

CIRURGIA DE TÓRAX

356. PNEUMOSTOMIA - UMA PROPOSTA OPERATÓRIA: ESTUDO PILOTO

R. Saad Jr., J.M.A. López, M. Botter, J.H. Rivaben, V. Dorgan Neto e C.B. Martins

Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo.

Introdução: Cirurgicamente, as únicas opções de tratamento da doença pulmonar obstrutiva crônica são o transplante de pulmão e a cirurgia redutora do volume pulmonar. Não existe na literatura médica atual nenhum estudo sobre a viabilidade da pneumostomia realizada com anestesia local como uma alternativa de tratamento para o enfisema pulmonar avançado e, somente após, incluí-la como uma das opções possíveis ao arsenal terapêutico.

Material e métodos: Foram considerados os seguintes critérios de inclusão: nove doentes com enfisema pulmonar, menores de 75 anos de idade, com hiperinsulflação pulmonar, com tomografia de tórax evidenciando enfisema difuso, homogêneo ou heterogêneo, VEF1 < 35% do predito, CPT > 250 do predito. A pneumostomia foi realizada da seguinte forma: inicia-se com a drenagem pleural tubular fechada sob anestesia local na linha axilar média, no sétimo espaço intercostal; anestesia local da parede torácica anterior, na linha hemiclavicular, no segundo espaço intercostal; toracotomia anterior de 5 cm para acesso ao lobo superior; pinçado o segmento anterior do mesmo e fixado à musculatura e pele da parede torácica; pneumotomia com eletrocautério; inserção romba de dispositivo de drenagem intrapulmonar (by-pass) e fixação do mesmo. Após duas semanas, este dispositivo temporário era substituído por um dispositivo intrapulmonar permanente. A fim de se avaliar o impacto do procedimento na função pulmonar, na qualidade de vida e na tolerância ao exercício, foram realizados plestimografia, teste de caminhada de seis minutos (TC6M), o Saint George Respiratory Questionnaire (SGRQ), Medical Outcomes Study 36 Item Short form Healthy Survey (SF-36), Eastern Cooperative Oncologic Group (ECOG) e Modified Medical Research Council Scale (mMRC).

Resultados: Não houve mortalidade cirúrgica. Houve melhora da resposta ao exercício medida pelo TC6M ($p = 0,011$). A avaliação da qualidade de vida foi realizada através do SGRQ, SF-36, ECOG e mMRC: pelo SGRQ houve incremento nos escores de atividade, impacto e no escore total ($p < 0,05$); pelo SF-36 houve diferença significativa nos domínios capacidade funcional ($p = 0,01$), limitação por aspectos físicos ($p = 0,05$), estado geral de saúde ($p = 0,02$), vitalidade ($p = 0,01$) e aspectos sociais ($p = 0,02$); pelo ECOG após a cirurgia, houve uma maior autonomia em 89% dos pacientes, ($p < 0,05$); pelo mMRC houve melhora na sensação de dispneia em 89% dos pacientes ($p < 0,05$). A sobrevida mínima dos pacientes estudados foi de 7 meses e a máxima de 116 meses.

Conclusões: O estudo piloto realizado permitiu estabelecer os critérios para a elaboração de futuro projeto de pesquisa sobre a pneumostomia como modalidade de tratamento do EP avançado.

357. USO AMBULATORIAL DE DRENOS PLEURAIS NÃO TUNELIZADOS PARA DERRAMES BENIGNOS

J.M.A. López, A. Miotto, P.A.A. Honda, J.H. Rivaben e M. Botter

Hospital Santa Maggiore.

Introdução: Drenos pleurais de longa permanência estão na vanguarda do tratamento de doenças pleurais. Eles já são utilizados rotineiramente para tratar derrames pleurais neoplásicos, especialmente em pacientes com pacientes com encarceramento pulmonar. Seu uso já é estudado em derrames pleurais causados por doenças cardíacas

avançadas, doenças hepáticas e insuficiência renal. No entanto, o tempo de permanência nestas situações não é tão longo quanto em pacientes com derrame pleural maligno. Não há relato na literatura sobre drenos não tunelizados em uso prolongado. Assim, este estudo avaliará o uso prolongado de drenos pleurais não tunelizados em pacientes com doenças benignas, seguindo tratamento ambulatorial. **Material e métodos:** Estudo prospectivo, onde foram avaliados 37 pacientes submetidos a drenagem pleural com dreno de Wayne®, adaptado a sistema fechado e estéril de coleta de líquido. Os pacientes receberam alta hospitalar após compensação de comorbidades clínicas e foram seguidos no ambulatorio, ainda em uso do dreno. O estudo foi realizado em população idosa atendida por uma operadora de saúde especializada, com pacientes com mais de 49 anos.

Resultados: Dos 37 pacientes avaliados, 20 eram do sexo feminino e 17 do sexo masculino, com idade média de 72 anos (53-95 anos). As causas eram: insuficiência cardíaca (75,6%), derrame parapneumônico recorrente (5%), insuficiência renal (16,2%), cirrose hepática (5%). O tempo médio de permanência com o dreno foi de 12,5 dias, e de permanência no hospital foi de 3,3 dias. 48,6% dos pacientes tiveram alta até 24 horas após a instalação do dreno. Apenas 2 pacientes apresentaram infecção de pele com necessidade de uso de antibiótico. Todos os pacientes relataram melhora da dispneia.

Conclusões: Observados tais resultados, entendemos que a drenagem prolongada é uma alternativa à pleurodese, sobretudo em pacientes com doenças avançadas e comorbidades graves. Os resultados iniciais mostram que esse tipo de abordagem é efetivo e tem baixa taxa de complicações, semelhantes às do dreno tunelizado, mas com custo muito menor. A complicação mais frequente é o entupimento por fibrina, que pode ser desfeito nas consultas semanais. Fornecemos aos pacientes estrutura e cuidados clínicos especializados, conseguindo reduzir o tempo de internação e, com isso, o custo do tratamento, pois uma menor permanência hospitalar leva a menores taxas de infecção e melhor recuperação. Concluímos que o uso ambulatorial de dreno pleural não tunelizado é seguro e eficaz, com baixas taxas de infecção, e pode representar uma boa opção de tratamento do derrame pleural recorrente. Estudos com maior número de pacientes são andamento para melhor amostra estatística.

358. SARCOMA HISTIOCÍTICO DE CÉLULAS RETICULARES INTERDIGITANTES NO MEDIASTINO – RELATO DE CASO

J.M.A. López, A. Miotto, P.A.A. Honda, M. Botter e J.H. Rivaben

Hospital Sancta Maggiore.

Introdução: As células dendríticas reticulares estão presentes o centro germinativo dos linfonodos, com função de fagocitar patógenos. Elas apresentam antígenos aos linfócitos B e T, atuando, entre outras frentes, na memória celular. O sarcoma histiocítico é uma neoplasia maligna rara com proliferação de células com características morfológicas e imunofenotípicas de histiócitos maduros, derivados de células dendríticas. No mediastino, os sarcomas histiocíticos de células reticulares interdigitantes (SHCRI) são ainda mais infrequentes, com apenas 2 relatos na literatura. Seu diagnóstico histológico é considerado um desafio, pois deve ser diferenciado das demais causas de neoplasias mediastinais, como linfomas, tumores germinativos, e metástases linfonodais de carcinoma de pulmão.

Material e métodos: Relatamos aqui um caso de um paciente de 69 anos, assintomático, com adenocarcinoma de próstata em programação de cirurgia. Para estadiamento, foi submetido a tomografia de tórax que mostrou linfonodomegalia mediastinal em cadeia paratraqueal direita, medindo 2,8 cm. Apresentava ainda linfonodomegalias hilares bilaterais, de 2,8 cm. Não apresentava linfonodomegalia presente em outro sítio.

Resultados: Foi então submetido a biópsia cirúrgica do linfonodo mediastinal que mostrou, em análise histológica, neoplasia fusiforme

pouco diferenciada muito pigmentada e faixas de tecido fibroso, sem necrose e com atipias leves. O painel imuno-histoquímico mostrou ausência de marcadores específicos; além de CD21 e CD23 negativos, CD 68 positivo. Desta forma, foi feito diagnóstico de SHCRI, excluindo, por análise imuno-histoquímica, o diagnóstico de metástase de neoplasia de próstata ou outras neoplasias. O paciente foi então submetido a tratamento com quimioterapia e encontra-se em acompanhamento ambulatorial, com evolução satisfatória.

Conclusões: O SHCR é encontrado principalmente em linfonodos, na forma localizada ou disseminada. É um tipo de neoplasia de baixo grau de malignidade, mas com tendência à recorrência. Foi relatado comportamento mais maligno em tumores de localização intracavitária, o que é explicado por sua difícil detecção em estágios iniciais, só sendo encontrados quando já avançados. Grande parte dos pacientes é assintomática ou com sintomas inespecíficos, sendo os exames de imagem a principal ferramenta diagnóstica. Para a diferenciação completa, a análise imuno-histoquímica é necessária, diferenciando-se assim dos outros tipos de sarcoma histiocíticos. Os protocolos atuais de tratamento sugerem o tratamento ideal como cirurgia somente, sem radioterapia ou quimioterapia. Porém, pequeno número de trabalhos descritos na literatura não é suficiente para guiar de forma inequívoca o tratamento destas neoplasias.

359. CIRUGÍA TORÁCICA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN EL ABORDAJE DEL HEMONEUMOTÓRAX NO RESUELTO

H. Luna¹, Y. Higuera¹, L. Figueroa¹, N. Agüero¹, J. Molina² y D. Ramos²

¹Unidad de Cirugía de Tórax. Hospital General Dr. Miguel Pérez Carreño.

²Universidad Internacional del Ecuador.

Introducción: El tratamiento inicial de trauma torácico complicado con hemotórax, neumotórax o ambas ha sido la toracotomía mínima más colocación de drenaje pleural con un 40% de fracaso en el centro de estudio, generando dudas terapéuticas y larga estadía hospitalaria. El objeto de estudio fue evaluar la efectividad de la cirugía mínimamente invasiva en el manejo del trauma torácico complicado con hemoneumotórax no resuelto y su impacto en los días de hospitalización.

Material y métodos: Estudio prospectivo de casos, entre julio de 2014 y octubre de 2017. De 123 pacientes con trauma torácico complicado con hemotórax y/o neumotórax sin lesiones extratorácicas asociadas, 42 (34,1%) entre 13 y 60 años de edad tratados con sonda endopleural, no evolucionaron satisfactoriamente a las 72 horas, con persistencia de colapso pulmonar, hemotórax, sangrado y/o fuga aérea, ameritando cirugía. Se ejecutó toracoscopia de uno, dos y tres puertos. Se evaluaron indicadores: Reexpansión pulmonar, fuga aérea y sangrado, días de hospitalización postoperatorios, complicaciones y necesidad de reintervención. El análisis estadístico empleó el programa SPSS 24, se describen indicadores mencionados y variables edad, género, diagnóstico de ingreso, mecanismo del trauma, complicaciones del drenaje, sitio del drenaje, calibre del dren, gasto inicial, días con drenaje, tipo de intervención y número de puertos. Se realizó análisis bivariado con prueba chi cuadrado, intervalo de confianza 95% y significancia p mayor o igual a 0,05.

Resultados: Edad promedio 27 años, predominio hombres (86%), arma de fuego (50%), unilaterales (90,4%). 50% de los casos tenían entre 3 y 6 días con el drenaje, el hemoneumotórax fue la complicación más frecuente (38,1%) posterior al drenaje. La terapéutica más empleada fue videotoracoscopia por 2 puertos (73,8%). 66,7% de las cirugías ameritaron menos de 60 minutos. Un caso se convirtió a cirugía abierta, no hubo complicación postoperatoria ni reintervenciones. Media de hospitalización fue de 3,8 días. Análisis bivariado: los pacientes con drenaje derecho (p = 0,04), la videotoracoscopia de 2 puertos como terapéutica (p = 0,046) en pacientes con 3 días con drenaje (p = 0,008) mostraron relación estadísticamente significativa con

reducción de días de hospitalización. El gasto inicial de 300-600 cc registró mayor número de hemoneumotórax retenidos (p = 0,025) y menor de 300 cc con menor tiempo quirúrgico (p = 0,000).

Conclusiones: La cirugía mínimamente invasiva es efectiva y segura cuando la sonda endopleural fracasa en trauma torácico con hemotórax y/o neumotórax, con reducción de los días de hospitalización, por lo que se recomienda su utilización precoz.

360. COMPORTAMIENTO DE LOS BIOMARCADORES SÉRICOS EN EL SEGUIMIENTO POSQUIRÚRGICO POR PATOLOGÍA PULMONAR INFECCIOSA

G. Vargas, P. Salazar y A. Cortes

Departamento de Neumología y Cirugía de Tórax. Hospital Regional de Alta Especialidad de la Península de Yucatán.

Introducción: En la era de los biomarcadores séricos como auxiliares para identificar infecciones y/o complicaciones, la proteína C reactiva (PCR) y procalcitonina han sido los más explorados. Ambos han sido empleados como indicadores de complicaciones quirúrgicas en escenarios extratorácicos incluyendo: apendicitis, cirugía pancreática, entre otros. Sin embargo, los estudios que evalúen el curso temporal y la relevancia clínica en pacientes intervenidos por cirugía torácica son muy escasos.

Material y métodos: Es un estudio observacional, descriptivo de una serie consecutiva de casos con derrame paraneumónico complicado, empiema o absceso pulmonar que requirieron intervención quirúrgica en el periodo de octubre del 2015 a octubre del 2017. Se recabaron sistemáticamente variables demográficas y valores séricos de procalcitonina y PCR basal, día 3 y 7 postquirúrgicos. Para el análisis estadístico se formaron 2 grupos de acuerdo a la presencia o ausencia de complicaciones. El contraste se llevó a cabo mediante la prueba de U de Mann-Whitney y exacta de Fisher para variables continuas y categóricas respectivamente (STATA v.12, Statacorp).

Resultados: Se incluyeron 22 casos. La mediana de edad fue de 45 años (RIC 24-50) y 82% eran hombres. Al contrastar los grupos no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las características demográficas. Sin embargo, solo el valor de PCR fue diferente, en particular, en el día 7 postquirúrgico (68,7 vs 149,6 mg/L, p = 0,019); más aun, el valor de PCR con el mejor rendimiento para identificar el desarrollo de complicaciones al día 7 fue igual o mayor de 140,4 mg/L (sensibilidad 75%, especificidad 90,9%). Los pacientes que registraron complicaciones tuvieron mayor tiempo de estancia intrahospitalaria (15,5 vs 30 días, p = 0,018).

Tabla 1. Diferencias entre grupos de estudio con base en complicaciones postquirúrgicas

VARIABLE	Sin complicaciones n= 17	Complicaciones n=5	Valor de p
Edad	45 (29-50)	28 (24-49)	0.556
Multi-morbilidades			
DM2	6 (35)	1 (20)	0.477
Tratamiento previo	10 (59)	5 (100)	0.082
Cirugías previas	11 (65)	3 (60)	0.62
Tipo de Cirugía			
Toracotomía	8 (50)	4 (80)	0.068
Tiempo Quirúrgico	180 (167-247)	220 (150-295)	0.738
Días con drenaje	6.5 (6-8)	25.5 (23-28)	0.022
Leucocitos prequirúrgico	9.9 (9.1-17.2)	18.27 (15.6-23.8)	0.196
Leucocitos día 3 postquirúrgico	10.8 (8.4-15.7)	12.8 (8.3-14.1)	0.868
Leucocitos día 7 postquirúrgico	10 (6.9-10.7)	8.7 (6.8-14)	0.844
PCR prequirúrgico	115.3 (29.8-166)	151 (87-274.4)	0.324
PCR día 3 postquirúrgico	116.8 (92.2-136.4)	188.9 (121.8-200.7)	0.308
PCR día 7 postquirúrgico	68.7 (33.7-84.8)	149.6 (115.9-186.3)	0.019
Procalcitonina prequirúrgico	0.13 (0.05-0.24)	0.18 (0.13-0.45)	0.479
Procalcitonina día 3 postquirúrgico	0.25 (0.11-0.47)	0.21 (0.12-0.24)	0.255
Procalcitonina día 7 postquirúrgico	0.1 (0.08-0.18)	0.14 (0.11-5.7)	0.224
Días de estancia postquirúrgico	6.5 (6-8.5)	24 (23-30)	0.006
Días de estancia hospitalaria	15.5 (10-17)	30 (28-30)	0.018

Conclusiones: En pacientes intervenidos por patología infecciosa, el valor de PCR fue diferente al día 7 postquirúrgico con niveles mayores en pacientes que presentaron complicaciones.

361. EXPERIÊNCIA EM CIRURGIA TORÁCICA ROBÓTICA MINIMAMENTE INVASIVA NO BRASIL

R.M. Terra, R. Haddad, J.R. Milanez, P.H.X.N. Araujo, C.E. Teixeira-Lima, F. Braga, B. Bibas, J.M. Trindade, L.L. Lauricella e P.M. Pego-Fernandes

Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Hospital Israelita Albert Einstein. Hospital Sírio Libanês. Hospital Nove de Julho. Hospital Alemão Oswaldo Cruz. Hospital São Luiz-Itaim. Hospital Copa Star. Hospital Quinta D'Or.

Introdução: A Cirurgia Torácica Robótica Minimamente Invasiva (RVATS = Robotic Video-Assisted Thoracic Surgery) é uma nova modalidade de cirurgia minimamente invasiva e, assim como a Cirurgia Torácica Video-Assistida (VATS), mostrou-se factível e segura para o paciente. Por se tratar de Cirurgia Minimamente Invasiva, compartilha dos benefícios associados, em relação a tempo de permanência de dreno, internação hospitalar e complicações. Neste trabalho, apresentamos nossa experiência em Cirurgia Torácica Robótica Minimamente Invasiva, sendo a maior experiência do Brasil.

Material e métodos: Foi realizada uma análise retrospectiva de um banco de dados alimentado prospectivamente por dois grupos de cirurgiões do Brasil: São Paulo (SP) e Rio de Janeiro (RJ). Os dados analisados foram relativos a demografia, duração da cirurgia (em minutos), mortalidade e morbidade dos pacientes submetidos a RVATS.

