

**Conclusiones:** Los parámetros de eficiencia ventilatoria (EqCO<sub>2</sub> y PetCO<sub>2</sub>) resultaron ser útiles para el diagnóstico de TEP crónico, aunque se necesita mayor número de pacientes en esta cohorte para mejorar su potencia estadística.

### 599. UTILIDAD DEL TEST DE SHUNT O DE HIPEROXIGENACIÓN EN EL SÍNDROME HEPATOPULMONAR (SHP)

C.R. Castro Riera, W.I. Girón Matute, P.A. Benedetti Tortora, Z. Ji, V. Parra León, I.M. Domínguez Zabaleta, K.H. Liendo Martínez, C.A. Correa Gutiérrez, C. Sánchez Fernández, Á. Gómez Sacristán y L. Puente Maestú

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

**Introducción:** El síndrome hepatopulmonar es una entidad que afecta aproximadamente al 15% de pacientes con una hepatopatía crónica avanzada caracterizado por una vasodilatación generalizada de la red capilar pulmonar, que se traduce en un desequilibrio de la V/Q. El test de respuesta a oxígeno al 100%, o test de *shunt*, es una herramienta que favorece su diagnóstico y también una orientación terapéutica adecuada. Nuestro objetivo es evaluar la respuesta oximétrica tras realizar esta prueba para orientar al manejo de pacientes con síndrome hepatopulmonar grave.

**Material y métodos:** Se ha evaluado a un total de 8 pacientes a los que se les ha realizado el test de *shunt* desde el 2015 hasta la fecha actual por síndrome hepatopulmonar grave, definido por una presión arterial de oxígeno (PaO<sub>2</sub>) basal de 50-60 mm Hg, para indicación de trasplante hepático, si la PaO<sub>2</sub> postprueba es mayor de 300 mmHg, o por otro lado la realización de una arteriografía con embolización si la PaO<sub>2</sub> es menor de 300 mmHg. Esta prueba se realiza obteniendo dos muestras de gasometría arterial, una en estado basal y otra tras someter al paciente a la administración de oxígeno puro (FiO<sub>2</sub>) durante 20 minutos, tras lo cual por medio de fórmulas estandarizadas, se obtiene la fracción de *shunt* intrapulmonar.

**Resultados:** De los 8 pacientes, 4 tenían como antecedente EPOC y de estos, 2 tenían bronquiectasias, con edad media 60 años, 5 de ellos varones. Todos fueron diagnosticados con un ecocardiograma transtorácico con suero salino agitado, excepto uno en el que se descartó dicho síndrome.

**Conclusiones:** En nuestra serie, el test de *shunt* proporciona una orientación tanto diagnóstico como terapéutica de los pacientes con síndrome hepatopulmonar, pero desafortunadamente es muy poco conocida y por ende, no realizada habitualmente en los centros hospitalarios. Esta proporciona el grado de *shunt* intrapulmonar y según estos resultados, valorar la indicación de trasplante hepático.

## CIRUGÍA TORÁCICA

### 604. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE LAS FASES DE IMPLANTACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA TORÁCICA ROBÓTICA EN NUESTRO MEDIO

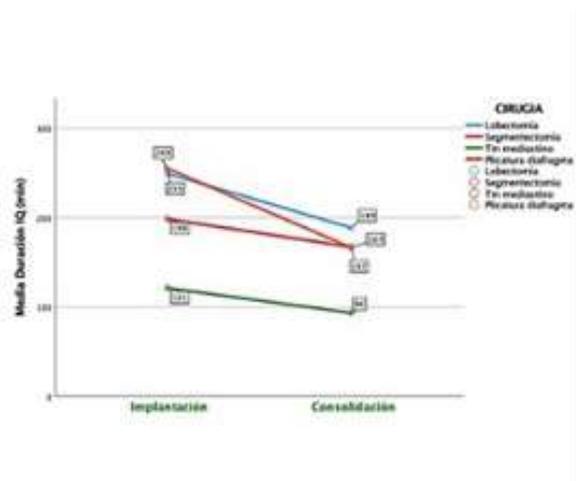
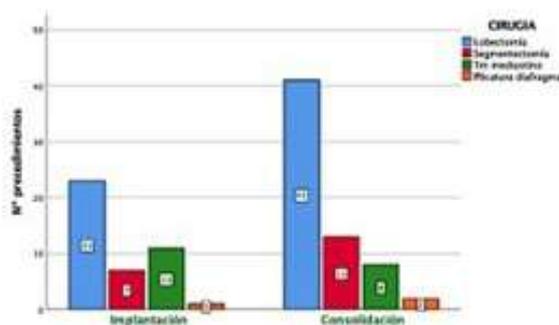
C. Martínez Barenys<sup>1</sup>, E. Fernández Araujo<sup>1</sup>, S. García Reina<sup>1</sup>, A. Ojanguren Arranz<sup>1</sup>, O. Cervantes Rodon<sup>2</sup>, A. Avecilla Patris<sup>2</sup>, A. Rosell Gratacos<sup>3</sup> y P.E. López de Castro Alujes<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Torácica; <sup>2</sup>Servicio de Anestesiología; <sup>3</sup>Dirección Clínica Área del Tórax, Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

**Introducción:** La implantación de un programa de cirugía torácica robótica supone un reto asistencial importante, estableciéndose la curva de aprendizaje sobre los 20 casos por cirujano. Se recomienda incrementar progresivamente la complejidad de los procedimientos quirúrgicos iniciando el programa con cirugías de exéresis de tumores mediastínicos y resecciones pulmonares lobares de nódulos periféricos y, progresivamente, ir incorporando lobectomías complejas y resecciones sublobares. El objetivo de este trabajo es analizar los resultados obtenidos en la implantación y consolidación de un Programa de Cirugía Torácica Robótica en un Hospital de tercer nivel.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo sobre base de datos prospectiva que incluye todos los pacientes intervenidos en el programa de cirugía torácica robótica desde su inicio en octubre 2018 hasta marzo 2021. Se han incluido en la fase de implantación las 15 primeras cirugías de cada cirujano. Se han analizado: edad, sexo, tipo de intervención, tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio, tasa de reconversión, morbimortalidad posquirúrgica (30 días), estancia hospitalaria posquirúrgica y tasa de reingresos. Los resultados se expresan como media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartil según normalidad de la variable en la muestra. El análisis estadístico se ha realizado mediante test paramétricos o no paramétricos (test exacto de Fisher y U de Mann-Whitney) según corresponda.

