

CIRUGÍA TORÁCICA

COMPLICACIONES DE LA EXTRACCIÓN DE LA BARRA DE NUSS EN ADOLESCENTES Y ADULTOS

J.M. Mier Odriozola, L. Molins López-Rodó, J.J. Fibla Alfara y G. Vidal López

Hospital Sagrat Cor: Cirugía Torácica.

Introducción: Desde que D. Nuss en 1987 realizará la primera corrección con barra estabilizadora de un pectus excavatum (PE) en un niño, esta técnica se ha ido desarrollando y modificando durante las últimas décadas, y realizándose con éxito en pacientes cada vez de mayor edad. El tratamiento del PE incluye la retirada de barra al cabo de 3 años idealmente, mediante una nueva cirugía, con un índice de complicaciones no desdeñable, algunas de ellas muy graves (sangrado, lesión cardíaca, pericarditis, etc.), siendo la literatura al respecto muy escasa en niños y casi inexistente en adultos. El objetivo de nuestro estudio es dar a conocer las complicaciones en la extracción en nuestro centro con pacientes adolescentes y adultos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, que recoge la retirada de la barra de 14 pacientes con edades comprendidas entre 15 y 31 años, de los cuales son 11 varones y 3 mujeres. Con un intervalo promedio de tiempo entre colocación y extracción de 23 meses debido a que 2 se extrajeron antes del tiempo recomendado 1 al mes y 9 meses. Con un rango que va desde 1 mes hasta los 37 meses. El método de extracción no ha sido uniforme para todos los pacientes, se ha ido modificando conforme se ganaba en experiencia. Los últimos enfermos han contado con, protección del extremo serrado de la barra con película plástica autoadherible y PEEP de 5 al momento de la extracción.

Resultados: De los 14 pacientes la complicación más frecuente fue sangrado de un vaso intercostal en 1 ocasión que obligó a ampliar la incisión derecha para corregir el mismo mediante una ligadura del vaso afectado. Se retiró 1 barra al mes por presentar una pericarditis y otra a los 9 meses por dolor intratable. No se ha presentado ninguna otra complicación de las descritas en la literatura, ni mortalidad pe-roperatoria. El tiempo medio de estancia intrahospitalaria es de 2 días, los últimos 4 ha sido cirugía ambulatoria.

Conclusiones: La retirada de la barra subesternal es un procedimiento seguro siendo la complicación más frecuente el neumotórax y la infección de herida quirúrgica; en nuestra serie el sangrado intercostal. La protección del extremo serrado de la barra con una película de plástico autoadherible, es una opción válida y accesible para evitarla. El material de toracotomía y videotoracoscopia es imprescindible que esté presente en quirófano.

¿ES NECESARIA LA EXCLUSIÓN ESOFÁGICA EN LAS MEDIASTITIS SECUNDARIAS A PERFORACIÓN ESOFÁGICA?

M. Blanco Ramos, J.E. Rivo Vázquez, E.M. García Fontán, G.A. Obeso Carillo, J.R. Repáraz Andrade y M.A. Cañizares Carretero

Hospital Xeral Cies: Cirugía Torácica.

Introducción: Las perforaciones esofágicas (PE) son una urgencia médico-quirúrgica, el retraso en el tratamiento conlleva a una disminución de la supervivencia. Existe una gran controversia en el manejo de esta patología, sobre todo en cuanto a cómo actuar desde el punto de vista quirúrgico. Las PE sin cirugía presentan una mortalidad de 20-38%, el tratamiento conservador sólo se recomienda en pacientes muy bien seleccionados en los que se demuestra que no hay contaminación de la cavidad pleural o abdominal. La cirugía puede incluir la reparación primaria del esófago, la exclusión y la esofagectomía.

En la mayoría de los casos es necesaria la toracotomía para drenaje mediastínico.

Material y métodos: Presentamos un estudio retrospectivo donde incluimos 12 pacientes diagnosticados de PE que desarrollaron una mediastinitis entre 1999 y 2008 y que han sido tratados quirúrgicamente.

Resultados: 4 eran varones y 8 mujeres. La edad media fue 56,5 (DE 18,04). 7 pacientes presentaron PE debido a espina de pescado (58%), 4 a hueso de pollo (33%) y 1 secundaria a dilatación esofágica. La PE más frecuente fue en el 1/3 proximal (42%), mientras que tanto el 1/3 medio como el distal presentaron una incidencia de un 25%. La mediana de retraso entre la PE y el tratamiento quirúrgico fue de 4 días (RI 2,25-9,50). Once pacientes fueron tratados quirúrgicamente mediante una toracotomía para drenaje mediastínico sin manipulación de la lesión esofágica. Tan sólo en un caso se realizó exclusión esofágica, este paciente permanece sin reconstruir ya que está en tratamiento por un cáncer de pulmón tipo oat cell. Ningún enfermo tuvo que ser reintervenido por persistencia de la fístula. Los enfermos permanecieron en dieta absoluta con nutrición parenteral durante una mediana de 17 días (RI 14,5-36). La mediana de la estancia hospitalaria fue 24 días (RI 15-44). Tres pacientes (25%) desarrollaron complicaciones tras la cirugía. 1 paciente desarrolló un embolismo gaseoso arterial con IAM secundario sin repercusión posterior, otro desarrolló una insuficiencia respiratoria y uno un derrame pericárdico. De los 12 pacientes, 11 evolucionaron satisfactoriamente y 1 falleció como consecuencia de un ACV isquémico.

Conclusiones: Analizando nuestra serie, podemos decir que no en todos los casos de PE es necesario excluir el esófago. A pesar de no haber realizado exclusión del esófago en 11 de los 12 casos, no fue necesario reintervenir a ningún paciente por persistencia de la fístula y la morbimortalidad ha sido aceptable.

ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LAS NEOPLASIAS DEL MEDIASTINO: 30 AÑOS DE EXPERIENCIA

P. Moreno Casado¹, A. Álvarez Kindelán², J.R. Cano García², F.J. Algar Algar², D. Espinosa Jiménez², J. Illana Wolf², F. Cerezo Madueño², C. Baamonde Laborda² y A. Salvatierra Velázquez²

Hospital Universitario Reina Sofía: ¹Unidad de Cirugía Torácica y Trasplante Pulmonar, ²Cirugía Torácica.

Introducción: Objetivo: analizar la experiencia y los resultados del manejo diagnóstico y terapéutico de los tumores del mediastino en nuestro Centro.

Material y métodos: Estudio descriptivo y retrospectivo de los casos de neoplasias mediastínicas derivados a nuestra Unidad entre 1978 y 2008 para diagnóstico y/o tratamiento. Se analizaron datos demográficos, origen, localización, clínica, malignidad, abordaje quirúrgico, intencionalidad del tratamiento, morbimortalidad, estancia y resultados.

Resultados: Se incluyó a 501 pacientes, 215 hombres y 286 mujeres, con edad media de 49 años (rango: 2-85). Los tumores se localizaron en el mediastino anterosuperior en 304 casos (60,6%), medio en 142 casos (28,3%) y posterior en 49 casos (9,8%), ocupando varios compartimentos en 6 casos. Se intervinieron 28 neoplasias con tamaño superior a 10 cm. Los tumores más frecuentes en el mediastino anterosuperior fueron los de origen tiroideo (48,39%), seguidos de los tímicos (27,8%). En el mediastino medio predominaron las neoplasias hematológicas (55,3%) y en el posterior, los neurogénicos (65,3%). Aunque hasta un 38% se diagnosticaron de forma casual, la mayoría de los pacientes presentaba síntomas al diagnóstico, predominando la disnea, el dolor torácico y la disfagia. Se realizaron 142 cervicotomías, 102 mediastinoscopias, 90 toracotomías, 84 es-

ternotomías, 44 mediastinotomías, 29 abordajes combinados y 10 videotoracoscopias. La cirugía tuvo intención curativa en 319 casos (63,5%) y diagnóstica en 175 (34,9%), resultando incompleta desde el punto de vista oncológico en 7 pacientes. La tasa de morbilidad operatoria fue del 13,1%, con una mortalidad asociada del 0,8%. La estancia hospitalaria asociada a los procedimientos tanto diagnósticos como terapéuticos se ha reducido a la mitad en los últimos 10 años.

Conclusiones: Los tumores más frecuentes del mediastino anterior son los derivados de la glándula tiroidea y los de origen tímico, siendo las vías de abordaje más utilizadas la cervicotomía y la esternotomía, respectivamente. En el mediastino medio predominan las neoplasias de origen hematológico, y la mediastinoscopia es la técnica quirúrgica más empleada, principalmente con finalidad diagnóstica. Los tumores neurogénicos son los más frecuentes del mediastino posterior. La cirugía es una herramienta diagnóstica útil con una tasa de complicaciones baja, constituyendo además el tratamiento de elección en la mayoría de estos tumores.

ABORDAJE TRANSTORÁCICO EN LA REPARACIÓN DE HERNIAS DE MORGAGNI

J. Cárdenas Gómez, P. Díaz-Agero Álvarez, J. García Sánchez-Girón, R. Vicente Verdú, E. Corpa Rodríguez y J.C. Vázquez Pelillo

Hospital Universitario La Paz: Cirugía Torácica.

Introducción: La hernia de Morgagni, es un defecto diafragmático congénito, originado en el triángulo esternocostal (triángulo de Larrey). El defecto favorece la herniación del contenido abdominal cuando hay aumento de la presión intraabdominal secundaria a traumatismo, embarazo, obesidad. Es la menos frecuente de todas las hernias diafragmáticas (< 3%). Suele ser asintomática, pero de presentar clínica, ésta varía desde molestias gastrointestinales inespecíficas, hasta estrangulación del contenido herniario; así mismo, puede cursar con síntomas respiratorios, relacionados frecuentemente con el volumen de la hernia. La mayoría son derechas y, excepcionalmente bilaterales o izquierdas por la protección que da el saco pericárdico. Su tratamiento es siempre quirúrgico por el riesgo de estrangulación visceral. Se han descrito las vías abdominal y torácica para su abordaje y reparación, con o sin malla.

Material y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de pacientes con diagnóstico de Hernia de Morgagni, tratados por vía transtorácica en nuestro servicio entre enero de 1994 y agosto de 2008. Se operó a 11 pacientes con media de edad de $52,3 \pm 18$ años:

4 hombres (36,3%) y 7 mujeres (63,6%). El diagnóstico se realizó con Rx y/o TC de tórax. En el 100% de los casos el abordaje fue transtorácico. Se realizó control clínico y radiológico al mes, 3 y 6 meses.

Resultados: La toracotomía posterolateral derecha fue la vía quirúrgica en el 72,8% de los casos, y la izquierda en el 18,1%; en ambas se accedió a la cavidad torácica entre el 5^o-7^o espacio intercostal. En el 9,1% (1 caso) se prefirió el abordaje subxifoideo bilateral. En el 100% se identificó el saco herniario. La apertura y exploración del mismo mostró la presencia de colon transverso y epiplón mayor en 4 casos (36,4%), colon transverso en 4 (36,4%), epiplón mayor en 2 (18,1%) y epiplón mayor y estómago en el restante (9,1%). La reparación del defecto diafragmático (según el tamaño del mismo) se realizó con plicatura directa en 8 casos (73,7%), con la aplicación de malla de polipropileno en 1 (9,1%), con malla de Marlex en otro (9,1%) y con prótesis de GORETEX® en el último (9,1%). Sólo un caso presentó recidiva a los 6 meses (tabla y figura).



Conclusiones: El abordaje transtorácico en la reparación de hernias de Morgagni, fue un acceso seguro y efectivo en nuestra serie permitiendo realizar una rafia o una plastia diafragmática. Por otra parte facilitó la liberación de adherencias en defectos que se presuponían grandes y de larga evolución.

Tabla. Descripción analítica de la población en estudio

Nº	Edad	Sexo	Síntomas pre Qx	Abordaje	Contenido herniario	Ubicación de la hernia	Reparación
1	45	M	Disnea	Toracotomía posterolateral derecha	Colon transverso y epiplon mayor	Derecha	Rafia diafragmática con seda 1
2	66	M	Dolor en hemotórax derecho Dolor en hipocondrio derecho	Toracotomía posterolateral derecha	Colon transverso	Derecha	Prótesis de polipropileno
3	68	H	Ninguno	Toracotomía posterolateral izquierda	Colon transverso y epiplon mayor	Izquierda	Malla de Marlex
4	46	M	Ninguno	Toracotomía posterolateral derecha	Colon transverso y epiplon mayor	Derecha	Rafia diafragmática con seda 2
5	35	H	Dolor	Toracotomía posterolateral izquierda	Colon transverso	Izquierda	Rafia diafragmática con seda 2
6	51	M	Ninguno	Toracotomía posterolateral derecha	Epiplon mayor	Derecha	Rafia diafragmática con seda 2
7	60	M	Ninguno	Abordaje subxifoideo bilateral	Epiplon mayor. Estómago	Bilateral	Rafia diafragmática con seda 2
8	49	M	Ninguno	Toracotomía posterolateral derecha	Epiplon mayor	Derecha	Rafia diafragmática con seda 1
9	61	M	Disnea	Toracotomía posterolateral derecha	Colon transverso	Derecha	Rafia diafragmática con seda 1
10	65	H	Asma crónica	Abordaje subxifoideo bilateral	Colon transverso y epiplon mayor	Derecha	Prótesis de Goretex
11	30	H	Dolor torácico	Toracotomía posterolateral derecha	Colon transverso	Derecha	Rafia diafragmática con seda 1

ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE SIMPATECTOMÍA Y CLIPAJE COMO TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS PRIMARIA

J. Pérez Vélez¹, J. Astudillo Pombo¹, P. López de Castro¹, E. Fernández Araujo¹, C. Martínez-Barens¹, M. Mesa Guzmán¹ y G. Vila²

Hospital Germans Trias I Pujol: ¹Cirugía Torácica, ²Anestesiología y Reanimación.

Introducción: El tratamiento quirúrgico de la hiperhidrosis tiene una efectividad del 98 % apareciendo sudoración compensatoria (SC) en un 65 % de los casos. El clipaje de la cadena simpática tiene una efectividad similar a la simpatectomía, con la diferencia de que este procedimiento es reversible en caso de SC mal tolerada. Presentamos nuestra experiencia en dos años comparando ambas técnicas.

Material y métodos: Entre enero de 2007 y noviembre de 2008 hemos intervenido a 52 pacientes: 17 hombres (33 %) y 35 mujeres (67%), edad media de 30 años (15-54), realizándose 101 procedimientos: 77 simpatectomías (76 %) y 24 clipajes (24 %). Tres casos presentaban rubor + H. craneofacial (6%), 22 casos presentaron H. palmar (42%), 6 casos presentaron H. axilar (12%), 20 casos presentaron una H. palmo-axilar (38%) y 1 caso con recidiva axilar (2%). En todos los casos se usó ventilación unipulmonar, decúbito supino o prono según preferencia del cirujano. Se realizaron dos puertos de entrada de 5 y 10 mm de diámetro en cada hemitórax. Se utilizó un bisturí armónico, una óptica de 0° de 5 mm, una pistola Acuclips (Tyco) y un sensor de temperatura digital. Se intervino sobre la 2.ª costilla (T2) para el rubor y la H. craneofacial, T2 para la H. palmar, T3 para la H. axilar, T2-T3 para la H. palmo-axilar y T3-T4 para la recidiva axilar. La elevación de la temperatura fue mayor de 0,5 °C en 76 procedimientos (75%) y menor de 0,5 °C en 25 procedimientos (25%). La reexpansión pulmonar se comprobó bajo visión endoscópica y no se dejaron drenajes. Los paciente fueron dados de alta en 3-4 h. Seguimiento de 1-23 meses.

Resultados: La anhidrosis fue de un 99% tras la simpatectomía y de un 95% tras el clipaje. Apareció SC tras un 82% de simpatectomías y un 77% de los clipajes, siendo mal tolerada en un 10 y un 8%, respectivamente. En este último grupo (1 caso) se retiraron los clips mejorando la SC. Hubo recidiva en dos pacientes por lo que se realizó una resimpatectomía con éxito. Se produjeron 10 neumotórax de los cuales 6 requirieron drenaje e ingreso. El grado de satisfacción fue alto (82% tras la simpatectomía y 92% tras el clipaje).

Conclusiones: El clipaje de la cadena simpática es una técnica segura, efectiva y reversible pudiéndose retirar los clips en una segunda intervención que resulta más sencilla y de mayor eficacia que la reconexión del nervio simpático. La aparición de sudoración compensatoria tras el clipaje es ligeramente inferior que tras la simpatectomía.

BOCIO ENDOTORÁCICO: NUESTRA EXPERIENCIA EN 45 CASOS

D. Espinosa Jiménez, J. Illana Wolf, A. Álvarez Kindelan, P. Moreno Casado, J.R. Cano García, F.J. Algar Algar, F. Cerezo Madueño, C. Baamonde Laborda y Á. Salvatierra Velázquez

Hospital Universitario Reina Sofía: UGC Cirugía Torácica y Trasplante.

Introducción: Describir nuestra experiencia en el manejo quirúrgico del bocio endotorácico, la presentación clínico-radiológica, frecuencia de malignidad y cuáles son las complicaciones que se presentan.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de cuarenta y cinco pacientes intervenidos en nuestro hospital por bocio endotorácico definiendo éste cuando en hiperextensión cervical presenta una superficie mayor de 3 cm por debajo del manubrio esternal.

Resultados: La edad media de presentación fue de 62 ± 11,86 años (25-82), 34 (75,6%) mujeres y 11 (24,4%) hombres. Clínicamente fueron asintomáticos el 35% de los casos, el 25% de los casos presentaron clínica de disnea o disfagia, hubo 1 caso que presentaba disfonía y en 3 ocasiones presentaba SVCS como hallazgo más significativo. En la TC se observaba desplazamiento o compresión relativa traqueo-esofágica en el 62,2% de los pacientes. La función tiroidea era normal en 41 (91,1%) casos e hipertiroidea en 4 (8,9%) casos. Respecto al abordaje, fue exclusivamente cervical en 39 (86,7%) ocasiones, cervicoesternotomía en 5 (11,1%) casos y toracotomía derecha en 1 caso ya que se trataba de bocio ectópico sin componente cervical. A 21 (46,7%) pacientes se les realizó tiroidectomía total, 15 (33,3%) tiroidectomía subtotal y en 9 casos se reseco el lóbulo predominante o se completó la resección en caso de recidiva. El tamaño medio de los bocios resecados fue de 9,9 ± 2,72 cm. En 7 (15,6%) casos la intubación fue dificultosa y hubo que utilizar el fibrobroncoscopio en 4 (8,9%) casos. Las formas histológicas predominantes fueron: bocio coloide e hiperplasia multinodular en el 75% de los casos. En el 15,6% de los casos se asociaba un carcinoma tiroideo. La morbilidad fue del 17,8% (n = 8) destacando 5 (11,1%) lesiones recurrentes (siendo 2 definitivas), 1 hipoparatiroidismo transitorio y 2 traqueomalacias que en 1 caso requirió traqueostomía. En el seguimiento a los 3 meses, el 95,6% de los pacientes no presentaban ninguna complicación. La estancia media fue de 5,55 ± 1,32 días.

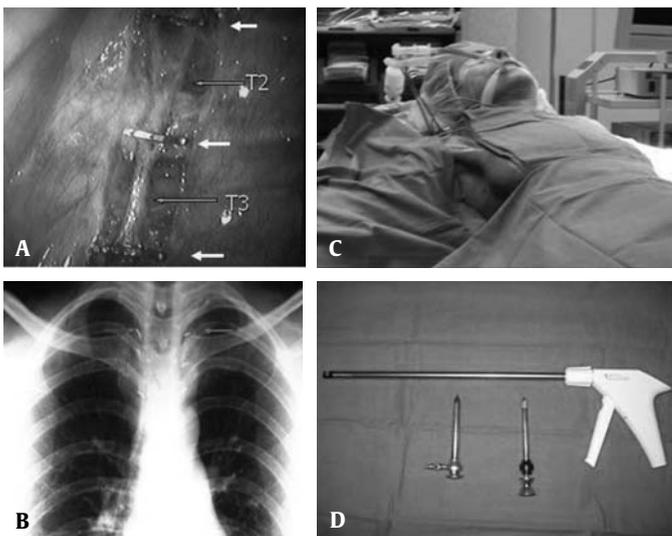
Conclusiones: El bocio endotorácico se presenta en pacientes entre la 6ª y 7ª décadas de la vida, siendo en nuestra serie más frecuentes en mujeres. La presencia de sintomatología compresiva no es desdeñable. La resección por cervicotomía es factible en la mayoría de las ocasiones. Los índices de complicaciones mayores son bajos y los resultados respecto a la sintomatología y la satisfacción de los pacientes son excelentes.

CARCINOMA PULMONAR CON ELEMENTOS PLEOMÓRFICOS, SARCOMATOIDES O SARCOMATOSOS: COMPORTAMIENTO CLÍNICO Y PRONÓSTICO

R. Mongil Poce, J.A. Ruiz Navarrete, C. Pagés Navarrete, J. Roca Fernández, R. Arrabal Sánchez, A. Benítez Doménech, A. Fernández de Rota AVECILLA y J.L. Fernández Bermúdez

Hospital Regional Universitario Carlos Haya: Cirugía Torácica.

Introducción: Estudio del comportamiento clínico y pronóstico tras la resección quirúrgica de esta rara variedad histológica de carcinoma pulmonar.



Material y métodos: Análisis retrospectivo de los casos resecaados quirúrgicamente desde el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de octubre de 2008 en el Servicio de Cirugía Torácica del H.R.U. Carlos Haya de Málaga.