Resultados: 177 pacientes submetidos a RVATS foram incluídos nesse estudo, 87 mulheres e 90 homens, idade média de 62 anos. Foram 148 ressecções pulmonares, incluindo Lobectomia (117), Bilobectomia (1), Segmentectomia (26) e Ressecções em Cunha (4). Entre as operações mediastinais foram incluídos Ressecção de Tumores de Mediastino (20), Timectomia (7), Ressecção de Cisto Mediastinal (1), além de um caso de Plicatura Diafragmática. O tempo médio de console foi 156 min para ressecções pulmonares e 100 min nas cirurgias mediastinais. Não houve conversão para VATS ou Toracotomia, assim como não houve sangramentos maiores ou outras lesões. A mediana do tempo de permanência de dreno foi 2 dias (0-39 dias), e a mediana para alta 3 dias (1-46 dias). Complicações foram diagnosticadas em 30 pacientes, a fistula aérea prolongada (> 5 dias) foi a mais prevalente (11 pacientes) e 6 pacientes receberam alta com dreno e Valvula de Heimlich. Houve um óbito relacionado ao procedimento, como consequência a complicações clínicas, arritmia cardíaca, broncopneumonia e sepse.

Conclusões: Os números apresentados mostram que o grupo possui a maior experiência no Brasil, e muito provavelmente a maior série de toda a América Latina, em RVATS. Os resultados são comparáveis aos publicados na literatura. A RVATS é uma realidade possível no nosso país e, com aprendizado e treinamento adequados, oferecemos qualidade ao paciente mesmo na curva de aprendizado. Mais estudos sobre custos e aplicabilidade em países em desenvolvimento são necessários para validar a RVATS como opção de técnica cirúrgica para a população.

362. TUMOR DESMOIDE: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

G. Zuirta, E. Moya, F. Santillán y S. Poveda

Hospital Carlos Andrade Marín.

Introducción: El tumor desmoide conocido como fibromatosis agresiva, fibromatosis musculoaoneurótica agresiva o profunda, fibrosarcoma de grado 1 de los subtipos desmoides. Es una enfer-

medad rara que se caracteriza por proliferación fibroblástica monoclonal de curso clínico variable e impredecible, se relaciona con queloides, el tumor recidiva posterior a su resección completa y esta puede ser en sitios vitales. Se realiza el análisis de esta patología para incrementar el conocimiento en los médicos jóvenes o recordar de los de mayor experiencia. más frecuente en el género femenino, diagnosticándose en las edades comprendidas entre 15 y 65 años, promedio de 32 años, puede ser asintomática en algunos casos, o presentar sensación de presión, dolor; localizándose en las extremidades, tronco o intra-abdominal, donde puede producir obstrucción e isquemia intestinal. Las imagen ayudan a realizar diagnóstico diferencial de otros tumores y afectan los tejidos blandos (TAC y RMN), el diagnóstico definitivo es con biopsia y su estudio histopatológico.

Material y métodos: Se revisa historia clínica de paciente con diagnóstico clínico y se realiza revisión de la literatura médica mundial.

Resultados: Paciente femenina de 35 años que a los 18 años de edad presenta una masa en brazo izquierdo de 12 x 5 cm junto al tendón del bíceps, asintomática, se realiza exéresis y patológico reporta tumor desmoide, estudios de imágenes no observaron lesión en otros lugares de su cuerpo. Seguimiento con tomografías, presentó recidivas posterior a la primera cirugía en la extremidad superior izquierda y en hemitórax anterior izquierdo incluyendo el clavícula, esternón y las 3 primeras costillas. La cirugía está indicada cuando se logren márgenes negativos, por microscopía, debido a su naturaleza infiltrante y alta tasa de recurrencia. Sometida a radioterapia posterior a la exéresis de recidiva de tumor a nivel del pectoral izquierdo, dosis de 5.040 cGy, esta opción terapéutica en aquellos pacientes que no son candidatos para cirugía, o que no la desean. Se decidió realizar controles semestrales debido a su pobre pronóstico a largo plazo y alta tasa de recidivas, según las Guías de práctica clínica en Oncología del 2016, con la estrategia O-E (Observar-Esperar).

Conclusiones: El tumor desmoide en un tumor raro, se presenta asintomática o se manifiesta con síntomas locales por compresión, requiere biopsia y estudio histopatológico para su diagnóstico. Se realizan controles médicos con tomografías, para descartar nuevas lesiones. La cirugía con exéresis tumoral con márgenes negativos está indicada casos seleccionados debido a su alta tasa de recidiva y mal pronóstico a largo plazo. Existen varias líneas de tratamiento, estas deben ser discutidas por el comité médico y el paciente. La terapia sistémica aún no cuenta con estudios de evidencia A1.

363. CAMBIOS EN LA EXPRESIÓN DEL TGF-β EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE ESTENOSIS TRAQUEAL TRATADA CON COLÁGENA POLIVINILPIRROLIDONA Y PIRFENIDONA

M. Silva-Martínez, J.R. Olmos-Zúñiga, M. Baltazares-Lipp, M. Gaxiola-Gaxiola, I. Buendía-Roldán, E.R. Rueda-Juárez, A. Nachón-Acosta, L. Pensado-Piedra, F. Juárez-Hernández, R. Sotelo-Robledo y R. Jasso-Victoria

Departamento de Cirugía Experimental. Morfología. Investigación Traslacional en Envejecimiento y Fibrosis Pulmonar. Departamento de Imagenología del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. Ciudad de México.

Introducción: El tratamiento ideal de la estenosis traqueal (ET) es la resección y anastomosis término-terminal del segmento estenosado (traqueoplastia), sin embargo esta puede presentar re-estenosis, por lo que se ha combinado con moduladores de la cicatrización (MDC) para disminuir la producción de citocinas y factores de crecimiento (TGF-β) que favorecen la fibrosis. El MDC más utilizado es la mitomi-

cina C (MC), pero no evita la reestenosis, lo que justifica buscar otros MDC como alternativas terapéuticas. Objetivo: evaluar el efecto de la colágeno polivinil-pirrolidona (CPVP) subcutánea (SC), MC tópica y pirfenidona (PIRFE) (VO) sobre la producción del TGF- β -1,2 y 3, depósitos de colágena (DC) macroscópica y microscópica en ratas con ET tratadas con y sin traqueoplastia.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo experimental. En 40 ratas se produjo ET, 20 se trataron con los MDC y 20 con traqueoplastia más MDC, de la siguiente forma: Grupo I: SSF vía IM, Grupo II: traqueoplastia + SSF, Grupo III: CPVP SC, Grupo IV: traqueoplastia + CPVP, Grupo V: MC tópica, Grupo VI: traqueoplastia + MC, Grupo VII: PIRFE VO, Grupo VIII: traqueoplastia + PIRFE. Se valoró la presencia de ET, cicatrización macroscópica y microscópicamente, expresión de TGF- β 1,2 y 3 y los DC. Los datos fueron analizados mediante ANDEVA y Kruskal-Wallis y los valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos.

Resultados: Los grupos tratados con CPVP y PIRFE, no revirtieron la ET, pero si evitaron su progresión y la re-estenosis. Post-cirugía mostraron menos cambios tomográficos, mejor cicatrización macro y microscópica, menor expresión de TGF- β 1 y 2, mayor de TGF- β 3 y menores DC.

Conclusiones: La aplicación SC de CPVP y PIRFE VO, no revierten la estenosis traqueal, pero la detienen y cuando se utilizan en combinación con la traqueoplastia evitan la re-estenosis en un modelo experimental de ET en ratas. Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

364. CONCENTRACIONES DE IL-8, IL-6 Y TNF- α EN EL LAVADO BRONCOALVEOLAR EN EL TRASPLANTE PULMONAR EXPERIMENTAL

A. Luna-Flores¹, J.R. Olmos-Zúñiga¹, R. Jasso-Victoria¹, C. Hernández-Jiménez¹, M. Baltazares-Lipp¹, M. Gaxiola-Gaxiola², R. García-Torrentera³, M.D. Escobedo-Sánchez⁴ y P. Santillan-Doherty⁵

¹Departamento de Cirugía Experimental; ²Departamento de Morfología;

³Servicio de Urgencias; ⁴Servicio de Endoscopia y Broncoscopia.

⁵Subdirección Médica. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. Ciudad de México.

Introducción: Una de las complicaciones del trasplante pulmonar (TP) es el daño por isquemia reperfusión (DPIR) que puede presentarse dentro de las primeras 72h y es originado por un proceso inflamatorio. El DPIR es asociado a la preservación como mecanismo de daño, sin embargo, pulmones óptimos con tiempos de preservación adecuados desarrollan DPIR y no hay un indicador que pueda predecir la presencia del mismo. Por lo anterior el objetivo de este trabajo fue evaluar los cambios en la expresión de interleucina 8 (IL-8), IL-6, factor de necrosis tumoral (TNF- α) en el lavado broncoalveolar (LBA) y su valor como indicadores de daño para el diagnóstico y pronóstico del DPIR en el TP experimental.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo experimental. Veinticinco cerdos fueron divididos en 3 grupos. Grupo I (n = 5): isquemia normotérmica inducida por pinzamiento del hilio pulmonar por 45 min. Grupo II (n = 5): alotrasplante pulmonar izquierdo (API) inmediato. Grupo III (n = 5): API con preservación pulmonar de 6h. A todos los animales se le realizó LBA pretrasplante, inmediatamente post reperfusión y a las 5 horas postrasplante que fue el tiempo que duro el estudio. En estos se midieron las concentraciones de IL-8, IL-6 y TNF- α . Además a los mismos tiempos se evaluó la mecánica pulmonar (MP), hemodinamia, gasometría. Los datos fueron analizados mediante ANDEVA MR y Kruskal-Wallis y los valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos.

Resultados: Los LBAs finales tuvieron mayor celularidad, el grupo III (preservación prolongada) presentó un incremento en el porcentaje de linfocitos y neutrófilos así como concentraciones mayores de IL-8 con cambios en la MP, hemodinamia, gasometría e histología sugerentes de DPIR. La concentraciones de IL-6 y TNF- α fueron mayores en los LBAs finales en los grupos de TP.

Conclusiones: La detección de la expresión de IL-8, predispone a la presencia de mayores cambios en la MP, hemodinamia gasometría e histología en el TP experimental con preservación prolongada. Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

365. CLAUDINA 4 COMO INDICADOR DE DAÑO POR ISQUEMIA-REPERFUSIÓN EN EL TRASPLANTE PULMONAR EXPERIMENTAL

J.R. Olmos-Zúñiga¹, A. Luna-Flores¹, R. Jasso-Victoria¹, M. Gaxiola-Gaxiola², V.M. Ruiz-López³, R. García-Torrentera⁴ y P. Santillan-Doherty⁵

¹Departamento de Cirugía Experimental; ²Departamento de Morfología;

³Departamento de Biología Molecular; ⁴Servicio de Urgencias;

⁵Subdirección Médica. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas. Ciudad de México.

Introducción: Los pulmones trasplantados en condiciones óptimas desarrollan daño por isquemia-reperfusión (DPIR) y se caracteriza por daño alveolar no específico, edema e hipoxemia y es originado un proceso inflamatorio que daña la membrana alvéolo-capilar (MAC). La claudina 4 (CLDN4) forma parte de las uniones fuertes de la MAC y participa en el aclaramiento del fluido alveolar (AFA) fisiológico y durante la resolución del edema. Se ha observado que disminuciones tempranas en la expresión de CLDN4 y su presencia en el lavado broncoalveolar (LBA) podrían predisponer al edema en diferentes enfermedades y modelos de daño pulmonar por lo que podría utilizarse como un indicador de DPIR en el TP. Objetivo: determinar los cambios en la fisiología e histología pulmonar y en la expresión de CLDN4 en tejido pulmonar y LBA, como indicador de DPIR en un modelo experimental de trasplante pulmonar. Los datos fueron analizados mediante ANDEVA y Kruskal-Wallis y los valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo experimental. Veinticinco fueron cerdos divididos en 3 grupos; Grupo I (n = 5): Isquemia por pinzamiento del hilio pulmonar por 45 min. Grupo II (n = 5): alotrasplante pulmonar izquierdo (API) inmediato. Grupo III (n = 5): API con preservación pulmonar prolongada (6h a 4 °C con Perfadex®). A todos se les evaluó la hemodinamia, mecánica pulmonar y gasometría, así como los cambios cambios macroscópicos e histológicos. Además de la expresión por PCR-TR, e inmunohistoquímica en tejido pulmonar y las concentraciones de la misma en el LBA por ELISA. Los datos fueron analizados mediante ANDEVA y Kruskal-Wallis y los valores de $p < 0,05$ se consideraron significativos.

Resultados: El grupo III presentó cambios en la mecánica pulmonar, hemodinamia, gasometría, radiología, gravimetría e histología asociados a DPIR al final del estudio. No hubo diferencia entre grupos en las concentraciones de CLDN4 en el LBA ni en su expresión in situ en la IHQ. En tejido la expresión del RNAm de CLDN4 fue mayor en el grupo I en comparación con su valor basal y con los grupos de trasplante ($p < 0,05$, ANDEVA).

Conclusiones: La expresión de CLDN4 no puede ser utilizada como indicador de DPIR en el TP experimental debido a que no se observaron cambios con los valores normales de un pulmón sano, ni con el grupo de TP inmediato que simula las mejores condiciones de un TP. Los autores declaran que no existe ningún conflicto de interés.

366. ESTADIAMENTO MEDIASTINAL INVASIVO NO BRASIL: ANÁLISE DO BANCO DE DADOS DA SBCT

R.M. Terra, M.T.R. Tsukazan, G. Fortunato, S.M. Camargo, L. Brand, C.E. Lima, N.F.F. Lima, G. Cançado, H. Oliveira e C.A. Araujo

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Hospital das Clínicas. Instituto do Coração. Hospital São Lucas. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL-PUCRS). Santa Casa de Misericórdia da Bahia. Hospital Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre. Hospital Universitário Pedro Ernesto. Hospital Universitário de Brasília. Hospital de Base do Distrito Federal. Hospital Universitário Onofre Lopes-UFRN.

Introdução: Diretrizes internacionais recomendam o estadiamento invasivo para pacientes com câncer de pulmão com suspeita de comprometimento linfonodal mediastinal (cN2), porém a adesão a estas diretrizes no Brasil é desconhecida. O objetivo deste estudo é avaliar a aderência às diretrizes internacionais para estadiamento mediastinal de câncer de pulmão em um país com alta prevalência de doença granulomatosa.

Material e métodos: Análise de pacientes registrados no Banco de Dados da Sociedade Brasileira de Cirurgia Torácica (SBCT Database) entre agosto de 2015 e fevereiro de 2018. Foram incluídos pacientes com neoplasia pulmonar submetidos à ressecção pulmonar anatômica. O desfecho avaliado foi a realização de estadiamento mediastinal invasivo (por mediastinoscopia ou EBUS) em pacientes com estadiamento clínico N2 (7ª ed TNM), conforme recomendado pelo National Comprehensive Cancer Network (NCCN).

Resultados: De 5.570 pacientes registrados, 2.236 eram neoplásicos e 1.179 foram submetidos a ressecção pulmonar anatômica. 784 (66,5%) possuíam informação de linfonodo mediastinal em CT e 418 (35,4%) em PET-CT. 148 pacientes apresentavam N2 aumentado em exame de imagem e 81,6% destes foram submetidos a estadiamento invasivo, dos quais 16,2% confirmaram N2 patológico. Para pacientes IB, IIA e IIB, também com indicação de estadiamento de acordo com NCCN, 63,4% realizaram avaliação invasiva, e, a confirmação de N2 ocorreu em 1,1%. A taxa de avaliação mediastinal falso-negativa foi 11,7%, enquanto a imagem falso-negativa combinada entre CT e PET alcançou 7,5%. A maioria dos pacientes que não foram submetidos ao estadiamento invasivo (83,9%) eram N0 no exame de imagem.

Conclusões: A maioria dos cirurgiões brasileiros segue as orientações dos guidelines para estadiamento mediastinal invasivo em pacientes N2 e pacientes IB, IIA e IIB.

367. TRATAMIENTO PERINATAL DE LAS MASAS PULMONARES FETALES

R. Sancho, A. Durán y L. Solorio

Pediatría Integral y Terapia Respiratoria.

Introducción: La ultrasonografía prenatal representa una forma de presentación de las malformaciones broncopulmonares, tienen una evolución postnatal sintomática donde la resección quirúrgica está indicada, pueden ocasionar efecto de masa con desviación mediastinal, hidropesía y muerte fetal y en otro extremo se comportan asintomáticas con involución aparente y su manejo ha sido controversial: resección electiva y temprana o conducta expectante radiológica hasta documentar la regresión o el desarrollo de complicaciones, no hay reportes nacionales del tratamiento de estas masas fetales.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de una serie de 7 pacientes con diagnóstico de masa pulmonar fetal, se dividieron en 3 grupos: asintomático prenatal/sintomático postnatal (AsPre/SPos), sintomático prenatal/sintomático postnatal (SPre/SPos) y asintomático prenatal/asintomático postnatal (AsPre/AsPos).

Resultados: En AsPre/SPos 3 fetos con masas macroquísticas sin regresión ni involución radiológicas: 1 sintomático al nacer con cirugía electiva a los 3 días de secuestro pulmonar extralobar sin complicaciones y 2 con dificultad respiratoria a los 28 días, cirugía de urgencia por lobectomía de malformación adenomatoidea quística y secuelas de ventilación en ambos, todos con evolución favorable; en AsPre/AsPos 1 feto quien recibió esteroide materno con involución prenatal y regresión radiológicas al nacer y a los 3 meses de vida, sin cirugía y asintomático. En SPre/SPos 3 fetos, 1 con una masa sólida para-cardíaca sin involución en la ecocardiografía fetal, la TC y RM post-natal no documentaron un secuestro pulmonar extralobar de localización atípica, extrapericárdica y sincrónica con malformación adenomatoidea quística, únicamente los hallazgos transquirúrgicos y patológicos de una cirugía electiva sin complicaciones confirmaron el diagnóstico; otro feto con masa sólida con derrame pleural que requirió toracocentesis intrauterina a las 28 SDG, sin involución ni regresión radiológicas, sintomático al nacer que requirió por procedimiento EXIT (ex utero intrapartum) toracocentesis evacuadora, cirugía electiva a los 3 días sin complicaciones de secuestro extralobar, ambos con evolución favorable; 1 feto con masa microquística de todo el pulmón izquierdo y desviación mediastinal con un CVR de 2,7, a término para procedimiento EXIT (ex utero intrapartum) con broncoscopia selectiva de bronquio derecho y neumonectomía izquierda exitosos, fallece por hipertensión pulmonar.

