muguruza Trueba²

¹Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España.

²Hospitales Públicos Quirónsalud de Madrid, Madrid, España.

Introducción: El elastofibroma dorsi es un tumor raro, benigno y que se sitúa en la región infraescapular; habitualmente profundo al dorsal

ancho. Puede ser bilateral y a veces es causa de dolor; lo cual establece la indicación quirúrgica. Se diagnostica mediante RMN y/o TAC y se confirma con el estudio anatomopatológico. Su patogenia es desconocida.

Material y métodos: Presentamos retrospectivamente 12 pacientes (9 mujeres, 3 hombres; media de edad 56,5; rango de edad 35-77) con elastofibroma dorsi a los que se les extirpó el tumor entre 2007 y 2017 en el Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz.

Resultados: 3 de los 12 casos tenían tumores bilaterales (total 15 tumores). 9 casos fueron sintomáticos y tres diagnósticos incidentales. El diagnóstico se realizó en todos los casos con examen clínico y pruebas de imagen; realizándose 12 RMN y 4 TAC. El tamaño tumoral medio fue de 6,7cm. El tratamiento consistió en la exéresis tumoral completa, que confirmó el diagnóstico en el 100% de los casos. En 9 de los 12 se usó drenaje (1 jackson pratt, 5 redon, 2 blake y 1 argyle) que se mantuvo durante una media de 7,5 días. La estancia media hospitalaria fue de 1 día (rango de 1-2 días) y todos los pacientes con drenaje se les retiró en consulta con un débito menor de 50 cc. Aparecieron complicaciones en 2 casos con drenaje (22%) y 1 caso sin drenaje (33%) que consistieron en 2 seromas y 1 hematoma que requirió cirugía. La aparición de seroma ocurrió en un caso sin drenaje y en un caso con drenaje durante 3 días. No hay constancia de ninguna recurrencia.

Conclusiones: En nuestra serie, los hallazgos clínicos y la RMN fueron diagnósticos en todos los casos. El diagnóstico de confirmación y el tratamiento es quirúrgico, que se debe hacer sobre todo en casos sintomáticos. Recomendamos el uso de drenajes para evitar las principales complicaciones. En nuestra experiencia, la ambulatorización domiciliaria con drenaje es una opción efectiva. Recomendamos mantener el drenaje durante al menos 5 días y retirarlos cuando el débito diario sea menor de 20 ml. Se deben extremar las medidas preventivas para evitar la aparición de seromas al tratarse de una patología benigna que requiere la menor morbilidad posible.

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES OPERADOS EN NUESTRO PROGRAMA DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE PULMÓN CON TAC DE BAJA DOSIS DE RADIACIÓN EN LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE NAVARRA

M. Mesa Guzmán, J. González Gutiérrez, J. Bertó Botella, J.P. de Torres, A. Campo Ezquibela, A.B. Alcaide Ocaña, G. Bastarrika Alemán y J. Zulueta Francés

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, Navarra, España.

Introducción: El cáncer de pulmón (CP) representa la principal causa de muerte por cáncer en hombres y mujeres en todo el mundo. Cada año se diagnostican más de 23,000 personas con CP en España, de las cuales solo un 16% son diagnosticados en estadios tempranos. Es por ello que solo la detección y el tratamiento precoz han demostrado eficacia en tan silente y letal enfermedad, cuyos niveles de supervivencia no se habían modificado desde hace algo más de 50 años. Nuestro objetivo es describir los resultados quirúrgicos del programa de cribado de cáncer de pulmón mediante tomografía axial computarizada de baja dosis de radiación (TBDR) de la Clínica Universidad de Navarra (CUN), el más antiguo y con mayor experiencia de España.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo de los casos que, bajo el diagnóstico o sospecha de CP, han sido sometidos a cirugía en el contexto del programa de detección precoz con TBDR desde el año 2000 hasta la actualidad. Los pacientes fueron reclutados siguiendo el protocolo IELCAP. Se analizaron variables clínico-radiológicas, estancia, morbi-mortalidad y supervivencia.

Resultados: De un total de 3.562 participantes en el programa de cribado desde septiembre de 2000 hasta la actualidad, 80 pacientes fue-

ron diagnosticados con cáncer. 17 pacientes no recibieron tratamiento quirúrgico por un diagnóstico de carcinoma de células pequeñas o estadios clínicos avanzados. Se analizaron un total de 71 casos sometidos a cirugía (85% varones) con una edad media de 63,4 años. Solo 21 pacientes (30%) tenían un diagnóstico preoperatorio. 8 pacientes (11,76%), todos intervenidos con resecciones atípicas pulmonares por VATS, resultaron falsos positivos (lesiones benignas). El tamaño medio de los cánceres de $15,3 \pm 8,2$ mm (5-54). La lobectomía fue la resección estándar en un 85%. El adenocarcinoma (53%) fue el tipo histológico más frecuente. 54 casos (86%) fueron diagnosticados en estadio I. Hubo un total de 16 complicaciones en 13 pacientes: fuga aérea persistente (5), fibrilación auricular (2), retención urinaria aguda (4), reintervención por sangrado (3), neumonía (1) y empiema (1). La mortalidad perioperatoria fue del 1,4% (síndrome de distrés respiratorio agudo). La mediana de supervivencia global fue de 164 meses, con una supervivencia estimada Kaplan-Meier para el estadio I del 94% a 5 años y el 86% a 10 años.

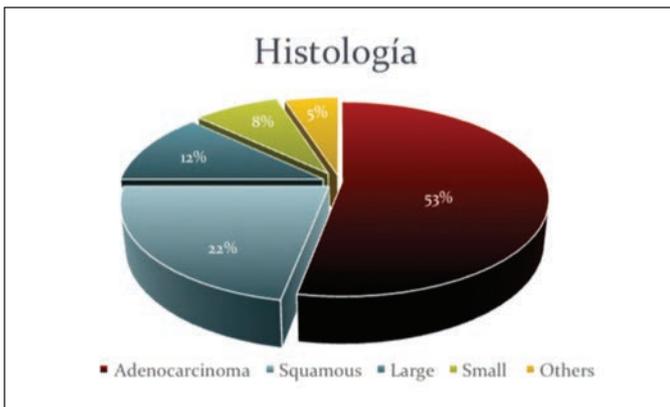


Figura 1.

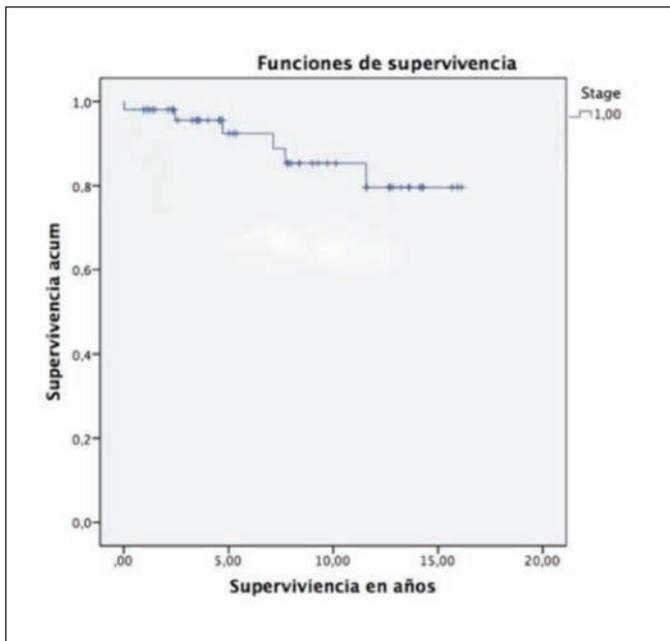


Figura 2.