Resultados: Se realizaron 1137 intervenciones quirúrgicas por carcinoma broncogénico. De ellas, 14 (1,23%) correspondieron a esta estirpe. Edad media: 61,78 años (rango: 36-75 años). Diez pacientes varones (71,42%) y 4 mujeres. Todos ellos fumadores (85,71%) excepto dos mujeres. Diez pacientes (71,42%) sintomáticos en el momento del diagnóstico, siendo los más frecuentes: dolor torácico, fiebre y hemoptisis (40% de los sintomáticos). Tamaño tumoral medio: 5,61 cm (0,7-10 cm). En 7 de los pacientes (50%), la lesión se localizó en el LSD, 4 en el LSI (30,76%), 1 en LII, 1 en LM y 1 en LII. El 78,57% se presentó en LLSS. La FBC fue normal en diez casos (71,42%). Dos pacientes (14,28%) fueron diagnosticados previamente a la cirugía: uno por biopsia bronquial y otro mediante P.A.A.F. Se realizaron 4 parietolobectomías superiores derechas, 3 lobectomías superiores izquierdas, 2 lobectomías superiores derechas, 1 bilobectomía media e inferior derecha más resección de pared, 1 parietoneumonectomía derecha, 1 lobectomía inferior izquierda broncoplastica, 1 parietolobectomía superior izquierda y una resección atípica videotoracoscópica. En 7 casos (50%) fue preciso resección de pared torácica. Sólo hubo un caso de resección incompleta. Dos pacientes (14,28%) presentaron metástasis linfáticas, no existiendo casos N2. Sólo 4 pacientes recibieron tratamiento adyuvante: 3 con quimioterapia y otro con radioterapia. Siete casos se estadiaron como IIB (53,8%), 5 (38,46%) como IB, uno como IA y otro como estadio IV. La supervivencia a 5 años: 34,43%. Supervivencia media: 29 meses.

Conclusiones: El carcinoma broncogénico de estirpe sarcomatoide es muy poco frecuente. Afecta más a varones fumadores. Son tumores grandes, periféricos y de predominio en LLSS. La mayoría son sintomáticos al diagnóstico. Difícilmente se diagnostican antes de su resección quirúrgica. En la mitad de los casos, su extirpación completa requiere resección de pared añadida. La supervivencia media de los pacientes operados es inferior a 3 años.

CIRUGÍA DEL CÁNCER DE PULMÓN POSQUIMIOTERAPIA EN EL HOSPITAL DE GETAFE

B. de Olaiz Navarro¹, L. Jiménez Hiscock¹, E. Camarero Marina¹, L.E. Madrigal Royo² y J.L. Bravo Bravo¹

Hospital Universitario de Getafe: ¹Cirugía Torácica; ²Hospital Madrid Norte Sanchinarro: Cirugía Torácica.

Introducción: Analizamos los pacientes intervenidos de cáncer de pulmón tras quimioterapia neoadyuvante en nuestro hospital desde abril de 2005 hasta octubre de 2008.

Material y métodos: Durante el período de estudio (3 años y 6 meses), se han intervenido 126 pacientes con cáncer de pulmón, de los cuales 17 (13,5%) se llevaron a cabo tras quimioterapia neoadyuvante. La mayor parte fueron varones (82,3%), y la media de edad 60,1 años (49-76). El 41,17% (n = 7) presentaba comorbilidad asociada, siendo la cardiopatía isquémica la patología más frecuentemente asociada. Se administró una quimioterapia basada en cisplatino-carboplatino, y la respuesta medida en CT, fue parcial en 14 casos y casi completa en 3. A 7 de los pacientes se les realizó mediastinoscopia o mediastinotomía previa (1 de ellos también precisó biopsia de Daniels), y sólo 2 del total disponía de PET previo a la intervención. La localización de los tumores fue en su mayoría derechos (n = 10), y de predominio en LSD.

Resultados: La resección mayoritaria fue la lobectomía (n = 11), una de ellas en manguito. El tipo histológico predominante fue el epidermoide (41,17%). En cuanto a la estadificación, se han intervenido 7 estadios IIIA, 8 estadios IIIB y 2 estadios IIB. De las 17 cirugías realizadas, 3 fueron toracotomías exploratorias (17,6%), y se produjo un "downs-

taging" en 12 de ellas (2 respuestas completas y 10 migraciones a estadios I). La morbilidad se ha producido en un 29,41% (n = 5) de los pacientes intervenidos, con un total de 7 complicaciones siendo la más frecuente la atelectasia. La mortalidad postoperatoria ha sido nula. La estancia media postoperatoria fue de 9 días. Seis pacientes recibieron tratamiento adyuvante. En cuanto a la supervivencia, existen 12 pacientes vivos en la actualidad (10 libres de enfermedad y 2 con metástasis cerebrales intervenidas), un exitus con una supervivencia de 2 años y 1 mes, y 4 pérdidas de seguimiento.

Conclusiones: La lobectomía ha sido el tipo de resección más frecuente. Las buenas respuestas radiológicas a la quimioterapia se tradujeron en una migración a estadios precoces patológicos del 70,58% de los casos. Son necesarios más casos y tiempo de seguimiento para comprobar su repercusión sobre la supervivencia, ya que el 41,7% se han intervenido en el presente año 2008. Se puede concluir que la quimioterapia, en nuestra experiencia, no añade más morbilidad que la esperada por el tipo de intervención realizada.

CIRUGÍA SIN INGRESO DEL ELASTOFIBROMA DORSI

A. Caro¹, E. Canalis², M. Estors², M.J. Alcaide¹, C. Gonsalvez¹ y A. Jiménez¹

Hospital Universitario de Tarragona Joan XXIII: ¹Cirugía General y Digestiva; ²Cirugía Torácica.

Introducción: El elastofibroma es un tumor benigno, sólido, no encapsulado de crecimiento lento, habitualmente localizado en región subescapular. La mayoría son unilaterales (10% bilaterales). Su incidencia es del 24%, más frecuente en mujeres y la edad media de presentación es de 55 años. Clínicamente se manifiesta como tumoración subescapular asociada a dolor. Objetivo: analizar técnica quirúrgica y evolución de los pacientes intervenidos

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo de 10 casos de Elastofibroma Dorsi diagnosticados en nuestro centro entre septiembre del 2007 y septiembre 2008. Todos los pacientes fueron diagnosticados mediante exploración física y TC OoRNM. El tratamiento fue la resección quirúrgica radical mediante toracotomía posterior limitada ede forma ambulatoria.

Resultados: Edad media: 52 años. Sexo (hombre/mujer): 8:2. Anatomía patológica: 100% de confirmación. No morbilidad posquirúrgica. Ninguna recidiva. Cirugía ambulatoria: 100%.



Conclusiones: El elastofibroma es una entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de tumores de partes blandas. Requiere tratamiento quirúrgico radical en los casos sintomáticos. Su evolución es buena con baja morbilidad postoperatoria.

COMPLICACIONES CARDIOPULMONARES TRAS RESECCIÓN PULMONAR MAYOR EN PACIENTES CON PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS LÍMITE

J. Hernández Ferrández, P. Menal Muñoz, R. Embún Flor, E. Ramírez Gil, J.L. Recuero Díaz, I. Royo Crespo, P. Martínez Vallina, F.J. García Tirado y J.J. Rivas de Andrés

Hospital Universitario Miguel Servet; Hospital Clínico Lozano Blesa (HCULB); Cirugía Torácica.

Introducción: A pesar de existir múltiples factores relacionados con la morbimortalidad postoperatoria en resección pulmonar mayor, el FEV₁ ppo sigue siendo el valor parámetro más decisivo en la toma de decisiones. Hemos analizado la tasa de complicaciones y mortalidad posquirúrgica en estos pacientes, y su posible relación con diferentes parámetros preoperatorios.

Material y métodos: Estudio retrospectivo desde enero 2006 hasta septiembre de 2008, de los pacientes intervenidos, en el HUMS, de resección pulmonar mayor con un FEV₁ ppo < 50% calculado a partir de gammagrafía de perfusión o número de subsegmentos resecados. El registro se realizó en formato Excel y posteriormente fue analizado con el programa estadístico G Stat 2.0.

Resultados: La serie la componen 36 pacientes (35 varones y 1 mujer) con una edad media de 62,3 años (32-77). El FEV₁ ppo medio fue de 38,8% (28-48%) y la DLCO ppo media de 49,9% (21-81%). La tasa de comorbilidad mayor fue del 72%, siendo las vasculares (36%) las más frecuentes. Se realizaron 25 lobectomías (69,4%), 1 bilobectomía y 10 neumonectomías (27%), con una tasa de resección ampliada del 19% (7). Se consiguió la extubación en quirófano, o en las primeras horas de postoperatorio, en el 89% de los pacientes, siendo la tasa de intubación prolongada (> 48 h) más reincubaciones del 13,8% (5). La tasa de complicaciones fue del 47,3%, de las cuales requirió tratamiento en UCI el 82,3% (14/17). El 88,24% de los pacientes con comorbilidad mayor presentaron complicaciones postoperatorias, por el contrario, el 11,76% de los pacientes sin comorbilidad (p = 0,04) Las complicaciones más frecuentes fueron hemodinámicas (38,9%). La estancia media en UCI fue de 4 días (1-36) y la postoperatoria de 9,5 (4-54). La mortalidad postoperatoria global fue de 13,89% (5), siendo la específica para lobectomía del 11,8% (3/26) y para neumonectomía del 20% (2/10). La HTA fue el único parámetro aislado relacionado de forma significativa con la morbimortalidad posquirúrgica.

Conclusiones: 1. La HTA se mostró en el análisis univariante como el único factor pronóstico relacionado. 2. La presencia de alguna comorbilidad mayor se demostró como el factor pronóstico más determinante, por lo que pensamos que lo más importante es la valoración integral de las comorbilidades asociadas (más que cualquier parámetro respiratorio en solitario).

COMPLICACIONES EN CIRUGÍA BRONCOPLÁSTICA

S. Sevilla López, F. Quero Valenzuela, I. Piedra Fernández, A. Alkourdi Martínez, F. Hernández Escobar, F.J. Ruiz Zafra, C.I. Bayarri Lara, A. Sánchez-Palencia Ramos y A. Cueto Ladrón de Guevara

Hospital Virgen de las Nieves; Cirugía Torácica.

Introducción: Las resecciones broncoplasticas (RB) o "en manguito" son aquellas resecciones anatómicas de la vía aérea con sección de bronquio proximal y distal a la lesión para su posterior anastomosis término-terminal restableciéndose así la continuidad y evitándose la pérdida de reserva funcional.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes en los que se realizó RB en nuestro servicio entre los años 1986-2008. Se analizaron las siguientes variables: Edad, sexo, diagnóstico, tipo de RB, refuerzo de la anastomosis, estadio en los casos tumorales y complicaciones.

Resultados: 15 casos: 7 mujeres y 8 hombres. Diagnóstico: 6 casos Ca. epidermoide (60,4 años de edad media), 5 casos carcinoide típico (38,8 años de edad media), 1 leiomioma, 1 estenosis cicatricial postraumática, 1 síndrome del lóbulo medio, 1 obstrucción crónica por cuerpo extraño. Tipo de RB: 9 lobectomías superiores derechas en manguito (los 6 Ca. epidermoides, 2 carcinoides típicos y la obstrucción crónica cicatricial por cuerpo extraño), 2 lobectomías superiores izquierdas en manguito (ambos carcinoides típicos), 1 lobectomía media en cuña (síndrome del lóbulo medio) y 3 resecciones en manguito sin pérdida de parénquima (bronquio principal izquierdo por leiomioma, bronquio principal derecho por estenosis cicatricial postraumática y bronquio intermediario por carcinoide típico). Refuerzo de anastomosis: Se realizó en 13 casos (86,66%), utilizándose a criterio del cirujano colgajos de músculo intercostal, de pleura parietal y/o adhesivos biológicos. Estadío: Todas las RB por causa tumoral fueron pT2N0M0 (estadio IB). Complicaciones: en 2 casos se objetivó atelectasia distal a la anastomosis, necesitando los 2 aspiración con broncoscopio (13,33%), siendo ambos en cirugía por carcinoma broncogénico; 1 caso presentó estenosis de la sutura y 1 caso granuloma en la anastomosis. Ningún caso de mortalidad operatoria, ni de fistula, ni de recidiva local.

Conclusiones: 1. La indicación más frecuente de RB fue la LSD por Ca. epidermoide. 2. La atelectasia distal a la anastomosis con necesidad de broncoscopia fue la complicación más frecuente, estando dentro de los rangos publicados en otras series. 3. El refuerzo de la anastomosis pudo contribuir a disminuir el riesgo de fistula.

COMPLICACIONES POSQUIRÚRGICAS TRAS TRAQUEOTOMÍA. ANÁLISIS DE VARIABLES IMPLICADAS

A. Manuel Milla Saba¹, J.L. López Villalobos¹, M. López Porras¹, M.D. Barrera Talavera¹, J. Martín Juan², F. Fernández Hazañas³, E. Carmona Tapia³, A. Maestre³, F. García¹ y A. Ginel Cañamaque¹

Hospital Virgen del Rocío: ¹Cirugía Torácica/UMQER, ²Neumología/UMQER, ³Cuidados Críticos y Urgencias.

Introducción: Se analizan las complicaciones a medio-largo plazo surgidas tras la realización de una traqueotomía (TRQ), a todos los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI) a los que se les efectuó el procedimiento durante el período de tiempo de estudio. Observando tipo, importancia e incidencia de dichas complicaciones, y su relación con distintas variables.

Material y métodos: Analizaremos todos aquellos pacientes ingresados en UCI a los que se realizó una TRQ en el período de enero de 2007 a enero de 2008. Prospectivamente fueron recogidos en base de datos, aspectos tales como: tipo de TRQ (percutánea o abierta tradicional), indicación de la misma, tiempo de intubación (IOT) previo a la técnica, agente realizador/nivel experiencia, y complicaciones. Se valoran retrospectivamente las imágenes del estudio de FBC inicial, y se realiza seguimiento telefónico.

Resultados: El total de pacientes fue 84: 52 hombres (61,9%) y 32 mujeres (39,09%), con una edad media de 52,2 años (rango 18-78). El período de tiempo en el que más frecuentemente se realizó TRQ fue entre 7-14 días. El motivo más frecuente de indicación fue la IOT prolongada (85,7%). El tipo de TRQ realizada: 58 percutáneas (69%) vs 26 abiertas (30,9%). La cánula más frecuentemente usada fue la n.º 8 con balón (86,9%). El lugar donde con más frecuencia se realizó fue la propia UCI en 76 casos (90,4%). En 43 casos (51,2%) fue realizada por facultativos de media y alta experiencia, mientras que en 41 casos (48,8%) por médicos residentes. Se registraron 3 casos de sangrado local intraoperatorio (3,5%), resueltos con medidas de compresión local. Se registraron complicaciones tardías en vía aérea en 10 pacientes (13,8%) -7 granulomas (9,7%), tratados y resueltos con tratamiento mediante FBC flexible, y 3 casos (4,16%) de estenosis fibrosa cicatricial.

Conclusiones: Las complicaciones en vía aérea son un problema médico relevante en pacientes traqueotomizados. Entre ellas la formación de granulomas proximales o distales a la cánula son los más frecuentes. La técnica percutánea, la más extendida, no hemos encon-

trado que se asocie con mayor porcentaje de lesiones complejas este-nóticas cicatriciales. Igualmente no hemos observado una incidencia negativa relacionada con el nivel de experiencia del realizador.

COMPORTAMIENTO DE LA FUNCIÓN CARDIOPULMONAR A LARGO PLAZO TRAS SIMPATICOTOLISIS TORÁCICA CONVENCIONAL Y SIMPLIFICADA

X.N. Álvarez Díaz¹, M. Ponce González², G. Juliá Serdá¹, P. Rodríguez Suárez³, F. Rodríguez de Castro¹, J. Freixinet Gilart³ y P. Cabrera Navarro¹

Hospital Dr. Negrín: ¹Neumología, ²Unidad de Hospitalización Domiciliaria, ³Cirugía Torácica.

Introducción: El tratamiento quirúrgico convencional de la hiperhidrosis primaria consiste en la simpaticolisis (ST) de los ganglios T2 y T3 para las formas palmares, siendo recomendable también T4 para las formas axilares. En la técnica simplificada se mantiene la inervación de T2, con la intención de minimizar la hiperhidrosis compensadora. En este estudio se evalúan los efectos sobre la función cardio-pulmonar a largo plazo comparando la técnica convencional (STC) con la simplificada (STS).

Material y métodos: Estudio prospectivo y aleatorizado en una muestra de 32 pacientes con diagnóstico de hiperhidrosis primaria (HP) y candidatos para STC y STS. Previamente a la cirugía, se efectuaron a todos los pacientes una espirometría forzada, pletismografía corporal, pruebas de difusión de monóxido de carbono y ergometría cardiorrespiratoria. Para valorar los efectos a largo plazo de la ST, se volvieron a repetir estas pruebas tras un año de la cirugía.

Resultados: Se observó una disminución significativa del volumen espirado máximo en el primer segundo (FEV₁) y del flujo espiratorio máximo forzado entre el 25 y el 75% de la capacidad vital forzada (FEF 25-75%) en ambos grupos (p < 0,05) (STC: FEV₁: -6,3%; FEF 25-75%: -9,1%) (STS: FEV₁: -3,5%; FEF 25-75%: -12,3%). La difusión de CO (DLCO), la corregida por el volumen alveolar (KCO) y la frecuencia cardiaca (FC) en reposo y máxima en latidos por minuto (lpm) tras el ejercicio disminuyeron igualmente en ambos grupos de forma significativa: (STC: DLCO: -4,2%; KCO: -6,1%; FC reposo: -11,8 lpm; FC máxima: -9,5 lpm) (STS: DLCO: -3,9%; KCO: -5,2%; FC reposo: -0,7 lpm; FC máxima: -17,6 lpm). Las resistencias de la vía aérea (Raw) aumentaron significativamente en el grupo de pacientes intervenidos mediante STC (+13%). A pesar de todos estos cambios los pacientes permanecieron asintomáticos.

Tabla. Comparativa en los cambios en la función pulmonar, pletismografía, difusión de CO y ergometría tras 6 meses de la cirugía en pacientes sometidos a ST convencional (n = 18) y simplificada (n = 14).

	Post-ST conv 6 m (media ± DT)	Post-ST simpl 6 m (media ± DT)	p
FVC (L)	4,30 ± 1,11	4,31 ± 1,1	NS
FVC (%)	101,7 ± 26,2	102,7 ± 10,9	NS
FEV ₁ (L)	3,42 ± 0,79	3,51 ± 0,8	NS
FEV ₁ (%)	103,2 ± 10,4	103,7 ± 9,8	NS
FEF ₂₅₋₇₅ (L/s)	3,40 ± 1,08	3,82 ± 1,2	NS
FEF ₂₅₋₇₅ (%)	82,9 ± 22,3	81,6 ± 26,1	NS
TLC (L)	5,81 ± 1,17	5,77 ± 1,2	NS
TLC (%)	110,7 ± 12,8	103,9 ± 9,2	NS
VR (L)	1,61 ± 0,27	1,54 ± 0,4	NS
VR (%)	119,8 ± 27,7	104,2 ± 24	NS
Raw (kPa* s/l)	0,23 ± 0,05	0,22 ± 0,07	NS
Raw (%)	78,9 ± 23,4	73,1 ± 21,5	NS
DLCO (mmol/min/kPa)	8,87 ± 2,8	8,48 ± 2,5	NS
KCO (mmol/min/kPa/l)	1,68 ± 0,23	1,63 ± 0,2	NS
V'E reposo (l/min)	11,1 ± 4,63	11,8 ± 4	NS
V'E max (l/min)	86,1 ± 29,6	77,9 ± 23,3	NS
V'E max (%)	80,8 ± 17,9	78,6 ± 13,5	NS
VO ₂ reposo (ml/min)	342,6 ± 176,5	3,563 ± 128,5	NS
VO ₂ max (ml/min)	2.385,1 ± 846,6	2.222,1 ± 717,9	NS
VO ₂ max (%)	92,7 ± 12,3	91,8 ± 15	NS
VCO ₂ reposo (ml/min)	330,6 ± 156,5	316,2 ± 123,1	NS
VCO ₂ max (ml/min)	2.919,6 ± 1.025,7	28.128 ± 847,1	NS
FC reposo (lpm)	73 ± 133	79 ± 15	NS
FC max (lpm)	162,7 ± 16,9	161,4 ± 29,8	NS

Conclusiones: La STC y la STS, producen una disminución del FEV₁, el FEF 25-75%, de la difusión pulmonar y de la FC en reposo y máxima, así como un aumento de las Raw, leve aunque significativa, a largo plazo y sin repercusión clínica para el paciente. Estos cambios son independientes del nivel de sección de la cadena simpática torácica seccionada.

ELASTOFIBROMA DORSI, NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 15 AÑOS

D. Espinosa Jiménez, J.R. Cano García, P. Moreno Casado, J. Illana Wolf, F.J. Algar Algar, A. Álvarez Kindelán, F. Cerezo Madueño, C. Baamonde Laborda y A. Salvatierra Velázquez

Hospital Universitario Reina Sofía: UGC Cirugía Torácica y Trasplante.

Introducción: El objetivo es describir nuestra experiencia en el tratamiento de 11 pacientes con elastofibroma dorsi.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes intervenidos en nuestro servicio desde enero de 1993 hasta noviembre de 2008 con resultado anatómico-patológico de elastofibroma dorsi.

Resultados: Se han intervenido 11 pacientes, 7 (74%) mujeres y 4 (36%) varones. La edad media fueron 55,36 ± 9,64 años (35-68). La localización fue en un 54% de los casos derecha y en un 46% izquierda. Se ha presentado bilateralmente en 2 ocasiones. La sintomatología de presentación fue de dolor en un 27% de los casos, el resto presentaba tumoración de tamaño considerable que le producía molestias o alteraciones estéticas. En un caso se descubrió al realizar una toracotomía para resección de Ca broncogénico. El tamaño medio fue de 6,7 cm ± 1,4 (5-9). Como complicaciones se detectaron en dos casos seroma de la herida que se manejan con drenaje y control ambulatorio. La estancia media fue de 3,9 días.