Conclusiones: Las masas pulmonares fetales con fallo a la involución y regresión radiológicas podrían ser diagnosticados y resecados tempranamente por su historia natural no reconocida, el procedimiento EXIT puede representar en nuestro medio una opción de tratamiento perinatal para las malformaciones broncopulmonares de alto riesgo.

368. FÍSTULA ESÔFAGO PLEURAL TARDIA COM MEDIASTINITE E EMPIEMA TRATADA POR VIDEOTORACOSCOPIA UNI PORTAL E STENT ESOFÁGICO

G.W. Mezalira, J.J.J. Waltrick, I.R. Dias, A.C.C. Fonseca, M.C. Debiase e L.B. Zraik

Hospital e Maternidade Jaraguá.

Introdução: O tratamento da fistula esofágica com mais de 24 horas de evolução, em vigência de mediastinite e empiema franco representa uma condição de difícil manejo e alta morbimortalidade. Tratamos um paciente jovem com perfuração esofágica por arma de fogo que foi detectada tardiamente e apresentando todas as complicações possíveis. Na tentativa de preservar o esôfago, foi optado pelo controle da infecção usando a videotoracoscopia uniportal e no fechamento da fístula com o uso do stent esofágico. O paciente recebeu alta, curado apenas com o tratamento minimamente invasivo.

Material e métodos: Relato de caso de um paciente masculino recebido em nosso serviço oriundo de outro hospital com uma fistula esofágica em terço distal por ferimento de arma de fogo, com diagnóstico três dias após o incidente e tentativa de esofagorrafia em vigência de mediastinite. Teve piora na sua evolução clínica, com abertura completa da sutura na fístula. Optamos pela abordagem via videotoracoscopia uniportal, com decorticação pulmonar e desbridamento do mediastino, sendo visualizado o local da fistula sem desfazer o bloqueio. Foi deixado um cateter para irrigação pleural com ampicilina no pós-operatório. No mesmo tempo anestésico foi colocado o Stent Esofágico de silicone Auto Expansível Evolution Cook Medical Evo-FC-R-18-23-10-E. Em dois momentos foi necessária nova abordagem endoscópica e reposicionamento do stent. Após quatro semanas, foi retirado o stent e visualizado o fechamento da fístula. Uma última abordagem com vídeo decorticação pulmonar foi necessária. Paciente recebeu alta com sessenta e um dias de internação, eupneico, sem disfgia e em ótimo estado geral.

Resultados: Em vigência de mediastinite, a abordagem minimamente invasiva com uso de videotoracoscopia uniportal se mostrou eficaz na higienização da cavidade e na diminuição dos riscos gerais. Com a mediastinite controlada, o uso do stent esofágico gerou uma redução no débito da fistula e conseqüentemente no seu fechamento.

Conclusões: O diagnóstico da perfuração esofágica pode ser subestimado pelo médico assistente na emergência. Deve-se lançar mão de métodos diagnósticos que excluam lesões esofágicas em ferimentos torácicos transfixantes por arma de fogo. O tratamento tardio aumenta muito a morbimortalidade. Com a evolução tecnológica, técnicas invasivas estão sendo substituídas pelo uso de cirurgias minimamente invasivas mesmo no manejo de doenças mais complexas. Estas técnicas multidisciplinares reduzem a morbimortalidade da fistula esofágica tardia e deveriam estar ao alcance dos que se propõem a tratar estas lesões. A esofagectomia nestes casos passou a ser a última linha de tratamento.

369. TRATAMENTO DE ESTENOSES TRAQUEAIS APÓS TRAQUEOSTOMIAS, COM BRONCOSCÓPIA FLEXÍVEL, UMA AMOSTRAGEM PRELIMINAR

G.W. Mezzalira, L.B. Zraik, A.C. Fonseca e I.R. Dias

Associação Hospitalar São José.

Introdução: Na traqueostomia convencional, quanto menor a incisão, mais tunelizada será a abertura até a traqueia. O fato de passar a cânula por um espaço minimamente maior que a órtese se assemelha com a técnica percutânea e com isto, eventualmente, surge uma estenose por abaulamento anterior e proximal ao traqueostoma, chamada de Corkscrew, assimilando-se tanto na anatomia quanto na gênese. Este relato tem como objetivo descrever alguns casos provenientes do nosso serviço, que apresentaram esta estenose, e tiveram sua resolução através da broncoscopia intervencionista flexível.

Material e métodos: Foram analisados retrospectivamente 4 casos oriundos da UTI da Associação Hospitalar São José, entre janeiro de 2015 e dezembro de 2017. Três eram mulheres e um era homem, todos tinham traqueostomia feita após intubação oro traqueal persistente. A broncoscopia no nosso serviço, é feita com sedação, ventilação espontânea, suplementação de oxigênio através de máscara de silicone, com orifício para a passagem do broncoscópico. O broncoscópico utilizado é um OLYMPUS BFTYPE 1T150 com canal de trabalho de 2,6 mm. A equipe anestésica, usa Lidocaína 1 mg/kg; Fentanil 1 µg/kg; Propofol 1 mg/kg. Durante o procedimento, sempre dispomos de vídeo broncoscópico rígido Storz, em sala, para eventuais complicações. Foi evidenciado uma estenose anterior e proximal não circular. O bisturi elétrico e o plasma de argônio foram utilizados para ressecção completa e foi deixado, por segurança, a cânula traqueal por mais 3 a 5 dias até uma nova avaliação endoscópica. A identificação e resolução da estenose, pode ser realizada no mesmo tempo do diagnóstico. Em média, foram realizadas 3 broncoscopias intervencionistas, entre o intervalo de diagnóstico desta estenose e resolução da mesma. As órteses foram retiradas, com posterior fechamento do traqueostoma em segunda intenção e sem recidiva da estenose em 100% dos casos.

Resultados: Foram realizadas broncoscopias de controle em fevereiro de 2018, onde todos os pacientes mantiveram-se sem queixas, sem identificação de complicações, ou mesmo, recidiva da estenose.

Conclusões: A retirada da órtese sob visualização endoscópica influencia diretamente na redução das complicações associadas à sua retirada precoce. Em nosso serviço, a broncoscopia diagnóstica e a intervencionista andaram juntas para otimizar a resolução das estenoses, sem a exposição do paciente, aos riscos de uma anestesia geral, de um broncoscopia rígida ou procedimento cirúrgico mais invasivo. É possível confirmar e tratar uma estenose com broncoscopia flexível,

assim evitando o risco dela se tornar mais complexa. Os autores declaram não haver conflito de interesses neste relato.

370. TUMOR DE CÉLULAS GIGANTES EN VÉRTEBRAS DORSALES

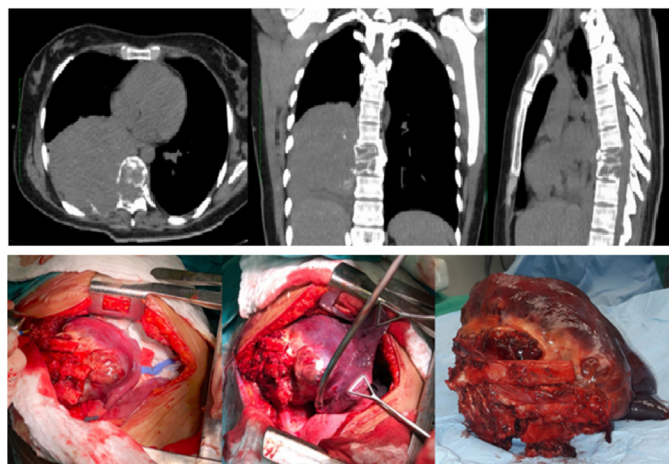
L. Macías, F. Polit, E. Gagliardo, M. Cruz y B. Macías

Departamento de Cirugía Torácica. Hospital Luis Vernaza.

Introducción: El tumor de células gigantes representa el 5% de los tumores musculoesqueléticos primarios, afecta más en jóvenes entre los 20 y 50 años y a mujeres, se localiza en las metáfisis de los huesos largos, en la columna vertebral es rara su localización, se ubica en las regiones lumbar y sacra. Se presenta de manera rara en las vértebras torácicas, es por este motivo debido a la pocos casos describiremos un caso de tumor de células gigantes en las vértebras torácicas removido quirúrgicamente. El objetivo es reportar un caso de esta rara patología, comentar sus características particulares y una breve revisión de la literatura.

Material y métodos: Descriptivo, observacional y analítico.

Resultados: Femenino, 37 años, antecedente de tumor vertebral hace 6 meses. Cuadro clínico 7 días de disnea, tos con expectoración blanquecina, alza térmica, paraparesia, pérdida de control en esfínteres y de peso. TC de tórax (fig. 1) se muestra masa en mediastino posterior, paravertebral derecha, lesión lítica expansiva a nivel de la 8ª y 9ª torácica. Intervención quirúrgica toracotomía posterolateral mayor derecha 7º espacio intercostal se evidenció tumor de lóbulo inferior pulmonar derecho de gran tamaño que abarca porción posterior de 7ª, 8ª y 9ª costilla y cuerpos vertebrales T8-T9. Realización de lobectomía inferior derecha más resección parcial de pared costal (fig. 2). Resección de cuerpos vertebrales T8-T9 y disectomía T7, T8 y T9, colocación de Mesh con sustituto óseo sobre espacio de corpectomía. Cierre de pared torácica por planos, colocación de malla de polipropileno a nivel de defecto de pared costal.



Conclusiones: El tumor de células gigantes afecta rara vez a las vértebras torácicas con invasión a tejidos vecinos, requiere de un diagnóstico y tratamiento oportuno.

371. REPARACIÓN PRIMARIA DE HENDIDURA ESTERNAL ASOCIADA A CARDIOPATÍA CONGÉNITA MÚLTIPLE

H. Diliz, R. Sancho, J. Uscanga, R. Prado y P. Azuara

Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción: La hendidura esternal es una malformación rara resultado de una falla en la fusión esternal embrionaria; corresponde al 0,15% de todas las malformaciones de la pared torácica. Puede ser

completa o incompleta, y esta a su vez superior o inferior. Su incidencia es menor de 1 en 100.000 recién nacidos vivos. La combinación de esta entidad con la presencia de vena cava superior izquierda y otras malformaciones cardíacas es extremadamente rara. La reparación quirúrgica depende de la edad en la que se realice, siendo difícil el cierre primario después del año de edad, pudiendo requerir el uso de estructuras autólogas como o materiales protésicos para la corrección. En este trabajo se presenta un caso de corrección con cierre primario en una niña de 3 años de edad.

Material y métodos: Se presenta la descripción de un caso clínico de un paciente de 3 años de edad con una hendidura esternal parcial superior. Clínicamente asociado con fatiga y diaforesis a la alimentación, soplo cardíaco sistólico en barra, latido cardíaco supraesternal visible, hepatomegalia y retraso en el crecimiento. Radiografía de tórax con cardiomegalia y flujo pulmonar aumentado. En el ecocardiograma con comunicación interventricular membranosa persistencia del conducto arterioso, estenosis mitral e hipertensión pulmonar. Angiotomografía con arco aórtico derecho, tronco branquiocefálico izquierdo y conducto arterioso. Se realiza abordaje sobre línea media anterior del tórax, se secciona puente cartilaginosa esternal inferior, se observa vena cava superior izquierda y dos conductos arteriosos, lo cuales se ligan y seccionan, se corrige defecto septal ventricular mediante parche de pericardio autólogo. Se repara defecto esternal diseccionando bordes longitudinales de cartílago costal, se desinsertan 2 cm de músculo pectoral de ambos lados y se afrontan los bordes sin presentar inestabilidad hemodinámica.

Resultados: Egresos de quirófano extubada con apoyo aminérgico y ritmo sinusal espontáneo. Cursa periodo postquirúrgico sin complicaciones, se egresa a los cinco días después de la intervención quirúrgica con estabilidad hemodinámica, corroborándose función ventricular efectiva. No ha requerido hospitalizaciones.

Conclusiones: La hendidura esternal es una entidad poco frecuente. La reparación quirúrgica proporciona cobertura protectora para el corazón además de mejorar la mecánica ventilatoria y la calidad de vida del paciente. En este trabajo se presenta una asociación rara de esta patología con vena cava superior izquierda y otras malformaciones cardíacas y se describe la posibilidad del cierre primario exitoso a pesar de la edad de la paciente, además de la corrección de las cardiopatías intrínsecas en un mismo tiempo quirúrgico, con una excelente evolución.

372. SARCOMA POCO DIFERENCIADO DE AURÍCULA IZQUIERDA. REPORTE DE UN CASO

K. Palacios, L. Macías Jara, M. Alcantaro y J. Barba

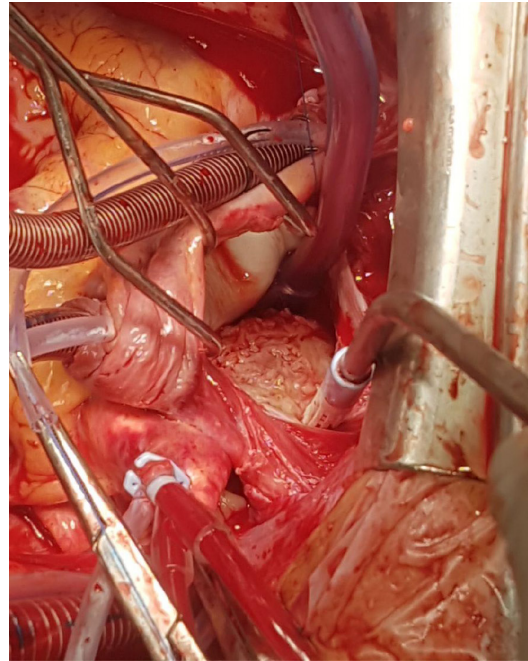
Hospital Luis Vernaza.

Introducción: Las neoplasias cardíacas son infrecuentes, en un 80-90% de los casos se presentan como benigno y resultan ser, mixomas. Entre los tumores malignos, los sarcomas son los más frecuentes (76-78%), derivan del mesénquima, pueden mostrar una amplia variedad de estirpes celulares. El sarcoma poco diferenciado de aurícula izquierda es raro, de presentación inespecífica, motivo el cual se presenta el presente trabajo. El principal objetivo es reportar un caso de esta rara patología, comentar sus características particulares y una breve revisión de la literatura.

Material y métodos: Observacional, analítico, descriptivo.

Resultados: Masculino de 32 años de edad acude transferido con diagnóstico de hipertensión pulmonar más mixoma de aurícula izquierda. Presenta cuadro clínico de 3 meses por disnea de mediano esfuerzo que progresa a mínimo esfuerzos acompañado de ortopnea, disnea paroxística nocturna y tos no productiva. Al examen físico facies pálidas, cuello ingurgitación yugular, tórax simétrico campos pulmonares crepitante basal izquierda, ruidos cardíacos taquicardícos. Tc de tórax simple se evidenció adenopatías a nivel prevascular,

miden de 17 × 8 mm, derrame pericárdico leve. Hacia la aurícula izquierda se aprecia imagen hipodensa. Intervención quirúrgica: abordaje por esternotomía media, se realiza atriotomía izquierda observándose tumoración intracardiaca cuyo lecho de implantación es muy ancho que se extiende a mediastino posterior en dirección a hilio pulmonar, se decide resección local intracardiaca del tumor.



Conclusiones: Los sarcomas poco diferenciados son poco frecuentes, afectan a la aurícula izquierda, la sintomatología es variable dependerá del tamaño, ubicación y extensión del tumor. El diagnóstico oportuno mejora el pronóstico del paciente, el tratamiento se basa en la resección del tumor.

373. ESTENOSIS TRAQUEAL POSINTUBACIÓN Y OSCILOMETRÍA DE IMPULSO: ATRACTIVA PROPUESTA DE EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO

J.A. Berrios Mejía, E. Guzmán de Alba, J.L. Martínez, L. Pensado y J.L. Téllez Becerra

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias. Centro Médico ISSEMYM Toluca.

Introducción: El seguimiento de pacientes con estenosis traqueal y la decisión de realizar intervenciones terapéuticas como broncoscopia

y dilataciones traqueales, muchas veces se basa únicamente en la clínica del paciente. No se cuenta con una herramienta no invasiva, reproducible, segura y sensible, para la tomar este tipo de decisiones. Proponemos evaluar la correlación entre el grado de estenosis traqueal post-intubación medida por tomografía de vía aérea y las medidas espirométricas y la resistencia por oscilometría de impulso durante el seguimiento de estos pacientes.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo. Periodo enero 2014 a diciembre 2015. Muestreo no probabilístico. Se realizó TAC de vía aérea con reconstrucciones y broncoscopia flexible, además espirometría simple y oscilometría de impulso. La afectación anatómica se correlacionó con las variables funcionales. Análisis estadístico por IBW SPSS versión 20.0 y CurveExpert versión 1,4: coeficiente de correlación de Spearman, diferencias significativas con el valor de $p < 0,05$.

Resultados: Incluidos 24 participantes, 62,5% eran masculino, edad media de 35 años. Flujo pico espiratorio medio en porcentaje coeficiente de correlación negativo de 0,56, p significativa de 0,004. Resistencia 5 hz con media de 0,84 Kpa/l/s \pm 0,39, coeficiente de correlación positivo de 0,61, curva de asociación exponencial: coeficiente de 0,73, $p < 0,001$.

Conclusiones: La oscilometría de impulso y el flujo pico espiratorio son los métodos como mejor coeficiente de correlación, y las variables más aptas para el seguimiento de los pacientes con estenosis traqueal post-intubación.