**Resultados:** La tabla muestra los resultados de la serie global y según la fase del Programa y también se resumen los resultados del análisis estadístico realizado. En la figura se muestra el número y tipo de cirugías realizadas en cada fase del Programa y la evolución del tiempo quirúrgico para cada tipo de procedimiento a lo largo del Programa.



Distribución de procedimientos y evolución del tiempo quirúrgico según la fase del Programa.

	Global	Implantación	Consolidación	Significación estadística (p < 0,05)
Edad (años)	64,1 (DE:12,8)	63,4 (DE:13,7)	64,5 (DE:12,3)	0,839 (U-Mann-Whitney)
Intervención quirúrgica	106	42	64	
• Lobectomía	64 (60,4%)	23 (54,8%)	41 (64,1%)	NS
• Tm Mediastino	19 (17,9%)	11 (26,2%)	8 (12,5%)	NS
• Segmentectomía	20 (18,9%)	7 (16,7%)	13 (20,3%)	NS
• Plicatura Diafragma	3 (2,8%)	1 (2,4%)	2 (3,1%)	NS
Tiempo IQ (min)	186,7 (DE: 71,2)	207,4 (DE: 88,1)	173 (DE: 53,9)	0,021 (U-Mann-Whitney)
Sangrado intraop (mL)	168,3 (DE: 173,7)	152,3 (DE: 111,4)	178,7 (DE: 205,3)	0,698 (U-Mann-Whitney)
Tasa de reconversión (%)	5 (4,7%)	2 (4,8)	3 (4,7%)	0,661 (T. Fisher)
Estancia post-IQ (días)	4,33 (DE:2,3)	4,29 (DE:2,7)	4,37 (DE:2)	0,263 (U-Mann-Whitney)
Tasa reingresos (%)	6 (5,7%)	3 (7,1%)	3 (4,7%)	0,448 (T. Fisher)
Morbilidad (%)	32 (30,2%)	13 (31%)	19 (29,7%)	0,528 (T. Fisher)
Mortalidad (%)	1 (0,9%)	0	1 (1,6%)	0,604 (T. Fisher)

Resultados y análisis estadístico.

**Conclusiones:** La implementación estructurada de un programa de cirugía robótica torácica que contemple una adecuada selección de pacientes en las fases iniciales permite conseguir resultados equiparables a los de la fase de consolidación en términos de morbimortalidad, sangrado intraoperatorio, tasa de reconversión, estancia media y reingresos. Sí que se evidencia una progresiva reducción del tiempo quirúrgico a medida que se consolida el Programa.

#### 594. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INCORPORACIÓN DE UN SEGUNDO CIRUJANO EN UN PROGRAMA DE CIRUGÍA ROBÓTICA TORÁCICA YA ESTABLECIDO

C. Martínez Barenys<sup>1</sup>, S. García Reina<sup>1</sup>, E. Fernández Araujo<sup>1</sup>, A. Ojanguren Arranz<sup>1</sup>, J. Busquets Bonet<sup>2</sup>, A. Jiménez Carrion<sup>2</sup>, A. Rosell Gratacos<sup>3</sup> y P.E. López de Castro Alujes<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Cirugía Torácica; <sup>2</sup>Servicio de Anestesiología; <sup>3</sup>Dirección Clínica Área del Tórax; <sup>4</sup>Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, España.

**Introducción:** La creación de un programa de cirugía torácica robótica es un proceso de alta complejidad que requiere una formación específica del equipo quirúrgico y la superación de una fase inicial, conocida como curva de aprendizaje, que incluye los 20 primeros casos realizados según la literatura publicada actualmente. El objetivo de este trabajo es investigar si esta curva de aprendizaje inicial se repite con la incorporación de un segundo cirujano a un programa ya establecido.

**Material y métodos:** Estudio unicéntrico, retrospectivo sobre base de datos prospectiva que incluye todos los pacientes intervenidos por dos cirujanos sénior en el programa de cirugía torácica robótica desde su inicio en octubre 2018 hasta febrero de 2021. Se han recogido las siguientes variables de estudio: edad, sexo, indicación quirúrgica, procedimiento realizado, tiempo quirúrgico, pérdidas sanguíneas intraoperatorias, morbilidad según el sistema y gradación del Ottawa Thoracic Morbidity and Mortality Classification System, mortalidad quirúrgica (90 días) y estancia hospitalaria. Los resultados se expresan como media y desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartil según distribución normal o no de la variable en la muestra. El análisis estadístico se ha realizado mediante test no paramétricos (test exacto de Fisher y U de Mann-Whitney).

**Resultados:** Se han incluido 91 pacientes con una edad media de 63,7 años (DE: 12,9). El 69,2% eran hombres. La estancia hospitalaria posquirúrgica media ha sido de 4,25 días (DE: 2,3). La tasa de reingreso ha sido del 4,4% (4 pacientes). La mortalidad ha sido del 1,1% (1 paciente) y la morbilidad global del 26,4%. Entre las complicaciones el 61,5% han sido grado I-II y el 38,4% grado III-IV. El número y tipo de procedimientos por cirujano se muestran en la figura. El análisis de los resultados globales y por cirujano se muestran en la tabla.