Conclusiones: El programa de detección precoz con TBDR detecta un 86% de CP en estadio I, permitiendo cirugía con supervivencias de 94% y 86% a 5 y 10 años, respectivamente.

EVALUACIÓN DE LAS PRUEBAS DE ESFUERZO CARDIOPULMONAR INDICADAS EN LA VALORACIÓN PREOPERATORIA DE PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

A. Hidalgo Molina, D. Espinosa Jiménez, A. León Jiménez y A. Arnedillo Muñoz

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España.

Introducción: La prueba de esfuerzo cardiopulmonar (PECP) es una prueba de esfuerzo máxima con múltiples indicaciones, entre las cuales se encuentra la valoración del riesgo preoperatorio del cáncer de pulmón en pacientes con deterioro de la función pulmonar. El objetivo de este estudio fue analizar los resultados de las PECP realizadas para la valoración preoperatoria del cáncer de pulmón resecable en pacientes con moderado-alto riesgo por el grado de afectación funcional respiratoria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de las PECP realizadas en nuestro servicio desde el año 2012 hasta la actualidad en pacientes con riesgo quirúrgico elevado por deterioro de las pruebas funcionales respiratorias. Se recogieron los datos demográficos de los pacientes, el consumo pico de oxígeno (VO₂p) y VO₂p/kg de peso, obtenidos en la PECP y la decisión de operabilidad. Se consideró indicada la cirugía de resección pulmonar cuando el VO₂p/kg fue mayor de 15 ml/min/kg. Asimismo, en los pacientes operados se recogió el tipo de intervención y si presentaron complicaciones postoperatorias.

Resultados: Se analizaron 77 PECP. 69 eran varones (89,6%) y 8 mujeres (10,4%). La edad media de los pacientes era de 64 ± 78 años. 52 pacientes (67,5%) finalmente se operaron y 25 (32,5%) no. De los pacientes a los que se desestimó la cirugía 17 (68%) fue porque la PECP lo contraindicaba, 6 (24%) por progresión metastásica del tumor y 2 (8%) por rechazo del paciente a la intervención. La intervención más frecuente fue la lobectomía en 30 ocasiones (57,7%) seguida de la resección atípica en 19 ocasiones (36,5%) y la neumectomía en 3 ocasiones (5,8%). De los pacientes operados 43 (82,7%) no presentaron complicaciones postoperatorias mientras que 9 (17,3%) sí las presentaron, destacando la presencia de fuga aérea persistente presente en 5 pacientes. Dos pacientes sufrieron parada cardiorespiratoria en el postoperatorio. Uno de ellos recuperó tras maniobras de reanimación y otro paciente finalmente fue exitus, por lo que la mortalidad en nuestro estudio fue de un 1,9%.

Conclusiones: La realización de la prueba de esfuerzo cardiopulmonar permitió la operabilidad de un número elevado de pacientes con alto riesgo preoperatorio por deterioro de la función pulmonar. Tanto el número de complicaciones como el porcentaje de exitus en los pacientes a los que finalmente se permitió la cirugía fue muy bajo.

FACTORES FUNCIONALES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD QUIRÚRGICA EN LOS PACIENTES INTERVENIDOS DE CARCINOMA BRONQUIAL NO MICROCÍTICO (CBNM)

N. Castejón Pina¹, L.M. Hernández Blasco², S. Asensio Sánchez¹, J.M. Galbis Carvajal¹ y J. Sánchez Payá³

¹Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España. ²Servicio de Neumología; ³Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante, Departamento de Medicina Clínica, UMH, ISABIAL, Alicante, España.

Introducción: Aunque muchos CBNM potencialmente resecables ocurren en pacientes con deterioro de su función pulmonar, no se ha demostrado la existencia de un único parámetro funcional que tenga suficiente exactitud en la predicción del riesgo de mortalidad postoperatoria (0-30 días). Objetivos: identificar los parámetros utilizados en la evaluación preoperatoria de estos pacientes que contribuyen a una mejor predicción del riesgo quirúrgico.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de 186 CBNM consecutivos intervenidos. Previo a la cirugía a todos los pacientes se les realizaron pruebas de función respiratoria, prueba de esfuerzo incremental máxima (PECP) en tapiz rodante y prueba de la marcha de los 6 minutos. Se calculó la función pulmonar predicha postoperatoria (FEV1ppo (ml) y (%); DLCO ppo (%); VO2max ppo (ml/kg/minuto y%) mediante gammagrafía de V/Q y mediante el método de los segmentos. Análisis estadístico: análisis univariante del riesgo relativo y su significación con los principales parámetros de función pulmonar estática y dinámica, así como sus correspondientes ppo.

Resultados: Los pacientes incluidos fueron hombres (87%), fumadores (92%), con edad media de 63 ± 10 años, 50% EPOC, 48 neumonecto-

	Mortalidad Porcentaje (Nº)	RR (IC95%)	P
FEV1_a (ml)		2,62 (0,56-12,15)	NS
< 2.000 neumonectomía	9,5% (2/21)		
< 1.500 lobectomía			
> 1.500 lobectomía	3,6% (6/125)		
> 2.000 neumonectomía			
FEV1-r (%)		3,31 (0,72-15,16)	0,159
< 60%	11,8% (2/17)		
> 60%	3,6% (6/169)		
FEV1-r (%)		1,58 (0,41-6,13)	NS
< 80%	5,6% (4/72)		
> 80%	3,5% (4/114)		
DLCO-r (%)		5,54 (1,38-22,26)	< 0,05
< 60%	11,6% (5/43)		
> 60%	2,1% (3/143)		
VO2max_a (ml/Kg/minuto)		-	0,098
< 20	6,5% (7/108)		
> 20	0% (0/51)		
VO2max_r (%)		4,25 (0,60-29,9)	NS
< 40	16,7% (1/6)		
> 40	3,9% (6/153)		
Asaturación O2 Prueba de ejercicio		2,75 (0,70-0,87)	0,154
< (-4)	10,3% (3/29)		
> (-4)	3,8% (5/133)		
Δsaturación O2 PM6M**		2,54 (0,55-11,63)	NS
< (-4)	11,1% (2/18)		
> (-4)	4,4% (6/137)		
Ppo gammagrafía FEV1_r (%)		8,24 (1,42-47,74)	0,131
< 35	33,3% (1/3)		
> 35	4,0% (7/173)		
Ppo gammagrafía FEV1_r (%)		4,85 (1,21-19,49)	< 0,05
< 50	11,1% (5/45)		
> 50	2,3% (3/131)		
Ppo gammagrafía DLco_r (%)		5,51 (1,47-20,74)	< 0,05
< 40	14,8% (4/27)		
> 40	2,7% (4/149)		
FEV1%*DLco% ppo gammagrafía		7,00 (1,89-25,99)	< 0,01
< 1.650	18,2% (4/22)		
> 1.650	2,6% (4/154)		
FEV1%*DLco% ppo segmentos		4,26 (1,12-16,19)	< 0,05
< 1.650	11,4% (4/35)		
> 1.650	2,7% (4/149)		

FEV1_a = volumen espiratorio en el primer segundo en absoluto; FEV1-r (%) = volumen espiratorio en el primer segundo porcentaje sobre el teórico; DLCO-r (%) = capacidad de difusión de monóxido de carbono en porcentaje sobre el teórico; VO2max_a = consumo máximo de oxígeno en absoluto; VO2max_r = consumo máximo de oxígeno porcentaje sobre el teórico; Δsaturación O2 Prueba de ejercicio = Incremento de la saturación de oxígeno de la prueba de ejercicio; Asaturación O2 PM6M = incremento de la saturación de oxígeno de la prueba de la marcha de los 6 minutos; Ppo gammagrafía FEV1_r = valor predicho postoperatorio por gammagrafía de FEV1_r; FEV1%*DLco% ppo = doble producto predicho postoperatorio.

mías, 138 lobectomías/segmentectomías atípicas. La mortalidad global en los primeros 30 días fue de 4,3% (8/186): 5 lobectomías (4,0%), 2 neumonectomías (4,1%) y 1 segmentectomía atípica (6,2%) (tabla).