374. ESTUDIO DE LA COLÁGENA POLIVINILPIRROLIDONA EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON RESECCIÓN Y ANASTOMOSIS DE LA TRÁQUEA POR ESTENOSIS. ENSAYO CLÍNICO ALEATORIZADO

M.A. Íñiguez-García, E. Guzmán, R. Olmos, R. Jasso, J. Morales, R. Baéz, J. Vázquez, I. Carranza, C. Hernández, M. Baltazarez, A. Luna, J. Jasso, A. Martínez, P. Arellanes, M. Silva, J. Cisneros, J. Carranza, E. Narcisio y P. Santillán

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Introducción: La resección y anastomosis traqueal (RAT) es el tratamiento estándar en la estenosis traqueal (ET) por intubación oro-traqueal, cuya complicación más frecuente es la re-estenosis. Experimentalmente se ha demostrado que la colágena polivinil-pirrolidona (CPVP) evita la re-estenosis. Objetivo: valorar la frecuencia de re-estenosis, los cambios clínicos y espirométricos en pacientes con ET, sometidos a RAT con diferentes tipos de anastomosis, combinada con la aplicación de esponja de CPVP en el sitio de la anastomosis.

Material y métodos: Ensayo clínico aleatorizado en 158 pacientes con ET sometidos a RAT de acuerdo con el sitio de estenosis. El grupo de la intervención ($n = 72$) fue tratado con esponja de CPVP en el sitio de la anastomosis, el grupo control ($n = 86$) únicamente RAT. El seguimiento postoperatorio fue de 2 a para evaluar el desarrollo de re-estenosis mediante características clínicas y espirométricas.

Resultados: El tipo de anastomosis realizada fue tráquea-tráquea en 93 casos, cricoides-tráquea en 44 casos, laringotraqueal en 21 casos. Los 2 grupos mostraron valores espirométricos similares postcirugía. Clínicamente solo los pacientes con re-estenosis presentaron disnea y estridor. 3 pacientes tratados con CPVP y 11 de los que solo recibieron tratamiento quirúrgico presentaron re-estenosis antes de los 30 días post-cirugía ($p < 0,05$).

Conclusiones: La aplicación de CPVP en esponja durante una RAT en pacientes con ET demostró ser segura y eficiente, ya que disminuyó la frecuencia de re-estenosis sin importar el tipo de anastomosis traqueal, por lo que se puede proponer como una intervención para pacientes con las características descritas.

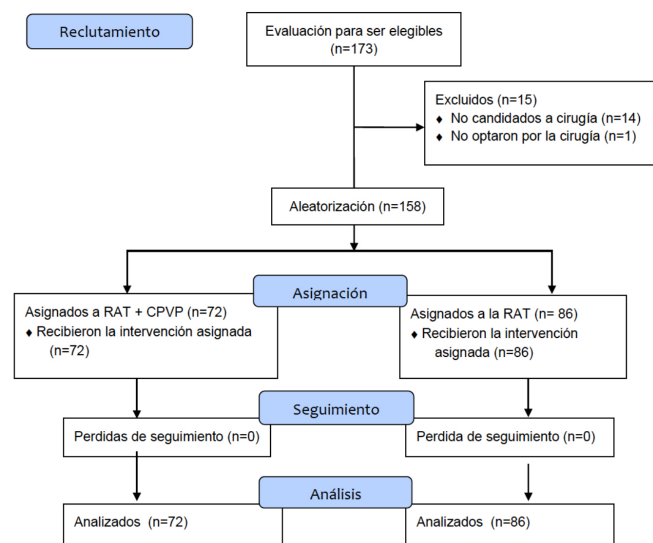


Figura póster 374. Diagrama de flujo

Tabla póster 374. Característica de los 158 casos por grupo de estudio

Grupos, No. (%)	RT más CPVP n= 72	RT estándar n= 86	Valor de p
Edad Promedio, DE	38.25 (14.06)	34.73 (14.03)	0.119
Sexo, No. (%)			0.474**
Hombre	49 (68.05)	57 (66.27)	
Mujer	23 (31.94)	29 (33.72)	
Tabaquismo No.	60	21	0.402
Comorbilidad, No. (%)			
Diabetes mellitus	8 (11.11)	15 (17.44)	0.261*
Obesidad	18 (25)	20 (23.25)	
Otras	14 (19.44)	18 (20.93)	
Localización de la estenosis, No. (%)			
Proximal	60 (83.33)*	68 (79.06)*	0.044*
Medio	12 (16.66)	13 (15.11)	
Distal	0 (0)	5 (5.81)	
Anillos resecaos, Promedio, DE	4.19 (1.30)	4.27 (1.28)	0.707**
Tipo de anastomosis, No. (%)			0.009*
Tráquea-tráquea	41 (56.94)*	52 (60.46)*	
Cricoides-tráquea	27 (37.50)	17 (19.76)	
Laringotraqueal	4 (5.55)	17 (19.76)	

Abreviaciones: RT, Resección traqueal; CPVP, Colágena polivinil-pirrolidona; DE, desviación estándar; *Chi cuadrada, **t de Student.

375. ABORDAJE DEL DERRAME PLEURAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA: PROPUESTA DE ALGORITMO DE TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

J.A. Berrios Mejía, U. Loyola, M.A. Martínez, M.E. Marmolejo Torres y J.L. Téllez Becerra

Centro Médico ISSEMYM Toluca.

Introducción: El derrame pleural que oscila del 4-51% en pacientes con enfermedad renal crónica, especialmente en la enfermedad terminal. En los casos con derrame pleural refractario al tratamiento médico, no existe un consenso sobre el tratamiento definitivo, particularmente en casos recurrentes. Por lo anterior, representa un reto terapéutico para los médicos encargados de su atención. Nos proponemos evaluar la resolución del derrame pleural refractario a tratamiento médico en los pacientes con enfermedad renal crónica, con base en el algoritmo de manejo quirúrgico.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, transversal. Realizado en el Centro Médico ISSEMYM Toluca. Periodo de 2011

a 2016. Muestra no probabilística, pacientes que cumplan, criterios de inclusión: diagnóstico de derrame pleural refractario al tratamiento médico, derrame superior al 50% del hemitórax, pacientes sintomáticos. Criterios de exclusión: pérdida de información requerida para el estudio, ausencia de expansión pulmonar luego del drenaje, derrame pleural secundario a una causa diferente a ERC (Tb, neoplasia). Seguimiento de al menos 12 meses. Análisis estadístico: análisis fue IBW SPSS versión 20.0. Las variables categóricas fueron presentadas en número y porcentaje, las variables continuas como media y desviación estándar. El modelo de regresión logística fue usado por el análisis de las variables dependientes. El modelo paramétrico para la comparación de 2 medias fue t de Student. Los factores con una $p < 0,05$ fueron considerados estadísticamente significativos.

Resultados: Se incluyeron 45 pacientes en el estudio. La media de edad fue de 62 años \pm 5 años, el porcentaje de hombres fue 70%. El derrame pleural fue exudativo en el 90% de los casos. La tasa de resolución de derrame con drenaje fue de 60% y del 72% con drenaje pleural más pleurodesis. Los pacientes con recurrencia del derrame representaron el 28% de los casos, se empleó toracoscopia con pleurodesis y derivaciones pleuro peritoneales. El tiempo de estancia hospitalaria en el grupo de pacientes con derrame superior al 50% con empleo de drenaje con o sin pleurodesis más terapia de reemplazo renal agresiva se redujo a 6 vs 14 días en el grupo sin drenaje ($p < 0,035$). El 100% de los pacientes atendidos en el servicio abordados con el algoritmo de tratamiento cursaron con resolución de su derrame pleural.

Conclusiones: Recomendamos el empleo del algoritmo propuesto para el manejo de los pacientes con enfermedad renal crónica con derrame pleural refractario a tratamiento médico como estándar de tratamiento. Se debe realizar un estudio prospectivo con el fin de validar el algoritmo de tratamiento.

376. TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES PERIESTOMALES OBSTRUCTIVAS EN EL NIÑO CON TRAQUEOSTOMÍA: LA DECANULACIÓN QUIRÚRGICA

R. Sancho, R. Dosal, L. Solorio y R. Quimbert

Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción: El granuloma supraestomal con colapso de la pared anterior traqueal y la estenosis representan complicaciones en el niño con traqueostomía, pueden causar hemorragia, obstrucción y muerte con la decanulación accidental. Cuando el tratamiento endoscópico ha fallado (a), la resección quirúrgica del granuloma obstructivo con traqueoplastia anterior o termino-terminal son requeridos bajo el concepto de la decanulación quirúrgica (b-d), no hay reportes nacionales de estas conductas quirúrgicas

Material y métodos: Estudio descriptivo de una serie de 4 niños con traqueostomía sometidos a tratamiento quirúrgico de sus complicaciones, se analizan características endoscópicas, quirúrgicas y pronósticas.

Resultados: Dos lactantes con secuelas de displasia broncopulmonar: estenosis subglótica II y III de Cotton respectivamente con tratamiento endoscópico exitoso, decanulación tardía por granuloma obstructivo del 90% de base ancha, uno sangrante y otro con colapso dinámico de la tráquea periestomal, se realiza decanulación quirúrgica con resección granuloma, traqueoplastia anterior con sutura absorbible, extubación inmediata; preescolar con secuelas de ventilación prolongada, decanulación accidental con estridor y cianosis, en la broncoscopia con granuloma gigante y malacia anterior que requiere resección de granuloma y traqueoplastia anterior, extubación en 24h; y escolar con secuelas de ventilación quien no tolera decanulación, en la broncoscopia con granuloma supraestomal del 80% y estenosis infraestomal del 90%, se realiza resección de granuloma y estenosis periestomal de 4 anillos traqueales y anastomosis termino-terminal, extubación en 72h sin recurrencias; los 4 con seguimiento clínico y endoscópico a 3 años sin complicaciones ni recurrencias.



Conclusiones: En los granulomas supraestomales obstructivos de base ancha que complican con colapso anterior traqueal la instrumentación endoscópica no es recomendable y la resección y traqueoplastia anterior permiten la decanulación quirúrgica exitosa aún en las traqueostomías complicadas con estenosis infraestomal.

377. PLEXOPATÍA BRAQUIAL SECUNDARIA A SCHWANNOMA DEL SULCUS TORÁCICO

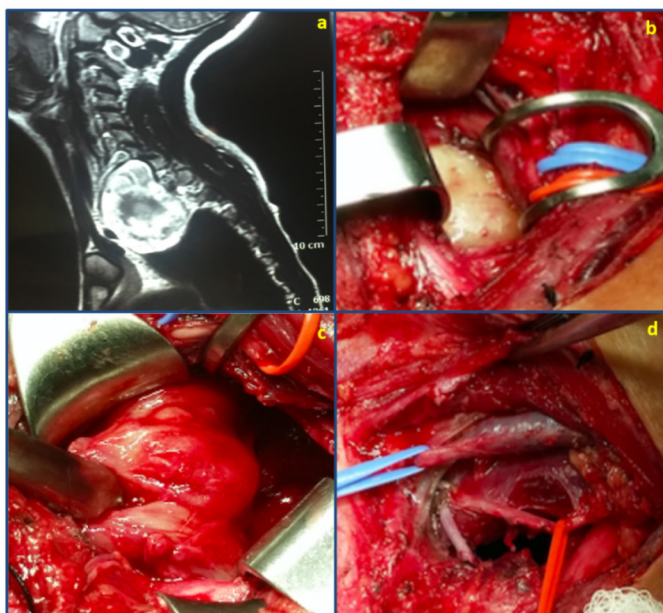
R. Sancho, A. Marhx, K. Martínez y C.R. Sancho

Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción: Los tumores primarios del plexo braquial son entidades infrecuentes y corresponden con schwannomas y neurofibromas, estos son abordados como masas cervice mediastinales con extensión intratorácica apical, pueden debutar con síntomas de compresión neural; se describe la presentación clínica de una adolescente con schwannoma del plexo braquial con los detalles técnico-quirúrgicos de su resección asistida por la evaluación neurofisiológica.

Material y métodos: Descripción de caso clínico, al no existir reportes en la literatura pediátrica se realizó una revisión de la literatura.

Resultados: Femenino 14 años con neurofibromatosis tipo I, dolor ascendente en miembro superior izquierdo, parestia y parestesia, atrofia y disminución de la fuerza muscular; dermatosis generalizada, aumento de volumen en hemicuello izquierdo, doloroso, asimetría del brazo izquierdo a expensas de atrofia muscular interósea, tenar e hipotenar, limitación funcional, hiperreflexia generalizada, sensibilidad propio y exteroceptiva conservadas. En RM lesión extradural que se origina a nivel de agujero de conjunción C7-T1 izquierdo, extensión rostral hacia cuello y desplazamiento de tráquea y esófago e invasión hacia región mediastinal (a); electromiografía con disminución de amplitud de latencias sensorial y motora del nervio cubital izquierdo, se realiza exéresis tumoral a través de abordaje cervice-torácico anterior con monitoreo neurofisiológico (b-d), encontrándose: masa encapsulada reseca por enucleación central e intracapsular dependiente de raíces nerviosas C5, C6 y C7, extrapleural; reporte de patología con schwannoma cervicotorácico, a las 2 semanas postquirúrgicas con recuperación de movilidad al año de seguimiento con apoyo de rehabilitación.



Conclusiones: El abordaje de las masas localizadas en la unión cervicotorácica representa un desafío quirúrgico tanto por su localización en contacto con estructuras vasculares y nerviosas como por el adecuado control que se debe de tener para evitar complicaciones como el dolor crónico y alteraciones en movilidad de la extremidad, aumentando la seguridad y el beneficio pronóstico la monitorización neurofisiológica transoperatoria.

378. RESULTADOS PRELIMINARES DO RASTREAMENTO DO CÂNCER DE PULMÃO POR TOMOGRAFIA DE TÓRAX DE BAIXA DOSAGEM EM UMA POPULAÇÃO TABAGISTA DE ALTO RISCO E IDOSA

J.H. Rivaben, J. Mott Ancona López, V. Martins, C.R. de Alvarenga Nascimento, F. Próspero Machado, S. Fontana Velludo e C. del Cistia Donnarumma

Instituto de Ensino e Pesquisa Prevent Senior.

Introdução: O objetivo deste estudo foi descrever os resultados preliminares obtidos do rastreamento do câncer de pulmão realizado através da tomografia de baixa dosagem (TCTBD) aplicada a uma população de idosos.

Material e métodos: Os pacientes foram recrutados de um programa de cessação de tabagismo no período de 26.10.2016 a 31.12.2107. Foram avaliados 1198 indivíduos. Foi aplicado os critérios de elegibilidade do National Comprehensive Cancer Network (NCCN) para o rastreamento do câncer de pulmão para cada paciente.

Resultados: Deste universo, 816 (68%) eram mulheres e 382 (32%) eram homens. A média da idade foi de 64 anos. Foram submetidos 821 pacientes aos critérios do NCCN, sendo 535 (65%) elegíveis para indicação da primeira TCBD e 286 (35%) não elegíveis. Já retornaram com o resultado da tomografia 266 pacientes (49,7% dos elegíveis) que foram avaliadas segundo as categorias do Lung CT Screening Reporting and Data System (Lung-Rads). A categoria 1 e 2 do Lung-Rads foi identificada em 255 indivíduos (96%); a categoria 03 em 06 (2%); a categoria 4A em 03 (1%) e a categoria 4B em 01 (< 1%). O câncer de pulmão foi identificado em 01 paciente dos 266 (0,4%) até o momento. Outros achados classificados como S no Lung-Rads ocorreram em 12 indivíduos (4,5%).

Conclusões: O rastreamento do câncer de pulmão com a TCTBD em uma população de idosos de alto risco é factível. Um maior tempo de

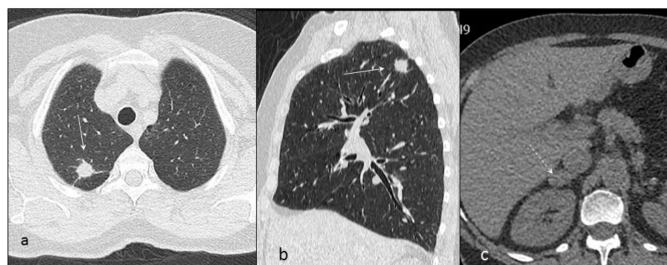


Figura 1. Reformatações axial (a) e sagital (b) de TCBD do tórax mostrando nódulo (seta) não calcificado no lobo superior do pulmão direito, medindo 1,5 cm de diâmetro médio, em paciente feminino com 67 anos. A mesma paciente apresentou um nódulo de 2,2 cm na adrenal direita (seta pontilhada em "c"), com atenuação média de 50 UH, indeterminado. A classificação, segundo os critérios de Lung-RADS, foi categoria 4BS.



Figura 2. A mesma paciente de figura 1 foi submetida a um PET-CT, que mostrou ávida captação de FDG (fluorodeoxiglicose - 18F) no nódulo (seta em "a"). Uma biópsia percutânea guiada por tomografia computadorizada foi realizada (b), confirmando o diagnóstico de neoplasia de pulmão não pequenas células.

aplicação do método e incluindo um maior número de indivíduos são necessários para indentificar se haverá redução da mortalidade como ocorreu no estudo do National Lung Cancer Screening Trial.