Conclusiones: A pesar de su baja frecuencia es fundamental realizar un diagnóstico correcto, teniendo una adecuada actitud clínico-radiológica, para distinguirlo de otras patologías como sarcomas, metástasis subcutáneas, etc. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección en tumores de gran tamaño y pacientes sintomáticos, presentando bajas tasas de morbilidad y la recurrencia posquirúrgica es inusual.

EMPLEO DE MATERIAL REABSORBIBLE DE OSTEOSÍNTESIS EN LA CORRECCIÓN QUIRÚRGICA DEL PECTUS EXCAVATUM. PRIMERAS EXPERIENCIAS

C. Montero Romero, A. Carvajal Carrasco, J.A. Torrecilla Medina y P. Fernández Gómez-Escolar

Hospital Son Dureta: Cirugía Torácica.

Introducción: La corrección quirúrgica del pectus excavatum mediante la técnica de Ravitch precisa de la fijación del esternón en su posición corregida. Desde 2006 empleamos material reabsorbible compuesto por un copolímero (82% ácido poliláctico y 18% ácido poliglicólico) (Lactosorb®) con muy buenos resultados preliminares que consideramos conveniente comunicar por su novedad. El escaso número de casos no permite conclusiones con valor estadístico. Al ser el pectus excavatum una patología poco frecuente sería interesante un estudio multicéntrico que comparara los diferentes métodos empleados en su corrección.

Material y métodos: Hemos practicado un total de siete correcciones quirúrgicas de pectus excavatum según la técnica de Ravitch. En los tres primeros (grupo A) empleamos como fijación externa placas metálicas de Borrelly y en los cuatro últimos (grupo B) placas y tornillos de material reabsorbible (Lactosorb®). Es un copolímero biodegradable que se degrada en el cuerpo humano a través de la hidrólisis. Se

reabsorbe entre ocho a doce meses y no queda ningún cuerpo extraño al paciente, que al cabo del tiempo pueda causar molestias o problemas. Técnica quirúrgica. Liberado el fragmento distal de esternón procedemos a su fijación al manubrio mediante placa cuadrada de 50 × 50 mm y 10 × 10 agujeros y unos 30 tornillos. Posteriormente fijamos la parte movilizada del esternón a las costillas cuyos cartílagos han sido removidos con placas de Lactosorb.

Resultados: En el postoperatorio observamos menos dolor en el grupo B que en el A. La estancia media fue menor en el grupo B que en el A (6/10,66 días respectivamente). No hubo complicaciones inmediatas en ninguno de los dos grupos. Los resultados estéticos fueron aceptables y se mantuvieron en el tiempo de seguimiento, entre 2 años y 1 mes.

Conclusiones: En la corrección de una patología benigna como son las deformidades torácicas congénitas los objetivos deben ser una técnica lo menos traumática y dolorosa posible, mínima morbilidad, nula mortalidad, que no interfiera con el crecimiento corporal y que no sean necesarias las reintervenciones para la retirada de material de fijación. El material reabsorbible creemos que cumple todos estos requisitos. Sólo nos falta un mayor número de experiencias para poder extraer evidencia científica para lo que sería necesario un estudio multicéntrico.

ESTADO ACTUAL DE LA INCIDENCIA Y COMPLEJIDAD QUIRÚRGICA DE LA HIDATIDOSIS TORÁCICA EN NUESTRO MEDIO. ANÁLISIS DE 10 AÑOS CONSECUTIVOS

A. Cilleruelo Ramos, B. Gregorio Crespo, S. Cabanyes Candela, A. Arévalo Pardal, J.M. Matilla González, M. Castanedo Allende, F. Heras Gómez, J.L. Duque Medina y M. García Yuste

Hospital Clínico Universitario Valladolid: Cirugía Torácica.

Introducción: Esta comunicación tiene como objetivo analizar en nuestro medio la incidencia actual de esta afección torácica y determinar el grado de complejidad quirúrgica inherente a su tratamiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos en nuestro Servicio de hidatidosis torácica (HT) entre enero de 1999 y diciembre de 2008. Análisis de incidencia en nuestro medio, características demográficas de los pacientes, formas anatomoclínicas de presentación, y grado (G) de complejidad del tratamiento quirúrgico (G1. Resección pulmonar no reglada. G2: Exéresis lobar. G3: Actuación compleja sobre estructuras torácicas y adyacentes).

Resultados: 26 pacientes. Incidencia: 26/4.333 intervenciones torácicas, 0,6%. Pacientes: varones 20 (76,92%), mujeres 6 (23,08%). Edad años: rango, 15 a 79, media 52,80, mediana 58. Nacionalidad: española 24 (92,3%), otras 2 (7,7%). Intervenciones previas en 17 (65,38%): hidatidosis torácica 4 (23,52%), hepática 9 (52,94%), tránsito hepatotorácico (THT) 1 (5,88%), HT y hepática 1 (5,88%), HT, hepática, THT y paravertebral 1 (5,88%), hidatidosis suprarrenal 1 (5,88%). Hemitórax afecto: derecho 16 (61,53%), izquierdo 10 (38,47%). Formas anatomoclínicas: Pulmonar simple 12 (46,15%), pulmonar complicada 3 (11,53%) THT 7 (26,92%), vertebral y pleuroparietal 1 (3,84%). Grado (G) de complejidad quirúrgica: G1: 15 (57,69%), quistoperiquestomía 10 (38,46%), resección atípica 5 (19,23%); G2: lobectomía 3 (11,53%); G3: 8 (30,76%): corrección THT derecho 7 (87,5%) (hepatoneumobronquial 3 (42,85%); hepatopulmonar 2 (28,57%); hepatopleural 2 (28,57%)). H. parietal y vertebral dorsal 1 (12,5%). Morbilidad total observada: 7,69%. Mortalidad: (0%).

Conclusiones: Muy escasa incidencia actual en nuestro medio de HT. Frecuencia elevada (65%) de intervenciones quirúrgicas previas por hidatidosis. 30% de los pacientes precisan de intervenciones quirúrgicas complejas en razón de la forma anatomoclínica de presentación. Observación de baja tasa de morbilidad y nula mortalidad.

ESTRATEGIAS QUIRÚRGICAS PARA MINIMIZAR LOS RIESGOS DURANTE RESECCIÓN POR CÁNCER DE PULMÓN EN PACIENTES DE ALTO RIESGO

A. Martín-Ucar

Glenfield Hospital. Leicester: Cirugía Torácica.

Introducción: La unidad de Cirugía Torácica de Leicester ha tenido en los últimos tiempos una de las tasas de resección de cáncer de pulmón más altas en el Reino Unido. La suma de un nuevo cirujano al equipo no parece haber reducido este hecho. Intentamos evaluar los resultados quirúrgicos y analizar las estrategias quirúrgicas empleadas.

Material y métodos: Durante 9 meses, desde su contratación en enero de 2008, un nuevo cirujano torácico intervino a 72 pacientes [38 hombres y 34 mujeres, con una edad media de 70 (límites de 47 a 86) años] con cáncer de pulmón no microcítico. La incidencia de factores que incrementan el riesgo quirúrgico fueron: ppo FEV₁ < 40% en 25 pacientes (35%), 12 pacientes (17%) eran mayores de 80 años, y en 20 pacientes (28%) una alta comorbilidad cardiovascular fue claramente definida.

Resultados: En 71 de los pacientes se consiguió una resección anatómica con disección sistemática de ganglios linfáticos mediastínicos. El paciente restante declinó lobectomía después de que un cáncer fue diagnosticado durante biopsia toracoscópica por fibrosis pulmonar. Las operaciones fueron individualizadas de acuerdo a características del tumor y del paciente, y fueron: segmentectomía anatómica en 10 casos (14%), lobectomías en 38 (53%), broncoplastias/angioplastias en 10 (14%), neumonectomías en 9 (13%) y neumonectomía tras lobectomía previa en 4 casos (6%). En 5 casos (7%) una resección en bloque de pared torácica fue necesaria para obtener márgenes limpios. Se empleó traqueostomía electiva durante la cirugía como prevención en 3 pacientes. Todos los pacientes fueron extubados en quirófano y transferidos a la sala de Cirugía Torácica. La mortalidad postoperatoria fue del 2,8% (2 casos). Otros 3 pacientes necesitaron admisión a la Unidad de Cuidados Intensivos debido a insuficiencia respiratoria aguda. La estancia hospitalaria media fue de 7 días (3-62).

Conclusiones: El uso individualizado de un variado arsenal quirúrgico empleando resecciones anatómicas que limitan la pérdida de tejido pulmonar permite ofrecer tratamiento radical a pacientes con cáncer de pulmón que presentan altos riesgos quirúrgicos.

ESTUDIO DE LA FUNCIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A NEUMONECTOMÍA

A. Mariscal de Alba¹, J.L. Martín de Nicolás¹, J.C. Meneses Pardo¹, I. Martínez Serna¹, C. Marrón Fernández¹, J. Sayas Catalán², V. Díaz Hellín-Gude¹ y P. Gámez García¹

Hospital Universitario 12 de Octubre: ¹Cirugía Torácica, ²Neumología.

Introducción: La valoración de la función pulmonar es rutinaria antes de cualquier resección pulmonar. En pacientes sometidos a lobectomía se ha demostrado un menor porcentaje de disminución del FEV₁ en pacientes EPOC que en pacientes no EPOC. El objetivo de este estudio es comparar la función respiratoria entre pacientes EPOC y no EPOC sometidos a neumonectomía tras un año de la cirugía en nuestro servicio.

Material y métodos: Estudio retrospectivo longitudinal de una serie de 45 pacientes tratados mediante neumonectomía entre enero de 2003 y diciembre de 2007 a los que se les realizó una espirometría previa a la cirugía y otra al año de la intervención en el mismo laboratorio. 13 pacientes fueron excluidos por supervivencia menor a un año y/o haber realizado el seguimiento en otros hospitales. Se dividieron en dos grupos: grupo 1: EPOC (n = 16) y grupo 2: no EPOC (n = 16)

según los criterios de GOLD. El grupo EPOC se subdividió en EPOC leve ($n = 5$), moderado ($n = 13$) y grave ($n = 3$) en función de su FEV₁. Se calculó el % de disminución del FEV₁ de ambos grupos. Se comparó también la diferencia entre el FEV₁ postoperatorio previsto (calculado por segmentos) y el FEV₁ postoperatorio real.

Resultados: De los 32 pacientes, 29 eran varones (90,6%) y 3 mujeres (3,4%), con una edad media de 61 años (DE 10). Se realizó neumectomía izquierda en 23 pacientes (72%) y derecha en 9 (28%). No se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de disminución del FEV₁ comparando los dos grupos: media en EPOC 22% (DE 17) y media en no EPOC 30% (DE 16). Se encuentran diferencias significativas tras agrupar los pacientes según el grado: media de disminución en pacientes no EPOC + EPOC leve de 33% (DE 15) y media en pacientes con EPOC moderado + grave de 21% (DE 16) $p = 0,040$. Al calcular el porcentaje de variación entre el FEV₁ previsto postoperatorio y el FEV₁ postoperatorio real se observó un porcentaje de variación del 4,1% en pacientes no EPOC y un 16,5% en pacientes EPOC siendo estas diferencias no significativas.

Conclusiones: En nuestro estudio se encontraron diferencias significativas en el porcentaje de disminución del FEV₁ postoperatorio observándose menor porcentaje de disminución en pacientes diagnosticados de EPOC moderado o grave. Al comparar el FEV₁ previsto postoperatorio por segmentos funcionales con el FEV₁ postoperatorio real se observó una media de variación menor en pacientes no EPOC que en pacientes EPOC.

ESTUDIO DE VARIABILIDAD PRÁCTICA CLÍNICA EN LOS SERVICIOS DE CIRUGÍA TORÁCICA DE ANDALUCÍA. TÉCNICA GRUPO FOCAL

F. Cerezo¹, J.R. Cano¹, F.J. Algar¹, R. Arrabal², A. Bravo³, F.J. Ruiz Zafra⁴, F.J. de la Cruz⁵, J.C. Girón⁶, P. Moreno¹, D. Espinosa¹, J. Illana¹, A. Álvarez¹, E. Baamonde¹ y A. Salvatierra¹

¹Hospital Universitario Reina Sofía: Servicio Cirugía Torácica; ²Hospital Carlos Haya: Cirugía Torácica; ³Hospital General: Cirugía Torácica; ⁴Hospital Virgen de las Nieves: Cirugía Torácica; ⁵Hospital Virgen del Rocío: Cirugía Torácica; ⁶Hospital Virgen Macarena: Cirugía Torácica.

Introducción: Conocer la existencia e indagar en las posibles causas de variabilidad en la práctica médica (VPM), en el ámbito de una especialidad quirúrgica (cirugía torácica) en la Comunidad Autónoma de Andalucía.

Material y métodos: Se eligió como método de investigación la técnica de "grupo focal". Sobre una población total de 40 cirujanos torácicos en Andalucía (excluyendo médicos residentes en primer año de formación), constituimos un grupo focal compuesto por seis participantes (un cirujano torácico por cada servicio de la comunidad autónoma), debido al tamaño de la población los criterios seguidos para la elección de la muestra fueron: cirujanos torácicos que habían finalizado su período de formación como médicos residentes, y que tuvieran al menos cinco años de experiencia como facultativos especialistas en cirugía torácica en Andalucía. La reunión fue grabada con la aceptación de los participantes y analizado su contenido, codificando y categorizando los datos recogidos. Dos fueron las preguntas abiertas realizadas por el moderador: 1. ¿Cree que existe VPM entre los facultativos de su Servicio?. 2. ¿Cree que existe VPM entre los distintos Servicios de Andalucía?

Resultados: A la reunión no asistió uno de los convocados por lo que el grupo quedó formado por 5 facultativos. La duración de la reunión fue de 124 min, momento en que se consideró que se había alcanzado la saturación en la información sobre los temas propuestos. Por unanimidad salvo en un caso se expresó la opinión de ausencia de VPM excesiva intra-servicio y la existencia de gran VPM inter-servicios. Se codificaron 48 frases que contenían información relevante, agrupándose en sub-categorías: factores individuales (edad, formación recibida, etc.); factores externos al Servicio (dependencia otras especiali-

dades, etc.); relaciones con la Administración (falta de tiempo, etc.); factores derivados organización interna del Servicio (ausencia de protocolos consensuados, etc.); ausencia comunicación entre servicios; distinta estructura hospitalaria; ausencia de Sociedad representativa de la especialidad.

Conclusiones: Tras el análisis de la información recogida en el trabajo creemos que la sensación del facultativo es una baja VPM que no afecta a su actividad habitual, no obstante tras la investigación grupal se detectan la existencia de importantes áreas de mejora que deberían abordarse.

ETIOLOGÍA, LESIONES Y TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS TORÁCICAS

F.J. Ruiz Zafra, I. Piedra Fernández, F. Quero Valenzuela, S. Sevilla López, A. Alkourdi Martínez, F. Hernández Escobar, C.I. Bayarri Lara, A. Sánchez-Palencia Ramos y A. Cueto Ladrón de Guevara

Hospital Virgen de las Nieves: Cirugía Torácica.

Introducción: El objetivo de este trabajo es conocer las características demográficas, etiológicas, clínicas y terapéuticas de los pacientes tratados por herida torácica (HT).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos de HT con ingreso tratados en la unidad entre enero de 1986 y noviembre de 2008. Se recogieron las variables demográficas, etiología, lesiones torácicas y extratorácicas, tratamiento recibido, estancia media y mortalidad.

Resultados: De los 2.122 casos de traumatismo torácico ingresados en la unidad en dicho período, 193 presentaban HT (9,1%), de los que 178 eran varones (92,2%). La edad media fue de 34,2 años (14-82). Etiología: en 168 casos (87%) heridas por arma blanca, objetos punzantes u otras, y en 25 (13%) por arma de fuego. La causa más frecuente fue la agresión (148, 76,7%) seguida de autolisis en 9. Lesiones torácicas: en 120 (62%) las lesiones predominantes fueron en el lado izquierdo; en 105 casos la HT era penetrante (54,4%); existía ocupación pleural en 115 (59,6%), lesión parenquimatosa en 40, costales en 28, diafragmáticas en 12 y cardíacas en 7. Lesiones extratorácicas: en miembros o pelvis en 28 pacientes, abdominales en 18 y craneofaciales en 18. Tratamiento: local de la herida en 67 casos (34,7%), tubo de drenaje o toracocentesis en 61 (31,6%) y cirugía con anestesia general en 65, 33,7% (44 toracotomías, 7 toracotomía y laparotomía, 2 drenaje torácico y laparotomía, 6 esternotomías y 6 videotoracoscopias), de los que 14 fueron HT por arma de fuego (56% de los mismos) y 51 por otras causas (30% de ellos). La estancia media fue de 8 días (14,3 en HT por arma de fuego y 7 en el resto). Mortalidad: 4 pacientes (2%), 2 casos por arma de fuego.

Conclusiones: 1. Las heridas torácicas son más frecuentes en varones, jóvenes, en el hemitórax izquierdo, penetrantes y por agresión con arma blanca. 2. Sólo un tercio de los pacientes precisa intervención quirúrgica. 3. Las heridas por arma de fuego tienen peor pronóstico que las producidas por objetos punzantes.

EVALUACIÓN DE DISTINTAS VARIABLES PREOPERATORIAS EN LA PREDICCIÓN DE COMPLICACIONES

S. Cabanyes Candela, J.M. Matilla González, B. Gregorio Crespo, A. Cilleruelo Ramos, M. Castanedo Allende, F. Heras Gómez, J.L. Duque Medina y M. García Yuste

Hospital Clínico Universitario de Valladolid: Cirugía Torácica.

Introducción: El objetivo de esta experiencia es la evaluación de la fiabilidad de distintas variables preoperatorias en la predicción de aparición de complicaciones en pacientes intervenidos de carcinoma broncogénico.

Material y métodos: 359 pacientes intervenidos (333 hombres, 26 mujeres). Edad media 63 años, DE: 9,79. Variables preoperatorias consideradas: demográficas (sexo y edad), quirúrgicas (tipo de intervención), antecedentes (EPOC, enfermedad cardiovascular, diabetes), parámetros funcionales respiratorios (FEV_1 , $FEV_{1\%}$, DLCO y desaturación al esfuerzo). Complicaciones postoperatorias consideradas: respiratorias (fracaso respiratorio, edema postneumonectomía, neumonía postoperatoria, oxigenoterapia prolongada), cardiovasculares (arritmia, FA, IAM, isquemia postoperatoria) y relacionadas con la cirugía (hemorragia posquirúrgica, fístula broncopleurales). Todos los datos fueron introducidos en un programa SPSS (v 17) y tratados estadísticamente. La relación entre las variables preoperatorias consideradas y las complicaciones postoperatorias fue hallada mediante la realización de análisis estadístico univariante (χ^2 y t de Student) y multivariante (regresión lineal). Una $p < 0,05$ fue considerada como significativa.

Resultados: Complicaciones postoperatorias en el 29,1% de los pacientes. Respiratorias: edema postneumonectomía (1,6%), fracaso respiratorio (9,4%), neumonía, necesidad de oxigenoterapia (5%); cardiovasculares: arritmia postoperatoria (10%), IAM (0,3%), isquemia (1,2%); y quirúrgicas: fístula broncopleurales (2,2%), hemorragia posquirúrgica (3,1%). Reintervención (4,3%). Una relación estadísticamente significativa pudo ser establecida entre la aparición de complicaciones y edad > 65 años ($p = 0,02$), EPOC ($p = 0,00$), FA preoperatoria ($p = 0,00$), $\% FEV_1$ preoperatorio = 40% ($p = 0,00$), desaturación al esfuerzo $> 2\%$ ($p = 0,00$) y neumonectomía como intervención ($p = 0,00$). En el análisis multivariante; EPOC ($p = 0,004$), edad ($p = 0,0004$) y desaturación al esfuerzo ($p = 0,00$) se mostraron como los parámetros preoperatorios de riesgo con mayor valor significativo en la predicción de la aparición de complicaciones.

Conclusiones: La desaturación al esfuerzo ($p = 0,017$) resulta estadísticamente más significativa que el FEV_1 preoperatorio ($p = 0,06$) para predecir la aparición de complicaciones postoperatorias. Edad ($p = 0,0004$) y EPOC ($p = 0,004$) muestran influencia estadísticamente superior a la del resto de las variables consideradas.

EVOLUCIÓN POSQUIRÚRGICA DE PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS

F. Rivas Doyague, R. Ramos Izquierdo, A. Ureña Lluveras, I. Macía Vidueira, G. Rosado Rodríguez, I. Escobar Campuzano y J. Moya Amorós

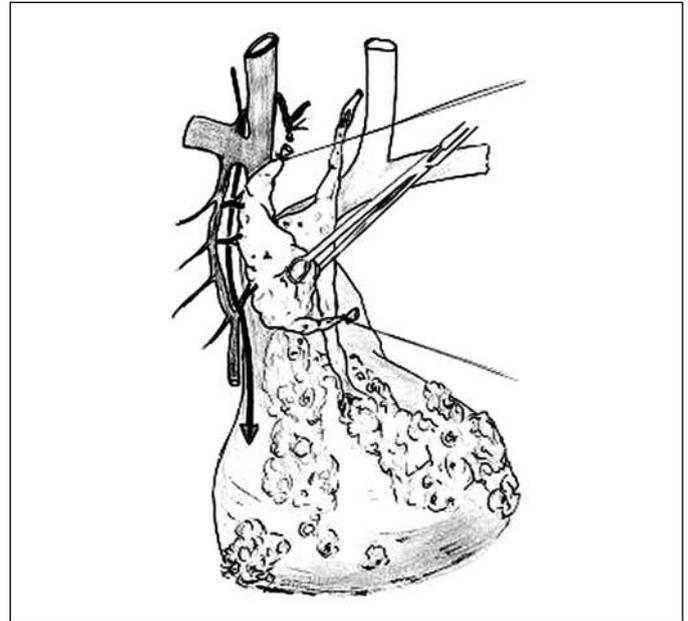
Hospital Universitario de Bellvitge: Cirugía Torácica.