Conclusiones: La mortalidad global al mes tras la cirugía fue baja. La única variable funcional predictora de mortalidad perioperatoria fue la DLCO_r (%) < 60%, siendo el cálculo del doble producto FEV1%*DLCO% (gammagrafía) ppo ≤ 1.650 el que mejor estimó el riesgo de mortalidad perioperatoria (18% frente al 2,6%).

HIPERHIDROSIS AMBULATORIAS, ESTUDIO DE COSTE RETROSPECTIVO

S. Castillo Acosta, V. Juárez Sanjuán, R. Gil Lorenzo, A. Santana León, P. Rodríguez Suárez, M. Hussein Serhal y J. Freixinet Gilart

Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Introducción: La hiperhidrosis o sudoración excesiva se produce en cabeza, axilas, palmas o plantas. Se clasifica según su etiología en primaria, más frecuente, o secundaria, producida por fármacos o por alguna enfermedad como el hipertiroidismo o la diabetes mellitus. Se trata de una producción excesiva de acetil colina, lo que estimula en demasía la glándula apocrina con la consiguiente producción de sudor. Se manifiesta mayoritariamente en personas jóvenes sin distinción entre sexos. El tratamiento puede ser médico o quirúrgico mediante la simpatectomía torácica.

Material y métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de coste beneficio en el que se han incluido aquellos pacientes intervenidos de simpatectomía torácica desde el 1 de enero de 2013 hasta el 30 de septiembre de 2017. 130 casos, 2 de ellos reintervenidos. 1 paciente ha sido excluido del estudio por presentar convulsiones en el antequirófano. Hemos evaluado características epidemiológicas, el tipo de intervención, la evolución postoperatoria y el coste beneficio de las cirugías realizadas de forma ambulatoria con respecto a las que no lo fueron.

Resultados: El 63,6% de nuestros pacientes es mujer. Con una edad media de 26 años, y desviación típica de 9,77. En un 94% de los casos se localiza en las palmas, un 51% axilar, el 46% palmoaxilar. El 45,85% de los casos se programan como cirugía mayor ambulatoria (CMA). La principal causa de estancia hospitalaria posquirúrgica es la presencia de neumotórax intraoperatorio. Solo 7 de los 60 previstos como CMA han quedado ingresados. Sin embargo, de las cirugías convencionales la media de estancia es de 1,94 días. La totalidad de las cirugías se realizaron por incisión axilar a nivel de 2-3 espacio intercostal por videotoroscopia, el 83% por electrocauterio. El precio estimado de la estancia en nuestra planta por noche es de 225€. Teniendo en cuenta que nos ahorramos la noche prequirúrgica siempre y la del día de la cirugía en el 80% de los previstos como CMA nos hemos ahorrado en este tiempo 22.512€.

Conclusiones: Los pacientes que se intervienen de simpatectomía torácica suelen ser jóvenes y carecer de antecedentes patológicos severos, lo que predispone a la corta estancia hospitalaria. Este es uno de los motivos que nos llevan a valorar realizar la cirugía como CMA así como la reducción económica que supone, tan importante en la medicina de la época actual.

MALFORMACIONES PULMONARES CONGÉNITAS: DIAGNÓSTICO Y MEDIDAS DE ACTUACIÓN ANTE ESTA ENTIDAD INFRECUENTE

M. Maes Carballo¹, N.A. Barba Gyengo², N. Sánchez Maseda³, J.R. Torres Bermúdez⁴ y E.M. Ramos Urbina⁴

¹Hospital Santa Ana, Motril, Granada, España. ²Hospital Universitario San Cecilio, Granada, España. ³Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España. ⁴Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción: Las malformaciones congénitas del aparato respiratorio (MPC) comprenden un extenso y heterogéneo número de patologías que pueden comprometer la supervivencia del paciente. Su presentación clínica y gravedad varía en función del grado de afectación pulmonar y localización anatómica. El paciente puede presentar síntomas respiratorios desde el nacimiento o ser asintomáticos hasta la edad adulta. Actualmente, gran número de malformaciones pulmonares se sospecha o diagnostican mediante ecografía prenatal. Es controvertido tratar los pacientes asintomáticos debido a que el pronóstico de estas enfermedades es desconocido aunque la mayoría de los autores lo recomiendan. Las MPC más frecuentes son la malformación adenomatosa-quística, el secuestro pulmonar, el quiste broncogénico y el enfisema lobar congénito.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional de todos los casos de MPC diagnosticadas en la provincia de Granada durante el periodo que comprende desde 2012 hasta el tercer trimestre de 2017. Se analizaron las principales características demográficas (sexo y edad), el tiempo de evolución, el tipo y localización de la malformación, el síntoma principal y el tratamiento de elección.

Resultados: Se han analizado los 21 pacientes diagnosticados durante el periodo de estudio. Es más prevalente en mujeres que en varones (3;1). La edad de diagnóstico es principalmente la neonatal (72%), sólo un 23% en edad adulta. La malformación más frecuentemente fue el secuestro pulmonar (57%), seguida de la malformación adenomatosa-quística (29%) y el quiste broncogénico (14%). La totalidad de las malformaciones fueron localizadas en el lóbulo pulmonar inferior, no existiendo diferencia en frecuencia entre pulmón derecho o izquierdo. La tos sola o con expectoración fue el síntoma de presentación más frecuentes. El tratamiento más habitual fue el quirúrgico (57%), siendo la lobectomía (80%) de elección y en un menor número de casos, reducción del volumen pulmonar (14%). No hubo complicaciones postoperatorias siendo la estancia media hospitalaria de 1 día.

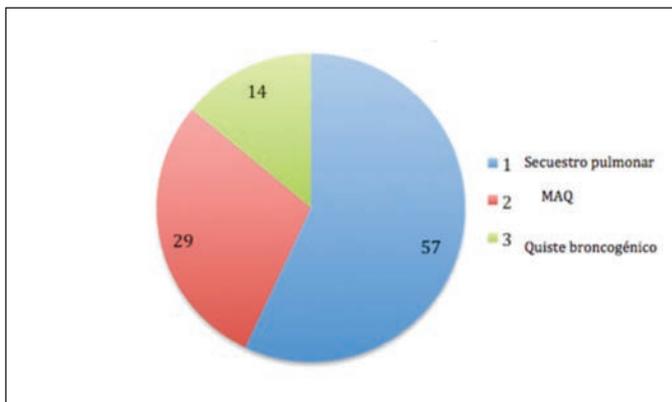


Figura 1. Prevalencia de los tipos de Malformaciones Pulmonares Congénitas.

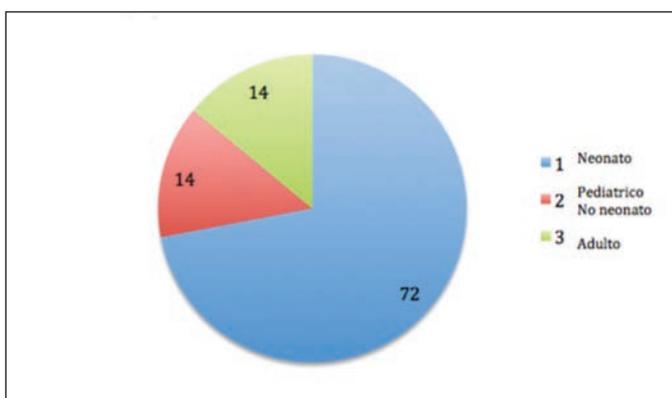


Figura 2. Edad diagnóstica de las Malformaciones Pulmonares Congénitas.