Figura 1. Procedimientos realizados por cirujano

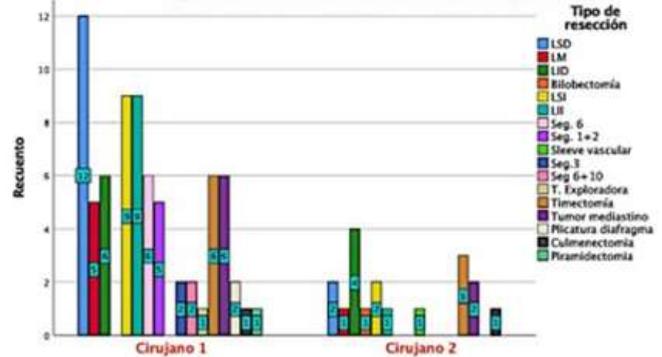


Tabla 1. Resultados globales y por cirujano.

	Global	Cirujano 1	Cirujano 2	Significación estadística
Nº de casos	91	73	18	-
Edad pacientes (años)	63,7 (DE:12,9)	67 [20]	69,5 [16]	0,654 (U-Mann Whitney)
Tiempo Quirúrgico (min)	183,7 (DE:69,6)	169 [71]	185 [108]	0,102 (U-Mann Whitney)
Sangrado intraop (mL)	166,7 (DE:182,1)	125 [150]	200 [250]	0,140 (U-Mann Whitney)
Tasa de reconversión (%)	5,5	4,1	11,1	0,256 (T. Fisher)
Estancia postIQ (días)	4,25 (DE:2,3)	3 [2]	3,5 [1]	0,758 (U-Mann Whitney)
Tasa de reingreso (%)	4,4	4,1	5,6	0,593 (T. Fisher)
Morbilidad (%)	26,4	28,7	19,9	0,170 (T. Fisher)
Grado I-II (%)	61,51	62,5	33,4	-
Grado III-IV (%)	38,49	37,5	66,6	-
Mortalidad (%)	1,1	1,4	0	0,802 (T. Fisher)

**Conclusiones:** La incorporación de un nuevo cirujano a un programa de cirugía torácica robótica es un procedimiento seguro para el paciente. Se observa una tendencia no significativa a un ligero incremento del tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio y tasa de reconversión, pero, por el contrario, los parámetros de seguridad del paciente no se ven afectados. Las causas de esta estabilidad en los parámetros de seguridad podrían estar relacionadas en la experiencia global del servicio que permite, si se produce una correcta transmisión de conocimiento entre el equipo, no sufrir una nueva curva de aprendizaje al incorporar nuevos cirujanos.

#### 490. ESTUDIO DE SUPERVIVENCIA Y RECIDIVA EN LAS NEUMONECTOMÍAS POR CÁNCER DE PULMÓN

I. Sabariego Arenas, R. López Cano, A. Triviño Ramírez, J. González Fernández, F. Cózar Bernal, M. López Porras, J.C. Girón Arjona y R. Jiménez Merchán

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España.

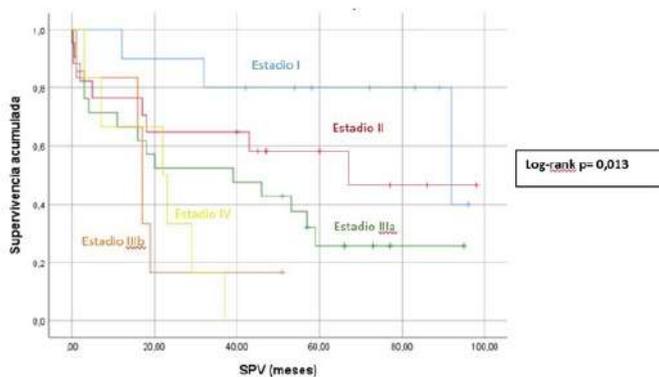
**Introducción:** El objetivo de este trabajo es analizar la supervivencia (SV) y recidivas en pacientes con cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) sometidos a neumonectomía y su relación con la histología, estadio tumoral y lateralidad.

**Material y métodos:** Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes con CPNM neumonectomizados desde 2012 a 2017 en nuestro Servicio. Variables independientes: edad, sexo, lado, histología (adenocarcinoma, epidermoide, otras neoplasias no célula pequeña) y estadio tumoral (8ª edición TNM). Variables dependientes: recidiva; intervalo libre de enfermedad (ILE); *exitus* y su causa (progresión tumoral; posquirúrgica, primeros 3 meses; y otros); SV total y a 1, 3 y 5 años. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencia absoluta y porcentajes; las cuantitativas normales, en media e intervalo de confianza; y las cuantitativas no normales, en mediana y recorrido intercuartilico. El estudio de SV e ILE se realizó con Kaplan-Meier y log-rank test (significativo p < 0,05).

**Resultados:** Fueron incluidos 62 pacientes (88,7% varones y 11,3% mujeres). Edad media de 62,8 años (60,4-65,1). Todas las variables cualitativas se presentan en la tabla. El 95,1% de la muestra presentó hábito tabáquico (43,5% fumador y 51,6% exfumador). El lado izquierdo fue más frecuente (62,9%) y la histología prevalente fue el epidermoide (56,5%), seguida de adenocarcinoma (29,0%). La distribución de la muestra según el estadio tumoral fue: I (16,1%), II (27,4%), IIIa (35,5%), IIIb (11,3%) y IV (9,7%). Recidivaron el 46,8% de los pacientes: localmente (8,1%), a distancia (17,7%) y ambos (21,0%). La mediana de ILE fue 10 meses (4,5-17,5), sin hallar diferencias significativas según la histología ( $p = 0,768$ ), lado ( $p = 0,331$ ) y estadio tumoral ( $p = 0,173$ ). La mediana de SV fue 39,5 meses (13,0-59,7), siendo a los 1, 3 y 5 años del 75,8%, 51,6% y 24,2% respectivamente. Solo se objetivaron diferencias estadísticamente significativas ( $p = 0,013$ ) entre la SV y el estadije (fig.). El adenocarcinoma presentó peor pronóstico que el epidermoide (SV: 35,3% vs. 44,1%) aunque sin significación estadística. La principal causa de *exitus* fue la progresión tumoral (64,1%).