Introducción: La timectomía es un arma eficaz en pacientes con MG, con una baja morbimortalidad y una tasa de mejoría entorno al 85%. Objetivo: Estudiar la tasa de remisión en pacientes con miastenia gravis (MG) intervenidos en nuestro servicio.

Material y métodos: Se incluyen 61 pacientes intervenidos entre el 01/01/1990 y 30/11/2008. Diagnosticados preoperatoriamente de MG. Se ha realizado un análisis descriptivo, retrospectivo, incluyendo datos clínico-diagnósticos, AP y estado post-intervención (considerando remisión clínica (RCS), remisión farmacológica (PR) o mínimas manifestaciones (MM) según la Fundación Americana de Miastenia Gravis) a 1 y 5 años de la intervención.

Resultados: Se han intervenido 61 pacientes, 19 hombres y 42 mujeres, con una edad media (EM) de 42,7 años (17-74 años), realizándose una timectomía transesternal extendida en 54 casos (88,5%), en 2 pacientes se practicó esternotomía exploradora y biopsia por ser el tumor irreseccable, en 3 casos se asoció toracotomía con resección de metástasis pleuropulmonares por timoma maligno. La tasa de complicaciones fue del 19,7%, siendo las más frecuentes 2 neumotórax tras retirada de drenajes, 2 osteítis esternales con dehiscencia de sutura y 2 atelectasias (3,27%). Un paciente sufrió anemia eritroblástica a los 3,5 meses, como síndrome paraneoplásico asociado a timoma

maligno. El 34,4% de los pacientes han alcanzado la remisión al año de ser intervenidos; de ellos 2 pacientes presentaban timoma maligno y habían recibido tratamiento adyuvante con quimioterapia. El 69,7% han alcanzado la remisión a los 5 años, la EM es de 36 años, el 95,3% son anticuerpos anti Ach-R positivos, el 56% presentaban un timo hiperplásico, 13% involutivo y 32% timoma. El período prequirúrgico fue de 327 días. Los que no alcanzaron la remisión a los 5 años tienen una EM de 44 años, 80% son ARA positivos, el 22,2% presentan timo hiperplásico, 55,5% involutivo y 33% timoma, período prequirúrgico 1.041,4 días. El 6,6% de los pacientes han presentado una crisis miasténica tardía.



Conclusiones: 1. Los mejores resultados se obtienen en mujeres jóvenes con: un tiempo de evolución inferior a 1 año hasta la cirugía, hiperplasia tímica confirmada por AP, después de un período de 2,5 a 5 años tras la cirugía. 2. Técnicas menos agresivas han demostrado resultados similares a la timectomía transesternal, son necesarios métodos de imagen que permitan limitar la resección a las áreas aberrantes del timo.

EVOLUCIÓN TRAS CIRUGÍA DE METÁSTASIS PULMONARES DE CÁNCER COLORRECTAL

G. González Casaurran, L. Azcárate Perea, J. Isea, R. Peñalver Pascual, C. Simón Adiego, N. Moreno Mata y F. González Aragonese

Hospital General Universitario Gregorio Marañón: Cirugía Torácica.

Introducción: El 10% de pacientes con metástasis pulmonares de cáncer colorrectal (CCR) son susceptibles de tratamiento con intención radical. La supervivencia a 5 años de los pacientes intervenidos quirúrgicamente es del 41-56%. El resto de pacientes fallece principalmente por progresión tumoral. A pesar de las abundantes publicaciones existentes sobre factores pronósticos, poco se ha escrito sobre la historia natural del tumor tras la cirugía de metástasis pulmonares, y sobre el efecto de la quimioterapia sobre la misma.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos por metástasis pulmonar de origen colorrectal desde enero 1985 hasta octubre 2006. Se estudió la supervivencia global (SG), supervivencia libre de enfermedad (SLE), y patrones de recidiva en función de parámetros demográficos, anatomopatológicos, clínicos, y terapéuticos. El análisis de datos se realizó utilizando el programa estadístico SPSS 13.0.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes (27 hombres y 21 mujeres), con una media de edad de 61,5 años (41-79 años). SG tras diagnóstico de metástasis a 5 y 10 años: 44,1%, y 24,4%, con una mediana de 42,5 meses (10-180). La tasa de recidiva tras resección de metástasis pulmonares fue del 75%. La mediana de SLE fue de 18,5 meses (1-175). Las determinaciones elevadas de CEA se asociaron a una menor SLE ($p = 0,025$), y a una menor supervivencia global ($p = 0,07$). La administración de quimioterapia adyuvante se asoció a una mayor SG ($p = 0,031$). Cuando la estadificación preoperatoria incluyó PET, aumentó la SLE ($p = 0,017$). En los pacientes con recidiva se observaron metástasis pulmonares en el 60,8%, y extrapulmonares en un 66,7%. La supervivencia a 5 años tras segunda metastasectomía pulmonar ($n = 5$) fue del 40%.

Conclusiones: En nuestra serie la utilización de quimioterapia adyuvante tras cirugía de metástasis aumenta la supervivencia global. Además, el CEA preoperatorio constituye un factor de mal pronóstico independiente. Finalmente apuntar que la realización de PET/PET-TC preoperatorio permite la selección de pacientes con enfermedad limitada a los pulmones.

EXPERIENCIA INICIAL CON EL DRENAJE TORÁCICO DIGITAL, TRAS CIRUGÍA PULMONAR. ESTUDIO PROSPECTIVO

J.M. Mier Odriozola, L. Molins López-Rodó, J.J. Fibla Alfara y G. Vidal López

Hospital Sagrat Cor: Cirugía Torácica.

Introducción: El drenaje torácico es parte fundamental tras toda cirugía pulmonar, por eso desde su inicio, ha ido sufriendo varios cambios y modificaciones. El objetivo de este estudio es demostrar la utilidad de este dispositivo, resaltando sus ventajas y desventajas tras la utilización en una serie de pacientes.

Material y métodos: Desde junio a octubre de 2008, prospectivamente se utiliza el drenaje torácico digital (DTD) en 26 pacientes. 18H y 8M. Con edad promedio 65 años habiéndose practicado 14 lobectomías 2 con broncoplastia; 10 resecciones atípicas 2 por videotoracoscopia (VTC); 1 cirugía de reducción de volumen (LVRS) unilateral que contenía un nódulo pulmonar solitario y 1 decorticación. Se tomaron como parámetros la fuga aérea (FA) inicial tras la extubación del paciente, y la (FA) para el retiro del drenaje. Todos los enfermos se dejaron con la misma aspiración -15 cm H_2O . La retirada del DTD se realizó siempre teniendo en cuenta al mismo tiempo la clínica y radiología del paciente.

Resultados: La FA inicial tras extubación en promedio fue de 361,46 ml/min, con un rango de 8 a 1.227 ml/min; la FA del retiro fue en promedio 6,8 ml/min, rango desde 0-8 ml/min excepto en el paciente decorticado y la LVRS que fueron egresados con Válvula de Heimlich, una paciente con FA persistente fue egresada de manera ambulatoria con el DTD para manejo domiciliario por su parte. El retiro del DTD se realizó en promedio a los 2,6 días. La FA excesiva, pinzamiento del sistema o desconexión del mismo fueron detectados de manera precoz por el personal de enfermería. La movilidad del enfermo fue más temprana, ya que el dispositivo pesa menos (1 kg si está lleno el depósito de líquido) que el tradicional (hasta 2,5 kg) y no requiere de succión a la pared. No produce ruido a comparación de algunos de los dispositivos utilizados hoy en día.

Conclusiones: El DTD es un dispositivo seguro y de utilidad debido a que avisa de fugas excesivas, pinzamiento o desconexión del mismo. Cuantifica la fuga aérea y del líquido plasmándola de una manera medible eliminando las diferencias interobservador. No requiere de succión a la pared, por lo que el paciente tiene mayor autonomía, incluso puede ser dado de alta con dicho DTD a su domicilio. Realiza gráficas de FA para valorar la evolución de la misma. Su costo inicial es similar a los dispositivos tradicionales. La FA recomendada para el retiro del drenaje es menor de 10 ml/min.

EXPERIENCIA INICIAL EN LA RESECCIÓN DE LESIONES MEDIÁSTÍNICAS ANTERIORES POR VIDEOTORACOSCOPIA

M. Paradela de la Morena, D. González Rivas, R. Fernández Prado, M. de la Torre Bravo, J.M. Borro Maté, M. Delgado Roel, J.A. García Salcedo, E. Fieira Costa y D. Platas

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña: Cirugía Torácica.

Introducción: La videotoracoscopia (VTC) ha demostrado ofrecer los mismos resultados oncológicos que la cirugía abierta en la resección de timomas estadio I-II, mejorando ciertos aspectos del postoperatorio. El objetivo de este estudio es confirmar la viabilidad terapéutica de la VTC en la resección de lesiones mediastínicas anteriores.

Material y métodos: Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo de nuestra experiencia inicial en la resección de lesiones mediastínicas anteriores por VTC. Desde noviembre del 2007 hasta septiembre del 2008 se realizó videocirugía en 12 pacientes (p). Dicha vía de abordaje se empleó como alternativa a la esternotomía media en 9 casos de lesiones mediastínicas anteriores (Grupo 1) y sustituyendo a la mediastinotomía anterior en 3 pacientes con adenopatías prevasculares (Grupo 2). En el Grupo 1 se realizó exéresis completa de la lesión mediante VTC izquierda/derecha por tres puertas de entrada con gas CO_2 y en el Grupo 2, se procedió a la biopsia de las adenopatías mediante VTC izquierda por dos puertas de entrada sin ser necesaria la utilización de gas.

Resultados: De los 12 casos 5 eran varones y 7 mujeres. La edad media fue de 44 ± 14 años. El síntoma guía más frecuente fueron las crisis miasténicas (4p), seguidas del hallazgo casual (3p). Los resultados anatomopatológicos en el Grupo 1 fueron: 4 restos tímicos, 2 quistes tímicos, 2 timomas y 1 schwannoma. Los resultados en el Grupo 2 fueron: 1 metástasis de adenocarcinoma gástrico, 1 metástasis de un carcinoma epidermoide de laringe y un ganglio linfático sin evidencia de infiltración tumoral. El tamaño medio de la pieza en el Grupo 1 fue de $6,5 \times 2 \pm 2$ cm. Fue necesaria la reconversión en un solo caso del Grupo 1 por motivos técnicos. No hubo morbimortalidad postoperatoria en ninguno de los dos grupos. Ninguno de los pacientes precisó epidural. La mediana de tiempo de uso de mórnicos fue 0,5 días; de mantenimiento de DET de 1,5 días y de ingreso postoperatorio de 2 días. Todos los pacientes entrevistados en la 1ª revisión postoperatoria relataron no precisar analgesia ambulatoria en el momento de la consulta.

Conclusiones: La VTC es una opción terapéutica válida en la resección de lesiones mediastínicas anteriores. En nuestra serie de casos hemos apreciado un buen control del dolor postoperatorio y una corta estancia hospitalaria.

FACTORES INFLUYENTES EN LA SUPERVIVENCIA DE PACIENTES SOMETIDOS A NEUMONECTOMÍA POR CARCINOMA BRONCÓGENICO

C. Pages Navarrete, F.J. Roca Fernández, R. Mongil Poce, J.A. Ruiz Navarrete, R. Arrabal Sánchez, A. Benítez Doménech, A. Fernández de Rota Avecilla y J.L. Fernández Bermúdez

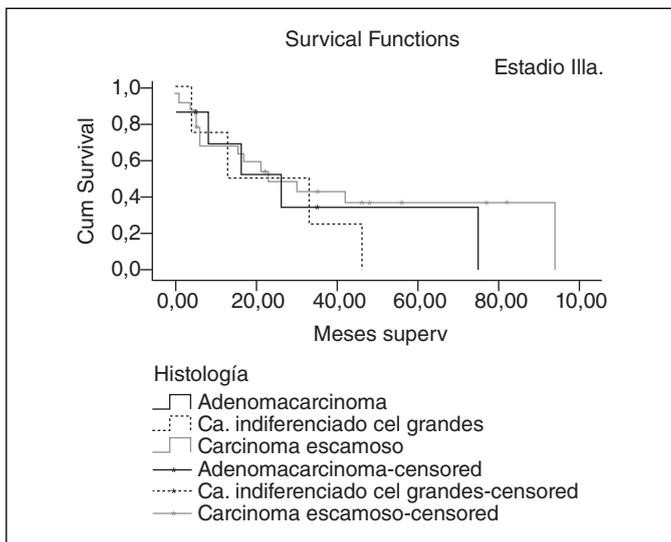
Hospital General Universitario Carlos Haya: Cirugía Torácica.

Introducción: Aunque la neumonectomía es una técnica con mayor morbi-mortalidad que el resto de resecciones pulmonares. Para determinados pacientes, es la única opción terapéutica curativa posible.

Material y métodos: El objetivo es analizar la supervivencia (S) de los pacientes sometidos a una neumonectomía (N) como tratamiento del c. broncogénico desde mayo de 1999 a mayo de 2008, y los factores que han influido en la misma. Se ha realizado un estudio retrospectivo de 116 pacientes. Para la caracterización del grupo se han empleado métodos estadísticos descriptivos. La estimación de la S. se ha

calculado con el método de Kaplan-Meier y test de log Rank. El seguimiento medio fue de 35 meses.

Resultados: Las neumonectomías han supuesto el 10,2% del total de intervenciones por cáncer pulmonar en este período (1137). De los 116 pacientes incluidos sólo 3 eran mujeres, media de edad 62 años (37-80). Sólo no fumadores 3,6%. Se practicaron 26 mediastinoscopias para estadificación de los que 9 (7,8%) fueron sometidos a quimioterapia neoadyuvante. Se practicaron 41 N derechas y 75 N izquierdas. La morbilidad se presentó en un 36% (fístula bronquial 7,8%) y la mortalidad perioperatoria fue del 8,6%. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide 71,6%, adenocarcinoma 21,6% y el indiferenciado de células grandes 6%. La S. fue al año del 74,6%, a los 3 años del 50,8%, a los 5 del 39,1% y del 25,7% a los 9 años., con una media de S. de 52,5 meses y una mediana de 42 meses. El lado no influye de manera significativa en la S. de nuestra serie. En cambio la histología del tumor sí presenta diferencias, así las S. medias para el epidermoide: 59 meses, adenocarcinoma: 33 y ICG: 31 ($p = 0,007$), al comparar por estadios es en el IIIa donde la diferencia es más manifiesta: a los 3 años del 42, 34 y 25%, respectivamente ($p = 0,01$). Otro factor que presentó diferencias a medio ($p = 0,04$) y largo plazo ($p = 0,02$) fue la afectación ganglionar con una s. media de N0: 64, N1: 52 y N2: 35 meses. Los pacientes sometidos a neoadyuvancia no presentaron diferencias significativas en la S.: a 3 años 45 vs 51%. La existencia de fístula bronquial incide de manera negativa en la S, sobre todo a corto ($p = 0,004$) y medio plazo ($p = 0,01$) esto mismo ocurre con el resto de complicaciones.



Conclusiones: La no afectación ganglionar y la histología epidermoide presentan mejor pronóstico de S. El estadio IIIa presenta las mayores diferencias.

HERIDAS TORÁCICAS POR ARMA BLANCA: NUESTRA EXPERIENCIA

A. Ureña Lluveras, R. Ramos Izquierdo, I. Macía Vidueira, F. Rivas Doyague, G. Rosado Rodríguez, I. Escobar, J. Saumench y J. Moya

Hospital Universitari de Bellvitge: Cirugía Torácica.

Introducción: Se presenta una revisión de 5 años, entre enero de 2003 hasta diciembre del 2008, de los pacientes con diagnóstico de herida torácica por arma blanca, ingresados en el servicio de cirugía torácica del Hospital Universitari de Bellvitge con el propósito de determinar las complicaciones más frecuentes, tipos de tratamiento, pruebas complementarias y mortalidad.

Material y métodos: Se diseñó un estudio descriptivo transversal y retrospectivo en el que se incluyeron 63 pacientes, 61 varones (96,82%) y 2 del sexo femenino (3,17%), con una relación varon:hembra de 35,5:1. Las edades se distribuyeron entre 18 y 65 años con una media de 30,01. En todos los casos el agente causal fue una arma blanca, la mayoría fueron agresiones 83,30%, y el resto intentos de autolisis 9,52%. Se observa una distribución asimétrica en el día de ingreso a lo largo de la semana con predominio de los fines de semana, registrándose un pico el domingo.

Resultados: La mayoría de pacientes no sufrieron complicaciones mayores, y después de 48 horas de observación, con radiografía de tórax y analítica de control correctas, pudieron ser dados de alta. El 44,44% ingresó para observación, el 65,07% presentaron complicaciones pleurales: neumotórax 23,80%, hemoneumotórax 19,04% o hemotórax 17,46%. El 42,5% requirió la colocación de drenaje torácico, y el 22,22% precisó intervención quirúrgica, en las que se incluye revisión de herida, toracotomía exploradora, sutura diafragmática, resecciones pulmonares atípicas, y en una minoría de los casos se suturó el corazón o se reseccó el pericardio (4,76%). En un 11,11% de los intervenidos se les colocó drenaje previamente, y a un 4,76% se les realizó DIVAS, evitándose cirugía mayor. Las lesiones se localizaron predominantemente en hemitórax izquierdo 61,9%, siendo el resto en hemitórax derecho 20,63% o bilaterales 17,46%. Un 62,03% fueron anteriores y un 37,97% fueron posteriores. La estancia hospitalaria no excedió los 14 días con una media de 5,64 días. La mortalidad fue de un caso (1,58%).

Conclusiones: Las lesiones por arma blanca son cada vez más frecuentes en nuestro medio, requiriendo un tratamiento principalmente conservador. La mayoría de los pacientes acuden en contexto de agresión con lesiones en hemitórax izquierdo, siendo la lesión pleural más frecuente el neumotórax. Las complicaciones mayores son infrecuentes, así como la mortalidad asociada.

INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE MAGNESIO SÉRICO EN LAS NECESIDADES DE ANALGESIA EN EL POSTOPERATORIO

E. Pastor Martínez

Hospital Universitario La Fe: Cirugía Torácica.

Introducción: Determinar la correlación entre los niveles de magnesio preoperatorio y postoperatorio con las necesidades de analgesia y la intensidad del dolor postoperatorio.

Material y métodos: El estudio se efectuó sobre pacientes sometidos a toracotomía por patología pulmonar. Se excluyeron pacientes con: historia de dolor crónico, tratamiento con opioides, calcioantagonistas y/o magnesio previo a la intervención, menores de 18 años, etc. El manejo del dolor postoperatorio se realizó mediante PCA de morfina (DELTEC CADD-Legacy de Smiths-Medical) con perfusión continua de 1 mg/hora y bolos a demanda de 1 mg, con tiempo de cierre de 15 minutos, y AINEs. Se cuantificaron los requerimientos de analgesia a las 6, 24 y 48 horas. El magnesio sérico se midió en el preoperatorio y a las 6, 24, 48 y 72 horas en el postoperatorio. La intensidad del dolor se valoró con la escala visual analgésica.

Resultados: Hasta el momento, se han recogido los datos de 20 pacientes (15% mujeres), con una edad media de 64,1 años (25-78). El valor de magnesio más bajo se registró a las 24 h ($1,74 \pm 0,17$; Descenso: $0,12 \pm 0,13$). Las correlaciones (Rho Spearman) con la EVA y las dosis de PCA quedan reflejadas en las tablas 1 y 2.

	EVA ingreso	EVA 6h POP	EVA 24h POP	EVA 48h POP
Mg 24h POP	0,59 **	0,318	0,472*	0,465*

	Dosis PCA 6h	Dosis PCA 24h	Dosis PCA 48h
Mg 24h POP*	0,542*	0,418	0,462

Conclusiones: Pese a que las concentraciones de magnesio sérico tuvieron el mismo comportamiento que las descritas en la literatura, los resultados de este estudio reflejan que los pacientes con niveles más bajos de magnesio sérico no tienen necesariamente mayor requerimiento de opioides. Por tanto, son necesarios más estudios con buena calidad científica en los cuales se pueda valorar la relación entre el magnesio sérico y en líquido cefalorraquídeo con sus posibles efectos antinociceptivos y justificar el uso del magnesio intravenoso en el manejo del dolor agudo.