Conclusiones: Las malformaciones congénitas del aparato respiratorio son un infrecuente y heterogéneo grupo de patologías que pueden comprometer la vida del paciente. Debe considerarse la presencia de una malformación pulmonar congénita en casos de neumonía recurrente localizada. El tratamiento más frecuente es el quirúrgico aunque no existe consenso en pacientes asintomáticos.

ABORDAJE DEL TRAUMATISMO TORÁCICO EN LA UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA

M.J. Moyano Rodríguez, J.R. Torres Bermúdez, P. Bravo Carmona, C.I. Bayarri Lara, J. Ruiz Zafra, I. Piedra S, F. Q. Valenzuela, A. Cueto Ladrón de Guevara y A. Sánchez-Palencia Ramos

Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción: El traumatismo torácico (TT) es una entidad frecuente, resultado de accidentes de tráfico, laborales, agresiones y caídas accidentales. La mortalidad es baja, siendo mayor en el momento del traumatismo o en las primeras 24-48 horas. El tratamiento suele ser conservador, para controlar el dolor y evitar la aparición de complicaciones. El empleo de drenajes torácicos puede ser necesario en el momento agudo o en la evolución. La cirugía urgente es poco habitual. El objetivo de nuestro trabajo es mostrar nuestra experiencia en el manejo del TT en este año.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los ingresos por TT entre enero y noviembre de 2017. Los criterios de ingreso se realizaron en base al protocolo de TT de la unidad cuyas variables son: tipo de traumatismo, número de fracturas costales, fractura esternal, clavicular y/o escapular asociadas, complicaciones pleuropulmonares (neumotórax, hemotórax, contusión pulmonar, atelectasia y/o neumomediastino o enfisema), factores de riesgo (edad avanzada, patología cardíaca o respiratoria y/o anticoagulación) y dolor incontrolado tras medicación intravenosa en observación. El manejo de los pacientes con inestabilidad hemodinámica o respiratoria o lesión de órganos vitales fue en la unidad de cuidados intensivos (UCI), procediendo a cirugía torácica y/o abdominal urgente, en su caso.

Resultados: Fueron atendidos 116 pacientes por TT. El 67% eran hombres. El 47% tenía más de 65 años. El 46% fue por un traumatismo de baja energía, bien caída fortuita o accidente doméstico. El 34% se consideró politraumatismo por fracturas a otros niveles, predominando la fractura clavicular, escapular o esternal en el 65% de los casos. Todos los pacientes presentaron 3 o más arcos costales fracturados. El 75% solo requirió tratamiento conservador mientras que el 25% precisó de drenaje torácico; de ellos, 2 pacientes se intervinieron de forma urgente por volet costal e insuficiencia respiratoria aguda, requiriendo osteosíntesis costal. La estancia media fue de 5 días. La mortalidad ocurrió en 2 pacientes, mayores de 65 años por insuficiencia respiratoria aguda y/o neumonía asociada.

Conclusiones: El TT es uno de los motivos de ingreso más frecuentes en la unidad de Cirugía Torácica. El tratamiento conservador es el más frecuente, seguido del drenaje torácico, y ocasionalmente la cirugía urgente.

PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DEL TIMO

S. Sevilla López, F. Cózar Bernal, P. Carmona Soto y A. Bravo Cerro

Complejo Hospitalario Universitario Ciudad de Jaén, Jaén, España.

Introducción: La patología tímica, infrecuente en la población general, constituye uno de nuestros campos de trabajo habituales y, al igual que la patología pulmonar, su cirugía ha evolucionado hacia abordajes menos invasivos. Presentamos nuestra serie de casos en la

que miastenia gravis (MG), tumores y síndromes paraneoplásicos constituyen las indicaciones para su exéresis.

Material y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de las timentomías realizadas en los últimos 10 años en el Complejo Hospitalario Ciudad de Jaén.

Resultados: 52 pacientes: 31 mujeres (edad media 47,1 años) y 21 hombres (edad media 46,6 años). En 30 casos la indicación fue MG, de estos, 5 asociaban timoma. Se realizaron 2 timentomías en pacientes con síndromes paraneoplásicos, 1 neurológico y 1 caso de aplasia medular grave por timoma. El resto (20 en total) se realizaron sobre timos aumentados de tamaño: 9 tumores, 5 hiperplasias, 3 quistes, 2 involucionados y 1 timo normal. La patología maligna del timo supuso 15 casos, 7 fueron diagnosticados previamente mediante biopsia trucut. Anatomía patológica: 13 timomas, 1 carcinoma tímico y 1 carcinoide con estadios de Masaoka I (4 casos), II (7 casos) y III (4 casos). En el carcinoma tímico no se consiguió una resección completa por invasión cardiaca. Tamaño medio: 75 mm. En 5 casos los pacientes recibieron adyuvancia. Se realizaron 21 esternotomías y 21 VATS, comenzando a realizar esta técnica en 2012. Hubo una disminución en la estancia hospitalaria desde el inicio de la VATS de 7,5 días (rango 4-15) a 2,7 días (rango 1-7). Diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). Complicaciones: 1 anemización, 1 parálisis frénica y 1 exitus por cardiopatía. Con respecto al tratamiento médico de la MG, debido a su heterogeneidad, sólo podemos describir los cambios: disminución en 17 casos (56,6%), sin cambios 5 (16,6%) y aumento en 8 pacientes (26,8%). Previo a la cirugía, 12 pacientes (39%) tenían estadio I y 18 (61%) estadio II. Después de la intervención, 66,7% en estadio 0, 33,3% en estadio I y ninguno en estadio II. Test de McNemar, $p = 0,011$.

Conclusiones: 1. La indicación más frecuente de timentomía fue MG, seguida de timoma. 2. La timentomía VATS es una técnica segura y eficaz en el tratamiento de la patología tímica que asocia una disminución de la estancia hospitalaria. 3. En MG, tras la intervención quirúrgica hay mejoría clínica de los pacientes y tendencia a la disminución del tratamiento necesario para controlar los síntomas.

PERFIL PERIOPERATORIO DE LAS MUJERES EN CIRUGÍA DEL CÁNCER DE PULMÓN

J.J. Fibla Alfara¹, L. Molins López-Rodó², F. Quero Valenzuela³, J.M. Izquierdo Elena⁴, D. Sánchez Lorente⁵, J. Hernández Ferrández¹, C. Bayarri Lara³, M. Boada Collado⁵, Á. Guirao Montes⁵ y A. Cueto Ladrón de Guevara³

¹Hospital Universitari del Sagrat Cor, Barcelona, España. ²Hospital Clínic y Hospital Universitari del Sagrat Cor, Barcelona, España. ³Hospital Universitario de Granada, Granada, España. ⁴Hospital de Donostia, San Sebastián, Guipúzcoa, España. ⁵Hospital Clínic, Barcelona, España.

Introducción: El objetivo de este estudio prospectivo de cohortes fue evaluar las posibles diferencias entre varones y mujeres en el perfil perioperatorio del cáncer de pulmón.

Material y métodos: Se incluyeron 2.566 varones y 741 mujeres consecutivos con carcinoma broncogénico tratados quirúrgicamente con intención curativa en 24 Servicios de Cirugía Torácica participantes en el proyecto GCP-SECT entre 2012 y 2014. Se recogieron datos de la historia de los pacientes, características del tumor, intervención quirúrgica, complicaciones postoperatorias y mortalidad a los 30 días.