379. TRAQUEOBRONCOPLASTIA Y RECONSTRUCCIÓN CARINAL EN QUISTE BRONCOGÉNICO QUE COMPROMETE LA VÍA AÉREA PEDIÁTRICA

R. Sancho, H. Diliz y F. Cuevas

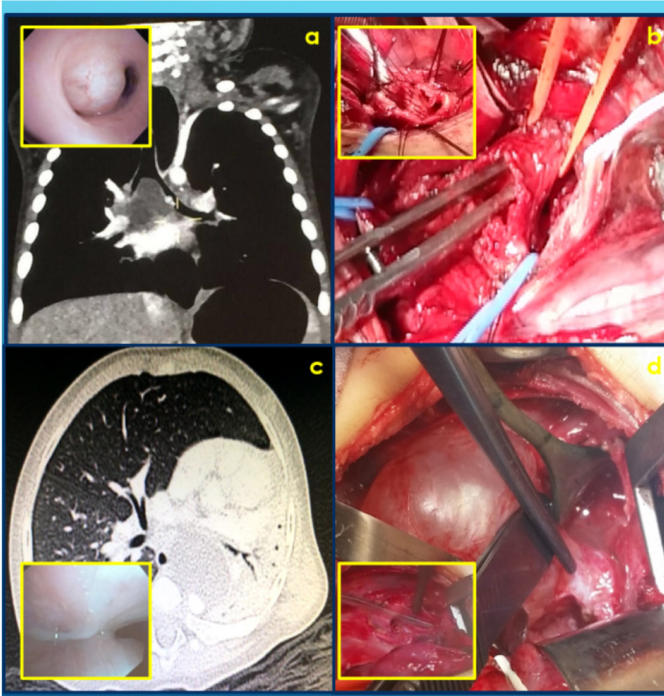
Instituto Nacional de Pediatría.

Introducción: Las técnicas de broncoplastia preservadoras de parénquima pulmonar son ampliamente usados en la malignidad bronquial del adulto; el quiste broncogénico puede debutar con síntomas obstructivos graves cuando su topografía paratraqueal y carinal complican con estenosis bronquial, malacia severa y dificultad respiratoria, la resección completa es el tratamiento idóneo; no hay reportes en la literatura de la aplicación de estas estrategias quirúrgicas en estas malformaciones.

Material y métodos: Reporte de casos.

Resultados: Caso 1: lactante 10 meses con dificultad respiratoria, estridor y neumonías desde el nacimiento, broncoscopia con tumoración endobronquial dependiente de carina y pared anterior traqueal ocupando el 80% de la luz, TC corrobora la extensión supra e infra carinal de la tumoración quística (a), por esternotomía para circulación extracorpórea, se encuentra lesión quística de 5 × 5 cm, se punciona con aspiración de 20 ml de líquido mucoso y se advierte exclusión de la pared anterior traqueal con ausencia de cartílago carinal y bronquial, se decide: creación de neocarina con aproximación medial de ambos bronquios y subsecuente anastomosis con tráquea, sin tensión e integridad endoscópica a 3 semanas postquirúrgicas (b), fallece a 8 meses postoperatorios por sepsis nosocomial y malacia severa.

Caso 2: lactante 3 meses con estridor y dificultad respiratoria desde nacimiento, atelectasia izquierda y broncoscopia con estenosis bronquio izquierdo con compresión extrínseca, TC corrobora masa quística adyacente a arco aórtico (c), toracotomía posterolateral izquierda: lesión quística de 4 × 6 cm, se aspiran 10 ml líquido mucoso, estenosis bronquio izquierdo, se decide resección de 1,2 cm bronquiales y anastomosis termino-terminal que permitieron conservar pulmón izquierdo, evolución satisfactoria; en ambos se corrobora diagnóstico patológico de quiste broncogénico.



Conclusiones: La aplicación de las técnicas de traqueobroncoplastia son aplicables a diversos compromisos de la vía aérea congénita pediátrica, debe considerarse estricta atención a los detalles quirúrgicos de evitar la tensión anastomótica y meticulosos cuidados postoperatorios que contribuyen al pronóstico final.

380. LEIOMIOSARCOMA DE ESÓFAGO. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

J. Lavanderos, J. Faúndez, L. Contreras y R. Berrios

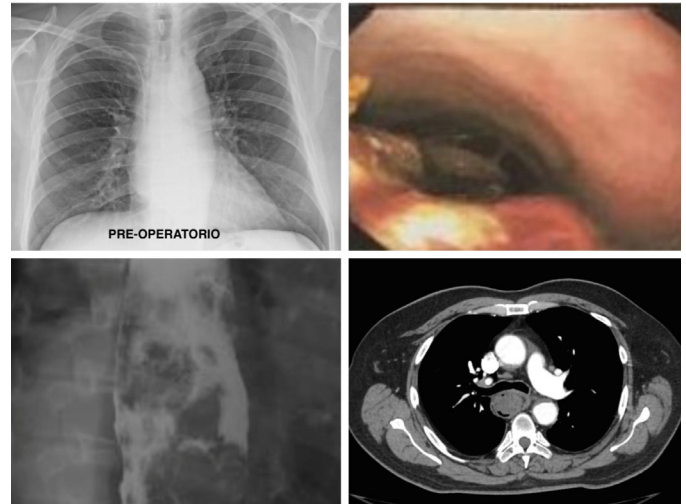
Hospital Clínico de la Fuerza Aérea de Chile.

Introducción: Del orden del 3 a 4% de las neoplasias malignas de esófago corresponden a raros tumores de los que sólo se tienen reportes de casos. El leiomioma de esófago fue reportado por primera vez por Howard en 1902 como “sarcoma primario de esófago”, representa el 0,1 a 0,5% de los tumores de esófago. Es un tumor maligno de localización subepitelial que se desarrolla en las fibras musculares lisas de la pared del esófago, del cual se reconocen 2 subtipos histológicos, el polipoide y el infiltrante siendo el primero el de mejor pronóstico. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección con sobrevivencias reportadas del 30 a 40% a 5 años. El rol de la quimioterapia y radioterapia aún no se ha establecido en este tipo de tumores. Comunicamos nuestra experiencia mediante la exposición de la historia clínica, imágenes diagnósticas y video de la cirugía.

Material y métodos: Paciente de 61 años consulta por cuadro de 2 meses de disfagia y baja de peso. Se realiza estudio con endoscopia digestiva alta, esofagograma y tomografía computada que evidencian un tumor de 11,9 × 4,6 × 6 cm que compromete tercio medio y distal de esófago. Biopsia endoscópica se informa como probable leiomioma.

sarcoma. Evaluación por equipo multidisciplinario decide resolución quirúrgica. Se realiza esofagectomía total mediante cirugía en 3 tiempos: liberación esofágica por videotoracoscopia, confección y ascenso de tubo gástrico por laparoscopia y anastomosis cervical por cervicotomía lateral izquierda. Paciente evoluciona en buenas condiciones con fístula cervical de bajo débito que se maneja en forma conservadora (drenaje cervical más nutrición parenteral y enteral por sonda nasoyeyunal) y realimentación vía oral al mes del postoperatorio; se otorga el alta en buenas condiciones. Biopsia de la pieza quirúrgica informa leiomioma de esófago tipo polipoide de 11 × 6,5 cm, de alto grado, con ulceración de la mucosa y margen quirúrgico negativo. Compromiso ganglionar en 1 de 17 linfoganglios resecados.

Resultados: No aplica.



Conclusiones: El leiomioma esofágico es un tumor maligno poco frecuente, con muy pocos casos reportados en la literatura médica. Su tratamiento radica en la escisión quirúrgica, el abordaje mínimamente invasivo es una buena opción de enfrentamiento.

381. PROCURAS PULMONARES POR PARTE DEL SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA EN EL HOSPITAL CARLOS ANDRADE MARÍN, QUITO, ECUADOR (PERIODO 2014-2017)

E. Moya, K. Calvas y D. Guaman

Hospital Carlos Andrade Marín.

Introducción: La procuración es el proceso de obtención de órganos y tejidos para trasplantar, proceso en el cual es una participación multidisciplinaria. El proceso de trasplantes en el transcurso del tiempo, ha tenido su efectividad deseada, el cual es mejorar la calidad de vida y tiempo de supervivencia global. En lo que respecta al pulmón, la inmunoterapia y los cuidados postrasplantes, llegando a tener una supervivencia alrededor del 50% a los 5 años.

Material y métodos: Estudio observacional con corte transversal de pacientes que se realizó la procura pulmonar en el Servicio de Cirugía Torácica con una muestra de 35. La información fue tomada del AS400 (sistema de registro computarizado del Hospital) de los pacientes registrados por la Unidad de Trasplante.

Resultados: La media de edad de los pacientes que se realizó procura pulmonar fue de 43,8 años con un rango de edad, 28 a 60 años. El diagnóstico más frecuente con el que ingresaron los pacientes al HCAM fue trauma craneoencefálico severo (TCE) con un total de 19 pacientes, secundario a caídas por su propia altura, y el segundo diagnóstico fue trauma craneoencefálico severo secundario a accidente de tránsito. El género masculino es el que con mayor frecuencia se realiza procuras. Podemos observar que la mayoría de pacientes son

masculinos, que ingresaron por TCE severo, la mayoría de ellos por caídas, accidentes de tránsito sobre todo por accidentes en motocicleta, seguido por pacientes con accidente cerebro vascular, secundario a tensión arterial o aneurismático, el resto de pacientes sufrieron hemorragias intraparenquimatosas de causa desconocida, o secundario a estatus epiléptico y una sola paciente posterior a complicación de su embarazo.

Conclusiones: Continuar la formación quirúrgica y teórica en el trasplante pulmonar para potenciar la destreza quirúrgica del explante e implante pulmonar. Mejorar la calidad de vida de pacientes con enfermedades pulmonares terminales. Se ha logrado procurar hasta la fecha 35 pacientes según protocolos internacionales establecidos, logrando el perfeccionamiento de la anatomía quirúrgica torácica. La media de edad (43,8) del donante está por debajo de la media internacional, la etiología de su muerte cerebral es por trauma craneoencefálico secundario a accidentes de tránsito, por lo cual, la PAFI y la calidad de los pulmones que se han procurado es alta. La reciente acreditación para trasplante pulmonar en el Hospital y el fortalecimiento del personal de salud de los entrenamientos realizados fuera de Ecuador (España, Argentina, Chile), con la finalidad de obtener óptimos resultados.

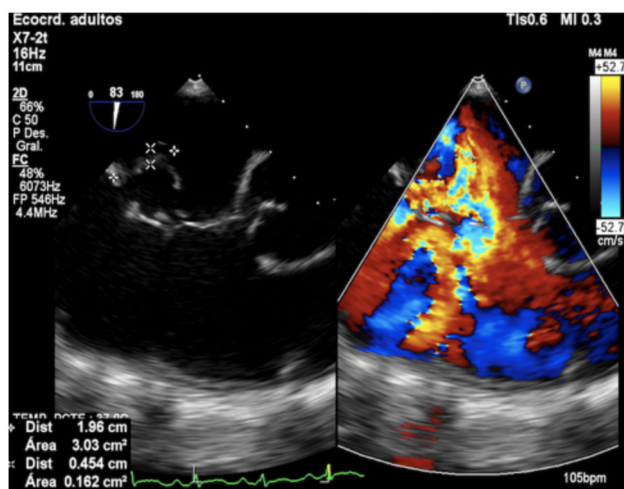
382. ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR USO DE DROGAS PARENTERALES

A. Méndez, J. Pérez, F. Moreno, J. Rodríguez, I. Acevedo e I. García

Universidad de Guanajuato. Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

Introducción: La endocarditis es una enfermedad mortal y multifactorial. Un factor para desarrollarla es el uso de drogas intravenosas, afectando al corazón derecho.

Material y métodos: Masculino, 20 años de edad, usuario de drogas intravenosas; buprenorfina desde hace cuatro años. Ingresa a un hospital regional el 21 de enero presentando fiebre, soplo cardiaco, disnea y pérdida de diez kilogramos en dos meses. Se decide tomar un ETT que reporta una vegetación en la cara auricular sobre la valva anterior de 30 x 4,5 mm y una segunda sobre la valva septal de 28 x 3 mm. Se toma un hemocultivo positivo para Staphylococcus epidermidis, sensible a oxacilina, y se administra dicloxacilina y gentamicina. En la TAC de tórax se encuentra formación de focos de neumonía múltiples secundario a embólos sépticos. El 29 de enero se toma un segundo ETT, reporta vegetaciones en la cara auricular sobre la valva anterior de 26 x 4 mm y una segunda en la valva septal de 19 x 4 mm, que causa insuficiencia cardíaca derecha. El 2 de febrero el paciente inicia terapia con psicología para una mejor respuesta al tratamiento. Se realiza la cirugía el 14 de febrero; se resecan las valvas y se envían



para cultivo por último se coloca la prótesis biológica en posición tricuspídea. El 16 febrero el paciente presenta un bloqueo auriculoventricular y se coloca marcapasos definitivo. Los hallazgos de los cultivos quirúrgicos fueron negativos.

Resultados: En base a los criterios de Duke cuenta 2 mayores y 2 menores. La cirugía fue el tratamiento de elección porqué a pesar del manejo médico el tamaño no remitió como se esperaba además hay una destrucción del aparato valvular que provoca insuficiencia tricuspídea severa y embolismos pulmonares que ponen en riesgo la vida.

Conclusiones: La endocarditis infecciosa derecha es poco común. Es indispensable conocer los factores de riesgo para un diagnóstico oportuno y un brindar un tratamiento multidisciplinario adecuado.

383. ADENOCARCINOMA PULMONAR INVASOR METACRÓNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

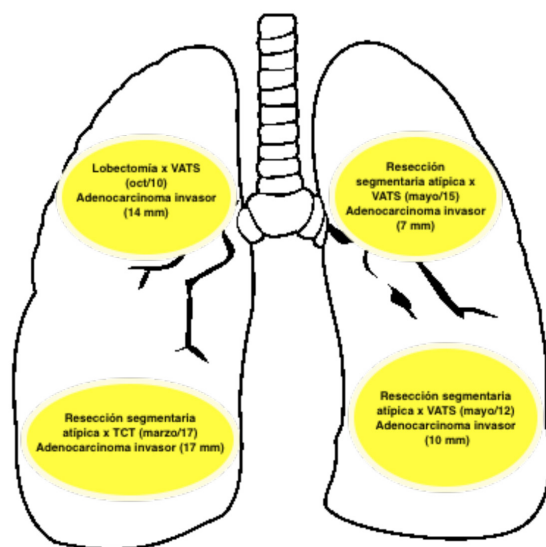
J. Lavanderos, L. Contreras, D. Saavedra y R. Berrios

Clínica Alemana de Santiago.

Introducción: La neoplasia primaria múltiple de pulmón es una forma de presentación poco frecuente, aproximadamente el 1,5 a 3% de los casos. Definida por la existencia de 2 o más neoplasias de pulmón que se han desarrollado de forma independiente en el tiempo y en distinta localización. A su vez puede distinguirse entre sincrónica, cuando los tumores son detectados simultáneamente, y metacrónica, en la que existe un intervalo entre la detección del primero y la del segundo, que algunos autores cifran en 2 años; otros en un intervalo de tiempo mayor a 6 meses. Son precisamente estos últimos los más frecuentes dentro de las neoplasias múltiples (55 a 70% de los casos). Se trata de pacientes con historia previa de cáncer de pulmón, que tras 2 a 4 años de supervivencia desde la presentación inicial aparece la segunda neoplasia. El riesgo de tener un segundo primario o tumor metacrónico va de 1 a 2% al año. Comunicamos nuestra experiencia mediante la exposición de la historia clínica e imágenes diagnósticas.

Material y métodos: Caso clínico: mujer de 53 años, sometida a 4 cirugías pulmonares resectivas por adenocarcinomas pulmonares invasores, con múltiples lesiones en vidrio esmerilado que se han resecado y otras que se mantienen en seguimiento en un lapso de 8 años.

Resultados: No aplica.



Conclusiones: El cáncer pulmonar metacrónico o segundos primarios es una entidad poco frecuente que constituye un desafío diagnóstico al momento de diferenciarlo de enfermedad metastásica. Es fundamental en estos casos obtener un correcto diagnóstico a través de una historia clínica detallada que permita diferenciar las posibilidades

terapéuticas y pronósticas de la neoplasia, dependiendo de si es sin crónica o metacrónica.

384. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS

J.M. Arriola-Navas, E. Guzmán-de Alba y M. Rodríguez-Rodríguez

Servicio de Cirugía Cardiorácica. Departamento de Cirugía. Servicio de Neurología. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Introducción: La miastenia gravis (MG) es una enfermedad autoinmune que afecta la unión neuromuscular caracterizada por fatiga y debilidad muscular. En la actualidad la timectomía, con o sin la presencia de timoma, ha ganado amplia aceptación en la terapia de MG. Se conocen diferencias étnico/raciales en relación a las manifestaciones clínicas y los resultados del tratamiento de los pacientes con MG. En los últimos años se realiza timectomía pacientes con MG sin tener estudios que evidencien los resultados de esta terapéutica enfocada en la población mexicana, por lo que este estudio busca determinar los resultados de la timectomía en los pacientes con diagnóstico de MG.

Material y métodos: Estudio prospectivo de tipo transversal en el que se evaluó a pacientes operados de timectomía por el diagnóstico de miastenia gravis, de julio de 2007 a junio de 2017, en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas". Para tal efecto se citaron en agosto de 2017 a todos los pacientes descritos y se evaluaron conjuntamente entre cirujanos torácicos y neurólogos, caracterizando y clasificando a los pacientes según la Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA).

Resultados: La evaluación del estado clínico final fue realizado en 33 pacientes con un promedio de 28 meses después de realizada la timectomía (2-120 meses). El 11,5% de los pacientes con MG no-timomatosa tuvo una remisión completa de la enfermedad (CSR), 11,5% presentó remisión farmacológica (PR), 46,2% manifestaciones mínimas (MM), 11,5% tuvo mejoras en su tratamiento y 7,7% no tuvo mejoras permaneciendo sin cambios (U). No hubo muertes relacionadas con la MG. Se observó 11,5% de exacerbaciones de la enfermedad (E), 1 paciente por presentar problemas infecciosos no relacionados con la MG, 1 por embarazo y 1 por presentar restos tímicos confirmados por PET-CT. En relación a la histología, el 20% de los pacientes con hiperplasia tímica mostró remisión completa de la enfermedad, a diferencia de las otras dos histologías que tuvieron un 17% en timos atroficos y ninguno con timos normales. En cuanto a los pacientes con timomas los resultados post-timectomía revelan que el 20% tuvo MM, 20% presentaba U, 40% E y 1 paciente (20%) murió sin relacionarse a MG, los 2 pacientes con timolipomas se encontraban con MM.