VARIABLE (n=62)		FRECUENCIA	PORCENTAJE
SEXO	Varón	55	88,7
	Mujer	7	11,3
HÁBITO TABÁQUICO	Fumador	27	43,5
	Ex fumador	32	51,6
	No fumador	3	4,9
LADO	Derecho	23	37,1
	Izquierdo	39	62,9
HISTOLOGÍA	Adenocarcinoma	18	29,0
	Epidermoide	35	56,5
	Otros	9	14,5
ESTADIOS	I	10	16,1
	II	17	27,4
	IIIa	22	35,5
	IIIb	7	11,3
	IV	6	9,7
RECIDIVA	Sí	29	46,8
	No	24	38,7
TIPO de RECIDIVA	Local	5	8,1
	A distancia	11	17,7
	Ambas	13	21,0
CAUSA ÉXITUS (n=39)	Progresión tumoral	25	64,1
	Postquirúrgico	7	17,9
	Otros	5	12,8
	Desconocida	2	5,2
SUPERVIVENCIA	1 año	47	75,8
	3 años	32	51,6
	5 años	15	24,2

Variables cualitativas



Curva de Kaplan-Meier de la supervivencia según el estadio tumoral.

**Conclusiones:** El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide, presentando una SV global ligeramente superior al adenocarcinoma. El estadio tumoral influyó de manera estadísticamente significativa en la SV. La lateralidad, histología y estadio tumoral no presentaron relación significativa con el ILE.

#### 492. ¿ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN LA MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE?

Á. Fuentes Martín, J. Soro García, M. Loucel Bellino, C.B. García Rico, Á. Cilleruelo Ramos, B. Gregorio Crespo, J.M. Matilla González y M. Castanedo Allende

Hospital Clínico de Valladolid, Valladolid, España.

**Introducción:** La mediastinitis necrotizante descendente (MND) es una entidad clínica potencialmente letal caracterizada por la propagación al mediastino de una infección usualmente odontogénica u orofaríngea a través de los planos anatómicos fasciales cervicales. El índice neutrófilo-linfocito (INL) se ha postulado recientemente como predictor de morbimortalidad en diferentes patologías inflamatorias, infecciosas y oncológicas. El objetivo de este trabajo es analizar su asociación como marcador pronóstico en la MND.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo observacional de pacientes con MND intervenidos quirúrgicamente en nuestro centro entre 2012-2020. Se recogieron datos demográficos, diagnósticos y de morbimortalidad observada. Se definieron como criterios pronósticos la extensión de la enfermedad al diagnóstico utilizándose la Clasificación actualizada de Endo, la necesidad de reintervención quirúrgica y la estancia intrahospitalaria. El INL se definió como el cociente entre los valores absolutos de neutrófilos y linfocitos. El análisis de datos se realizó mediante SPSS Statistics Versión 25: Kolmogorov-Smirnov, U Mann Whitney y Correlación de Pearson. Se fijó una significación estadística para  $p < 0,05$ .

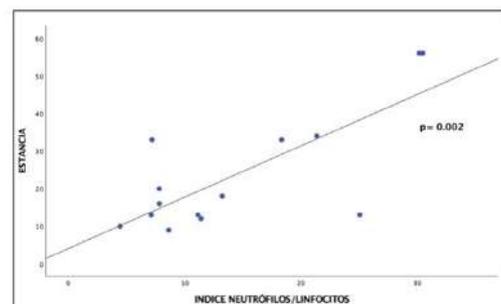
**Resultados:** Se incluyeron 15 pacientes (varones 14: 1). Edad media: 52,14 años  $\pm$  18,67. Un paciente fue excluido del estudio tras evidenciarse linfocitopenia absoluta. Alteraciones analíticas al diagnóstico: leucocitos (24.100,71  $\pm$  16.250,60), neutrófilos (21.465,28  $\pm$  14.839,40) y proteína C reactiva (202,99  $\pm$  123,69). La media INL fue 14,57  $\pm$  8,89. En función de la extensión radiológica de Endo: IIA (9/14), IIB (2/14) y III (3/14), INL medio respectivamente de 11,83  $\pm$  2,32; 14,87  $\pm$  3,47; 22,59  $\pm$  7,71, ( $p = 0,36$ ) (tabla A). El 28% de los pacientes requirió reintervención quirúrgica con una media de INL de 19,41  $\pm$  4,61 frente a los no reintervenidos de 12,63  $\pm$  2,67, ( $p = 0,24$ ) (tabla B). La media de estancia hospitalaria fue de 23,86  $\pm$  8,90 días observando una correlación directa con el INL de 0,76 ( $p = 0,002$ ). (fig.). Mortalidad específica del 0%.

CLASIFICACIÓN ENDO	N	ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO (MEDIA $\pm$ D)	FIGURA 1A
ENDO IIA	9	11,83 $\pm$ 2,32	$p = 0,36$
ENDO IIB	2	14,87 $\pm$ 3,47	
ENDO III	3	22,59 $\pm$ 7,71	

REINTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	N	ÍNDICE NEUTRÓFILO-LINFOCITO (MEDIA $\pm$ D)	FIGURA 1B
NO	10	12,63 $\pm$ 2,67	$p = 0,24$
SÍ	4	19,41 $\pm$ 4,61	

A) Prueba U de Mann-Whitney Índice neutrófilos/linfocitos y clasificación de ENDO. B) Prueba U de Mann-Whitney Índice neutrófilos/linfocitos y reintervención quirúrgica.



Índice de correlación de Pearson de 0,76 entre índice neutrófilos/linfocitos y estancia intrahospitalaria.

**Conclusiones:** El INL como marcador pronóstico en la MND presenta una correlación directa con la estancia intrahospitalaria. No se ha observado dicha relación con la extensión de la enfermedad ni con la necesidad de reintervención quirúrgica, aunque se observa una tendencia de aumento progresivo del INL con los mismos. Recomendamos la realización de estudios con mayor tamaño muestral que permitan desarrollar y validar dichos resultados.