INSUFLACIÓN DE CO₂ EN LA DISECCIÓN VIDEOTORACOSCÓPICA TRANSMEDIASTÍNICA PARA LA REPARACIÓN MÍNIMAMENTE INVASIVA DEL PECTUS EXCAVATUM (ASPECTOS TÉCNICOS)

A. Arroyo Tristán¹, P. Martínez Martínez¹, M.J. Roca Calvo¹,
A. Sánchez Amador², J. Torres Lanzas¹ y V. Cañadillas Roldán²

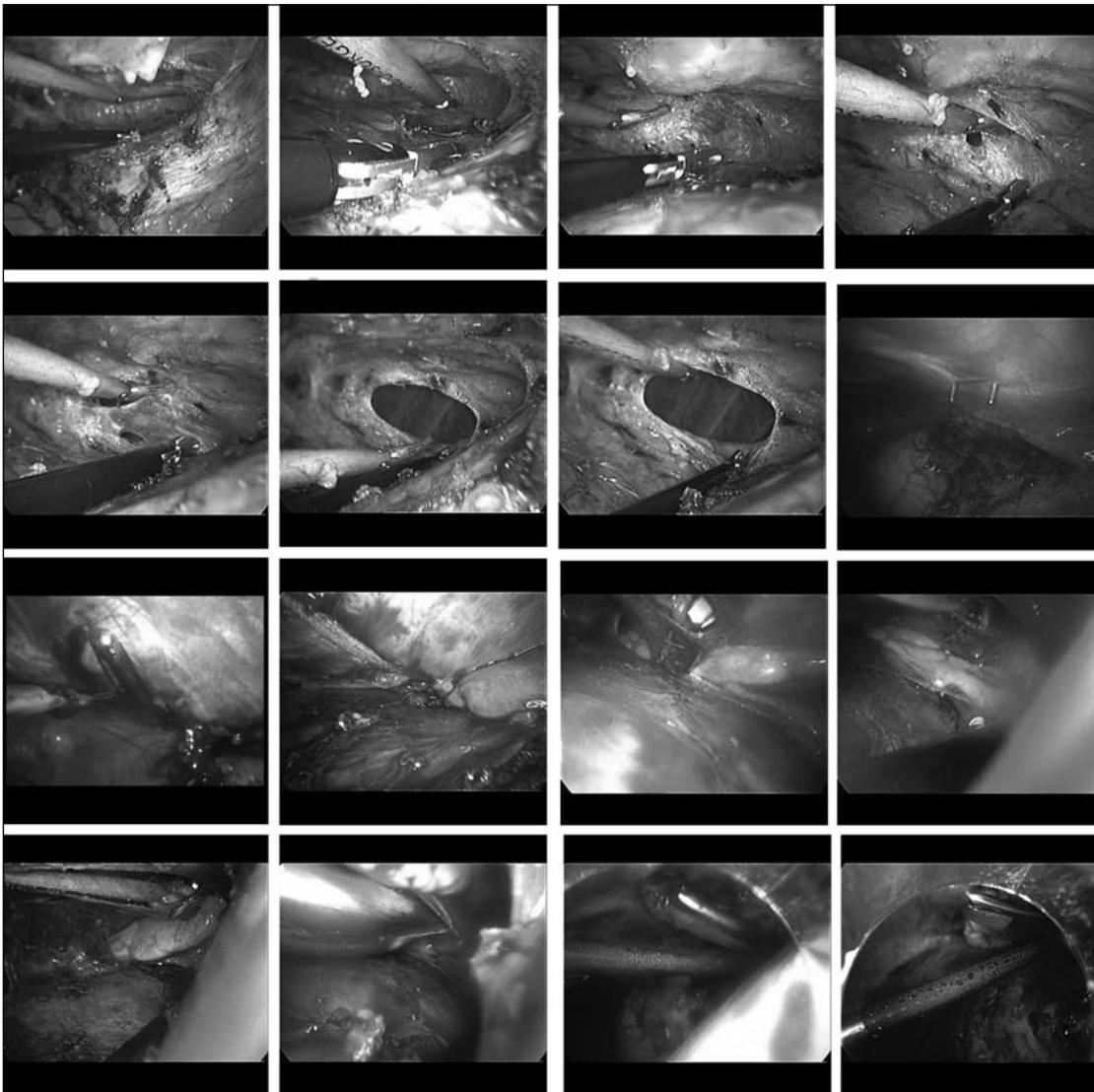
Hospital Virgen de la Arrixaca: Cirugía de tórax, ²Anestesiología y Reanimación.

Introducción: En los últimos 10 años han surgido artículos que detallan modificaciones en la reparación mínimamente invasiva conocida como procedimiento de Nuss (RMIPE Nuss): edad de indicación de la técnica, número de barras y estabilizadores o aspectos técnicos modificados del proceso. Presentamos nuestra experiencia en una serie

de 5 pacientes varones adultos sometidos a RMIPE Nuss implementada con insuflación de dióxido de carbono (CO₂) para la disección videotoracoscópica transmediastínica (RMIPE Nuss VT-CO₂).

Material y métodos: Entre octubre de 2007 y noviembre de 2008, 5 pacientes varones con edad media de 21,2 años (19, 20 (n = 2), 23 y 24) e índice pectus medio preoperatorio de 3,6802 fueron sometidos a RMIPE Nuss. Las indicaciones para cirugía fueron por motivos estéticos en todos ellos. La técnica se implementó mediante la insuflación de CO₂ para disección transmediastínica de pleura a pleura para control videotoracoscópico. Se estudiaron los cambios de la presión en vía aérea, Sat O₂, PCO₂, T.A. antes y después de la insuflación de CO₂ a 12 mmHg.

Resultados: La RMIPE Nuss VT-CO₂ se realizó con éxito en los 5 pacientes. No existieron complicaciones intraoperatorias. El tiempo medio de cirugía fue de 112,2 minutos. Todos los pacientes requirieron una única barra y un único estabilizador. No observamos neumotórax postoperatorios. Dos pacientes desarrollaron infección de herida quirúrgica. El dolor postoperatorio se trató con analgesia epidural durante 72 h y posterior analgesia intravenosa progresiva a oral. La estancia media fue de 8,8 días. La monitorización antes y después de la insuflación de CO₂ mostró desaturación inicial de 97-99 a 93-94% corregida con aumento de FiO₂ y vuelta a estado basal en 4-6 minutos; aumento de presión en vía aérea de 20-22 a 34-36 mmHg; retención de carbónico hasta 50-60 mmHg que se corregía con disminución de la presión de 12 a 6-8 mmHg.



Conclusiones: La VT con insuflación de CO₂ para la disección de la celada mediastínica precardiaca-retroesternal de pleura a pleura facilita el control del acceso a cavidad pleural, paso de estabilizadores y barra de Nuss evitando lesiones de ramas mamarias o corazón y aporta seguridad para la realización de la técnica RMIPE Nuss. Los efectos en la ventilación y oxigenación del paciente son leves y reversibles con una buena monitorización y coordinación entre cirujano y anestesista.

LA EXPLORACIÓN QUIRÚRGICA DEL MEDIASTINO: 18 AÑOS DE EXPERIENCIA

S. Figueroa Almánzar, A. Arnau Obrer, N. Martínez Hernández, J. Martínez Baños, J.M. Galbis Carvajal y R. Guijarro Jorge

Hospital General Universitario de Valencia: Cirugía Torácica.

Introducción: La exploración quirúrgica del mediastino (EQM) es considerada una pieza fundamental en el algoritmo diagnóstico y de estadificación del cáncer de pulmón. Revisamos los resultados obtenidos en nuestro servicio durante los últimos 18 años.

Material y métodos: Desde el año 1990 hasta la actualidad hemos realizado 315 EQM para estadificación o filiación histológica del carcinoma pulmonar no microcítico. La indicación quirúrgica fue sentada fundamentalmente por la presencia de adenopatías mediastínicas mayores a 1 cm de diámetro en una tomografía computarizada (TC). Llevamos a cabo 179 mediastinoscopias cervicales tipo Carlens y 136 mediastinotomías anteriores izquierdas tipo Stemmer, en función de la localización de las adenopatías. Se evalúan la sensibilidad, especificidad y valores predictivos negativos de ambas exploraciones tomando como gold standard los resultados histológicos definitivos del muestro ganglionar llevado a cabo en la toracotomía.

Resultados: Entre las 179 mediastinoscopias se estadificó como cN0 a 91 (50,84%) pacientes, 76 fueron intervenidos mediante toracotomía. Otros 88 (49,16%) fueron estadificados como cN2 y tras quimioterapia neoadyuvante se procedió a la toracotomía en 26 casos. De las 136 mediastinotomías anteriores, el resultado fue cN0 en 54 (39,7%) pacientes, interviniendo con posterioridad a 45 de ellos. Los 82 (60,29%) restantes fueron cN2, todos ellos recibieron quimioterapia neoadyuvante y finalmente se intervino a 33 pacientes. En conjunto, fueron sometidos a toracotomía 180 pacientes previamente estadificados mediante una EQM. 121 (67,22%) estadificados como cN0 y 59 (32,78%) como cN2. Se realizaron 26 (14,44%) toracotomías exploradoras sin resección. La sensibilidad global de la EQM en nuestras manos resultó ser del 57,9%, con un 48,57% para la mediastinoscopia y un 65,85% para la mediastinotomía anterior. La especificidad global fue del 85,57%, con 86,57% para la mediastinoscopia y 83,78% para la mediastinotomía anterior. El valor predictivo negativo global fue del 73,55%.

Conclusiones: La exploración quirúrgica del mediastino continúa siendo una herramienta crucial en el manejo del carcinoma pulmonar no microcítico. No obstante, las nuevas pruebas de imagen y técnicas mínimamente invasivas pueden ayudarnos a mejorar nuestros resultados y realizar así una estadificación más acertada.

LA VIDEOTORACOSCOPIA EN EL MANEJO CLÍNICO DE LOS DERRAMES PERICÁRDICOS NO MALIGNOS

N. Martínez Hernández¹, J. Martínez Baños¹, C. Cortes Alcaide¹, B. Tormos², S. Figueroa Almanzar¹, J.M. Galbis Carvajal¹, A. Arnau Obrer¹ y R. Guijarro Jorge¹

Hospital General Universitario de Valencia: ¹Cirugía Torácica, ²Cirugía General y Digestiva.

Introducción: Los derrames pericárdicos crónicos o recidivantes a menudo son debidos a procesos neoplásicos. Sin embargo, el 50% de los derrames pericárdicos en pacientes con enfermedad desconocida,

son de etiología no neoplásica. En estos casos la toma de muestras para el correcto diagnóstico es esencial. Objetivo: aportar la experiencia en 19 casos de derrame pericárdico recidivante de etiología clínica benigna, diagnosticados y tratados tras realizar biopsia y ventana pericárdica permanente.

Material y métodos: Hemos practicado ventana pericárdica por videoci-rugía a 19 pacientes con sospecha clínica de patología benigna en un período de 92 meses. Los pacientes fueron seleccionados para la técnica en base a una demostración ecocardiográfica del derrame y su estabilidad clínica. La indicación fue realizada por la presencia de síntomas atribuibles al derrame pericárdico junto a la necesidad de toma de muestras biópsicas. El procedimiento se practicó con anestesia general e intubación selectiva, con el paciente en decúbito lateral y a través de 2 trócares.

Resultados: Se realizaron 19 pericardiectomías parciales. La edad media fue de 59 años, y la distribución por sexos 12/7 (hombres/mujeres). A 5 pacientes se les había practicado cirugía cardiaca los días previos. En 9 pacientes existía derrame pleural concomitante que fue drenado en el mismo acto. El diagnóstico final fue: 6 casos de pericarditis inespecífica, 2 de tuberculosis, 4 pacientes con pericarditis urémica y en otros 2 se detectó una patología neoplásica desconocida. En los posquirúrgicos el pericardio no mostró alteraciones relevantes. Dos pacientes precisaron toracotomía accesoria debido a la existencia de adherencias.

Conclusiones: La pericardiectomía por videotoracoscopia tiene indicación en los derrames pericárdicos crónicos o recidivantes (con posibilidad de toma de muestras) y en los posquirúrgicos que esté indicado el drenado del mismo. En caso de derrame pericárdico con clínica aguda, la pericardiocentesis es preferida por su sencillez y no precisar anestesia general.

LE FERITE PENETRANTI DEL TORACE: ESPERIENZA DI SEI MESI A KABUL

P. Rinaldi, C. Primiceri y G. Volpato

Università degli studi di Pavia Cattedra e Scuola di Specializzazione in Chirurgia Toracica: Chirurgia Toracica.

Introducción: Descrivere la tempistica e le modalità di trattamento che influenzano la prognosi in pazienti con lesioni penetranti del torace.

Material y métodos: Dal settembre 2005 al marzo 2006 sono stati ricoverati presso l'ospedale civile di Kabul 110 pazienti (età media 30,1 aa) con lesioni penetranti del torace: 40 pazienti (36,3%) per ferite da taglio, 32 in seguito ad incidente stradale (29,1%), 26 con ferite da arma da fuoco (23,6%), 4 con lesioni da scoppio di mina (3,6%) 8 con altre ferite penetranti (7,3%). Dei 110 casi 32 presentavano unicamente pnx (29,1%), 4 emotorace (3,6%), 70 emopneumotorace (63,6%), 4 presentavano anche lesioni epatiche (3,6%). I sintomi più comuni dispnea, tachipnea, emottisi, cianosi, toraco-addominalgie.

Resultados: 74 vengono trattati unicamente con posizionamento di drenaggio toracico (67,3%). 14 pazienti (12,7%) sottoposti a toracotomía, 2 (1,8%) a stereotomía; vengono eseguite 12 laparotomie (10,9%), 4 decorticazioni pleuriche (3,6%), 4 ricostruzioni della parete toracica (6%). La degenza media è stata di 9,5 giorni. La permanenza media dei drenaggi 4,5 gg. 30 pazienti sono stati emotrasfusi (27,3%). Le complicanze riportate: recidiva di pnx (4), trauma pericardico (6), empiema (8), fratture costali (6), stenosi tracheale (2), lesioni cardiache (2), shock settico (4). La mortalità è del 9,1% con decessi per shock settico (4), lesioni cardiache (2), lesioni addominali (4).

Conclusiones: L'approccio al paziente già nelle primissime ore dal trauma migliora drammaticamente la prognosi: i casi deceduti o con lunga degenza sono pervenuti alla nostra osservazione almeno 12 ore dopo l'evento. La rianimazione, il controllo del circolo, la rapida diagnosi e l'intervento chirurgico tempestivo aumentano la sopravvivenza. Shock, infezioni e lesioni mediastiniche influenzano sia mortalità

e morbilidad. Pertanto per ottenere risultati prognostici migliori, consigliamo di trattare queste lesioni entro le 12-18 ore e con intento "conservativo", tramite posicionamiento di drenaggio, mentre con perdite aeree ed emáticas importantes, scegliamo un approccio più invasivo (toracotomía, sternotomía, decorticazione...), prediligendo sempre suture e resezioni parziali parenchimali.

MEDIASTINITIS AGUDA. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO 2005-2008

M.D. Barrera Talavera, J.L. López Villalobos, M.M. López Porras, A.M. Milla Saba, F. García Gómez, A.I. Blanco Orozco, R.M. Barroso Peñalver, F.J. de la Cruz Lozano, J.M. Sánchez Navarro y A. Ginel Cañamaque

Hospital Virgen del Rocío: UMQUER.

Introducción: La mediastinitis aguda es una patología con baja incidencia pero asociada a una alta mortalidad (25-40% según las series) y cuyo manejo óptimo es controvertido. Un diagnóstico precoz y tratamiento quirúrgico agresivo disminuye la mortalidad asociada esta patología. El objetivo de este estudio es mostrar nuestra experiencia en los tres últimos años.

Material y métodos: Se realiza un análisis retrospectivo de 14 casos de mediastinitis aguda tratados en nuestro servicio entre enero de 2005 y octubre de 2008 (2 mujeres y 12 hombres). La media de edad es de 42 años (26 y 82 años). Como antecedentes, 2 presentan diabetes, 8 son fumadores y 3 son consumidores de drogas. En todos los casos, el diagnóstico clínico se confirmó por TAC.

Resultados: De los 14 casos 5 se debieron a abscesos odontógenos, 3 a abscesos parafaríngeos, 2 a abscesos cervicales, 1 a absceso periamigdalino, 1 a absceso supraclavicular, 1 a perforación esofágica y 1 a infección posquirúrgica de esternotomía. La media de estancia en UCI fue de 25 días (4-54 días) mientras que la media de estancia en planta fue de 13,5 días (5-49 días) con una media de estancia total de 38,5 días. Las vías de abordaje fueron en 9 de los casos la realización de cervicotomía más toracotomía unilateral, en 2 casos cervicotomía exclusivamente, en 1 cervicotomía más toracotomía bilateral, en otro cervicotomía más esternotomía media más toracotomía unilateral y por último un único caso de esternotomía media exclusivamente. En todos los casos se realizó un desbridamiento agresivo. El número medio de intervenciones quirúrgicas fue de 2,5 veces por paciente. La mortalidad en nuestra serie es de 7,14% (paciente de 82 años diabético). Las complicaciones fueron 2 casos de neumonía, 2 de empiema, uno de ellos precisó la realización de una toracostomía tipo Clagget. 3 pacientes necesitaron transfusión por anemia mixta. En otro caso se produjo perforación traqueal que se solucionó con sellado y endoprótesis, que posteriormente se retiró. El paciente que presentó la perforación esofágica requirió de una esofagectomía total.

Conclusiones: En nuestra experiencia, un tratamiento quirúrgico inmediato tras el diagnóstico, obtiene unos excelentes resultados en cuanto a la supervivencia de los pacientes (mortalidad 7,14%). La vía de abordaje a elegir depende de la localización de las colecciones purulentas. Puede requerir reintervenir según la situación clínica y los controles radiológicos realizados durante el seguimiento.

MEDIASTINITIS NECROTIZANTE DESCENDENTE

J.C. Vázquez Pelillo, M.E. Corpa Rodríguez, R. Vicente Verdú, J. Cárdenas Gómez, Y. Bellido Reyes, J.L. Gil Alonso, P.J. Díaz-Agero Álvarez y J. García Sánchez-Girón

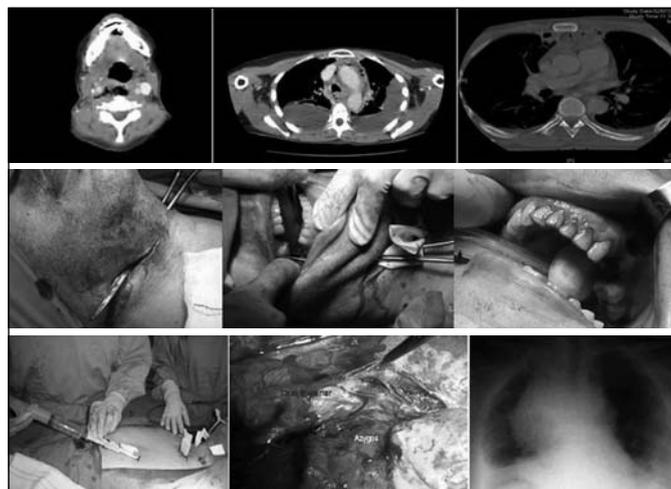
Hospital La Paz: Cirugía Torácica.

Introducción: El término mediastinitis necrotizante descendente (MND) fue definido para referirse a la infección que comienza en la

región bucofaríngea y se extiende por los planos fasciales cervicales hacia el mediastino. Esta modalidad tiene una incidencia muy baja, pero conlleva una mortalidad que puede alcanzar hasta un 50%. El objetivo de nuestro trabajo es analizar nuestra serie y aportar nuestra experiencia en el manejo de esta patología.

Material y métodos: Entre diciembre de 1994 y agosto de 2008 hemos intervenido 8 casos por MND, de ellos 6 fueron mujeres y 2 hombres. Las edades estaban comprendidas entre 18 y 80 años (media: 50 años), y en 4 casos existía comorbilidad previa asociada (obesidad mórbida, DMID, FA crónica, AIT, síndrome depresivo). La infección orofaríngea desencadenante fue: absceso odontogénico en 3 casos, retrofaríngeo en 2, periamigdalino en 1 y angina de Ludwing en 1, con un tiempo de evolución entre 5 y 13 días (mediana: 8 días). Todos mantuvieron durante ese tiempo tratamiento antibiótico oral de amplio espectro. El diagnóstico se efectuó mediante la clínica, la exploración física y el TAC cérvicotorácico, y el tiempo medio transcurrido entre el diagnóstico de MND y la intervención quirúrgica fue inferior a 1 día. Se efectuó desbridamiento cervicomaxilar en todos los casos, con mediastinotomía anterior y drenaje subxifoideo en 3; esternotomía media en 2 y toracotomía posterolateral en 3. En todos se dejaron drenajes externos para lavados con suero fisiológico y antisépticos, y en los tres últimos se asociaron lavados con fibrinolíticos (Urokinasa). Los gérmenes aislados correspondían a flora polimicrobiana aerobia y anaerobia, con predominio de estreptococo, fusobacterium y prevotella.

Resultados: En 7 pacientes hubo complicaciones postoperatorias importantes: shock séptico, neumonía necrotizante, fracaso multiorgánico, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, peritonitis aguda, polineuropatía severa. Dos pacientes fallecieron a las 48 y 72 horas de la intervención. La estancia media en la UVI, descontando los dos fallecidos, fue de 45 días (rango: 6-90). Actualmente están vivos 6 pacientes, de ellos 4 llevan una vida normal y sin secuelas y dos precisan soporte ventilatorio no invasivo.



Conclusiones: La sospecha clínica y confirmación radiológica precoz son esenciales para plantear un desbridamiento quirúrgico lo más amplio y temprano posible de esta patología, que ofrece una morbi-mortalidad muy elevada.

MEDIASTINITIS SECUNDARIA A ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA

B. Tormos¹, S. Figueroa Almanzar², C. Cortes Alcaide², J. Martínez Baños², R. Guijarro Jorge², J.M. Galbis Caravajal², F. Villalba Ferrer¹, M.J. García Coret¹, C.A. Fuster Diana¹ y J. Vicente Roig¹

Hospital General Universitario de Valencia: ¹Cirugía General y Digestiva, ²Cirugía Torácica.

Introducción: La perforación esofágica responde a una etiología variada, ocupando la yatrogenia un lugar destacado. En el caso de las endoscopias terapéuticas, su frecuencia aumenta sobre todo si se asocian dilataciones esofágicas. En nuestro hospital existe una incidencia del 4,2%, en las dilataciones neumáticas para el tratamiento de la acalasia, siendo la mayoría micro perforaciones que han podido resolverse de forma conservadora. Objetivos: presentar 2 casos de perforación esofágica tras dilatación neumática por acalasia con finalidad terapéutica que precisaron cierre primario quirúrgico.

Material y métodos: Caso clínico 1: paciente de 60 años con diagnóstico de acalasia. Es remitida a nuestro hospital para dilatación neumática bajo control endoscópico. Tras la prueba la paciente presenta dolor torácico intenso junto a disnea leve tras la ingestión de líquidos a las 2 horas de la endoscopia. Ante la sospecha de perforación esofágica, se realiza analítica, radiografía de tórax, tránsito esofagogástrico y TC, que revelan la existencia de una perforación libre a mediastino en tercio inferior esofágico con imágenes compatibles con mediastinitis. Se decide abordaje mediante toracotomía, realizando cierre simple de la perforación con colocación de drenajes torácicos e ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. Caso clínico 2: Mujer de 52 años que tras dilatación neumática por acalasia, presenta en Rx de control inmediata enfisema mediastínico. Ante la sospecha de perforación yatrogénica, se realiza TC, objetivándola en tercio esofágico inferior. Tras traslado desde hospital comarcal, se practica toracotomía izquierda (a las 4 horas de la perforación) procediendo al cierre primario y plastia con colgajo de músculo intercostal, con gastrostomía de descarga y yeyunostomía de alimentación. A los 9 días fue dada de alta hospitalaria.