Conclusiones: La conclusión de este estudio nos lleva a recomendar la timectomía para pacientes con MG no-timomatosa. En los pacientes con timoma y timolipoma se recomienda la timectomía independientemente de los resultados de la MG, debido a la posibilidad de crecimiento del tumor y metástasis.

385. ABORDAJE DEL ESPACIO PLEURAL RESIDUAL COMPLICADO

E. Céspedes, J. Ruiz, A. Tort y J. Echavarrí

Hospital 1.º de Octubre. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado.

Introducción: El manejo del espacio pleural complicado es difícil. Cuando este se asocia a fuga aérea y falta de expansión pulmonar, el problema es aún más grave. Las opciones de tratamiento varían desde la pleurostomía modificada, ventana torácica, rotación muscular para llenar el espacio pleural y la nada deseable toracoplastia. Presentamos

3 casos de pacientes que cursaron con empiema postquirúrgico aunado a fuga aérea y falta a expansión pulmonar que condicionaron un gran espacio pleural residual complicado. Todos los pacientes fueron manejados con el sistema de cierre asistido por succión VAC (Vacuum Assisted Closure, granufoam, KCI) lo que pudo resolver el problema.

Material y métodos: Estudio de tipo descriptivo, serie de 3 casos.

Resultados: Caso 1. Masculino de 68 años. Diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar metastásico a pleura. Por derrame pleural derecho se colocó sonda endopleural que presentó como complicación fuga aérea persistente. Se realizó resección en cuña por VATS (Video Assisted Thoracic Surgery) y enviado a domicilio con pleurovac portátil. Reingresó a la semana por empiema. Se realizó lavado de cavidad por VATS, ventana torácica y colocación de sistema VAC. Se realizaron cambios en quirófano semanalmente en base ambulatoria 3 ocasiones y posteriormente en la consulta externa durante 3 semanas más. En ese momento, el pulmón se encontró expandido, la cavidad pleural ocupada en su totalidad y únicamente una fuga aérea pequeña a nivel de la ventana torácica. Después de 24 meses el paciente se encuentra vivo, con ventana torácica pequeña y sin fuga aérea. Caso 2. Masculino 14 años. Sometido a lobectomía inferior derecha VATS por enfisema lobar congénito. Reingresado por empiema y falta de expansión pulmonar. Se manejó con lavado, decorticación y colocación de sistema VAC. Se realizaron cambios en quirófano semanalmente por 6 ocasiones. Después de dicho período, aún con pequeña fuga aérea, el pulmón se encontró expandido, con mediastino y diafragma desplazados con cavidad llena casi en su totalidad. Caso 3. Masculino 62 años. Sometido a segmentectomía S6, bilobectomía superior y media derecha por secuelas de tuberculosis. Después de 1 mes del alta desarrolló fístula pleurocutánea, con empiema y fuga aérea. Se realizó lavado, decorticación y colocación de sistema VAC por VATS. El sistema se cambió cada 7 días en base ambulatoria por 8 ocasiones. Por persistencia de fuga aérea, se manejo con pleurostomía modificada. La cavidad residual se resolvió.

Conclusiones: El uso del sistema VAC es útil en el manejo del espacio pleural residual complicado. Consideramos que puede ser útil en casos con empiema, fuga aérea y falta de expansión pulmonar.

386. COLECISTITIS AGUDA INTRATORÁCICA, REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

E. Moya, G. Zurita, M. Orejuela, F. Santillán y J. Santillán

Hospital Carlos Andrade Marín.

Introducción: Las hernias diafragmáticas post-traumáticas en adultos son poco frecuentes, pueden ser asintomáticas, y diagnosticarse en un control médico o al complicarse después de varios años la media es de 7 años (3-20 años). Del lado izquierdo se presentan en el 85%, derecha 10% y bilateral 5%, se asocia con una alta morbi-mortalidad. La ruptura del hemitórax derecha que incluya la presencia de vesícula biliar están descritos pocos casos en la literatura médica y si esta se inflama en la cavidad torácica se han descrito 6 casos en el mundo. El diagnóstico inicial es difícil por la poca sintomatología, sea trauma contuso o penetrante, el diagnóstico tardío es 10-61% de los casos manejados médicamente. En una serie de 1.000 casos el diagnóstico pre-operatoria 43,5%, intra-operatorio 41,3% y tardío 14,6%. La evolución natural: a) Aguda de 0 a 14 días, síntomas del trauma. b) Subaguda 14 a 30 días, compresión diafragmática por gradiente de presiones peritoneales-pleurales. c) Crónica > 30 días, herniación de vísceras abdominales, con mortalidad del 60-80%.

Material y métodos: Revisión de historia clínica en el sistema AS 400 de Hospital Carlos Andrade Marín.

Resultados: Existen 6 casos reportados a nivel mundial de herniación hepática y colecistitis aguda en la cavidad torácica; la hernia diafragmática derecha post-traumática se pasa por alto en la fase aguda y se diagnostica en el 30% de los casos que requieren intervención quirúrgica.

gica urgente, el diagnóstico tardío se observa entre el 10-61% de los casos manejados clínicamente, pudiendo haber diagnósticos hasta 25 años después. En una serie de 1.000 lesiones traumáticas del diafragma, el diagnóstico se hizo en forma pre-operatoria en un 43,5%, intra-operatorio en 41,3% y tardío en un 14,6% de los casos. Laura et al., plantean una hipótesis de "detección tardía" en donde el defecto diafragmático creado por la lesión se vuelve sintomático y es cuando el contenido de herniario se complica con déficit circulatorio, por torsión. La mortalidad es de 4,3% en traumas penetrantes, 37% en lesiones por traumas contusos en la fase subaguda y crónica de un 25% debido a falla multiorgánica.

Conclusiones: El diagnóstico de una injuria diafragmática es por alta sospecha en trauma cerrado o abierto, toracoabdominal, mayor frecuencia en el lado izquierdo en trauma cerrado. La herniación hepática que incluye la vesícula biliar con inflamación aguda, es rara y con mayor morbimortalidad, teniendo como base terapéutica la cirugía en la fase aguda y crónica. Existe el reporte de 6 casos en la literatura médica nivel mundial y en ninguna de ellos se encontró el reporte de colecistitis aguda intra-torácica, se describe el presente caso para la información de la comunidad médica y su discusión.

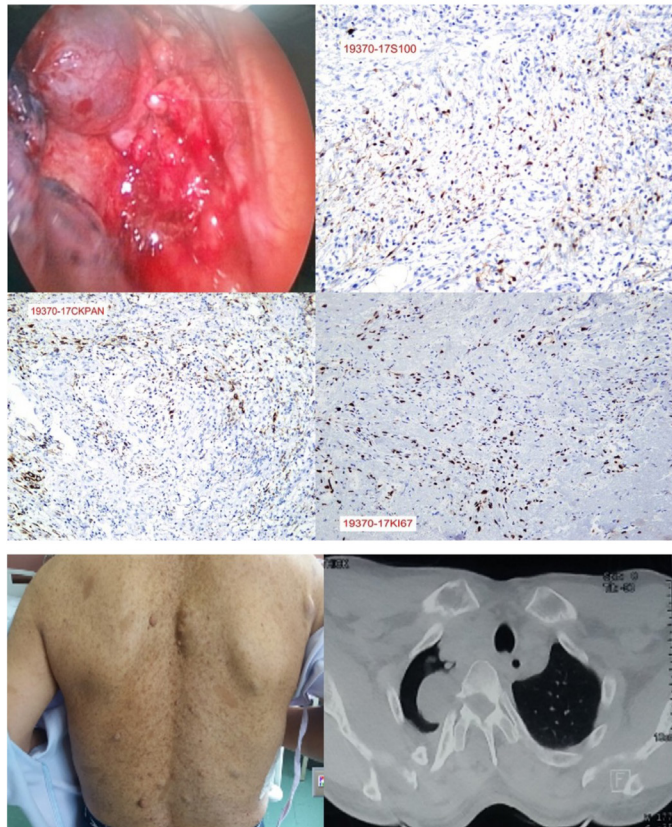
387. HEMOTÓRAX ESPONTÁNEO ASOCIADO A NEUROFIBROMATOSIS TIPO 1: REPORTE DE UN CASO

S. Poveda, J. Rosero, L. Rodas, N. Naveda y P. Velastegui

Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín.

Introducción: El hemotórax espontáneo es de presentación muy rara, una de las causas es la neurofibromatosis tipo 1 (NF-1), existe formación de neurofibromas en la cavidad pleural que pueda sangrar y causar hemotórax, que en muchos casos, puede ser mortal.

Material y métodos: Caso clínico: hombre de 45 años, diagnosticado hace 15 años de NF-1, presenta cuadro de 24 horas de evolución con dolor torácico derecho, punzante, de gran intensidad, disnea MMRC2, asociado a inestabilidad hemodinámica que responde a cristaloides,



Se evidencia manchas café con leche, múltiples neurofibromas de predominio en tórax, murmullo vesicular abolido en campo pulmonar derecho. Se confirma hemotórax de derrame pleural derecho mediante toracocentesis diagnóstica.

Resultados: VATS monopuerto: múltiples lesiones en pleura parietal, la más grande en ápice pulmonar de superficie muy vascularizada. Histología: tumor maligno con patrón fusocelular a células redondas, de alto grado. Inmunohistoquímica: sugiere tumor maligno de la vaina nerviosa (TMVN) periférica.

Conclusiones: La NF-1 es una enfermedad autosómica dominante, existe crecimiento anormal de tumores neuroectodérmicos en el sistema nervioso periférico. El hemotórax espontáneo es raro, y es una complicación letal de la NF-1; la incidencia es del 0,001% en la población general. Los pacientes con NF-1 tienen hasta 4.000 veces más riesgo de desarrollar TMNV. El hemotórax comunmente relacionado con tumor, se debe al neurofibroma. Los TMNV son sarcomas extremadamente raros que se originan en las células de Schwann de los nervios periféricos. La tasa de supervivencia a 5 años de pacientes en este tipo de tumor varía del 10 al 15%, y los pacientes con NF-1 tienen peor pronóstico. El tratamiento es quirúrgico, en neoplasias irresecables o metastásicos, la quimioterapia es la opción.

388. ADENOCARCINOMA PULMONAR EN UN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE UN CASO

N. Naveda, G. Zurita y S. Poveda

Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín.

Introducción: El cáncer pulmonar es la causa de muerte por cáncer más frecuente, se diagnostica tanto en fumadores como en los que no lo son, su cuadro clínico es silencioso.

Material y métodos: Caso clínico: hombre de 21 de años, sin antecedentes patológicos, cuadro de 15 días de evolución con tos productiva, alza térmica, astenia y pérdida de peso; hematemesis activa por 72 horas con melenas, que requirió transfusión de hemoderivados, por hallazgo endoscópico se presume síndrome de Loeffler administrando antiparasitarios, con posterior hemoptisis y fallo respiratorio con indicaciones de ventilación mecánica invasiva por dos ocasiones, se reporta cultivos de esputo de Klebsiella pneumoniae multisensible y Staphylococcus aureus meticilino resistente e inician antibioticoterapia. Persiste melenas abundantes, siendo catalogado con choque mixto hipovolémico y séptico refractario que requirió hidrocortisona y vasoactivos a dosis máximas, se asocia derrame pericárdico evacuado con pericardiocentesis, cultivo reporta E. coli



Figura. Rx de tórax: infiltraciones nodulares bilaterales algodonosas de predominio en bases.

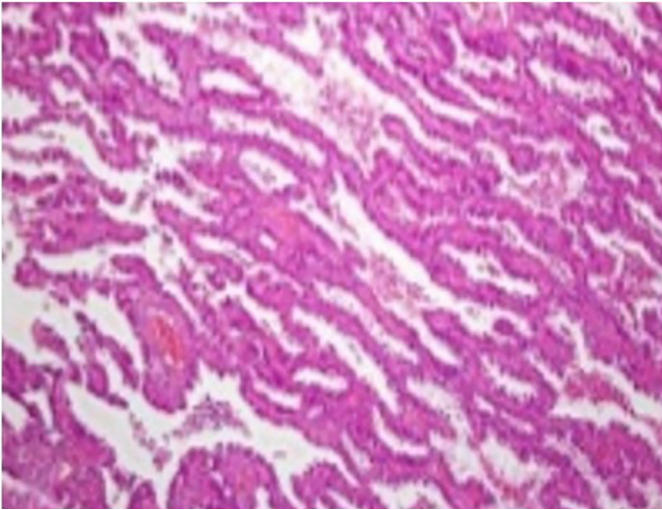


Figura. Histopatología.

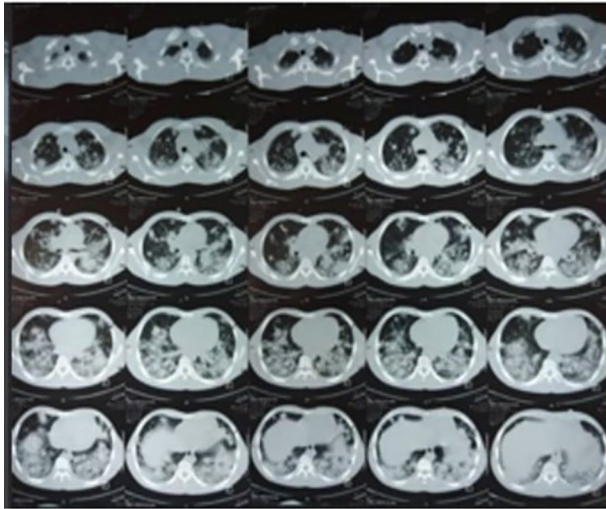


Figura. TAC de tórax: nódulos de aspecto algonodoso bilaterales, que predominan en las bases donde confluyen, sin signos de necrosis, derrame pericárdico leve.

multisensible, evolución tórpida, con fistula broncopulmonar, acidemia mixta, se consigna orden de no RCP y limitación de esfuerzo terapéutico, fallece a los 23 días de su hospitalización, se realiza biopsia pulmonar post-mortem.

Resultados: Endoscopia digestiva alta: úlcera gástrica y duodenal Forrest III, *Ascaris lumbricoides* en bulbo duodenal. TAC de abdomen-pelvis: hepatoesplenomegalia. Ecocardiograma: derrame pericárdico severo circunferencial con signos iniciales de taponamiento cardiaco. Histopatología: adenocarcinoma invasivo no mucinoso en patrón lepidico, neumonitis intersticial y daño alveolar difuso.

Conclusiones: El cáncer pulmonar presenta una alta mortalidad en ambos sexos en los países desarrollados, su pronóstico global es malo con una supervivencia de 5 años en el 15%, se presenta principalmente con predominio en hombres, entre 55 y 65 años, en adultos jóvenes es raro. Los síntomas que se presentan varían de acuerdo con la extensión de la enfermedad. El adenocarcinoma casi siempre se presenta como un nódulo periférico, la invasión ganglionar hilar, mediastinal y metástasis a distancia son frecuentemente encontradas poco tiempo después del diagnóstico. En el 10% de casos, los pacientes con neoplasia maligna pulmonar son asintomáticos, la frecuencia de metástasis a corazón es mínima.

389. TROMBÓLISIS FALLIDA Y TROMBECTOMÍA PULMONAR TARDÍA: REPORTE DE UN CASO

K. Zambrano, E. Páez, O. Eskola y R. Hoyos

Hospital de Especialidades Carlos Andrade Marín.

Introducción: El tromboembolismo pulmonar constituye un padecimiento clínico frecuente y muchas veces fatal, el que el realizar un diagnóstico y tratamiento temprano, son de capital importancia para mejorar el pronóstico y disminuir la mortalidad del paciente. Se presenta el caso de un paciente masculino joven con TEP aguda, en quien falla la trombolisis sistémica y tardíamente se realiza trombectomía con éxito.

Material y métodos: Reporte de caso clínico.

Resultados: Con apoyo de circulación extracorpórea, mediante apertura vertical de tronco de arteria pulmonar se realiza exéresis de trombos de ostium de arteria pulmonar izquierda.



Conclusiones: La trombectomía pulmonar quirúrgica tiene un importante impacto en la mortalidad del TEP agudo o subagudo, comparado con la trombolisis sistémica cuando los pacientes presentan inestabilidad hemodinámica asociada a refractariedad de la trombolisis, contraindicación de la misma, o si presentan un trombo intracardiaco. El abordaje quirúrgico incluso tiene menores tasas de mortalidad comparado con la trombolisis a repetición en este tipo de pacientes.

390. CIRUGÍA PULMONAR EN PACIENTES NO INTUBADOS

J.M. Arriola-Navas, E. Guzmán-de Alba y M.P. Ledezma

Servicio de Cirugía Torácica y Servicio de Anestesia Torácica. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Introducción: La ventilación unipulmonar es una técnica utilizada cuando se requiere aislar un pulmón del otro, colapsando uno de ellos para ventilar de forma independiente los pulmones. Existen varios estudios en paciente no intubados en los que se ha realizado cirugía videotoracoscópica los cuales han demostrado que esta técnica es segura y accesible, utilizando anestésicos locales, ya que el paciente se mantiene en un estado de ventilación espontánea reduciendo así los cambios que se observan en pacientes con ventilación unipulmonar como la hipoxia y el estrés oxidativo. Por lo anterior decidimos analizar la seguridad de esta técnica con relación a las complicaciones perioperatorias, el tiempo operatorio, el dolor perioperatorio, la satisfacción de los pacientes.

Material y métodos: Ensayo clínico controlado aleatorizado en pacientes con sospecha clínica de enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) a quienes se les realizó biopsia pulmonar por videotora-

coscopia. Se estudiaron 25 pacientes divididos en dos grupos los cuales fueron asignados de forma aleatoria. El grupo A fue conformado por 13 pacientes, en los cuales se utilizó bloqueo intercostal con ropivacaína, sedación con fentanilo y dexmetomidina; sin intubación orotraqueal. El grupo B fue conformado por 12 pacientes en los que se utilizó la técnica anestésica general intravenosa con intubación orotraqueal con tubo de doble luz para ventilación pulmonar de tipo selectivo (ventilación unipulmonar).