Resultados: Las mujeres eran más jóvenes que los varones (edad media 61,8 [10,8] vs 66,5 [9,1] años, $p < 0,0001$). En general, las características preoperatorias eran significativamente más favorables para el sexo femenino, con un mayor porcentaje de ECOG grado 0, menos fumadoras activas (28,4% vs 33,9%), menor comorbilidad (en particular, COPD, diabetes, hipertensión y patología cardiaca) y mejor función pulmonar. Hubo diferencias significativas ($p < 0,0001$) en los tipos histológicos y estadios TNM con mayor frecuencia de

adenocarcinomas (70,1% vs 46,4%) y estadios IA (41,5% vs 33,6%) en las mujeres. La vía de abordaje (VATS o toracotomía) fue similar. Se practicaron más neumectomías en los varones (10,9%) que en las mujeres (5,1%) ($p < 0,0001$), pero los porcentajes relativos a resecciones atípicas, segmentectomías, lobectomías, resecciones extendidas y complicaciones intraoperatorias fueron similares. Globalmente la tasa de complicaciones postoperatorias fue inferior en las mujeres, con diferencias significativas ($p < 0,05$) frente a los varones en los porcentajes de neumonitis, atelectasia, fuga aérea, arritmia, hemorragia, fistula broncopulmonar, empiema, dehiscencia de la herida y necesidad de reintubación. Respecto a la gravedad de las complicaciones postoperatorias (clasificación de Clavien-Dindo) las diferencias también eran significativas ($p < 0,0001$) con un mayor porcentaje de grados I (51,6% vs 43%) y II (35,7% vs 33%) y menores porcentajes de grados III, IIIa, IIIb, IV y V. Se observaron diferencias significativas ($p < 0,0001$) entre mujeres y varones en la estancia hospitalaria (7,8 [7,1] vs 6,3 [5,0] días), la mortalidad a los 30 días (0,3% vs 2,9%) y el porcentaje de ingresos (8,6% vs 2,8%).

Conclusiones: Este estudio multicéntrico a nivel nacional de cirugía del carcinoma broncogénico con intención curativa sugiere un perfil perioperatorio más favorable para el sexo femenino.

PLEURECTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO (NEP)

A. Libreros Niño, D. Sánchez Lorente, M. Boada Collado, M. Montesinos Encalada, Á. Guirao Montes, R. Guzmán Portillo, A. Gómez-Caro Andrés, J.M. Gimferrer Garolera y L. Molins López-Rodo

Hospital Clínic, Barcelona, España.

Introducción: El tratamiento quirúrgico estándar del neumotórax espontáneo primario (NEP) es la bullectomía (B) con pleurodesis mecánica por videotoracoscopia (VATS). La abrasión pleural como técnica para la pleurodesis se ha puesto en debate por su índice de recidiva. En este trabajo revisamos nuestra experiencia de la pleurectomía (PL) como posible alternativa a la abrasión en el tratamiento del NEP.

Material y métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes con NEP intervenidos de PL entre enero/11 y septiembre/17. Los datos demográficos, N° de episodio, lateralidad, indicaciones quirúrgicas, antecedente de cirugía previa por neumotórax, técnica quirúrgica, fuga aérea, radiografía postoperatoria, complicaciones, estancia hospitalaria, recidivas y mortalidad fueron analizadas.

Resultados: 47 pacientes con NEP fueron intervenido con B + PL (hombres: 38 y mujeres: 9) con una media de edad de 31,56 ± 13,26 años. El IMC medio fue de 20,43 ± 2,37. Del total de pacientes, 22 eran no fumadores, 9 fumadores activos, 6 exfumadores y 10 desconocido. La lateralidad fue: 24 derechos y 23 izquierdos. Las indicaciones fueron: 1º episodio + Fuga aérea persistente (FAP): 14 casos; 2º episodio: 16 casos; 3º o 4º episodio: 11 casos; 1º episodio + antecedente neumotórax contralateral: 1 paciente; 2º episodio + antecedente neumotórax contralateral: 2 casos; 1º episodio con FAP + cirugía previa contralateral: 2 casos y 2º episodio + cirugía previa contralateral: 1 caso. Técnica quirúrgica: 44 casos por VATS y 3 por toracotomía. A 32 pacientes de les realizo B + PL parcial y a 15 B + PL parcial + abrasión mecánica. El tiempo medio quirúrgico fue de 58, 63 ± 17,26 minutos. La presencia de fuga aérea a las 24 horas se presentó en 12 pacientes. Los hallazgos radiológicos fueron: hematoma extrapleural: 2 casos, derrame pleural: 5 casos y neumotórax apical laminar residual en 8 casos. Las complicaciones postoperatorias fueron: FAP en 4 pacientes, sangrado que requirió re-intervención un paciente e infección de herida quirúrgica en uno. Los días de fuga aérea en el postoperatorio fueron de 0,79 ± 1,68 días. Los días con drenaje pleural 2,76 ± 1,61. El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 3,40 ± 2,22 días. Ningún

paciente falleció durante el procedimiento, ni en el post-operatorio. Del total de pacientes, solo se presentó un caso de recidiva que no requirió de re-intervención quirúrgica.

Conclusiones: Basados en nuestra experiencia, la PL es una alternativa válida en el tratamiento de NEP, eficaz y segura, con escasa morbi-mortalidad y un número bajo de recidivas.

¿PODEMOS AFIRMAR QUE TANTO LA ESTIMACIÓN MEDIANTE GAMMAGRAFÍA DE V/Q (GVP) COMO POR EL MÉTODO DE LOS SEGMENTOS (MSEG) SON IGUAL DE ÚTILES EN LA PREDICCIÓN DE LA FUNCIÓN PULMONAR POSOPERATORIA (PPO) DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA BRONQUIAL NO MICROCÍTICO (CBNM) SOMETIDOS A NEUMONECTOMÍA?

N. Castejón Pina¹, L.M. Hernández Blasco², S. Asensio Sánchez¹, J. Sánchez Payá³, J.J. Mafé Madueño¹ y J.M. Galbis Carvajal¹

¹Hospital General Universitario de Alicante, Alicante, España. ²Servicio de Neumología, Hospital General Universitario de Alicante, Departamento de Medicina Clínica, UMH, ISABIAL, Alicante, España. ³Servicio de Medicina Preventiva, Hospital General Universitario de Alicante, UMH, ISABIAL, Alicante, España.

Introducción: Muchos tumores potencialmente reseables ocurren en pacientes con deterioro de su función pulmonar, precisando de la