Resultados: Las pacientes permanecen asintomáticas en la actualidad, sin presentar disfagia con un seguimiento de 8 y 6 meses.

Conclusiones: La perforación esofágica es una lesión grave que requiere actuación inmediata, con diagnóstico e instauración del tratamiento de forma temprana, siendo ello determinante para el pronóstico.

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA BASADA EN 42 CASOS

V. Perna, E. Vilà Mayo y J.J. Guelbenzu Zazpe

Hospital de Navarra: Cirugía Torácica.

Introducción: El neumomediastino se define como presencia de aire en el mediastino. Su etiología puede ser primaria (espontáneo) o secundaria (traumático, post-quirúrgico). En este estudio presentamos la serie de 42 casos de neumomediastino espontáneo (NE) diagnosticados y tratados en nuestro centro.

Material y métodos: Estudio descriptivo-retrospectivo. Intervalo de estudio: enero 2000-diciembre 2007. Muestra: 42 pacientes [V:M = 33 (78,8%):9 (21,2%)]. Se valoraron como espontáneos los casos no relacionados con ventilación mecánica, cirugía pulmonar/mediastínica, traumatismos, patología cervical y/o abdominal, infecciones por gérmenes productores de gases. Se consideraron factores predisponentes hábitos tóxicos o enfermedades que pueden favorecer la aparición de NE; factores precipitantes eventos vinculados en el tiempo con el cuadro clínico.

Resultados: En el intervalo de estudio, 361.548 pacientes recibieron atención urgente en nuestro centro; incidencia NE: 1/8608 (116/1.000.000). Media de edad: 27,3 años (rango 16-77 años). Media de estancia hospitalaria: 3,5 días. Factores predisponentes: patología pulmonar tipo enfisematoso (7,14%); asma alérgica (16,7%); consumo de tabaco (26,2%); consumo de drogas ilegales (57,1%) (3 casos consumo habitual de cocaína-hachís; 21 casos consumo ocasional de cocaína, coincidiendo unas horas antes de presentar sintomatología). Factores desencadenantes: náuseas-vómitos (7,14%); tos (7,14%); sobreinfección respiratoria (11,9%); ejercicio físico (11,9%). Síntoma más

frecuente: dolor torácico (59,5%); signo más frecuente: enfisema subcutáneo (42,9%). Diagnóstico: radiografía de tórax anteroposterior/perfil (100% de los casos); en el 59,9% se realizó tomografía computada. Tratamiento: reposo, oxigenoterapia, analgesia, antibioticoterapia en todos los casos; en un caso (mala evolución con rápido empeoramiento de la función respiratoria) se realizó toracotomía derecha y apertura de pleura mediastínica. No hubo mortalidad ni recidivas en el seguimiento.

Conclusiones: 1. Está demostrado que el consumo ocasional de cocaína induce daño alveolar difuso, hemorragia, etc. La relación consumo-aparición de NE en unas horas nos induce a valorar esta modalidad de consumo como factor desencadenante y no predisponente, tal y como aparece en la literatura dedicada al tema. 2. Tradicionalmente se ha considerado el NE como patología benigna pero, como demuestra nuestra serie, una mala evolución puede representar un riesgo vital inmediato y obligar a maniobras invasivas.

NEUMOTÓRAX CATAMENIAL EN EL HOSPITAL DONOSTIA

B. Aguinagalde Valiente, J. Zabaleta Jiménez, M. Fuentes Gago, J.M. Izquierdo Elena, A. de Frutos Gamero y C. Hernández Ortiz

Hospital Donostia: Cirugía torácica.

Introducción: El neumotórax catamenial (NC) es una entidad clínica considerada poco frecuente y aún se desconocen varios aspectos sobre ella. Importancia: diferencia terapéutica tanto en el campo quirúrgico como en la terapia hormonal adyuvante frente a otros tipos de neumotórax. Objetivo: describir las características encontradas en los casos de neumotórax catamenial que hemos objetivado en nuestro centro.

Material y métodos: Se ha realizado una revisión retrospectiva de los neumotórax en mujeres ingresadas en nuestro Servicio a partir del 2003. Mencionar que nuestro centro es de referencia para la provincia de Guipúzcoa y Álava (900.000 habitantes) por lo que los pacientes de estas provincias son intervenidos en nuestro servicio. A pesar de esto, pacientes sin indicación quirúrgica son tratados tanto en nuestro centro como en Hospitales comarcales. Los datos son expuestos mediante estadística descriptiva.

Resultados: De los 83 casos de neumotórax en mujeres ingresados en nuestro servicio 49 fueron intervenidos quirúrgicamente (49/83; 59%). Las características de estos 49 casos son las siguientes:

	Catamenial	No catamenial	Total	Incidencia. IC 95
Ntx izquierdo	0	19	19	0/19 = 0
NTX derecho	6	23	29	6/30 = 0,2
NTX bilateral	0	1	1	20% (7,7-38,5)
Total	6	43	49	6/49 = 0,1224 12,24% (4,6-24,7)

A continuación exponemos más detalladamente los casos de neumotórax catamenial:

Casos	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5	Caso 6
Edad	36	37	32	30	32	37
Lado	Derecho	Derecho	Derecho	Derecho	Derecho	Derecho
Episodios pre-Qx	1	2	2	3	4	3
Hallazgos Qx	Fenestración Diafragma	Implante Pleura + diafr	Fenestración Diafragma	Implante Pleur + diaf	Implante Diafr.	Fenestración Diafr.

Conclusiones: Hemos objetivado 6 casos de NC en nuestro centro desde 2003. Así observamos que constituyen el 12,24% (IC95: 4,6-24,7%) de los neumotórax intervenidos en mujeres. Si nos ceñimos al grupo de mujeres intervenidas con neumotórax derecho o bilateral, la incidencia de NC en este subgrupo aumenta al 20% (IC95 7,7-38,5). La lesión diafragmática (implantes/fenestración) ha sido la lesión más frecuentemente hallada en nuestros casos.

NUESTRA EXPERIENCIA CON LAS 30 PRIMERAS INTERVENCIONES MEDIANTE EL PROGRAMA DE CIRUGÍA SIN INGRESO

N. Martínez Hernández, R. Guijarro Jorge, S. Figueroa Almanzar, J.S. Martínez Baños y A. Arnau Obrer

Consorti Hospital General Universitari de València: Cirugía Torácica.

Introducción: Mostramos nuestra experiencia con las 30 primeras intervenciones mediante el Programa de Cirugía Sin Ingreso.

Material y métodos: Se ha tomado de forma prospectiva de todos los pacientes: datos demográficos, y fenotípicos, si recibió premedicación, tipo de patología e intervención, su duración, tiempo de permanencia en URPA, datos clínicos al alta, datos clínicos en la llamada tras el alta la misma noche y a las 24 horas, en las que se les pasa una encuesta verbal del dolor (de 0 a 3), uso o no del busca disponible 24 h y datos clínicos en revisión en CCEE, así como las opiniones vertidas por el paciente en una encuesta de opinión. Se ha tomado como índices de referencia el Índice de sustitución (Porcentaje de pacientes en cirugía ambulatoria con respecto al total de intervenidos de dicho procedimiento), Índice de ingresos no planeados e Índice de reingresos. Los datos se están analizando con el programa estadístico SPSS 16.0 para Mac. Para comparar variables categóricas se aplica el test de Chi-cuadrado o el estadístico exacto de Fisher según si se cumplen o no las condiciones de aplicación de la prueba de Chi-cuadrado. Para el análisis de las variables cuantitativas, en función de la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, si la muestra es de distribución normal, se le aplica el test t de Student (si homogeneidad de varianzas) y en caso de no serlo, se le aplica el de Mann-Whitney.

Resultados: El índice de sustitución es, en simpatectomía del 100%, en exploración quirúrgica del mediastino, 85%; biopsia pulmonar VATS, 70% y biopsia con anestesia local, 100%. Índices de ingreso no planeado y reingreso: 0%. La tasa de solución del problema (tratamiento u obtención de la biopsia) ha sido del 81%. Las complicaciones se reducen a un 4,3%, todas ellas de carácter menor como molestias. El dolor medio la misma noche es de 1,4/3, y a las 24 horas, de 0,6/3. La primera estimación de la encuesta de calidad del servicio (en la que se ha valorado únicamente la opinión general de 0 a 10), muestra una media de 8,75. Estos valores son susceptibles de cambio por no estar finalizado el estudio en el momento actual.

Conclusiones: Ante los resultados iniciales, la experiencia está teniendo unos resultados muy positivos, reduciendo en una mejora el funcional del servicio, así como acortamiento del tiempo de lista de espera, además de una mejora muy valorada en la encuesta para la calidad de vida del paciente.

PAPEL ACTUAL DE LA NEUMONECTOMÍA EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO

C. Pagés Navarrete, F.J. Roca Fernández, R. Mongil Poce, J.A. Ruiz Navarrete, R. Arrabal Sánchez, A. Benítez Doménech, A. Fernández de Rota Avquilla y J.L. Fernández Bermúdez

Hospital Regional Universitario Carlos Haya: Cirugía Torácica.

Introducción: Desde que Graham describió la primera neumonectomía realizada con éxito en 1933, continúa siendo una técnica utilizada en el tratamiento del carcinoma pulmonar, a pesar de la morbi-mortalidad y la restricción de la capacidad pulmonar que supone.

Material y métodos: El objetivo de nuestro estudio es analizar la supervivencia de los pacientes sometidos a una neumonectomía (N) como tratamiento del c. broncogénico desde mayo de 1999 a mayo de 2008 en nuestro Servicio. Se ha realizado un estudio retrospectivo de 116 pacientes. Para la caracterización del grupo se han empleado métodos estadísticos descriptivos, incluyendo medidas de tendencia central y dispersión. La estimación de la supervivencia se ha calculado con el método de Kaplan-Meier y test de log Rank. El seguimiento

medio fue de 35 meses. La verificación de la situación de cada paciente se obtuvo mediante encuesta telefónica o por el registro informatizado de la historia clínica.

Resultados: De los 116 pacientes incluidos sólo 3 eran mujeres, media de edad 62 años (37-80), una mediana y moda de 63. Fumadores el 65%, exfumadores 31% y no fumadores 3,6%. Se practicaron 26 mediastinoscopias para estadificación de los que 9 (7,8%) fueron sometidos a quimioterapia neoadyuvante. La PET se realizó sistemáticamente en los últimos 42 pacientes de la serie. El FEV₁ preoperatorio medio fue de 2.190 ml (70%) con un máximo de 3.600 (116%) y un mínimo de 1.150 (37%). Se practicaron 41 N derechas y 75 N izquierdas. La morbilidad se presentó en un 36% (fístula bronquial 7,8%, sangrado 5,2%, infecciosas 9,5%, respiratorias 6,9%, cardíacas 11,5%...), y la mortalidad perioperatoria fue del 8,6%. El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma epidermoide 71,6%, adenocarcinoma 21,6% y el Indiferenciado de células grandes 6%. La distribución por estadios (tabla). La supervivencia de la serie fue al año del 74,6%, a los 3 años del 50,8%, a los 5 del 39,1% y del 25,7% a los 9 años, con una media de supervivencia de 52,5 meses y una mediana de 42 meses.

Tabla. Distribución de pacientes por estadios

	Pacientes	Porcentaje
Estadio Ia	1	0,9
Estadio Ib	27	23,3
Estadio IIa	4	3,4
Estadio IIb	37	31,9
Estadio IIIa	34	29,3
Estadio IIIb	10	8,6
Estadio IV	3	2,6
Total	116	100

Conclusiones: La neumonectomía es una técnica válida para el tratamiento del carcinoma broncogénico en determinadas situaciones. A pesar de presentar una morbi-mortalidad mayor que otros tipos de resecciones, aporta una buena supervivencia a los pacientes.

RESECCIÓN PULMONAR POR CARCINOMA BRONCOGÉNICO EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

J.L. Aranda Alcaide, N. Novoa Valentín, M.F. Jiménez López y G. Varela Simo

Hospital Universitario de Salamanca: Cirugía Torácica.

Introducción: Existe escasa información en la literatura sobre pacientes ancianos sometidos a resección pulmonar por carcinoma broncogénico (CB), supuestamente debido a su selección más restrictiva ante el riesgo elevado de morbimortalidad. Objetivo: analizar los resultados obtenidos en una serie de pacientes con CB y edad avanzada (≥ 79 años) sometidos a resección pulmonar mayor (lobectomía, bilobectomía o neumonectomía).

Material y métodos: Estudio clínico retrospectivo y descriptivo (datos registrados en tiempo real), serie de casos consecutivos de pacientes con CB sometidos a resección pulmonar mayor de forma programada entre diciembre de 1993 y noviembre del 2008. Según su edad, se dividieron en sujetos ≥ 79 años (grupo A) o < 79 años (grupo B), registrándose en todos los casos las siguientes variables: comorbilidad (EPOC, diabetes mellitus, HTA, cirugía por carcinoma de otra localización, coronariopatía, insuficiencia renal, vasculopatía periférica); estadio clínico (precoz [0 a IIB], avanzado [IIIA, IIIB]); procedimiento principal realizado (neumonectomía, otro tipo de resección mayor); morbilidad cardiorrespiratoria (neumonía, empiema, fuga aérea, atelectasia, insuficiencia respiratoria, fístula bronquial, tromboembolismo, distrés, edema pulmonar, arritmia, insuficiencia cardíaca, isquemia miocárdica), morbilidad de otro tipo y mortalidad perioperatoria. Posteriormente, se analizaron las diferencias entre ambos grupos de pacientes.

Resultados: Se intervinieron un total de 1062 pacientes, de los cuales 35 (3,3%) correspondieron al grupo A. La comorbilidad fue similar en ambos grupos ($p = 0,074$), salvo una menor prevalencia de HTA en el grupo B (19% vs 40%, $p = 0,005$), que presentó también mayor frecuencia de carcinoma de otra localización (3% frente a 21%, $p = 0,003$). No se encontraron diferencias entre ambos grupos en cuanto a estadio clínico ni tipo de procedimiento realizado. La morbimortalidad fue similar en ambos grupos, incluso tras resecciones extendidas o neumonectomía (tabla).

	Morbilidad cardiorrespiratoria	Otra morbilidad	Mortalidad
Grupo A (35 pacientes)	12/35 (34%)	5/35 (14%)	2/35 (6%)
Grupo B (1.027 pacientes)	295/1.027 (29%) $p = 0,29$	67/1.027 (6,5%) $p = 0,08$	42/1.027 (4%) $p = 0,43$
Neumonectomía o resección extendida grupo A (12/35 pacientes)	4/12 (33%)	3/12 (25%)	0/12 (0%)
Neumonectomía o resección extendida grupo B (384/1.027 pacientes)	125/384 (32,5%) $p = 0,58$	31/184 (8%) $p = 0,074$	28/384 (7%) $p = 0,40$

Conclusiones: Según nuestra experiencia, la morbimortalidad tras resección pulmonar mayor en pacientes con edad avanzada (≥ 79 años) no difiere significativamente de la registrada en sujetos más jóvenes, ni siquiera tras resecciones extendidas o neumonectomía. Según esto, la conveniencia de una selección más restrictiva de estos pacientes es discutible.

RESECCIÓN TUMORAL TRAS NEUMONECTOMÍA

J.C. Vázquez Pelillo, M.E. Corpa Rodríguez, J.L. Gil Alonso, P. Díaz-Agero Álvarez, R. Vicente Verdú, J. Cárdenas Gómez, Y. Bellido Reyes y J. García Sánchez-Girón

Hospital La Paz: Cirugía Torácica.

Introducción: La resección de un tumor en pacientes con una neumonectomía previa es un procedimiento excepcional, e incluso suele considerarse tal condición una contraindicación para su práctica. El objetivo de este trabajo es presentar los casos en los que practicamos una resección pulmonar en pacientes con pulmón único para analizar la morbimortalidad y supervivencia obtenida.

Material y métodos: Desde julio de 1992 hasta enero de 2007 hemos intervenido a 4 pacientes con enfermedad tumoral en pulmón único. Tres con un segundo carcinoma de pulmón, y uno con metástasis pulmonar de carcinoma de colon. En los cuatro se había efectuado antes (entre 10 y 80 meses) una neumonectomía izquierda. Las edades oscilaban entre 52 y 79 años, y 3 de ellos eran hombres. En todos se hizo un estudio preoperatorio consistente en TAC toracoabdominal, fibrobroncoscopia, pruebas funcionales respiratorias, ECG, radiografía simple de tórax PA y lateral, hemograma, bioquímica hemática y pruebas de coagulación. En el primer caso se hizo también TAC craneal, gammagrafía ósea, ecografía abdominal, y en los otros tres PET-TAC. Todos los tumores eran periféricos y se realizaron resecciones sublobares (resección en cuña en 3, y segmentectomía en 1). Los valores preoperatorios de FEV₁ eran de 1.940 (72%); 576 (29%); 1.390 (63%), y 2.370 (63%). Las revisiones se han llevado a cabo en Consulta Externa, por los Servicios de Oncología y Cirugía Torácica; además del interrogatorio médico, se ha realizado analítica hemática, con determinación de marcadores tumorales, radiografía de tórax PA y lateral y TAC toracoabdominal. Los pacientes han cumplido las revisiones programadas, hasta su fallecimiento. El seguimiento es completo en todos, con períodos de 183, 52, 25 y 22 meses.

Resultados: No hubo mortalidad perioperatoria. Una paciente presentó fuga aérea durante 7 días. El alta hospitalaria tuvo lugar entre los días 5 y 10. Dos pacientes están vivos y libres de enfermedad actualmente, a los 22 y 25 meses. Los otros dos fallecieron por causas ajenas a su enfermedad tumoral: una paciente tenía antes de la intervención una EPOC severa, con oxígeno domiciliario, y falleció a los 52 meses en una reagudización de su insuficiencia respiratoria. El primer paciente intervenido murió de una neumonía, tras 183 meses libre de enfermedad.

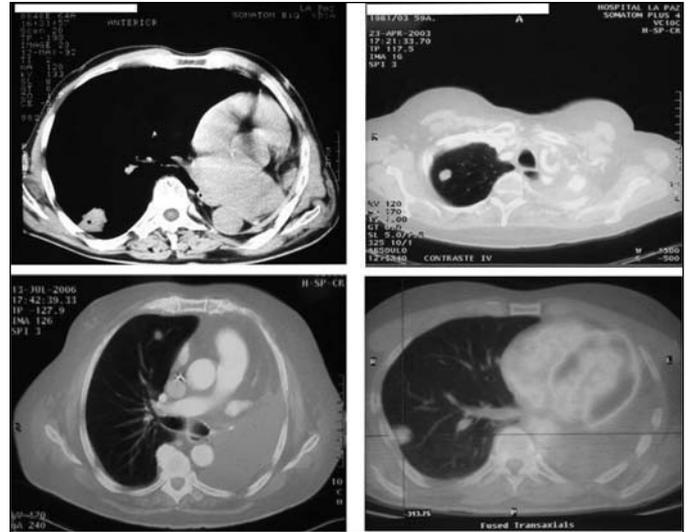


Figura. Casos 1 (12/5/92), 2 (23/4/03), 3 (13/7/06) y 4 (22/12/06), con lesiones periféricas en pulmón único.

Conclusiones: En algunos casos seleccionados podemos intervenir a pacientes con un segundo tumor en un pulmón único, con escasa o nula mortalidad, y podemos obtener largas supervivencias.

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA CORRECCIÓN DEL PECTUS EXCAVATUM MEDIANTE LA TÉCNICA DE RAVITCH

S. Cabanyes Candela, J.M. Matilla González, B. Gregorio Crespo, Á. Cilleruelo Ramos, M. Castanedo Allende, F. Heras Gómez, J.L. Duque Medina y M. García Yuste

Hospital Clínico Universitario de Valladolid: Cirugía Torácica.

Introducción: Nuestro objetivo es evaluar los resultados a largo plazo corrección del Pectus Excavatum mediante la técnica de Ravitch.

Material y métodos: 27 pacientes (25 hombres, 2 mujeres) intervenidos entre 1987 y 2007. Estudio retrospectivo. Análisis de parámetros estéticos, afectación psicológica y, de parámetros radiológicos (medida diámetro torácico anteroposterior) y espirométricos (%FVC, % FEV₁) en preoperatorio, postoperatorio y tras seguimiento medio de 17 años (rango 2,25-20). Las comparaciones fueron realizadas usando el test no paramétrico de Friedman. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado como significativo.

Resultados: Postoperatorio pacientes: 27. Edad: 15 a 32, media 17,85. Antecedentes familiares de deformidad parietal torácica en 2 casos (7,7%). Trastorno estético severo en todos. Alteración aparato locomotor en 13 (48%), escoliosis, en 10 (38,5%), cifosis, en 2 (7,7%), síndrome de Marfan, en 1 (3,8%). Prolapso mitral, en 3 (11,5%), bloqueo rama derecha, en 3 (11,5%). Patrón espirométrico restrictivo leve, en 6 (23%). Repercusión psicológica (disminución autoestima, ansiedad y/o depresión), en 10 (37%). Complicaciones postoperatorias menores, en 8 (30,8%).

Conclusiones: La principal causa de la cirugía del pectus excavatum es estética y, a este respecto, presenta buenos niveles de satisfacción de los pacientes. Se ha podido demostrar de forma radiológica mejoría estadísticamente significativa mantenida a lo largo del tiempo ($p = 0,012$). Desde el punto de vista espirométrico, no se han evidenciado cambios estadísticamente significativos (%FVC: $p = 0,77$; %FEV₁: $p = 0,208$).