Resultados: El promedio de edad fue de 63 años para ambos grupos. El índice de masa corporal en el grupo A y B fue de 25,53 y 25,74, con índice tabáquico 7,19 y 6,85 respectivamente. Ambos grupos presentaron características similares en cuanto a la presentación de su enfermedad, oximetría y/o relación alveolo arterial. El resultado de índice biespectral en el grupo A fue en promedio de 80 y 50 para el B. Los tiempos quirúrgicos y los tiempos globales fueron similares en ambas técnicas (33,85 y 97,70 minutos, grupo A; 31,67 y 93,3 minutos, grupo B), a pesar de que entre ellos el grupo A presentó más dificultades transoperatorias, 15% con adherencias firmes del parénquima a la pared torácica y 30,77% con tos y movimientos diafragmáticos persistentes. El dolor postoperatorio inmediato fue de 2 para el grupo A y 4 para el grupo B. El índice de satisfacción fue de 10 y 9 para el grupo A y B sin tener diferencia significativa.

Conclusiones: El realizar biopsias pulmonares utilizando técnica anestésica sin intubación orotraqueal no muestra diferencias significativas a la técnica tradicional con ventilación unipulmonar, salvo en los resultados de dolor postoperatorio. Es necesario un estudio en el que se determine la respuesta inflamatoria con pacientes no intubados.

391. ABORDAJE DEL EMPIEMA DE NECESIDAD CON UN SISTEMA ARTESANAL DE CIERRE ASISTIDO AL VACÍO EN PACIENTES CON ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

Y. González y F. Padrón

Hospital General del Sur Dr. Pedro Iturbe.

Introducción: El empiema de necesidad es una entidad poco frecuente, resultado de la extensión de un derrame pleural purulento hacia los tejidos blandos, siendo indicativo de un proceso crónico, lo que vincula al paciente con un aumento progresivo de la enfermedad de base con alteraciones clínicas y metabólicas. El abordaje quirúrgico indicado como la decorticación pleural va a estar sujeto a estas condiciones. Justificación: muchos de los pacientes que cursan con esta entidad no pueden ser candidatos inicialmente a cirugía, por lo que el manejo local de la infección se convierte en un reto. El sistema de cierre asistido al vacío siendo un método rápido, eficaz y poco limitado para su uso se presenta como alternativa para el manejo de esta entidad patológica. Objetivo: mostrar la utilidad de la confección de un sistema artesanal de cierre asistido al vacío para el manejo de pacientes con empiema de necesidad que presentan alto riesgo inicial para ser sometidos a cirugía.

Material y métodos: Tipo de investigación: descriptiva, observacional, transversal. El estudio tomó como muestra 5 pacientes con diagnóstico de empiema de necesidad entre el periodo de enero del 2016 hasta diciembre del 2017, quienes presentaban deterioro clínico, de los cuales 3 estaban asociados a tuberculosis. Con estudios radiológicos, tomografía y ecografía torácica se corrobora el trayecto fistuloso, con anestesia local se realiza incisión de descarga, desbridamiento, toma de muestra para cultivo bacteriológico, confección del sistema que consta de tres capas modificadas a la medida de la cavidad de la lesión: una primera capa de látex estéril fenestrado, seguido de una capa de espuma de poliuretano fenestrada por un dren tubular, cubierta con una apósito adhesivo transparente, conectando el dren al sistema de succión con una presión promedio de 100 mmHg, con cambios del sistema cada 48 horas. Análisis estadístico: se determinó mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se obtuvo una eficacia en su totalidad de los casos, expresada en la cura local de la lesión.



Conclusiones: La confección de este sistema permitió un abordaje rápido, limitó la extensión de la infección, promovió el drenaje de la colección y la granulación con cierre del trayecto fistuloso.

392. BIOPSIA GUIADA POR ECOGRAFÍA PARA EL DIAGNÓSTICO DE TUMORES PULMONARES PERIFÉRICOS

Y. González y F. Padrón

Hospital General del Sur Dr. Pedro Iturbe.

Introducción: El cáncer en general representa uno de los mayores e importantes problemas de salud. La necesidad de identificación del subtipo histológico específico confirma el diagnóstico y puede aportar indicios importantes que asociados a la presentación clínica y estadificación permiten el manejo quirúrgico. Justificación: la biopsia de las lesiones pulmonares presenta varias opciones; la ecografía en relación a otros métodos resulta un método más económico, el cual puede ser trasladado hasta el paciente, y que presenta mayor accesibilidad en la mayoría de los centros de salud. Objetivo: determinar la utilidad de la biopsia guiada por ecografía para el diagnóstico de tumores pulmonares periféricos.

Material y métodos: Tipo de investigación: descriptiva, observacional, transversal. El estudio tomó como muestra 15 pacientes con diagnóstico radiológico o tomográfico de tumor pulmonar periférico sin diagnóstico etiológico, evaluados entre enero y diciembre del año del 2017. Una vez identificado por imágenes radiológicas o tomográficas se realizó una ecografía torácica con un equipo MEHECO-MPX con transductor lineal y cóncavo para determinar las características de la lesión. Previo a marcaje del área de la lesión bajo normas asepsia y antisepsia se aplicó anestesia local se introduce la aguja respetando el acceso al área pleural por el borde superior del arco costal y bajo visión ecográfica hacia la lesión se realizó el disparo con aguja Truc-Cut semiautomática N° 18. Se tomaron de 3 a 5 muestras. Tras el procedimiento, los pacientes permanecieron 6 horas en observación y egresaron los que no presentaron complicaciones. Análisis de los resultados: se determinó mediante estadística descriptiva.

Resultados: Se obtuvo un 95% de efectividad diagnóstica, con un 5% de muestra insuficiente y una tasa de 3% de complicaciones.



Conclusiones: La biopsia pulmonar mediante punción dirigida por ecografía resultó una técnica con alto grado de efectividad diagnóstica, siendo un método accesible rápido, con bajo costo y con una tasa baja de complicaciones.

393. ABORDAJE UNIORTAL EN RESECCIONES PULMONARES MAYORES: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL LUIS VERNAZA

J. Barba, F. Polit, D. González-Rivas, E. Gagliardo, G. Navarro y M. Zambrano

Hospital Luis Vernaza.

Introducción: Los avances en cirugía torácica vídeo-asistida (VATS) han tenido un importante incremento en todos los países del mundo

en los últimos años. Muchos países de Latinoamérica entre ellos Ecuador se han preocupado en innovar las técnicas de abordaje mínimamente invasivas. Es así como, el equipo de Cirugía Cardiorrespiratoria del Hospital Luis Vernaza decidió realizar un entrenamiento en resecciones pulmonares mayores a través de un solo puerto, por lo que el objetivo del presente trabajo es el de analizar los resultados preliminares de nuestra experiencia.

Material y métodos: De un total de 22 resecciones pulmonares mayores realizadas a través de cirugía torácica vídeo-asistida, se han registrado 7 procedimientos con técnica Uniportal VATS, durante el período comprendido desde febrero del 2017 hasta marzo del 2018. Se realizó un estudio retro-prospectivo analítico observacional con la información obtenida de las historias clínicas electrónicas de la base de datos.

Resultados: Se analizaron un total de 7 resecciones pulmonares mayores realizadas a través de Uniportal VATS, 4 casos (57%) fueron pacientes femeninos y 3 casos (43%) pacientes masculinos, el promedio de edad fue de 53,5 años (rango 75-21), la lobectomía inferior izquierda fue la más frecuente con 43% (n = 3). Las indicaciones quirúrgicas fueron: patología neoplásica 57% (n = 4) y bronquiectasias 43% (n = 3), el promedio del tiempo quirúrgico fue de 321 minutos (rango 465-170). La complicación transoperatoria más frecuente fue la lesión vascular (n = 4), requiriéndose conversión del procedimiento en 1 caso. La atelectasia postoperatoria se presentó en 2 casos, resolviéndose con una optimizada terapia respiratoria. El dolor postoperatorio presentó un promedio de 2 puntos en la Escala Visual Análoga (EVA). El tiempo promedio del drenaje torácico fue de 72 horas y el promedio de estancia hospitalaria de 8 días. No se ha registrado mortalidad operatoria relacionada al procedimiento.

Conclusiones: De manera concluyente, los resultados preliminares de nuestro estudio demostrados por la pronta recuperación y el menor dolor post-operatorio de los pacientes intervenidos por Uniportal VATS, fueron comparables con los reportes de la literatura médica. La experiencia y el entrenamiento previo, fueron factores importantes en el resultado positivo de nuestro estudio, otorgando seguridad y capacidad resolutoria de las complicaciones transoperatorias. Estos resultados favorables son un incentivo adicional para seguir trabajando en estudios con un mayor número de casos y seguimiento a largo plazo.

394. ABORDAJE QUIRÚRGICO DE PERFORACIÓN ESOFÁGICA TARDÍA. REPORTE DE UN CASO

R.R. Rostro, R.H.D. Howard y S.H.A. Bojórquez

Nuevo Hospital Civil de Guadalajara Dr. Juan I. Menchaca.

Introducción: A pesar de ser una patología relativamente infrecuente, la perforación esofágica representa una entidad de relevancia dada su alta tasa de morbilidad y mortalidad. Existen diversas controversias sobre el manejo más adecuado en el paciente que acude con presentación tardía del cuadro. En el presente trabajo se presenta la técnica quirúrgica y resultados obtenidos en uno de nuestros casos.

Material y métodos: Se presenta el caso de un paciente masculino de 58 años de edad, sin historial médico de relevancia. Se recibe de un hospital regional, tras dos semanas de evolución con drenaje de derrame pleural izquierdo con contenido gástrico y gasto alto. Sin historial de vómito, pérdida de peso o disfagia. Tomografía axial muestra derrame pleural bilateral, drenaje izquierdo disfuncional y neumomediastino. Endoscopia digestiva confirma perforación de 3 cm en el tercio esofágico distal, 2 cm previo a la unión gastroesofágica, con tejido necrótico a su alrededor. Se realizó toracotomía anterolateral izquierda a través del 7º espacio intercostal, con identificación de la lesión esofágica, derrame fibrinopurulento y saliva libre en la cavidad torácica. Tras reavivar los bordes de la lesión, se realizó cierre primario y reforzamiento utilizando parche de omento movilizado a

través del hiato esofágico. Se avanzó una sonda nasoyeyunal hasta el ligamento de Treitz. Además, se realizó aseo y drenaje mediastinal y decorticación del pulmón izquierdo atrapado. En el posoperatorio, se manejó al paciente con nutrición mixta, parenteral y vía sonda nasoyeyunal desde el primer día posquirúrgico. Se continuó con antibioterapia de amplio espectro y sostén hemodinámico.

Resultados: La biopsia de los bordes de la lesión reporta elementos compatibles con inflamación crónica y aguda, sin encontrar evidencia de malignidad en la muestra. El paciente evolucionó hacia la mejoría, egresando de Cuidados Intensivos al 5º día posoperatorio. Se realizó esofagograma de control el día 14 posoperatorio, sin evidenciar fuga de material de contraste. Tras iniciar dieta por vía oral con líquidos y papillas, egresa del hospital el día 28 de hospitalización.

Conclusiones: La cirugía de preservación esofágica es una opción quirúrgica factible en el manejo del paciente con perforación esofágica tardía. El reforzamiento de una reparación primaria mediante movilización transhiatal del omento evita la apertura del diafragma y las potenciales complicaciones que esto implica. La yeyunostomía de alimentación puede evitarse, colocando una sonda nasoyeyunal en el transquirúrgico.

395. RELATO DE CASO DE UM PACIENTE COM CÂNCER DE PULMÃO EM ESTÁDIO PRECOCE DIAGNOSTICADO POR RASTREAMENTO COM TOMOGRAFIA DE TÓRAX DE BAIXA DOSAGEM

J.H. Rivaben, J.M.A. López, V.C.V. Martins, F.P. Machado, D.C.A. Dias, C.P.S. Gomes, T.C. Gaudio e B.F. Binotto

Instituto Prevent Senior.

Introdução: O câncer de pulmão não pequenas células representa de 75 a 80% de todos os casos de câncer de pulmão. Estima-se que no momento do diagnóstico 20% estão localizados. Em outras palavras, só 20% ou menos (devido a condições clínicas) dos diagnosticados com câncer de pulmão terão indicação de cirurgia e chance de cura. O cenário anterior mudou com o advento do rastreamento do câncer de pulmão pelo método de tomografia de tórax de baixa dosagem (TCTBD) em população com risco elevado, pois a neoplasia é detectada mais precocemente permitindo o tratamento com chance curativa em estádios iniciais ao redor de 65%.

Material e métodos: Relato de caso baseado no levantamento do prontuário da paciente.

Resultados: I.P.S., 69 anos, feminino, fumante 48 anos. Maço. Seus antecedentes são HAS e DPOC. Foi indicado cessação do tabagismo com uso de vareniclina. Preencheu critérios de inclusão para realizar TCTBD. Identificado nódulo pulmonar não calcificado no lobo superior direito medindo 15 mm, classificado Lung-RADS 4B S, pois também identificou-se um nódulo adrenal de 22 mm. Assim foi indicado a biópsia transtorácica guiada por tomografia que confirmou o carcinoma pulmonar. Seguiu o estadiamento clínico e realizou PET Scan com SUVmáx de 6,9 para o nódulo pulmonar e SUVmáx de 4,0 na adrenal, assim continuo a investigação com biópsia transparietal da glândula que foi negativa. Paciente realizou preparo pré operatório que não mostrou contra indicação para a cirurgia. Realizada a ressecção pulmonar completa com grampeadores endoscópicos e esvaziamento linfonodal mediastinal. Paciente apresentou evolução favorável no pós operatório recebendo alta no quinto dia. O diagnóstico definitivo tratou-se de um carcinoma de células escamosas pouco diferenciado T1bN0M0 sendo assim estágio definitivo IA2. Continua sendo acompanhada sem indicação de quimioterapia de adjuvância.

Conclusões: O rastreamento do câncer de pulmão com tomografia de baixa dosagem para esta paciente foi fundamental para a detecção em um momento precoce da neoplasia e assim permitiu realizar o tratamento cirúrgico que pode ser curativo para essa paciente.

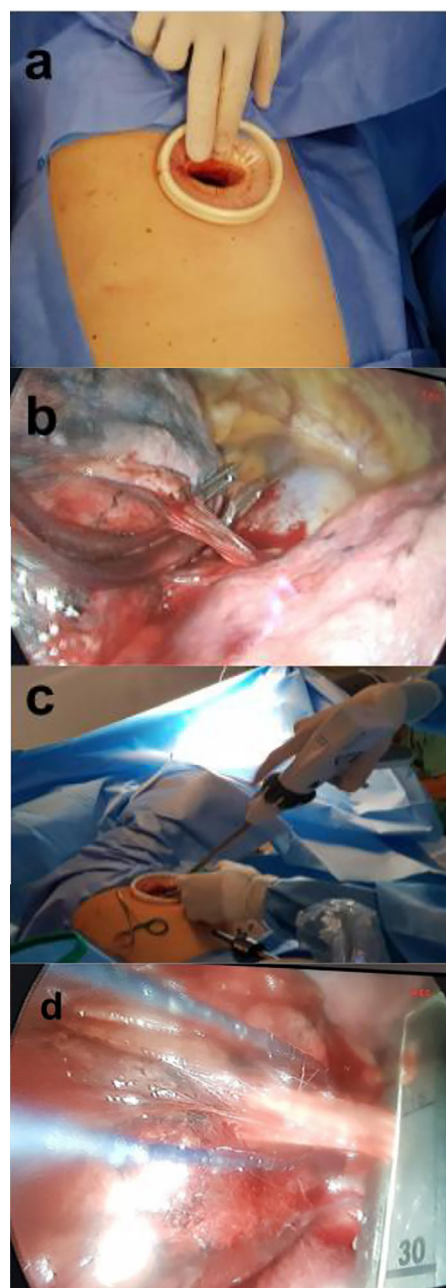


Figura. a) debate do tamanho da incisão de trabalho realizado em regioão torácica lateral direita entre a axilar anterior e escápula, b) mostramos uma das artérias para o lobo superior direito dissecada de forma minimamente invasiva, c) realizado o posicionamento do grampeador em doscópico automático, d) detalhe do grampeador em prontidão para o disparo do grampeamento do vaso.

396. ASSISTÊNCIA REALIZADA A 85 INTERVENÇÕES TRAQUEAIS E, OU LARÍNGEAS NO TRATAMENTO DOS PACIENTES PRIVADOS DE LIBERDADE NO CHSP

J.H. Rivaben, P.J.C. Alves, G. Sadala, S. Yamamura, C.E.P. Yokoyoma e T. Sales

Fundação ABC. CHSP.

Introdução: As patologias traqueais e, ou laríngeas são desafiadoras em sua abordagem, pois envolvem situações de restrição de fluxo ventilatório e requer instituições de maior complexidade com mais recursos para a assistência segura aos pacientes. No caso desta casuís-

tica havia alguns desafios ainda maiores, uma vez todos os indivíduos eram privados de liberdade e o atendimento foi realizado em um hospital de nível secundário de complexidade dedicado exclusivamente ao sistema penitenciário.

Material e métodos: Análise coorte retrospectiva dos casos acometidos por doença traqueal entre 2014 e 2018.

Resultados: Foram estudados 85 intervenções traqueal e, ou laríngea entre 2014 e 2018. A média da idade foi de 35 anos, em sua maioria absoluta homens, apenas 01 mulher. Foram 40 investigações por endoscopia da via respiratória. Em 14 procedimentos serviu para investigar ruído respiratório devido a tumores malignos; 01 tumor de Kaposi por toda árvore traqueobrônquica, e situações de neoplasia benigna em 03 casos. Em 11 situações foi para investigar estenose subglótica ou traqueal. Foi necessário a investigação em 05 casos para programar o fechamento da fístula traqueocutânea. Em 04 pacientes o exame foi realizado para investigar sequelas de traumas laríngeos e programar a decanulação do paciente. Em 03 situações foi realizado a investigação da causa de disfonía. E por fim, outras 03 situações para investigar desordens de alteração ao fluxo respiratório causado por pós-operatório recente de traqueoplastia e, um ajuste da cânula traqueal. Foram 18 traqueostomias realizadas. Foram realizados 05 fechamentos de fístulas traqueocutâneas. Foram realizadas 18 trocas, remoções ou ajustes de dispositivos traqueais. Foram realizadas 04 traqueoplastias. Sendo 02 em posição traqueal exclusiva e outra em altura subglótica. A extensão da estenose variou de 10 a 15 mm. Em todo pós-operatório foi ajustado molde traqueal tipo tubo "T" de Montgomery, sendo dois com calibre de 10 mm e outros dois de 12 mm. Nenhuma complicação maior ocorreu nestes pacientes, bem como nenhuma morte. Todos passaram a vocalizar normalmente associado a ventilação adequada. O molde foi removido. A cicatrização cervical foi completa.