	Ppo Gamma CCI (IC95%), p	Ppo M.Segmentos CCI (IC95%), p
Neumonec. 1^{er} mes (n = 35)		
FEV1-A (ml)	0,72 (0,45-0,86) p < 0,001	0,61 (0,34-0,78) p < 0,001
FEV1-R (%)	0,67 (0,35-0,83) p < 0,001	0,70 (0,40-0,85) p < 0,001
FVC-A (ml)	0,72 (0,44-0,86) p < 0,001	0,74 (0,49-0,87) p < 0,001
FVC-R (%)	0,59 (0,19-0,79) p < 0,01	0,61 (0,24-0,81) p < 0,01
TLC-R (%)	0,57 (0,16-0,79) p < 0,01	0,59 (0,20-0,80) p < 0,01
DLCO-R (%)	0,67 (0,33-0,84) p < 0,001	0,72 (0,42-0,86) p
Neumonec. 3^{er} mes (n = 32)		
FEV1-A (ml)	0,81 (0,61-0,91) p < 0,001	0,77 (0,52-0,88) p < 0,001
FEV1-R (%)	0,67 (0,35-0,83) p < 0,001	0,75 (0,48-0,88) p < 0,001
FVC-A (ml)	0,75 (0,48-0,88) p < 0,001	0,72 (0,43-0,86) p < 0,001
FVC-R (%)	0,67 (0,32-0,84) p < 0,01	0,60 (0,19-0,81) p < 0,01
TLC-R (%)	0,60 (0,16-0,81) p < 0,01	0,64 (0,25-0,83) p < 0,01
DLCO-R (%)	0,73 (0,44-0,87) p < 0,001	0,69 (0,36-0,85) p < 0,01
Neumonec. 6^{os}mes (n = 28)		
FEV1-A (ml)	0,76 (0,48-0,89) p < 0,001	0,70 (0,37-0,86) p < 0,001
FEV1-R (%)	0,72 (0,40-0,87) p < 0,001	0,67 (0,29-0,84) p < 0,01
FVC-A (ml)	0,75 (0,45-0,88) p < 0,001	0,70 (0,36-0,86) p < 0,001
FVC-R (%)	0,69 (0,32-0,86) p < 0,01	0,60 (0,16-0,81) p < 0,01
TLC-R (%)	0,83 (0,62-0,93) p < 0,001	0,79 (0,54-0,91) p < 0,001
DLCO-R (%)	0,84 (0,65-0,93) p < 0,001	0,84 (0,64-0,93) p < 0,001
Neumonec. 12^{os}mes (n = 11)		
FEV1-A (ml)	0,72 (0,10-0,93) p < 0,05	0,56 (0,1-0,88) p = 0,10
FEV1-R (%)	0,65 (0,05-0,76) NS	0,70 (0,1-0,92) p < 0,05
FVC-A (ml)	0,87 (0,46-0,97) p < 0,01	0,70 (0,1-0,92) p < 0,05
FVC-R (%)	0,81 (0,41-0,95) p < 0,01	0,81 (0,28-0,95) p < 0,01
TLC-R (%)	0,76 (0,10-0,95) p < 0,05	0,71 (0,10-0,93) p < 0,05
DLCO-R (%)	0,69 (0,10-0,95) p = 0,09	0,64 (0,10-0,92) p = 0,10

Neumonec. = neumonectomías; PpoGamma = función pulmonar predicha postoperatoria por gammagrafía ventilación/perfusión; Ppo M. Segmentos = función pulmonar predicha postoperatoria por método de los segmentos; FEV1_A y FEV1_R (%) = volumen espirado forzado en el primer segundo en valor obtenido en ml en un segundo y % sobre el teórico; FVC-A y FVC-R (%) = capacidad vital forzada en valor obtenido en ml y % sobre el teórico; TLC-R(%) = capacidad pulmonar total en valor obtenido en % sobre el teórico; DLCO-R(%) = capacidad de difusión de monóxido de carbono en % sobre el teórico.

estimación de sus valores ppo previo a la intervención. Para este cálculo, las guías actuales recomiendan la GVP en el caso de las neumonectomías frente al cálculo anatómico por el MSEG.

Material y métodos: Comparar la precisión de diferentes métodos preoperatorios propuestos en la literatura científica (GVP y MSEG) en predecir correctamente la función pulmonar postoperatoria en las neumonectomías. A 48 CBNM consecutivos intervenidos mediante neumonectomía (24 derechas y 24 izquierdas) se les calculó los valores ppo (volúmenes pulmonares y DLCO) mediante GVP y MSEG. Estos valores ppo se compararon con los alcanzados por cada paciente, en cada momento evolutivo (primer, tercer, sexto y doceavo mes tras la cirugía) mediante los coeficientes de correlación intraclase (CCI).

Resultados: Hombres 41 (85%), fumadores (96%) con media de paq/a de 51 ± 26, edad media 60 ± 9 años, EPOC 21 (44%). Ver tabla con las correlaciones en cada momento evolutivo.

Conclusiones: En pacientes sometidos a neumonectomía, la precisión en la estimación de la función pulmonar postoperatoria fue buena y similar para ambos métodos, mejorando progresivamente la concordancia desde el primer al duodécimo mes (aunque limitada por un bajo número de pacientes al año).

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA ASISTIDA POR VIDEOTORACOSCOPIA PARA EL UPSTAGING GANGLIONAR: EXPERIENCIA DE UN CENTRO

R. Guzmán Portillo, M. Boada Collado, D. Sánchez Lorente, Á. Guirao Montes, A. Gómez Caro y J.M. Gimferrer Garolera

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: Se ha reportado una mayor frecuencia de upstaging ganglionar hiliar (pN1) mediante toracotomía (T) en comparación a la cirugía videotoracoscópica (VATS). En este artículo evaluamos las diferencias en el upstaging pN1 entre estos dos abordajes tras iniciar un programa VATS.

Material y métodos: De forma retrospectiva se han analizado los pacientes sometidos a resección anatómica por cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) en nuestro centro entre enero 2014 y septiembre de 2016. Los tumores mayores de 5 cm, cN1-2, las resecciones sublobares, bilobectomías y neumonectomías fueron excluidos del estudio. En el análisis se han comparado la incidencia de pN1 oculto, así como la localización del tumor, número de estaciones exploradas y técnica quirúrgica empleada.

Resultados: Un total 165 lobectomías por CPCNP cT1a-2aN0M0 fueron realizadas durante el periodo de estudio. En 95 casos (57,6%) se realizó por T y en 70 casos (42,4%) por VATS. No se identificaron diferencias en las características basales, en el número de estaciones ganglionares exploradas ni en la centralidad de tumor entre ambos grupos. Se identificó upstaging ganglionar global (pN1 y pN2) en 22 pacientes (23,2%) el grupo T y en 9 pacientes (12,9%) en el grupo VATS. Siete pacientes (7,4%) operados por TT y 6 pacientes (8,6%) por VATS presentaron upstaging mediastínico (pN2). Se detectó upstaging hiliar (pN1) en 19 pacientes (20%) del grupo T y 6 pacientes (8,6%) del grupo VATS, con diferencia significativa entre ambos (p < 0,05). No se detectaron diferencias en el pN1-Upstaging entre las dos técnicas VATS utilizadas. Fissure First (FF) tuvo un 16,7% de casos con pN1 (2/12 casos) e Hiliun First (HF) tuvo 6,9% casos (4/58 casos).

Conclusiones: En nuestra serie hemos observado una menor frecuencia de upstaging ganglionar hiliar por VATS en comparación con la toracotomía. A pesar de no encontrar diferencias significativas entre HF y FF; la técnica podría ser un factor importante. Otros estudios son necesarios para evaluar el impacto de las técnicas VATS empleadas en el upstaging ganglionar.

REVISIÓN DE CASOS: ABORDAJE DE OBSTRUCCIONES TRAQUEOBRONQUIALES CON ENDOPRÓTESIS DE FREITAG (DYNAMIC STENT)

F. Peñato Luengo, T. Vives Espejo-Saavedra, C. Partida González, U. Caballero Silva y P. Díaz-Agero Álvarez

Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

Introducción: Las obstrucciones de la vía aérea inferior es una patología de difícil control y con riesgo vital, aunque su etiología sea de carácter benigno o maligno. Son casos que nos suponen un reto porque son patologías no susceptibles de resección quirúrgica, pero si lo abordamos mediante medidas más conservadoras podremos dar mayor calidad de vida al paciente y evitar una disnea súbita.

Material y métodos: Se realiza una revisión retrospectiva de 9 casos clínicos, desde el año 2010 hasta el 2017. Todos los pacientes fueron tratados mediante broncoscopia rígida colocando una endoprótesis de Freitag (Dynamic stent), previa dilatación con balón o fotoresección con láser neodimio-YAG.