SECUESTROS PULMONARES: UNA PATOLOGÍA PULMONAR CONGÉNITA INFRECIENTE

S. Amor Alonso, R. Moreno Balsalobre, R. Risco Rojas, E. Ovejero Merino, Y. Wah Pun Tam y L. Fernández Fau

Hospital de la Princesa: Cirugía Torácica.

Introducción: El secuestro pulmonar es una patología congénita infrecuente caracterizada por parénquima pulmonar patológico aislado del normal y con una vascularización arterial propia. Su incidencia es mayor en hombres y suele ser causa de procesos infecciosos/inflamatorios de repetición, siendo diagnosticado mediante pruebas de imagen y su tratamiento es eminentemente quirúrgico.

Material y métodos: Se analizan los pacientes operados de secuestro pulmonar en el servicio de Cirugía Torácica del H. U. La Princesa entre los años 1996-2008. Estudiamos el sexo, la edad, la clínica de los pacientes, las pruebas de imagen realizadas, la función pulmonar, el procedimiento quirúrgico y el seguimiento postoperatorio.

Resultados: En los 12 años analizados, se han intervenido 8 pacientes con confirmación anatomopatológica posquirúrgica de secuestro pulmonar, 5 eran mujeres. La clínica de infección respiratoria de repetición apareció en 7 pacientes (87,5%), con afectación del lóbulo inferior derecho en 4 (50%). La variante anatómica intralobar fue diagnosticada en 7 enfermos (87,5%). La vascularización sistémica del secuestro provenía de la aorta torácica en 5 casos (62,5%), del tronco celiaco en 2 (25%) y en uno (12,5%) de vasos diafragmáticos. La vía de abordaje fue la toracotomía posterolateral en todos los pacientes con resección de la lesión, mediante lobectomía en 5 enfermos (62,5%) y resección atípica en 3 (37,5%). No hubo morbimortalidad perioperatoria y, en la actualidad, los pacientes se encuentran asintomáticos desde el punto de vista respiratorio.

Conclusiones: 1. El secuestro pulmonar es una anomalía congénita del pulmón infrecuente que recibe vascularización sistémica. 2. En nuestra serie, la frecuencia ha sido mayor en mujeres, en lóbulos inferiores y con una afectación similar de ambos hemitórax. 3. La clínica más frecuente ha sido la infección respiratoria de repetición. 4. El diagnóstico se ha realizado mediante la identificación de la irrigación aberrante a través de pruebas de imagen. 5. En todos, el tratamiento fue quirúrgico con una excelente evolución postoperatoria.

SIMPATICOLISIS ENDOSCÓPICA UNIPORTAL. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS

R. Vicente Verdú, J. Cárdenas Gómez, Y. Bellido Reyes, P. Díaz-Agero Álvarez, J. García Sánchez-Girón, J.L. Gil Alonso, J.C. Vázquez Pelillo y E. Corpa Rodríguez

Hospital La Paz: Cirugía Torácica.

Introducción: Se han descrito distintas técnicas para el abordaje endoscópico del tratamiento de la hiperhidrosis. Presentamos nuestra experiencia mediante técnica endoscópica uniportal con óptica sin canal de trabajo e introducción de instrumentos adyacentes al trócar, logrando así un mejor manejo, optimización e independencia de movimientos entre la óptica y bisturí a diferencia del acceso clásico con óptica con canal de trabajo.

Material y métodos: Se analizan 28 pacientes intervenidos desde septiembre de 2004 a julio de 2008. Mediante intubación selectiva, posición semisentada y brazos en abducción se realizó una incisión de 2 cm en línea axilar y se introdujo la óptica a través de un trócar de 10 mm. En dicha incisión queda 1 cm libre por donde se procedió a disección roma del espacio intercostal adyacente al trócar y por fuera de éste se introdujo el electrobisturí. Esta modificación permitió optimizar e independizar el movimiento de la óptica y bisturí dentro de la cavidad pleural (figura). El trócar se retrajo a través de la óptica si seguía existiendo alguna interferencia entre ambos, tratando de no dañar el paquete vasculonervioso. A diferencia de los primeros procedimientos que realizamos no colocamos drenaje pleural sistemáticamente. El dolor se controló con analgesia convencional. Se dió el alta tras comprobación radiológica de expansión pulmonar. Se llevó a cabo un seguimiento en consultas externas al mes y una encuesta telefónica valorando el dolor o disestesias así como el grado de satisfacción en una escala de 0-10. El dolor se clasificó como leve cuando su intensidad baja y se producía sólo ante movimientos, moderado cuando estaba presente en reposo e intenso cuando eran necesarios.

Resultados: No hubo complicaciones operatorias y la morbilidad fue una ptosis palpebral transitoria y un neumotórax que resolvió espontáneamente. Tan sólo 4 pacientes presentaron dolor/disestesias en el momento de la encuesta telefónica, 3 de ellos de intensidad leve y 1 moderada. El nivel de satisfacción media fue de 8 sobre 10.



Conclusiones: Presentamos nuestra experiencia en el abordaje uniportal con la variedad de la inserción del electrocauterio adyacente al trócar. Creemos que es una técnica segura y factible que permite una mejora sustancial ya que consigue independizar el movimiento de la óptica y el bisturí logrando una mayor comodidad y seguridad sin interferencia de ambos y por tanto se ha establecido como técnica de elección en nuestro servicio.

SUPERVIVENCIA A LOS TRES AÑOS EN PACIENTES CON CA BRONCOGÉNICO ESTADIO I: NUESTRA EXPERIENCIA

A. Sanz Cabrera¹, S. García Barajas², D. León Medina², C. López², J. García Fernández², B. Morcillo¹, J. Marín Torrado¹, E. Molina Ortiz¹, J. Gutiérrez Lara¹, P. Cordero Montero¹, J. Hernández¹, F. Fuentes Otero¹ y M.J. Antona Rodríguez¹

Hospital Infanta Cristina: ¹Neumología, ²Cirugía Torácica.

Introducción: Los datos sobre la creciente incidencia del carcinoma broncogénico demuestran que actualmente es la neoplasia maligna más frecuentemente diagnosticada en el ser humano. Las expectativas de supervivencia a los 5 años en correlación a la estadificación por

clasificación TNM son del 61 % para el estadio IA; y del 38 % para el IB. Las cifras de mortalidad superan a la suma de neoplasias de colon, mama y próstata.

Material y métodos: Analizamos retrospectivamente, a 60 pacientes con carcinoma broncogénico, estadio I, intervenidos quirúrgicamente en nuestro servicio, entre mayo de 2003 y mayo de 2005, analizando tanto la supervivencia global como la referida al subgrupo IA y IB, a los tres años. Revisamos sus historias clínicas registrando las variables demográficas más relevantes, y aquellas en relación con la estirpe tumoral, estadio y tipo de intervención quirúrgica llevada a cabo, tanto en el total de pacientes como en el subgrupo de los fallecidos.

Resultados: El 96,7 % de nuestros pacientes son varones, frente al 2,3 % que son mujeres. El estadio más prevalente fue el IB en un 56,7 % de los casos, siendo la estirpe más objetivada el carcinoma epidermoide (48,3 %). El tipo de intervención quirúrgica más realizada fue la lobectomía (75 % de los casos), seguida de la neumonectomía (11,7 %). La supervivencia global a los 3 años es de un 63 %, siendo, en correlación con la clasificación TNM, del 69 % para el estadio IA, y del 59 % para el IB, aunque teniendo en cuenta que de 8 de nuestros pacientes desconocemos el dato, por imposibilidad para acceder a su Historial clínico al tratarse de pacientes de otras áreas sanitarias, o por imposibilidad para establecer contacto personal con los mismos o sus familiares. Del 16,7 % de pacientes fallecidos a los 3 años, el 80 % se correspondían con pacientes cuya estirpe tumoral se trataba de adenocarcinoma, y cuyo estadio se correspondía con el subgrupo IB en el momento del diagnóstico en el 60 % de los casos.

Conclusiones: La supervivencia global del estadio I de carcinoma broncogénico en nuestro grupo de pacientes analizado está en torno al 63 %, siendo en correlación con la clasificación TNM el 69 % para el estadio IA, y el 59 % para el IB. Es el subgrupo IB aquél en el que se evidencia una menor supervivencia a los tres años. Podemos concluir que se trata del adenocarcinoma, la estirpe tumoral asociada a una mayor mortalidad entre nuestros pacientes.

SUPERVIVENCIA A MEDIO-LARGO PLAZO TRAS NEUMONECTOMÍA POR CARCINOMA BRONCOGÉNICO NO MICROCÍTICO. IMPLICACIONES CLÍNICAS PARA EL SEGUIMIENTO

C. Jordá Aragón, J. Cerón Navarro, J.C. Peñalver Cuesta, E. Pastor Martínez, K. de Aguiar Quevedo, G.J. Sales Badía, V. Calvo Medina y J.D. Padilla Alarcón

Hospital Universitario La Fe: Cirugía Torácica.

Introducción: Durante décadas, la neumonectomía ha sido la operación de elección para el tratamiento del carcinoma broncogénico no microcítico (CBNM) de ubicación central o localmente avanzado. Sin embargo, causa problemas en la función cardio-respiratoria y presenta una disminución de la supervivencia a 5 años en comparación con la lobectomía. Estos pacientes pueden morir por una recurrencia tumoral, una segunda neoplasia, o una enfermedad intercurrente incluyendo trastornos cardiopulmonares que son, en parte, una consecuencia de la resección pulmonar y/o quimiorradiación. El objetivo de nuestro estudio es determinar el riesgo de muerte a medio-largo plazo (> 1 año) tras una neumonectomía por CBNM, y establecer la mejor estrategia de seguimiento para estos pacientes.

Material y métodos: Se analizaron las causas de muerte de 104 pacientes sometidos a neumonectomía por CBNM (2001-2007), con un tiempo mínimo de seguimiento de 1 año.

Resultados: La edad media de la serie fue de 60,3 ± 9,9 años. Ochenta y dos pacientes (78,8 %) presentaron comorbilidad. Treinta y tres pacientes se clasificaron en estadio I, 38 en estadio II, 30 en estadio III y 2 en estadio IV según la IASLC. La mortalidad perioperatoria fue de 9,6 % (10 casos: 4 pacientes por neumonía, 3 por insuficiencia respiratoria multifactorial, 1 accidente cerebro-vascular (ACV), 1 síndrome coronario agudo (SCA) y el último debido a las complicaciones de una

fístula bronco-pleural (FBP)). Ocurrieron sólo 2 FBP tras neumonectomía derecha (1,9 %). La supervivencia global de la serie al año y los 5 años, excluida la mortalidad perioperatoria, fue del 89 % y del 56 % respectivamente. Veintiocho pacientes fallecieron durante el seguimiento (29,8 %). Veintidós (78,5 %) por cáncer (6 recurrencias locales, 14 metástasis a distancia y 2 por un segundo cáncer) y seis pacientes (21,5 %) por limitación de su capacidad cardio-respiratoria (2 neumonías, 1 SCA, 1 ACV, 1 TEP y un caso por insuficiencia cardíaca congestiva).

Conclusiones: En general, la mortalidad sigue siendo elevada en pacientes supervivientes a una neumonectomía como consecuencia de la recaída del cáncer y las enfermedades intercurrentes. Esto obliga a una vigilancia continua, que debe centrarse en la prevención, detección precoz y tratamiento agresivo de enfermedades intercurrentes (cardio-respiratorias), sin olvidar el seguimiento oncológico.

TÉCNICA MÖLNDAL PARA LA CURA DE HERIDAS DE TORACOTOMÍA

S. González, R. Martos, M. Navarro Ariño, D. Mancebo y A. Ferre Boronat

Hospital Universitari Joan XXIII: Cirugía.

Introducción: Después de observar complicaciones frecuentes en forma de ampollas por tracción del esparadrapo en heridas de toracotomía, decidimos mejorar los resultados.

Material y métodos: En 40 pacientes consecutivos se han realizado de forma aleatoria 20 curas de incisión de toracotomía con povidona yodada, gasas y esparadrapo, y 20 curas con técnica mölndal consistente en apósito de hidrofibra y film de poliuretano transparente. Observación de los pacientes durante una semana.

Resultados: En los 20 pacientes tratados convencionalmente observamos: aumento del coste en material y tiempo del personal, complicaciones de heridas en 6 pacientes (formación de ampollas periherida) y un aumento de la estancia hospitalaria y del tiempo hasta la resolución definitiva. En los 20 pacientes curados según mölndal observamos: menos coste en material y tiempo de atención, no complicaciones de heridas y menos tiempo de estancia y de resolución.

Conclusiones: La no afectación de la piel peritoracotomía y la mejor absorción del exudado de la herida es más confortable para los pacientes, y favorece el tiempo de cicatrización y disminuye los costes del proceso.

TRATAMIENTO AMBULATORIO DE FUGAS AÉREAS PERSISTENTES MEDIANTE SISTEMA DE DRENAJE TORÁCICO AUTÓNOMO (SDTA): RESULTADOS PRELIMINARES

S. Martínez Somolinos, E.E. Mármol Cazas, M.M. Rubio Garay, F. Sebastián Quetglás, X. Baldó Padró y J.C. Penagos Tafurt

Hospital Josep Trueta: Cirugía Torácica.

Introducción: La fuga aérea persistente es la complicación más frecuente en el postoperatorio de cirugía torácica y conlleva un aumento de la estancia hospitalaria y la morbilidad. Presentamos un sistema de drenaje torácico autónomo (SDTA) que permite el tratamiento ambulatorio manteniendo la aspiración en cualquier situación, reduciendo la estancia hospitalaria y evitando complicaciones.

Material y métodos: De 937 pacientes intervenidos en nuestro servicio entre enero de 2007 y octubre de 2008, 33 presentaron fugas aéreas más de 5 días y fueron dados de alta con un SDTA. El SDTA es un sistema electrónico con doble fuente de alimentación: una batería de 220V para aspirar conectado a la red eléctrica y una de 12V que permite una autonomía de 2-3 horas, permitiéndonos mantener la presión de aspiración en cualquier situación. Se recogieron los siguientes

datos: filiación, edad, sexo, antecedentes, patología, histología y TNM en las neoplasias, VEMS, fecha de la cirugía, fecha de alta, complicaciones intrahospitalarias y ambulatorias, fecha de colocación y retirada del drenaje y la técnica quirúrgica. Se han calculado las estancias hospitalarias ahorradas y se ha medido el grado de satisfacción de los pacientes con un cuestionario de calidad de vida. Se realizaron controles hospitalarios 2 veces por semana hasta la retirada del drenaje.

Resultados: 30 pacientes fueron hombres y 3 mujeres. 14 pacientes (42%) presentaban EPOC y 26 (79%) eran fumadores. 22 intervenciones fueron por carcinoma broncogénico (67%): 1 segmentectomía, 19 lobectomías y 2 bilobectomías. Una intervención fue por M1 pulmonar (3%); 9 por neumotórax (27%) y una por hiperhidrosis (3%). 9 pacientes presentaron alguna complicación: 1 salida del drenaje, 1 fallo de batería, 1 brocoespasmo, 4 neumonías y 1 empiema posteriores a la retirada del drenaje, 1 neumotórax. No hubo problemas de manejo. La estancia media intrahospitalaria fue de 5.3 días (rango 2-13). La media de días que llevaron el drenaje ambulatorio conectado al SDTA fue de 8,39 días (rango 2-21). Se han ahorrado de un total de 277 estancias. El 100% de los pacientes prefirieron el tratamiento ambulatorio con el SDTA al hospitalario, refiriendo menos dolor y mayor movilización. Consideraron el sistema de fácil manejo y aprendizaje.



Conclusiones: Los resultados clínicos y de gestión avalan el tratamiento ambulatorio de la fuga aérea persistente mediante el SDTA.

TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO IN SITU ENDOBRONQUIAL CON LÁSER ND:YAG A DOSIS BAJAS SIN FOTOSENSIBILIZANTES

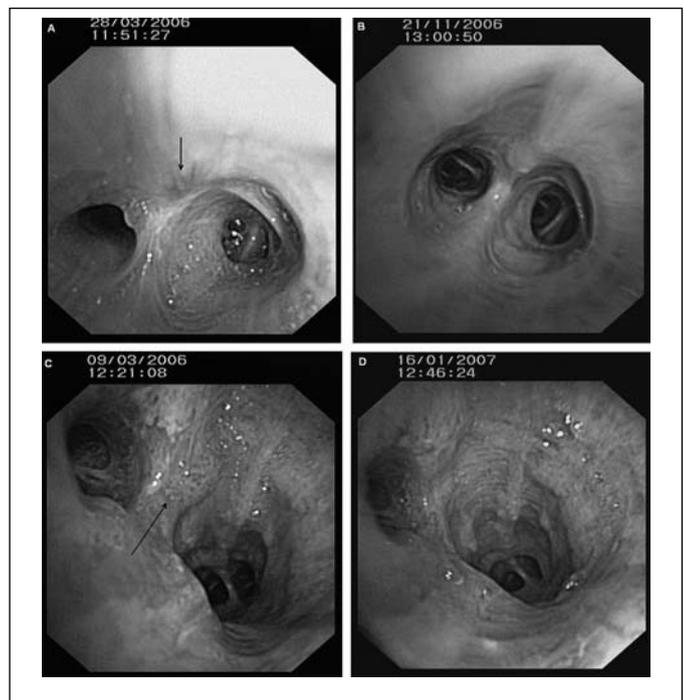
J. Cárdenas Gómez, R. Vicente Verdú, Y.A. Bellido-Reyes, P. Díaz-Agero Álvarez, J. García Sánchez-Girón, J.C. Vázquez Pelillo, E. Corpa Rodríguez y J.L. Gil Alonso

Hospital Universitario La Paz: Cirugía Torácica.

Introducción: Las neoplasias de pulmón son la primera causa de mortalidad por cáncer. Su supervivencia global a los 5 años es menor del 15%. Sólo un 30% de los pacientes son candidatos a cirugía con intención curativa. Estudios previos han demostrado que el carcinoma in situ puede ser tratado con terapia fotodinámica, electrocoagulación y láser Nd:YAG, logrando supervivencias equiparables a la cirugía abierta.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 10 casos de carcinoma pulmonar in situ tratados con láser Nd:YAG entre enero/00 y diciembre/07. Los criterios de inclusión fueron: biopsia positiva para carcinoma no microcítico in situ, localización que permitía el tratamiento endoscópico con láser, tamaño menor a 20 mm, márgenes de seguridad de 10 mm, TACAR y PET negativos para metástasis. Con broncoscopio rígido y flexible y bajo anestesia general, se aplicó láser Nd:YAG. Se irradió 10-16 W, hasta lograr la desvascularización de la mucosa (manifiesta por un cambio de coloración). Se realizaron revisiones por fibrobroncoscopia tras 1 semana, 1 mes, 3, 6 y 12 meses. A los 6 meses se realizó TAC y al año PET. Se definió remisión completa: cuando existió negatividad histológica y clínica. Se realizó el análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan Meier.

Resultados: La media de edad fue de 68 ± 12 años; 9 hombres y 1 mujer. La dosis media aplicada en la primera sesión fue 5.316 Julios (1340-18070), el tiempo de exposición de 0,2-1 s, con una duración promedio de 23 minutos. Tras la primera sesión, al mes el 70% tenían remisión completa. En el 30% restante, se necesitaron 2 sesiones más para lograrla. Un caso recurrió a los 4 meses requiriendo nueva irradiación para conseguir remisión completa. En 9 casos hubo morbilidad menor (tos 60%, dolor local 60%, hemoptisis leve 30%), en el otro apareció de forma tardía una fístula mediastínica que se resolvió con terapia celular. La probabilidad acumulada de supervivencia a los 15 meses fue 85,71%, y del 57,14% a los 24. La mediana de supervivencia fue de 60 meses. La mortalidad registrada no se relacionó con la enfermedad tratada.



Conclusiones: La irradiación con láser Nd:YAG sin fotosensibilizantes a dosis baja (10-16W) es un procedimiento efectivo en el tratamiento del carcinoma in situ no microcítico. La morbi-mortalidad fue baja salvo por un caso. Los resultados de supervivencia fueron superiores a los obtenidos por la cirugía convencional.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERHIDROSIS EN UN PROGRAMA DE CIRUGÍA MAYOR AMBULATORIA. NUESTRA EXPERIENCIA EN 7 AÑOS

M.A. Mesa Guzmán¹, C. Martínez Barenys¹, E. Fernández Araujo¹, J. Pérez Vélez¹, P. López de Castro¹, J. Astudillo Pombo¹ y A. Melero²

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol: ¹Cirugía Torácica, ²Anestesiología y Reanimación.

Introducción: La cirugía ambulatoria surge y se desarrolla como consecuencia del aumento progresivo de la demanda y del gasto sanitario. Esta ha permitido reducir el coste por proceso y mejorar la eficacia de los hospitales, manteniendo los niveles de satisfacción y seguridad del paciente. A partir de 1992, con la evolución de las técnicas en vídeo cirugía es que se desarrolla un procedimiento eficaz para el tratamiento de la hiperhidrosis palmo-plantar y el rubor facial, la simpatectomía y el clipaje de la cadena simpática torácica por videotoroscopia, procedimiento de mínima invasión, con mayor precisión anatómica, cosméticamente aceptable, asociado a bajos índices de complicaciones. Dicho procedimiento representa una entidad quirúrgica de características técnicas perfectamente armonizables a una unidad de cirugía mayor ambulatoria. El carácter benigno de esta entidad es precisamente el responsable del trato "poco preferente" a que es sometido su tratamiento en la práctica torácica, lo que acumula pacientes en lista de espera. El objetivo de nuestro trabajo consiste en evaluar los resultados obtenidos en el tratamiento quirúrgico de la hiperhidrosis palmo plantar durante los 7 primeros años de integración del Servicio de Cirugía Torácica en la Unidad (CMA) de nuestro Hospital.