Conclusões: A investigação e o tratamento foram seguros na terapêutica das patologias traqueais e, ou laríngeas quando realizadas no CHSP. A maioria das patologias estavam relacionadas a desordens traqueais adquiridas relacionadas a assistência ventilatória. Houveram complicações menores que não promoveram prejuízo aos pacientes. Nenhuma morte foi constatada. Os pacientes que sofreram traqueoplastias, o procedimento mais complexo da casuística, tiveram evolução favorável.

397. ENFERMEDAD DE HODGKIN INTRATÍMICO PRIMARIO

L. Acosta, C. Barboza, R. Coronel, M. Ade y R. Guggiari

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente- INERAM.

Introducción: Aproximadamente el 10% de los pacientes con linfoma presenta una localización primaria mediastinal y de estos la localización intratímica es poco frecuente siendo su variante más habitual el linfoma de Hodgkin. Se presenta con frecuencia en pacientes jóvenes entre los 20-30 años. Su diagnóstico y tratamiento precoz son de vital importancia para el pronóstico de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, descriptivo. Reporte de un caso: enfermedad de Hodgkin intratímico primario. Caso clínico: paciente masculino, 21 años, acude por consultorio externo tras realización de radiografía tórax para valoración médico laboral donde se constató ensanchamiento mediastinal; es derivado al Servicio de Cirugía Torácica del INERAM para mejor evaluación. Examen físico y analítica sanguínea sin datos relevantes. Marcadores AFP, BHCG, CEA en rango normal. Tomografía de tórax: tumoración mediastinal anterior de 13 × 8,8 cm, densidad homogénea, con proyección a hemitórax izquierdo, de límites bien definidos sin compromiso de estructuras adyacentes. Diagnóstico preoperatorio: timoma. Se realiza toracotomía posterolateral izquierda, con resección total de la tumoración, la

cual presentaba superficie lisa, bien encapsulada de consistencia solida elástica sin plano de adherencia firme a las estructuras vecinas.

Resultados: Sin complicaciones intra ni perioperatorias. Anatomía patológica: enfermedad de Hodgkin esclerosis nodular intratímico confirmado por inmunomarcación. Paciente con buena evolución, dado de alta con seguimiento por consultorio de Cirugía y Hematología.

Conclusiones: La enfermedad de Hodgkin es una neoplasia originada en el sistema linfoide. Por lo general la localización tímica es a consecuencia de la infiltración desde ganglios mediastinales afectos, siendo de carácter primario de rara presentación. El diagnóstico y tratamiento oportunos son elementos claves para el pronóstico de la enfermedad. La realización de estudios de inmunomarcación es fundamental para el diagnóstico diferencial con otras patologías y para la correcta caracterización ya que comprende un grupo histológico heterogéneo, lo cual resulta primordial para el adecuado tratamiento.

398. MEDIASTITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE Y EMPIEMA COMO COMPLICACIÓN DE ANGINA DE LUDWIG

L. Acosta, A. Ortega, R. Teixeira y M. Ade

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente. INERAM.

Introducción: La angina de Ludwig es una infección que compromete el piso de la boca y los tejidos blandos cervicales, aproximadamente el 90% tiene su foco en un absceso dentario, faríngeo o peri amigdalino. La mediastinitis necrotizante descendente es una de sus complicaciones más graves aunque infrecuente junto con la neumonía y el compromiso pleural, con alta tasa de mortalidad.

Material y métodos: Reporte de un caso: mediastinitis descendente y empiema como complicación de angina de Ludwig. Caso clínico: paciente masculino de 31 años, antecedente de 22 días de dolor dentario (molar 47) irradiado a región cervical, con ingreso hospitalario por fiebre persistente; presenta además tumefacción del piso de la boca. Inicia tratamiento antibiótico empírico, con leve mejoría clínica. Por persistencia de leucocitosis y fiebre se realiza radiografía torácica donde se constata derrame pleural derecho y es derivado a nuestro servicio. Ingresa febril, taquipneico, sudoroso, pálido con aumento del diámetro del cuello sin enfisema. Se observa mal estado de piezas dentarias. Se realizó TACAR de tórax: imagen compatible con colección líquida y aérea en planos musculares cervicales, retrofaríngeo y mediastino, derrame pericárdico leve, derrame pleural derecho. Se instala TDP 32Fr en hemitórax derecho avenando 1.500 cc de pus. Se decide intervención quirúrgica con el diagnóstico preoperatorio de mediastinitis descendente y empiema como complicación de angina de Ludwig. Cirugía realizada: cervicotomía oblicua lateral bilateral, toilette cervical. Drenaje y toilette mediastinal anterior por tubo de drenaje retroesernal instalado por incisión subxifoidea. Avena 150 cc de material purulento con fibrina.

Resultados: Paciente con buena evolución postquirúrgica. Dos semanas del alta quirúrgica presenta pico febril. Se constata derrame pleural derecho residual, drenado sin complicaciones. En seguimiento por Odontología para tratamiento dentario.

Conclusiones: El absceso profundo de cuello tiene como primer causal las infecciones odontógenas y a su vez la mediastinitis necrotizante descendente es una de sus complicaciones más graves aunque poco frecuente (1-2%) pero de alta morbimortalidad, más aún asociado a empiema pleural. El diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico oportuno son elementos determinantes en la mortalidad de esta entidad.

399. ABORDAJE TORACOSCÓPICO DE UNA FÍSTULA PLEUROPULMONAR TUBERCULOSA PERSISTENTE CON PARCHÉ BIOLÓGICO Y TERAPIA DE PRESIÓN NEGATIVA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

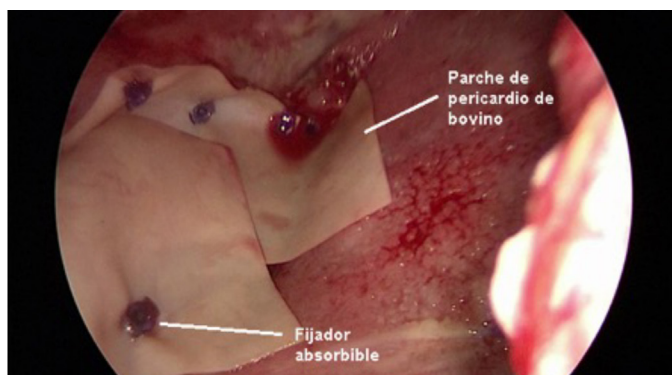
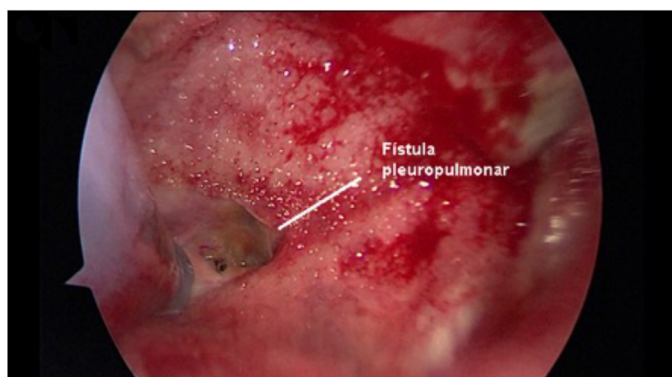
L.E. Payró-Hernández

Hospital Central Militar.

Introducción: Existen varias técnicas para intentar el cierre de una fistula pleuropulmonar y/o broncopulmonar pero la tasa de recurrencia es alta, por lo que se propone el uso de parche biológico más terapia de presión negativa mediante tratamiento toracoscópico.

Material y métodos: Se trató a paciente femenino con derrame pleural persistente en hemitórax derecho mediante toracoscopia diagnóstica, lavado y reexpansión pulmonar, no exitosa continuando con fistula pleuropulmonar por lo que se decide la colocación de parche biológico de pericardio de bovino, más aplicación de terapia de presión negativa, la cual permitió la adherencia a los tejidos del apósito biológico en 4 semanas. Cerrando posteriormente la herida donde se aplico la esponja, logrando una expansión pulmonar del 80%.

Resultados: Luego de dos meses del postoperatorio la herida se encuentra cerrada sin datos de recurrencia de la fistula y expansión pulmonar del 80%.



Conclusiones: El manejo combinado (cierre directo de la fistula reforzado con parche biológico asistido por toracoscopia más terapia de presión negativa permitió la resolución acelerada (menos de 8 semanas) un caso complejo de complicación de tuberculosis pulmonar.

400. ANGIOSARCOMA CARDIACO: DIAGNÓSTICO MEDIANTE VENTANA PERICÁRDICA POR TORACOSCOPIA. REPORTE DE UN CASO

L.E. Payró-Hernández

Hospital Central Militar.

Introducción: La ventana pericárdica se realiza en forma convencional subxifoidea con las desventajas de hacer el procedimiento de dre-

naje a ciegas, la toracoscopia permite sustituir esta técnica con la ventaja de observar directamente el sitio y características de los hallazgos de los tejidos cardíaco y pulmonar.

Material y métodos: Femenino de 42 sin diagnóstico con presencia de disnea de mínimos esfuerzos, disnea paroxística nocturna, edema generalizado, 2 meses de evolución, cardiomegalia grado II, ECOT con derrame pericárdico, de 1.500 ml, TAC: con probable tumor sólido expandido hasta la totalidad de la grasa pericárdica. Se realizó ventana pericárdica por toracoscopia permitiendo ver directamente el tumor se tomaron muestras directas, una vez hecho diagnóstico se intentó realizar cirugía abierta para pericardiectomía siendo imposible. La toracoscopia demostró la ventaja menos invasiva para tomar biopsias y drenar el espacio pericárdico.

Resultados: La ventana pericárdica toracoscópica permite visualizar directamente la cavidad torácica y pericárdica por lo que se considera el estudio ideal para diagnóstico y tratamiento del derrame pericárdico.

Conclusiones: El abordaje habitual de estos casos, se realiza mediante incisión subxifoidea, con colocación de sonda pleural y toma a ciegas de biopsia pericárdica, con riesgo de punción, la toracoscopia ofrece mayores ventajas manteniendo observación directa del estado de los tejidos. La toma de biopsia se obtiene en cantidad suficiente, y sitio adecuado con visión directa del tumor cardíaco en este caso.

401. EVALUACIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD POSQUIRÚRGICA DE LA MEDIASITINIS NECROTIZANTE DESCENDENTE (MND) EN UN CENTRO NACIONAL DE REFERENCIA EN MÉXICO. EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

Y. Cervantes-Silva, E. Guzmán-de Alba y J.M. Arriola-Navas

Departamento de Cirugía Cardiorrástica del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Introducción: La mediastinitis necrotizante descendente (MND) es un padecimiento de origen infeccioso potencialmente letal, con evolución rápidamente progresiva a sepsis y falla orgánica múltiple, que requiere un drenaje quirúrgico temprano y agresivo, la mortalidad oscila entre el 11 y 40%, existen pocos estudios de MND en la población mexicana por lo que el objetivo de este estudio es identificar la morbimortalidad postquirúrgica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en pacientes con MDN clasificados tomográficamente en tipo ENDO IIA o superior que hayan ameritado tratamiento quirúrgico del 2006 al 2016 en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Ismael Cosío Villegas".

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes, mujeres 21% y hombres 80%, la edad fue de $43,97 \pm 17,23$ años, el tiempo de evolución fue de $12,15 \pm 8,08$ días. El 94,9% de los casos se clasificó como ENDO IIB, la causa principal fue absceso periamigdalino (51,2%). La clasificación al ingreso SOFA fue de $9,59 \pm 5,73$ y APACHE de $18,85 \pm 9,17$. Los pacientes fueron intervenidos en un 94,9% por cirugía abierta, las modalidades fueron combinaciones de abordaje transcervical con toracotomía (56,4%) y esternotomía (38,5%). El promedio de días de posoperatorio fue de 27,64 días, con permanencia de drenajes pleurales de 16,10 días. Treinta y dos pacientes requirieron ventilación mecánica invasiva en el posoperatorio con un promedio en días de $20,22 \pm 16,48$, de los cuales 9 ameritaron traqueostomía. El ingreso a unidad de cuidados intensivos fue necesario en 69,2% de los pacientes con una estancia promedio de $19,19 \pm 15,74$ días. Las complicaciones médicas posoperatorias se presentaron en un 18% y representaron a las siguientes: tromboembolia pulmonar en el 5,1% de los pacientes, infarto agudo al miocardio en 2,6%, evento vascular cerebral en 2,6%, insuficiencia renal aguda en 2,6%, sangrado de tubo digestivo alto en 2,6% y taquicardia supraventricular en 2,6% de los pacientes. Las complicaciones posoperatorias relacionadas con la cirugía se presentaron en un 33%, siendo la causa más frecuente el empiema postquirúrgico en un 26%,

todos fueron reintervenidos. La mortalidad a 90 días fue de 35,9%. La causa general de muerte predominante fue choque séptico en un 17,9% de los casos.

Conclusiones: Nuestro estudio demuestra que la MND es un padecimiento con altos índices de morbilidad (sepsis, tromboembolia pulmonar y empiema postquirúrgico) en donde la cirugía juega un importante papel y en donde la elección del abordaje debe ser acorde a los compartimientos afectados para mejorar los resultados.

402. RESULTADO DEL TRATAMIENTO DEL NEUMOTÓRAX PRIMARIO ESPONTÁNEO

T. Pérez-Marmolejo, J.M. Arriola-Navas, E. Guzmán-de Alba y J.C. Vázquez-Minero

Servicio de Cirugía Cardiorácica. Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas.

Introducción: El neumotórax espontáneo primario (NEP), afecta a pacientes jóvenes sin patología pulmonar previa. El tratamiento en su primer episodio (PE) se realiza con sonda endopleural (SEP). Entre el 16 al 52% de recidiva de un segundo episodio de NEP después de resuelto el PE con un seguimiento de 10 años y de un 40 a 56% entre el SE y el tercer episodio. El Tratamiento quirúrgico, es una opción para la reducción de recidiva, con un 3 a 7% con toracoscopia y 3% con toracotomía. El objetivo es determinar si el tratamiento realizado en nuestra institución reúne los estándares mundiales y/u ofrece ventajas sobre lo que esta descrito en la literatura en relación a recidiva.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en 47 pacientes con PE de NEP en el año 2011. Con seguimiento de estos P luego del apareamiento del PE por un período de 7 años. La información fue recopilada y analizada en el programa SPSS versión 22.

Resultados: La edad de los pacientes en la que se presento el NEP fue de 38 ± 16 años. El 96% de los pacientes se colocó SEP como terapéutica en su primer episodio, 11% de estos se le realizó pleurodesis química con isodine además de SEP. El 4% restante se realizo bullectomía con pleurodesis por toracotomía. Se observó 49% de recidivas entre el primer episodio y el segundo, y fue visto únicamente en los pacientes a quienes se les colocó SEP. De los pacientes a quienes además de SEP se les realizó pleurodesis química, el 80% presento recidivas a un segundo episodio. El 82% fue tratado de manera quirúrgica correspondiente a 31,8% bullectomía con pleurectomía y pleurodesis química, el 22,7% bullectomía con pleurodesis química y abrasiva, similar porcentaje presento en paciente con bullectomía y pleurodesis química y el resto de pacientes únicamente con bullectomía. El 18% restante que no fue tratado quirúrgicamente corresponde a 2 pacientes que se manejaron de forma conservadora por qué no aceptaron ningún tratamiento, dos pacientes fueron manejados con SEP. De los pacientes tratados quirúrgicamente el 2% presentó recidiva postquirúrgica tras la realización de bullectomía con pleurodesis química y abrasiva con abordaje toracoscópico.

Conclusiones: Nuestros resultados evidencian que la bullectomía con pleurectomía asociada a pleurodesis química con isodine no presenta recidivas postquirúrgicas. Por lo que se recomienda realizar estudios prospectivos para determinar cuál es la razón de que presentemos mejores resultados a los descritos en la literatura.

403. PANORAMA DE LA PRÁCTICA INSTITUCIONAL DE LA CIRUGÍA TORÁCICA EN MÉXICO

L.E. Payró-Hernández

Hospital Central Militar.

Introducción: Presentar los resultados de la experiencia quirúrgica adquirida de enero de 2013 a diciembre 2017 en tres instituciones de

salud de la ciudad de México y del Estado de México, sus patologías, recursos de las instituciones y sus resultados quirúrgicos.

Material y métodos: Se comparó el trabajo realizado en tres instituciones de salud: Hospital Central Militar, Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Centro Médico Nacional "La Raza" y Hospital Regional de Alta Especialidad de Ixtapaluca. En el trabajo desempeñado en tres turnos diferentes por el mismo cirujano, destrezas y tratamientos quirúrgicos realizados durante el tiempo laborado en estos hospitales, ventajas y desventajas de la utilización de recursos institucionales y tipos diferentes de pacientes.

Resultados: Se operaron un número elevado de pacientes que hizo una curva quirúrgica de experiencia recortada para el mismo cirujano y se encontraron diversas patologías pleuropulmonares resueltas por métodos convencionales abiertos y por toracoscopia.

Conclusiones: La experiencia obtenida y las patologías frecuentes que prevalecen a los mexicanos en lugares similares, no son las mismas posiblemente el estrato socioeconómico tiene impacto así como el manejo que se le realiza de acuerdo a los recursos con que cuentan cada hospital impactan en la sobrevida y tratamiento de los pacientes.