### 633. MEDIASTITINIS DESCENDENTE NECROTIZANTE: EL ABORDAJE TERAPÉUTICO MULTIDISCIPLINAR INICIAL, CLAVE PARA EL DESCENSO DE LA MORTALIDAD

G. Planas Canovas, M. Guarino, C. Bulboa Foronda, J.C. Trujillo Reyes, M.P. Venegas Pizarro, E. Martínez Téllez, X. León Vintro, E. Cladellas Gutiérrez y J. Belda Sanchis

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

**Introducción:** La mediastinitis descendente necrotizante (MDN) es una enfermedad poco frecuente pero potencialmente mortal causada por una infección de origen odontógeno, faríngeo o cervical que se propaga hacia el mediastino a través de los planos anatómicos de las fascias cervicales, incluyendo los planos retrofaríngeo, pretraqueal y paraesofágico. La mortalidad atribuida a esta patología es elevada en la mayoría de series publicadas. A continuación mostramos una serie de casos tratados en nuestro centro, siendo de particular interés que la mayoría de ellos fueron diagnosticados y tratados en época de pandemia por COVID-19.

**Material y métodos:** Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos de todos los pacientes ingresados con MDN comprendidos en el período de 2016-2020. EL objetivo primario fue analizar la tasa de mortalidad; los objetivos secundarios fueron el análisis de la estancia media hospitalaria, la necesidad de ingreso en la unidad de curas intensivas y la evolución de los reactantes de fase aguda tras el tratamiento quirúrgico.

**Resultados:** Todos los pacientes fueron intervenidos siguiendo los criterios de indicación quirúrgica publicados por Endo et al. Dos pacientes (28,58%) tenían limitada la afectación en la TC por encima de la carina (MND tipo I) y fueron tratados mediante drenaje transcervical exclusivamente, mientras que cinco pacientes (71,42%) tenían afectación infracarinal (tipos IIA y IIB) y fueron tratados mediante un abordaje cervical y transtorácico por videotoracoscopia (VATS) para el desbridamiento y drenaje de todos los compartimentos mediastínicos. Se observó una normalización de las cifras de leucocitos al quinto día postoperatorio en cinco pacientes (71,42%). La estancia media en el hospital fue de 29,29 ± 21,27 días (rango: 11-58 días). La estancia media en la unidad de curas intensivas fue de 10,85 ± 14,83 días (rango: 0-38 días). No se registraron muertes intrahospitalarias y todos los pacientes fueron dados de alta tras una buena evolución.

CASO	EDAD/ GÉNERO	ORIGEN	TIPO DE CIATISIA	LEUCOCITOS 3ª DIA POST CIRUGÍA (por mm <sup>3</sup> )	LEUCOCITOS 5ª DIA POST CIRUGÍA (por mm <sup>3</sup> )	ESTANCIA IN UCI (días)	ESTANCIA HOSPITALARIA (días)	MORTALIDAD
1	64/H	Odontógeno	Transcervical + VATS derecha	25.760	8.360	3	16	0
2	22/M	Absceso parafaríngeo	Transcervical + retrotraqueal	11.590	7.460	0	11	0
3	65/M	Absceso parafaríngeo	Transcervical	15.970	7.760	6	14	0
4	41/M	Absceso parafaríngeo	Transcervical + VATS	21.090	15.500	2	10	0
5	49/H	Odontógeno	Transcervical + VATS	40.090	14.800	25	60	0
6	41/M	Odontógeno	Transcervical + VATS	9.400	7.700	38	58	0
7	51/M	Odontógeno	Transcervical + VATS	39.090	8.900	6	30	0

Características epidemiológicas, clínicas y analíticas de los pacientes ingresados por mediastinitis descendente necrotizante.

**Conclusiones:** Los datos expuestos sugieren que el descenso de la mortalidad observado en nuestra serie puede deberse a un abordaje temprano multidisciplinar entre intensivistas, otorrinolaringólogos y cirujanos torácicos, aplicar un desbridamiento quirúrgico consideran-

do como primera opción las técnicas mínimamente invasivas, Realizar una cobertura antibiótica inicial de amplio espectro, posteriormente dirigida por antibiograma.

### 369. NEUMOMEDIASTINO EN COVID-19

S. Rivera Gómez, A. Cortés Caballero, M.P. Lobato de la Sierra, C. González Pérez, P. Muñoz Zara y J.G. Soto Campos

Hospital Universitario de Jerez de la Frontera, Jerez de la Frontera, España.

**Introducción:** La infección provocada por el virus SARS-CoV-2 puede producir neumotórax y neumomediastino, siendo esto infrecuente. El neumomediastino se debe a la presencia de gas libre en el mediastino, pudiendo aparecer de forma espontánea (NE) o por otras causas.

**Material y métodos:** Se diseñó un estudio de serie de casos con el objetivo de describir la situación clínica de los cuatro pacientes que desarrollaron neumomediastino, entre todos los pacientes ingresados en el Hospital de Jerez de la Frontera por COVID-19, desde diciembre de 2019 hasta abril de 2021.

**Resultados:** Se incluyeron a 4 pacientes de edad comprendida entre los 49 y 67 años, siendo todos varones de raza caucásica, no institucionalizados y con residencia habitual en la ciudad. Todos ellos presentaban HTA y solo el 25% era obeso, no presentando ninguno de ellos dislipemia ni DM2. Además, el 25% de los pacientes tenía Hiperuricemia. En cuanto a los hábitos tóxicos, el 75% de los pacientes era no fumador y el 25% restante era exfumador. Todos negaron consumo de alcohol y drogas inhaladas. Ninguno de los pacientes padecía patología pulmonar previa, así como tampoco Cardiopatía isquémica, Valvulopatía, FA o Insuficiencia cardíaca. El 25% de los pacientes describió la presencia de tos previa a la aparición de neumomediastino. En cambio, ninguno presentó previamente vómitos, maniobra de Val-salva, esfuerzo físico, drogas inhaladas, aspiración de cuerpo extraño ni crisis asmáticas. La mitad de los pacientes presentaron disnea y desarrollaron enfisema subcutáneo y el 25% presentaron dolor torácico y tos. Ninguno presentó disfonía, odinofagia ni tortícolis. En el 25% de ellos se empleó ONAF, en el 75% oxígeno con reservorio, en el 75% Ventimask y en el 50% gafas nasales. Se empleó VMNI en 50% de ellos. El motivo de ingreso fue la Neumonía bilateral por virus SARS-CoV-2.