Resultados: Nuestra población de 9 pacientes consta de 6 mujeres (66,6%) y 3 hombres (33,3%), con edad media de 68,2 años (rango de edad 56 entre 83 años). La etiología de la obstrucción traqueobronquial fueron en 3 casos benignos (33,3%) (2 traqueomalacias y 1 posttuberculosa) y 6 malignos (66,6%) (2 tiroideas, 1 urotelial, 2 de pulmón, 1 mediastínico). La clínica general fue disnea y broncorrea, y a pesar de tener casos por tumoraciones malignas, sólo un caso debutó con hemoptisis siendo éste benigno (11%). La cirugía que se aplicó fue con intención paliativa para mejoría de calidad de vida de los pacientes, ya que ninguno presentaba criterios de reseccabilidad. Fueron tratados endoscópicamente los 9 pacientes, realizando intubación con broncoscopio rígido, colocación de prótesis endotraqueal de Freitag (Dynamic Stent), previa dilatación en los casos necesarios para facilitar la colocación y alojamiento endoluminal de la prótesis. Las complicaciones posoperatorias tempranas sólo se vieron en 3 casos (33,3%) dos pacientes precisaron recolocar una nueva prótesis para ajustar medidas, y en un tercero, fue retirada por broncorrea importante y hubo que realizar una traqueostomía. La evolución controlada con fibrobronoscopias seriadas, muestra un mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea, precisando tan sólo reintervenciones para resección de tumoraciones endoluminales y/o granulomas, desgaste de la prótesis, etc.

Conclusiones: Las endoprótesis traqueobronquiales son una buena alternativa para permeabilizar la vía aérea en aquellos pacientes que no podemos darle una solución quirúrgica definitiva, pero ayudamos a mejorar su calidad de vida y sobre todo en los pacientes de etiología maligna, evitamos una obstrucción aguda o disnea de reposo que limita la vida del paciente.

TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN NEUMONECTOMÍAS POR CARCINOMA BRONCOGÉNICO (CB). DESCRIPCIÓN DE NUESTRA SERIE

M. Leo Castela, A. González Barroso, M. García Sáez, R. Risco Rojas, C. López García, D. León Medina y S. García Barajas

Hospital Universitario Infanta Cristina, Badajoz, España.

Introducción: El objetivo de nuestro trabajo es analizar los resultados histopatológicos y la morbimortalidad postoperatoria en pacientes con CB sometidos a neumonectomía tras tratamiento neoadyuvante. Analizar las diferencias de estos resultados en función de la modalidad de neoadyuvancia (QT vs QT+RT).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante la obtención de datos clínicos de nuestra base de datos. Se analizan 32 pacientes con tratamiento neoadyuvante de una serie total de 133 enfermos con CB intervenidos mediante neumonectomía entre mayo

de 2001 y octubre de 2017. Se analizan las variables: edad, sexo, lateralidad tumoral, criterio de indicación de neoadyuvancia, TNM clínico (TNM-c) y TNM patológico (TNM-p). Asimismo, se estudia la morbimortalidad postoperatoria.

Resultados: La mediana de edad ha sido de 61 años; 2 mujeres (6,25%) y 30 varones (93,75%). La lateralidad tumoral fue izquierda en 19 casos (59,37%) y derecha en 13 (40,63%). En 25 de los 32 pacientes, la indicación de neoadyuvancia fue por dudosa reseccabilidad (78,12%), y en 7 casos por enfermedad N2 (21,88%). Se administró QT neoadyuvante a 19 enfermos (59,37%), y tratamiento conjunto con QT+RT a los 13 restantes (40,63%). En los pacientes rescatados para cirugía tras tratamiento con QT, objetivamos un mejor estadio patológico en 13 casos (4 de ellos con ausencia de tumor en la pieza quirúrgica: RO), en 5 enfermos concordancia entre TNM-c y TNM-p, y en uno de ellos peor estadio quirúrgico. En los enfermos tratados con QT+RT, observamos mejoría del estadio tras la cirugía en 11 casos, de los cuales 9 fueron RO, mientras que en dos pacientes se mantuvo la concordancia TNM-c/TNM-p. Los estadios patológicos de la serie fueron: IA (4), IB (4), IIA (5), IIB (2), IIIA (4), RO (13). La tasa de morbilidad postoperatoria en el total de las neumonectomías de nuestra serie ha sido del 32,33% (43/133) y la de mortalidad del 5,26% (7/133). En el grupo de tratamiento neoadyuvante la tasa de morbimortalidad observada ha sido menor: morbilidad del 28,12% (9/32), y mortalidad del 3,12% (1 paciente fallecido en el grupo de QT).

Conclusiones: En el estudio de nuestra serie, el tratamiento neoadyuvante no supuso un mayor índice de complicaciones postoperatorias tras la neumonectomía con respecto a las publicadas en la literatura. El uso conjunto de QT+RT vs QT asoció una menor tasa de morbimortalidad y parece tener mejores resultados anatomopatológicos, observándose erradicación tumoral completa en la mayoría de los casos.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL PECTUS EXCAVATUM

P. Bravo Carmona, M.J. Moyano Rodríguez, J. Ricardo Torres Bermúdez, J. Ruiz Zafra, F. Quero Valenzuela, I. Piedra Fernández, A. Sánchez-Palencia Ramos, A. Cueto Ladrón de Guevara y C.I. Bayarri Lara

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción: El pectus excavatum (PE) es la deformidad más frecuente de la pared torácica, tratándose de una anomalía de los cartílagos costales que provoca un hundimiento o desplazamiento del esternón en sentido posterior. El objetivo es describir la experiencia del tratamiento quirúrgico de esta patología en la unidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional desde enero de 2005 a noviembre de 2017 de los pacientes tratados quirúrgicamente con diagnóstico de PE. Se recogieron variables demográficas, clínicas, grado de deformidad, técnica quirúrgica y material de osteosíntesis, complicaciones y resultado del tratamiento. Se realizó análisis estadístico con SPSS Statistics 22.0.

Resultados: Se objetivaron 18 pacientes con PE, con edad media de 20 años (rango 16 a 36). 14 (77,8%) fueron varones. 10 pacientes (55,6%) no asociaban otra enfermedad, 8 presentaban escoliosis (22,2%), 2 asma (11,1%), 2 malformación cardíaca congénita y 1 adquirida (5,6%). Clínica: 8 pacientes asintomáticos (44,4%), 7 con disnea de esfuerzo, 3 dolor torácico, 1 palpitaciones. Hubo alteraciones en la evaluación cardiológica de 4 pacientes (22,2%), y de la función respiratoria en 4 (3 con patrón restrictivo, 1 obstructivo). El PE era asimétrico en 9 casos; índice de Haller grave (> 3,6-6) en 15 (83,3%) y moderado en 1. En la mayoría de casos se empleó técnica modificada de Ravitch (83,3%) usándose material de osteosíntesis reabsorbible en 8 y placas en 5; en 3 pacientes se hizo técnica de NUSS. La estancia media fue 10 días. 12 pacientes (66,7%) no sufrieron complicaciones;

6 presentaron complicaciones menores: 4 seroma, 2 complicaciones pleuropulmonares (neumotórax o hemotórax); complicaciones mayores: 1 reintervención por sangrado, 1 empiema, 1 retirada de barra de NUSS por intolerancia, 1 infección de herida, 1 dolor postoperatorio prolongado. Resultados estéticos satisfactorios en 15 (83,3%), con mejoría objetivada en índice de Haller en los 7 casos en los que se valoró, y mejoría sintomatológica en 15.

Conclusiones: Dado que la media de edad de los pacientes intervenidos supera los 20 años, en los que se ha finalizado el periodo de desarrollo, se decidió técnica de Ravitch en la mayoría de ellos. La corrección quirúrgica de pacientes con PE graves mediante técnica de Ravitch modificada ofrece buenos resultados en términos de satisfacción y una morbilidad reducida con buenos resultados estéticos.