**Conclusiones:** El NE es una complicación infrecuente de las neumonías víricas. La causa más probable de aparición en los pacientes estudiados es la neumonía bilateral por SARS-CoV-2. En dos de los pacientes estudiados, podría deberse al empleo de VMNI. Por ello se recomienda emplear una presión de meseta < 30 cmH2O. Todos los pacientes presentaron mejoría clínica tras manejo conservador. Estos resultados concuerdan con la idea de que el NE es un proceso de escasa gravedad en la mayoría de sujetos, con resolución espontánea. No obstante, se recomienda vigilancia de estos pacientes, así como seguir estudiando el vínculo entre ambas neumomediastino y COVID-19.

### 597. PAPEL DEL NEUMÓLOGO EN LA PLANTA DE HOSPITALIZACIÓN DE CIRUGÍA TORÁCICA (CTO)

C. Suárez Castillejos<sup>1</sup>, N. Toledo Pons<sup>1,2</sup>, J.A. Torrecilla Medina<sup>1</sup>, O. Gigirey Castro<sup>1</sup>, V. Perna Perna<sup>1</sup>, E. Arango tomas<sup>1</sup> y Á. Carvajal Carrasco<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España.

<sup>2</sup>IdiSba, Palma de Mallorca, España.

**Introducción:** La creciente complejidad del paciente quirúrgico ha favorecido el desarrollo de un modelo de manejo clínico conjunto entre servicios médicos y quirúrgicos. El modelo más descrito hasta

el momento es la colaboración entre Medicina Interna y Traumatología, que ha permitido reducir las complicaciones y la estancia hospitalaria de los pacientes ingresados en Traumatología. Existen dos modelos principales de relación entre servicios médicos y quirúrgicos, la asistencia compartida (AC) y la interconsulta (IC). **Objetivos:** describir el papel del neumólogo en un servicio de CTO.

**Material y métodos:** Desarrollamos un programa de manejo conjunto CTO/Neumología (NML) de pacientes hospitalizados en CTO en el Hospital Universitario Son Espases (Palma de Mallorca). Los pacientes ingresados por cirugía mayor y/o aquellos con antecedentes neumológicos fueron seguidos en AC, el resto de pacientes que presentaron alguna complicación médica fueron valorados por IC. Se realizó un análisis prospectivo durante 14 semanas recogiendo datos sociodemográficos y clínicos (incluyendo complicaciones posquirúrgicas y mortalidad a los 2 meses) de los pacientes incluidos, el modelo de seguimiento (AC o IC), el motivo de inclusión y el tiempo de en el programa.

**Resultados:** Se incluyeron 94 pacientes de los 173 ingresados en CTO durante el periodo de seguimiento. La edad media fue de  $61 \pm 16$  años (85,7% varones y 35,6% fumadores). La comorbilidad más frecuente fue la EPOC (21,8%). Se realizó AC en 56 pacientes (59,7%) e IC en 38 (40,3%). La estancia hospitalaria media fue de 7 (4-11) días. Las principales razones de IC fueron las infecciones (13%) y la insuficiencia respiratoria aguda (15,7%). De los pacientes seguidos en AC, el 64% presentó alguna complicación en el seguimiento que requirió tratamiento específico. Se realizó una media de  $4 \pm 7$  visitas por paciente. Solo 8 de los 94 pacientes necesitó valoración por otras especialidades. La tasa de ingreso en UCI fue del 2% y la mortalidad intrahospitalaria del 4%. En 25 pacientes se abordó la deshabituación tabáquica.

**Conclusiones:** La participación de NML en un servicio de CTO podría estar indicada en más de la mitad de los pacientes, favoreciendo la identificación de complicaciones y su tratamiento precoz, lo cual podría permitir mejorar la calidad de la asistencia de estos pacientes y liberar al cirujano para incrementar la actividad quirúrgica.

## 606. RECONSTRUCCIÓN VASCULAR PULMONAR CON PARCHÉ DE PERICARDIO BOVINO. EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

M. Guarino, J.C. Trujillo Reyes, G. Planas Cánovas, E. Martínez Tellez, E. Cladellas Gutiérrez y J. Belda Sanchis

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

**Introducción:** En pacientes afectos por carcinoma broncogénico de localización central con infiltración vascular cuya resección completa supondría una neumonectomía, las técnicas de reconstrucción arterial permiten evitar dicha resección preservando mayor cantidad de parénquima pulmonar sin comprometer la realización de una resección R0. Presentamos nuestra experiencia en la reconstrucción de estructuras vasculares con parche de pericardio bovino.

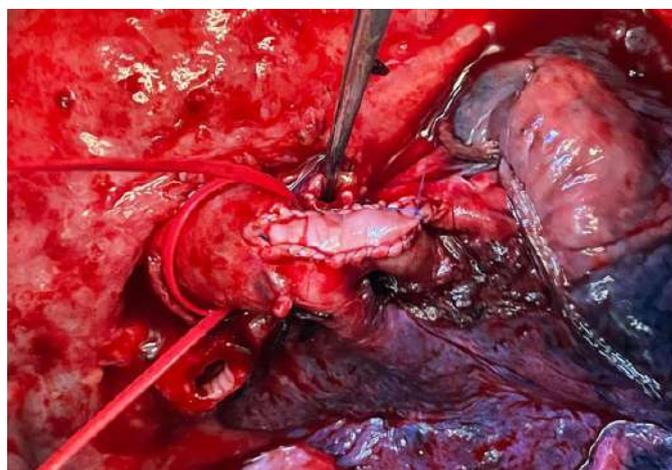
**Material y métodos:** Recogida de datos de forma retrospectiva a través de la historia clínica; las variables recogidas son: edad, diagnóstico pre- y post-operatorio, cirugía realizada, resultados anatomopatológicos tras resección, estadificación pre- y posoperatoria, complicaciones durante el ingreso y a 30 días, tratamiento complementario pre y posoperatorio, días de estancia hospitalaria y tiempo libre de enfermedad.