TUMORES DE PARED TORÁCICA

J.R. Torres Bermúdez, M.J. Moyano Rodríguez, P. Bravo Carmona, C.I. Bayarri Lara, M. Maes Carballo, J. Ruiz Zafra, I. Piedra S., A. Sánchez Palencia y A. Cueto Ladrón de Guevara

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción: Los tumores de pared torácica (TPT) entrañan un reto quirúrgico por su etiología y por la dificultad en la reconstrucción de la pared tras su extirpación.

Material y métodos: Se han revisado un total de 78 casos de TPT tratados en nuestro servicio desde mayo 2013 a mayo de 2017. La edad media fue de 50 años (14-77), 42 mujeres y 36 hombres. La histología fue heterogénea. Predominaron los tumores benignos (TB) 52 (66,6%), 18 de ellos (34%) de cartílago y hueso. De los malignos (TM), 9 (34,6%) eran primarios y 17 (63,6%) fueron metástasis o secundarios a invasión de la pared por órganos adyacentes.

Resultados: 74 fueron resecados en bloque, en 1 reducción de volumen y en otros 3 biopsia. En 21, resección de una costilla con cierre por planos. En 4 cierre con malla de PTFE cubriéndose con músculo. En otros 7, en los que se resecaron 3 o más costillas entre la 1ª y la 6ª o parte del esternón, el cierre fue con malla de PTFE, 1 o 2 barras de titanio, colgajos musculares (pectoral mayor 3, dorsal ancho 1, serrato 1, recto abdominal 1) y 1 omentoplastia. Hubo 1 lesión de la vena cava superior con hemorragia grave que fue suturada. No hubo mortalidad intrahospitalaria. De los TB no ha habido recidiva. De los 9 TM primarios intervenidos ninguno ha fallecido ni tiene recidiva. De los 23 TM secundarios 2 han fallecido y otros 4 tienen recidiva fuera de la pared torácica.

Conclusiones: En todos los casos se debe realizar resección en bloque con márgenes oncológicos. Para la reconstrucción se pueden emplear solos o combinados, las prótesis, barras metálicas y colgajos musculares.

¿UNA NUEVA INDICACIÓN DE ROLL? LOCALIZACIÓN DE NÓDULO PULMONAR

R. Guzmán Portillo, D. Sánchez Lorente, P. Paredes Paredes, I. Vollmer Torrubiano, M. Boada Collado, A. Gómez Caro, J.M. Gimferrer Garolera, Á. Guirao Montes y L. Molins López-Rodo

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: El arpón guiado por tomografía axial computarizada (TAC) utilizado para la localización de nódulos pulmonares para su resección videotoracoscópica ha demostrado ser una técnica eficaz pero no exenta de complicaciones. La localización radioguiada de lesiones ocultas (ROLL por sus siglas en inglés) es una alternativa prometedora, útil en los tumores de mama y de origen gastrointestinal. Entre sus ventajas sobre el arpón destaca su elevada precisión en el

marcaje de la lesión y su extensión con un mayor porcentaje de resección de márgenes libres y menor número de complicaciones.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de las resecciones pulmonares por videotoracoscopia (VATS) que utilizaron la técnica de ROLL para la localización de nódulos pulmonares en un centro de referencia en el periodo entre noviembre de 2015 a noviembre de 2016. Se recogieron datos demográficos, tamaño de la lesión, localización, distancia a la pleura visceral, tipo y margen de resección, duración de la intervención y del proceso de marcaje, presencia de complicaciones, así como el diagnóstico histológico.

Resultados: Se realizaron un total de 14 ROLL en 10 pacientes, un mismo paciente fue sometido a 4 ROLLS, la serie presenta predominio del sexo masculino (7), edad media de los pacientes fue de 61,1 (DE \pm 12,6) años. El 90% de los tumores tenía un diámetro 20 milímetros o menos, la localización más frecuente fue el lóbulo superior derecho (36%) seguido por el lóbulo superior izquierdo (29%), lóbulos inferiores (14% cada uno) siendo el lóbulo medio el más infrecuente (7%). La mediana de la distancia entre el nódulo y la pleura visceral fue de 4,5 mm (r: 00-53 mm). La duración media de todo el procedimiento fue de 161,9 (DE \pm 64,9) minutos, siendo el tiempo medio intraoperatorio y ROLL de 90,5 y 63,2 minutos respectivamente. A la exploración de la cavidad torácica se detectó sínfisis pleural en el 20% de los casos. Cuatro pacientes presentaron complicaciones; neumotórax unilateral (1), neumotórax bilateral (1), hematoma de parénquima (1) y una conversión a toracotomía abierta por localización hilar del nódulo que dificultó su resección en cuña.

Conclusiones: Existe poca bibliografía acerca del uso del ROLL para nódulos pulmonares. Merece destacar que todos los nódulos fueron resecados con márgenes libres. Esta técnica puede ser prometedora en el campo de la cirugía torácica, pero se necesitan más estudios para valorar su papel.

VÁLVULAS DE HEIMLICH, ¿ALTERNATIVA A LA HOSPITALIZACIÓN?

S. Castillo Acosta¹, J.C. Castillo Acosta², V. Juárez Sanjuán¹, R. Gil Lorenzo¹, A. Santana León¹, P. Rodríguez Suárez¹, M. Hussein Serhal¹ y J. Freixinet Gilart¹

¹Hospital Universitario Doctor Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, España. ²Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España.

Introducción: La fuga aérea persistente (FAP) se define como la salida de aire a través del drenaje pleural durante más de 3-5 días. Esta pérdida de aire se puede producir por distintas causas: neumotórax espontáneo primario o secundario, traumático o iatrogénico o en postoperatorios. La FAP puede tratarse de forma quirúrgica para solventar la causa, o de forma conservadora, esperando a que cicatrice la lesión. En ambos casos puede ser empleada la válvula. Como espera hasta el día de la cirugía en el primer caso, o hasta la resolución en el segundo. La válvula de Heimlich (VH) se define como aquel dispositivo de mecanismo valvular unidireccional con cámara colectora que impide el regreso de fluido y aire hacia el paciente. Se conecta al drenaje pleural con facilidad y permite el manejo ambulatorio del paciente.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo observacional retrospectivo de coste beneficio en el que se han incluido aquellos pacientes a los que se les ha colocado VH desde el 1 de enero de 2013 hasta el 30 de septiembre de 2017 independientemente de la causa por la que se les ha colocado. Se trata de un total de 73 casos en 66 pacientes. Se ha excluido 1 caso por falta de información en los registros. Se evalúan características clínicas (antecedentes respiratorios), epidemiológicas, radiológicas y evolutivas de los pacientes así como el beneficio económico de su manejo ambulatorio.

Resultados: El 68% de los pacientes son varones. El 79% con al menos un antecedente respiratorio, el 62% ha sido fumador. En cuanto a la

causa, el 34% de los pacientes que han precisado VH son neumotórax. El 66% se colocan en pacientes postoperados por distintas causas. Los pacientes portan la VH una mediana de 6 días (RIC 5-10). Ocasionando un ahorro por manejo ambulatorio de 1.350€ (1.125€-2.250€) por caso. El 12% reingresó tras la colocación de VH. Otro 7% tuvo que ser intervenido para resolver la causa de la FAP. Al 74% de los pacientes se les retiró la válvula de forma ambulatoria, sin complicaciones. No ha habido mortalidad directamente relacionada con la patología.

Conclusiones: En nuestra muestra, los pacientes con FAP han sido principalmente pacientes con antecedentes respiratorios que influyen directamente en la cicatrización del parénquima. Hemos observado que el hecho de tratar al paciente de forma ambulatoria, con VH mejora la movilidad y comodidad, unido al beneficio económico de evitar la estancia hospital.