**Resultados:** Se incluyeron 11 pacientes intervenidos entre el 07/03/2017 y el 14/04/2021 en los cuales se realizó reconstrucción de pared vascular de la arteria pulmonar con parche de pericardio bovino. La edad de los pacientes estaba comprendida entre 56 y 80 años en el momento de la cirugía. En 10 de ellos la cirugía se realizó por un carcinoma broncogénico de células no pequeñas y en 1 por un aspergiloma. Se realizó quimioterapia o inmunoterapia de inducción en 5 de 10 pacientes oncológicos, y en 3 de ellos se completó con tratamiento adyuvante - ya sea radioterapia o inmunoterapia. La mediana

de estancia hospitalaria fue de 6 días (entre 3 y 31 días). 3 pacientes presentaron complicaciones durante el ingreso relacionadas con la cirugía (sangrado de la pared torácica, quilotorax, flutter auricular y estenosis de la broncoplastia requerida). 2 pacientes presentaron complicaciones a los 30 días: neumonía e infección de herida quirúrgica. 5 pacientes presentaron recidiva con un tiempo libre de enfermedad medio de 11,28 meses (entre 1,2 y 33,24). El estadio patológico en los casos afectos por carcinoma broncogénico varía entre IB y IV.

Paciente	Edad	Diagnóstico preoperatorio	Diagnóstico postoperatorio	ETNM	ETNM	Estadio	TTC complementaria	Estancia hospitalaria (días)	Tiempo libre de enfermedad (meses)
1	74	Masa pulmonar	Adenocarcinoma	(T2ANM0)	(T2ANM0)	IA2	No	10	NEE
2	69	Carcinoma escamoso	Carcinoma escamoso	(T2ANM0)	(T2ANM0)	IA1	No	5	31.18
3	68	Aspergiloma	Aspergiloma					31	
4	77	Carcinoma escamoso	Carcinoma escamoso	(T2ANM0)	(T2ANM0)	IB	Quimioterapia + radioterapia de inducción	18	NEE
5	66	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	(T2ANM0)	(T2ANM0)	IIA	Quimioterapia + radioterapia e inmunoterapia adyuvante	9	NEE
6	67	Carcinoma escamoso	Carcinoma escamoso	(T2ANM0)	(T2ANM0)	IIA	No	9	NEE
7	66	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	(T2ANM0)	(T2ANM0)	IB	Quimioterapia y radioterapia neoadyuvante + radioterapia adyuvante	8	1.68
8	74	Carcinoma escamoso	Carcinoma escamoso	(T2ANM0)	(T2ANM0)	IIA	Quimioterapia de inducción	21	8.06
9	62	Carcinoma escamoso	Carcinoma escamoso	(T2ANM0)	(T2ANM0)	IB	Quimioterapia adyuvante	3	1.88
10	56	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	(T2ANM0)	(T2ANM0)	IIA	Quimioterapia + radioterapia adyuvante	16	1.18
11	68	Adenocarcinoma	Adenocarcinoma	(T2ANM0)	(T2ANM0)	IIA	No	1	NEE

Resumen de datos. NEE = no evidencia de enfermedad



**Conclusiones:** El pericardio bovino es un excelente material para la reconstrucción de pared vascular, tanto arterial como venosa. En los pacientes oncológicos en los que la resección completa del tumor obligaría a una neumonectomía, la reconstrucción vascular con parche representa un recurso que permite preservar parénquima pulmonar, sin necesidad de anticoagulación ni antiagregación. En nuestra serie no se ha apreciado trombosis o fallo de la reconstrucción vascular ni complicaciones directamente relacionadas con la misma.

## 56. SATISFACCIÓN TRAS SIMPATECTOMÍA DORSAL BILATERAL POR VIDEOTORACOSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS ESENCIAL. 29 AÑOS DE EXPERIENCIA

A. de. Fuente Año, H. Milian Goicoechea, J.L. García Fernández, I. Cal Vázquez, A. Escobar Delgado y R. Moreno Balsalobre

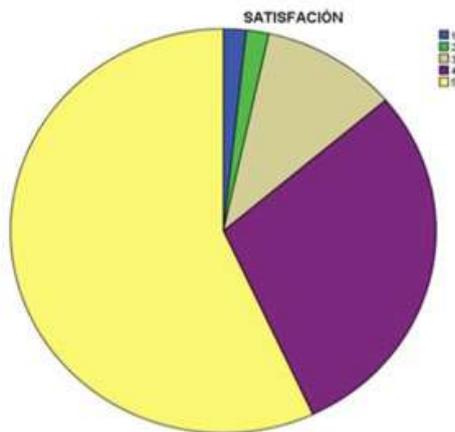
Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

**Introducción:** La hiperhidrosis esencial consiste en la sudoración excesiva de la palma de las manos, axilas y/o planta de los pies. Es una enfermedad que puede llegar a provocar una disminución significativa de la calidad de vida y por ello los pacientes son objeto de muchos tratamientos que en muchas ocasiones no satisfacen sus necesidades. Una opción terapéutica es la simpatectomía dorsal bilateral por videotoracoscopia. El objetivo principal de nuestro estudio es conocer la satisfacción de los pacientes tras someterse a dicha cirugía, así

como las complicaciones postoperatorias del procedimiento en nuestra serie.

**Material y métodos:** Se trata de un estudio observacional retrospectivo descriptivo. Se han revisado 58 pacientes operados de simpatectomía dorsal bilateral desde 1991 a 2020 por videotoracoscopia uniportal. Se incluyeron como variables la edad, el género, antecedentes médicos, características intra y perioperatorias y zonas corporales de sudoración. Posteriormente se estudiaron los días de ingreso, complicaciones postoperatorias durante el ingreso y al alta y se realizó una encuesta telefónica en la cual se preguntaba sobre la presencia de sudoración compensatoria y satisfacción tras la cirugía, puntuando del 1 al 5.

**Resultados:** De 58 pacientes incluidos, 35 (60,3%) fueron mujeres y 23 (39,7%) hombres. La edad media fue de 29,1 años  $\pm$  10 años (desviación estándar); 12 (20,7%) pacientes eran fumadores activos en el momento de la cirugía, 1 (1,7%) exfumador y el resto no fumaban. La media de índice paquetes año fue de 1,3  $\pm$  3,7. Con respecto a la hiperhidrosis, 51 (88%) pacientes presentaron sudoración palmar, 19 (33%) sudoración axilar y 20 (34,5%) sudoración plantar. En cuanto a las complicaciones posquirúrgicas, 45 (77,6%) pacientes no tuvieron ninguna complicación durante su estancia hospitalaria y 13 (22,4%) pacientes tuvieron neumotórax posquirúrgico. La media de días de ingreso fue de 1,4  $\pm$  1,52 días. Todos los pacientes presentaron sudoración compensadora y la media de satisfacción tras la cirugía fue de 4,38  $\pm$  0,87.



**Conclusiones:** La simpatectomía dorsal bilateral por videotoracoscopia para el tratamiento de la hiperhidrosis esencial es una técnica mínimamente invasiva con buenos resultados con respecto a la satisfacción del paciente pese a la sudoración compensadora. Esta técnica se puede indicar en aquellos pacientes con hiperhidrosis esencial en los que el tratamiento médico no ha sido efectivo.

#### 708. SUPERVIVENCIA LIBRE DE RECURRENCIA DEL CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO PEQUEÑAS CON AFECTACIÓN GANGLIONAR N1-N2 SOMETIDOS A CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR

A. Lora Ibarra, J.D. Avilés Parra, B. Díaz Sanz, O. García Rodríguez, N. Muñoz González y F.J. García Tirado

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

**Introducción:** La cirugía del cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) con afectación ganglionar N1- N2 es todavía muy controvertida y el patrón de afectación adenopática pueden representar diferencias pronosticas. El objetivo de este estudio es analizar la su-

pervivencia libre de recidiva (SLR) y los posibles factores implicados en pacientes con CPCNP resecado con intención curativa y afectación N1-N2.

**Material y métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes intervenidos por CPCNP entre enero de 2009 y diciembre de 2016. Como criterios de exclusión se consideraron: tumores sincrónicos, metacrónicos y resecciones sublobares. En el análisis bivariante de supervivencia se consideraron variables clínicas preoperatorias (edad, sexo, tabaquismo y el tratamiento de inducción), variables quirúrgicas (vía de abordaje y niveles de linfadenectomía) y variables patológicas (tamaño tumoral, afectación adenopática y subtipo histológico). El análisis estadístico se realizó mediante curvas de Kaplan-Meier y regresiones de Cox.

**Resultados:** La muestra la conformaron 256 pacientes con una mediana de edad de 66 años (dt 9,2). N1+: 151 pacientes (59%) y N2: 105 (41%). En el 30% se habían resecado al menos 2 estaciones mediastínicas y en el 27,4% al menos 3 estaciones. La SLR al año fue de 63% (IC95% 62-64%), a los 3 años de 51% (IC95% 50-52%) y a los 5 años de 42% (IC95% 41-43%). Después de un seguimiento medio de 36 meses, presentaron recidiva 100 pacientes (39,1%): recidiva loco-regional 11,7%, a distancia 18% y mixta 9,4%. En el análisis bivariado las variables que resultaron significativas fueron: edad (HR: 1,5 p = 0,022), número de niveles mediastínicos resecados (HR: 1,4 p = 0,04), N1+ (HR: 0,5 p < 0,009), tratamiento de inducción (HR: 2 p < 0,025), tamaño tumoral en cm. (HR: 1,4 p < 0,040). Una vez incluidas todas ellas en el modelo multivariante, las únicas con diferencias significativas fueron: edad, histología y tratamiento de inducción.

**Conclusiones:** En nuestra muestra, aquellos pacientes que no recibieron quimioterapia de inducción, N2+ tienen incrementado el riesgo de recidiva lo que corrobora lo ya descrito en la literatura y que defiende un mejor pronóstico a largo plazo para aquellos N2 que han recibido quimioterapia de inducción previo a la intervención quirúrgica. Por otro lado la edad y el adenocarcinoma están relacionados con la aparición de recidivas en nuestra muestra.

#### 549. TRATAMIENTO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO MEDIANTE PLEURODESIS CON TALCO POR VIDEOTORACOSCOPIA UNIportal

C. Moreno Mayorga, I. Macia Vidueira, A. Ureña Lluveras, C. Deniz Armengol, F. Rivas Doyague, I. Escobar Campuzano y R. Ramos Izquierdo

Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España.

**Introducción:** Revisar nuestra experiencia en el tratamiento del neumotórax espontáneo primario mediante pleurodesis videotoracoscópica uniportal con talco.

**Material y métodos:** De 2000 a 2017 se operaron 274 pacientes consecutivos con neumotórax espontáneo primario; 225 eran hombres (82,1%) y 49 mujeres (17,9%) con una edad media de 27,6 años (rango 15-50).

**Resultados:** No se registró mortalidad. La estadificación según la clasificación de Vanderschueren fue la siguiente: estadio I, 130 pacientes (45%); estadio II, 66 pacientes (22,8%), estadio III, 79 pacientes (27,3%), estadio IV, 14 pacientes (4,8%). La tasa global de pacientes con una o más complicaciones fue del 12,4% (34/274), correspondiente a una fuga aérea prolongada en 25 pacientes, hemotórax en 5 pacientes, empiema pleural en 3 pacientes y enfisema subcutáneo en 3 pacientes. Trece pacientes (4,7%) requirieron reintervención, de los cuales 7 pacientes por fuga persistente, 5 pacientes por recurrencia y 1 paciente por hemotórax. No hubo episodios de insuficiencia respiratoria aguda o neumonía después de la pleurodesis con talco.

**Conclusiones:** La pleurodesis pleural toracoscópica con talco como tratamiento para el neumotórax recurrente es fácil, segura, rápida y causa una baja morbilidad y mortalidad.