Material y métodos: Período desde el mes de junio de 2001 hasta diciembre de 2007, 61 sesiones. Entre 2 y 3 enfermos por sesión. 171 pacientes: 114 mujeres y 57 hombres. Edad media de 28 años. En todos los pacientes se realizó la misma secuencia operatoria y técnica quirúrgica excepto por el clipaje simpático en la serie de los últimos 2 años.

Resultados: La anhidrosis fue de un 94,6%. Nueve pacientes presentaron neumotórax (5,2%). Uno bilateral y 3 unilaterales que requirieron ingreso hospitalario y drenaje y 5 que se resolvieron de forma conservadora. Una reintervención (0,5%) unilateral que requirió ingreso programado. Un ingreso por dolor intenso que requirió ingreso hospitalario (0,5%). El grado de satisfacción fue de un 94%.

Conclusiones: La práctica totalidad de los pacientes afectados de hiperhidrosis palmo plantar y/o rubor facial son candidatos a ser incluidos en un programa de CMA, mejorando ostensiblemente la relación coste-eficacia, no disminuyendo por ello la calidad asistencial ni el grado de satisfacción de los pacientes. Resultando así mismo un método eficiente y seguro con mínima incidencia de complicaciones.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERHIDROSIS MEDIANTE SIMPATECTOMÍA VIDEOTORACOSCÓPICA

M. Fuentes Gago, J. Zabaleta Jiménez, B. Aguinagalde Valiente, J.M. Izquierdo Elena, A. Frutos Gamero y C. Hernández Ortiz

Hospital Donostia: Cirugía Torácica.

Introducción: La hiperhidrosis es una patología caracterizada por un exceso de sudoración en respuesta al calor o a estímulos emocionales, mediada por el Sistema Nervioso Simpático (SNS). Está presente en un 2-4% de la población. Su manejo inicial debe ser médico, y si fracasa plantearemos tratamiento quirúrgico mediante simpatectomía. En este estudio analizamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico de la hiperhidrosis.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de todos los pacientes sometidos a simpatectomía videotoracoscópica por hiperhidrosis en nuestro centro entre marzo de 2004 y diciembre de 2007. Las varia-

bles recogidas fueron: edad, tipo hiperhidrosis, nivel de la simpatectomía, éxito o fracaso de la cirugía, complicaciones, presencia de sudoración compensatoria.

Resultados: En el período estudiado se realizaron 103 simpatectomías por videotoroscopia, de las cuales 90 han sido incluídas en el presente estudio. La edad media de los 90 pacientes fue de 29,1 años (rango 13-66) y un 73,33% (66) eran mujeres. La cirugía fracasó en 2 pacientes (2,22%). La estancia media perioperatoria fue de 1,055 días (rango 1-4). Las complicaciones postoperatorias que aparecieron son: neumotórax en 10% (9), síndrome de Horner en 2,22% (2), infección de herida en 1,11% (1). Tras la cirugía un 36,67% (33) de los pacientes presentaron sudoración compensatoria en una o varias de las siguientes localizaciones: espalda 28,88% (26), pecho 11,1% (10), pies 5,55% (5), muslos 4,44% (4), abdomen 2,22% (2), cabeza 1,11% (1).

Conclusiones: La simpatectomía axilar bilateral videotoracoscópica ha demostrado ser en nuestro centro una técnica segura para el tratamiento de la hiperhidrosis, con un nivel bajo de fracasos y complicaciones.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LAS METÁSTASIS SUPRARRENALES EN EL CARCINOMA DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA

C. Pellicer Sabadí¹, R. Rami Porta¹, I. Larrañaga Blanc², C. Obiols Fornell¹, S. Call Caja¹, E. Martínez Tellez¹, M. Iglesias Sentís¹, R. Saumench Perramon¹, M. Serra Mitjans¹, C. Bidegain Pavón¹, E. Veloso² y J. Belda Sanchis¹

Hospital Mútua de Terrassa: ¹Cirugía Torácica, ²Cirugía General.

Introducción: El tratamiento quirúrgico de las metástasis suprarrenales en el cáncer de pulmón de célula no-pequeña ha sido ampliamente aceptado en casos seleccionados. Clásicamente este grupo de pacientes era excluido del tratamiento quirúrgico con intenciones curativas, pero numerosos estudios avalan una mejor supervivencia en aquellos pacientes tratados quirúrgicamente. El propósito de este estudio es evaluar los resultados de supervivencia obtenidos en nuestro centro.

Material y métodos: Entre 1994 y 2008, 10 pacientes fueron diagnosticados y tratados quirúrgicamente de carcinoma de célula no pequeña de pulmón con metástasis suprarrenal (bilateral en 1 paciente). Todos fueron hombres con una mediana de edad en el momento del diagnóstico de 53,1 años (intervalo: 40-73 años). El diagnóstico de metástasis suprarrenal fue sincrónico con el de cáncer de pulmón en 7 de los 10 pacientes y metacrónico en 3. El intervalo medio libre de enfermedad para los pacientes con metástasis suprarrenal metacrónica fue de 23,33 meses (intervalo: 7-44 meses). En los pacientes con metástasis suprarrenal sincrónica, realizamos primero la suprarrenalectomía para asegurar la posibilidad de la resección completa de la metástasis seguida de la resección completa del tumor primario.

Resultados: La supervivencia a los cinco años para todos los pacientes fue del 50%. De los 3 pacientes con metástasis suprarrenal metacrónica, sólo 1 murió a los 48 meses (intervalo libre de enfermedad de 7 meses). Los otros 2 están vivos 65 y 70 meses después del diagnóstico del tumor primario (intervalo libre de enfermedad: 7 y 44 meses respectivamente). De los 7 pacientes con metástasis suprarrenal sincrónica sometidos a tratamiento quirúrgico, sólo 2 están vivos 15 y 16 meses después del diagnóstico. Los otros 5 murieron entre 12 y 152 meses después del diagnóstico. No hubo complicaciones ni mortalidad operatoria.

Conclusiones: La resección de la metástasis suprarrenal y del carcinoma pulmonar primario se asocia a una supervivencia prolongada, en especial cuando la metástasis es metacrónica, sin añadir complicaciones y, por tanto debe ofrecerse a todos los pacientes operables cuyos dos focos tumorales son completamente resecables.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES DE CÉLULAS GERMINALES MEDIASTÍNICOS

J.R. Repáraz Andrade, J.E. Rivo Vázquez, M. Blanco Ramos, E.M. García Fontán, G.A. Obeso Carillo y M.A. Cañizares Carretero

Hospital Xeral Cies: Cirugía Torácica.

Introducción: Los tumores de células germinales (TCG) son relativamente raros. Suponen el 10-15% de los tumores mediastínicos. Aunque la localización típica suele ser gonadal, en el 2-5% de los casos pueden presentarse como formas primarias en localizaciones extragonadales. De éstas, la mediastínica es la más frecuente, seguida de la retroperitoneal.

Material y métodos: Entre el 1 de enero 1995 y el 27 de noviembre de 2008 se intervinieron en nuestro Servicio un total de 132 tumores mediastínicos excluyendo de este estudio las formaciones adenopáticas. De ellos el tipo histológico más frecuente fue el timoma (33 casos, 25% del total). Los TCG supusieron un 9,1% (12 casos), ya fueran primarios o secundarios.

Resultados: De los 12 tumores de células germinales intervenidos, 8 eran hombres (66,7%) con una mediana de edad de 26,5 años (RI 24,25-26,50). En 10 casos (83,3%) se alojaban en el mediastino anterior y en 2 casos (16,7%) en el posterior. Cuatro pacientes (33,3%) estaban asintomáticos, siendo un hallazgo casual mediante pruebas de imagen. Los síntomas más frecuentes fueron fiebre (4 casos, 33,3%), astenia (4 casos, 33,3%), tos (3 casos, 25%) y dolor (3 casos, 25%). Las vías de abordaje fueron la esternotomía media (5 casos, 41,7%), toracotomía posterolateral (5 casos, 41,7%) y esternotomía + toracotomía (2 casos, 16,7%). El 83,3% (10 casos) de los TCG mediastínicos eran primarios. El teratoma maduro fue la histología más frecuente (8 casos, 66,7%), seguido del tumor del saco vitelino (2 casos, 16,7%). También se encontraron 2 tumores germinales mixtos (2 casos, 16,7%). En 3 casos (25%) se dispuso de diagnóstico histológico preoperatorio. La mediana del tamaño tumoral fue de 7 cm. (RI 6-12,5). En 4 casos (33,3%) se demostró invasión de estructuras adyacentes. La resección fue completa en 9 casos (75%). Tres casos (25%) habían recibido quimioterapia neoadyuvante y 4 (33,3%) quimioterapia adyuvante asociada o no a radioterapia. El índice de complicaciones posquirúrgicas fue de 8,3% (1 caso), en el que se presentó un hemotórax. La estancia hospitalaria mediana fue de 9 días (RI 7,25-15,5).

Conclusiones: Los TCG mediastínicos son más frecuentes en varones jóvenes. Asientan con mayor frecuencia en mediastino anterior, siendo el teratoma maduro la histología más frecuente. La exéresis quirúrgica proporciona un diagnóstico de certeza y un control de los síntomas con una morbimortalidad escasa.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE METÁSTASIS PULMONARES DE ORIGEN COLORRECTAL

J. Hernández Ferrández¹, P. Menal Muñoz¹, R. Embún Flor¹, C. Lapestra Moros², E. Ramírez Gil¹, J.L. Recuero Díaz¹, Í. Royo Crespo¹, P. Martínez Vallina¹, F.J. García Tirado¹ y J.J. Rivas de Andrés¹

Hospital Universitario Miguel Servet. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa: ¹Cirugía Torácica; ²Hospital Universitario Miguel Servet: Medicina Preventiva

Introducción: Dados los avances en el tratamiento oncológico del carcinoma colorrectal con el consiguiente aumento en la supervivencia, incluso en pacientes en estadio D Dukes, la cirugía de las metástasis pulmonares de cáncer colorrectal suponen ya en algunos Servicios como el nuestro la segunda causa más frecuente de resección pulmonar con intención curativa por detrás del carcinoma broncogénico. El objetivo es analizar nuestros resultados en el tratamiento quirúrgico de metástasis de cáncer colorrectal y los posibles factores pronósticos implicados.

Material y métodos: Estudio mixto retrospectivo-prospectivo de pacientes intervenidos con intención curativa, en el HUMS desde septiembre 98 a septiembre 08 y en el HCULB desde septiembre 05 a septiembre 08, se ha analizado con detalle el primer episodio de metastasectomía así como el número de episodios realizados, la supervivencia y los posibles factores pronósticos implicados. Registro a partir de Base de datos Excel y programa estadístico G-Stat 2.0.

Resultados: De 160 casos de metastasectomía, 60% (96) correspondieron a metástasis de cáncer colorrectal. 64,6% varones (62) y 35,4% mujeres (34). Se objetivaron en el 19% (18) metástasis extrapulmonares previas. El ILE medio fue de 28 meses. Las metástasis fueron metacrónicas en el 79% (76) y sincrónicas en el 21% (20). En el 42% (41) de los casos se realizó PET, con una sensibilidad del 84%. En el 23% (22) de los pacientes se realizó una resección mayor. En el 15% (14) se realizó un abordaje bilateral en las que se constató enfermedad en ambos hemitórax. Se apreció metástasis única en el 67% (64) y múltiples en el 33% (32). Las metástasis sincrónicas tienen una presentación múltiple en el 55%, frente al 27% de las metacrónicas. La precisión diagnóstica de la TAC, en nuestro Centro, cuando es única es del 91%, lo que aboga por el abordaje mediante CVT. La supervivencia a 2, 5 y 8 años fue del 82%, 51% y 25%, respectivamente, con una mediana de 62 meses. El CEA se mostró como el único factor pronóstico significativo ($p = 0,04$).

Conclusiones: 1. Consideramos la CVT como la técnica de elección en caso de metástasis única. 2. El número de metástasis resecaadas fue significativamente mayor en caso de metástasis sincrónicas. 3. El CEA se mostró como el único factor pronóstico implicado.

TRATAMIENTOS DE LAS CAVIDADES PLEURALES EMPIEMÁTICAS CRÓNICAS

C.A. Rombola¹, A.F. Honguero Martínez², A.A. Boue³, A. Núñez Ares⁴, y P. León Atance²

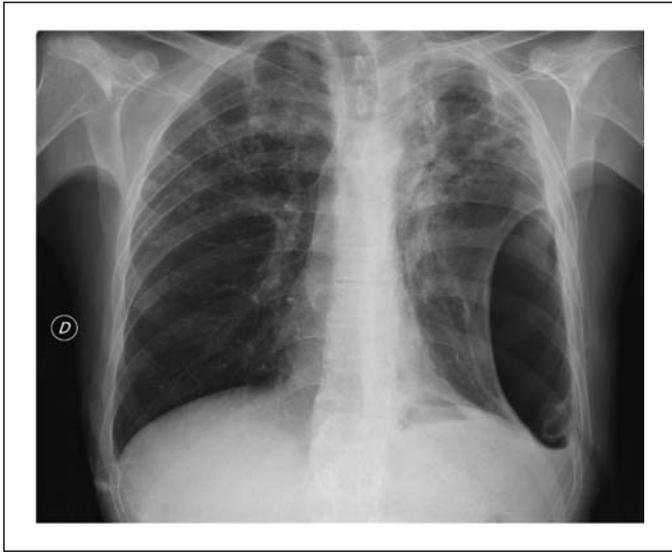
Hospital General de Albacete: ¹Cirugía Torácica; Complejo Hospitalario Universitario de Albacete: ²Cirugía Torácica, ³Cirugía General, ⁴Neumología.

Introducción: Definimos Cavidad Pleural Empiematica Crónica (CPEC) a la cavidad que persiste a pesar de un drenaje pleural simple y que es asiento de una infección crónica. Se origina tras una neumonectomía o un fallo de re-expansión pulmonar con la consecuente paquipleuritis. Por el estado local o general del paciente no es posible su resolución con una decorticación pleural en una fase más temprana de la enfermedad. Los tratamientos propuestos comprenden una gama de procedimientos desde drenajes pleurales y toracostomías hasta plombajes, y toracoplastias, con el objeto de controlar la infección y lograr el cierre definitivo de la cavidad residual. La mayoría han sido descritos hace varias décadas.

Material y métodos: Se han recopilado 21 casos de CPEC tratados en nuestro Servicio, desde el 01/05/2004 hasta el 30/11/2008. Hemos analizado las siguientes variables: edad, sexo, causas, número de días hasta la resolución completa de la cavidad, casos no resueltos, microorganismos contaminantes y tipo de tratamientos. Consideramos al caso resuelto una vez desaparecida la cavidad.

Resultados: Todos los pacientes fueron hombres y la edad promedio fue de 64 años (rango 37-83). Las causas han sido los empiemas paraneumónicos (42%) y postoperatorios (57%), cronificados por diagnóstico tardío o por mal estado general. En todos los casos el tratamiento fue eficaz para controlar la sepsis. Se han aislado *Staphylococcus aureus* MR (23%), *Pseudomona aeruginosa* (23%) y tuberculosis en un caso. Se practicaron 6 toracostomías directas o ventanas (TD), 13 toracostomías indirectas con tubo de Pezzer (TI), 1 omentoplastia (OP) y 1 toracoplastia (TP). Han sido resueltos 3 TD, 6 TI, 1 OP y 1 TP con tratamientos que duraron 368, 372, 206 y 165 días/promedio respectivamente. Los casos no resueltos fueron 3 TD y 7 TI tras 330 y

303 días/promedio respectivamente, y se debieron a fallecimiento (3 casos), a la corta evolución postoperatoria o a la necesidad de un segundo tratamiento secuencial de mayor complejidad (1 caso).



Conclusiones: Aunque actualmente, las CPEC son infrecuentes, suponen un importante deterioro en la evolución y calidad de vida de los pacientes, sometidos a largos o complejos tratamientos. Los tratamientos propuestos son eficaces para el control de la infección aunque ninguno es "ideal" en el sentido de su coste, duración y seguridad. Nuevas terapias deberían investigarse para el sellado terapéutico y/o profiláctico de éstas cavidades.

TUMOR FIBROSO PLEURAL ¿BENIGNOS O MALIGNOS?

M.M. Rubio Garay, S. Martínez Somolinos, E.E. Mármol Cazas, J.C. Penagos Tafurt, X. Baldó Padró y F. Sebastián Quetglás

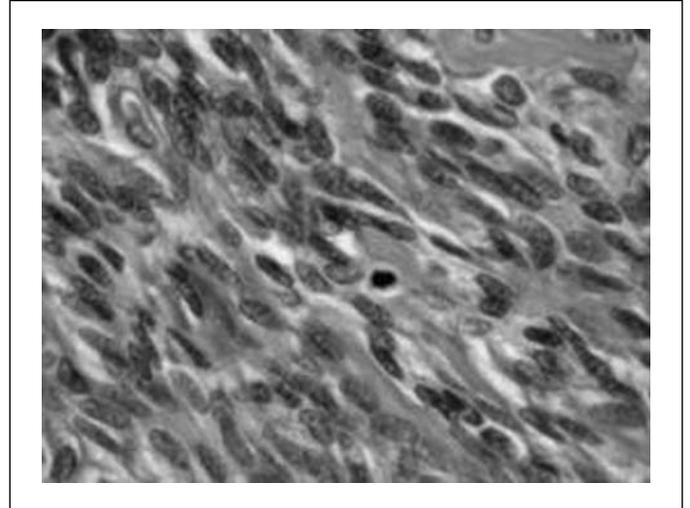
Hospital Josep Trueta: Cirugía Torácica.

Introducción: El tumor fibroso pleural es un tumor poco frecuente de origen mesenquimal, habitualmente asintomático, que suele presentarse como una masa bien definida y homogénea. El grado de agresividad puede ser variable y su curso clínico impredecible. Entre un 9-16% fallecen por recidiva o metástasis. Con este estudio retrospectivo queremos identificar los factores de mal pronóstico y valorar el tratamiento.

Material y métodos: Entre enero de 2001 hasta octubre de 2008 se han intervenido en nuestro servicio 2.751 pacientes programados de los que 8 se diagnosticaron de tumor fibroso pleural (0,29%). Se han recogido todos los datos de filiación, del tumor, la intervención y el seguimiento. Respecto a la histología, se ha recogido: n.º tumoraciones/paciente, tamaño, n.º mitosis/campo de gran aumento, presencia de necrosis y/o hemorragia, atipia celular, invasión de estructuras vecinas y estudio inmunohistoquímico. Se han considerado malignos si se ha constatado: presencia de más de una tumoración, invasión de estructuras vecinas, más de 4 mitosis/campo de gran aumento, tamaño superior a 15 centímetros, atipia celular, necrosis y/o hemorragia intratumoral.

Resultados: De los 8 pacientes, 7 eran mujeres con edad media de 52 años (rango 29-69 años). 2 pacientes presentaron dolor, el resto fue un hallazgo casual. El diagnóstico preoperatorio se realizó en 3 casos por PAAF y 1 por tru-cut. Tamaño: 7,5 cm de media (rango 2-15 cm). Se realizaron 2 resecciones por toracoscopia, cinco por toracotomía (1 neumonectomía) y una toracotomía exploradora. 3 casos fueron considerados malignos: 1) Por invasión costal (sin criterios histológi-

cos de malignidad) 2) Varias masas con invasión pulmonar, atipia, necrosis y elevadas mitosis. 3) Múltiples masas con invasión mediastínica y atipia (toracotomía exploradora). No hubo morbilidad y la estancia media postoperatoria fue de 3 días. No se han presentado recidivas hasta la fecha (mediana de seguimiento 19 meses, rango 1-51 meses) y todos los pacientes están vivos. El paciente no resecado ha recibido tratamiento con quimioterapia.



Conclusiones: Los tumores fibrosos pleurales, considerados clásicamente como benignos, tienen un comportamiento biológico agresivo a pesar de no existir criterios histológicos de malignidad. La resección completa es el tratamiento de elección y el indicador más importante de una buena evolución, recomendándose realizar un seguimiento radiológico post-resección. No está probada la utilidad de otros tratamientos adyuvantes.

TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE LA PLEURA. ANÁLISIS DE 17 CASOS

S. Crowley Carrasco, J.L. Campo-Cañaverl de la Cruz, S. Call Caja, D. Gómez de Antonio, F.J. Moradiellos Díez, M. Córdoba Peláez y A. Varela de Ugarte

Hospital Universitario Puerta de Hierro: Cirugía Torácica.

Introducción: El tumor fibroso solitario de la pleura es una neoplasia poco frecuente, de crecimiento lento, asintomática y normalmente de comportamiento benigno. El objetivo del trabajo es describir nuestra experiencia en el manejo de estos tumores y sus características clínicopatológicas.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de 16 pacientes con diagnóstico de tumor fibroso pleural, intervenidos en nuestro centro durante el período comprendido entre enero 2000 y abril 2008.

Resultados: De los 16 pacientes con tumor fibroso pleural resecado, 9 (56,25%) eran varones y 7 (43,75%) mujeres. La edad media fue de 53 años (rango 26-73 años). 5 (31,25%) de los 16 pacientes tenían antecedentes de tabaquismo. 13 (81,25%) de los 17 pacientes no presentaban ningún síntoma y el diagnóstico fue un hallazgo radiológico casual. Se realizó resección completa en los 16 casos, de las cuales 9 (56,25%) fueron abordados por toracotomía, 5 (31,25%) por videotoracoscopia (con un tamaño máximo del tumor de 6,2 cm) y 2 (12,5%) por esternotomía. El tamaño medio de los tumores fue de 9 cm (rango 1-22 cm). La inmunohistoquímica (IH) presentó positividad para vimentina en un 37,5% de los tumores, CD34 en un 62,50% y bcl-2 en un 31,25%, y negatividad para citoqueratinas en un 43,75% de los casos y para proteína S-100 en el 31,25% (No se disponen de datos de IH en 4 de las 16 muestras). Se encontraron criterios de malignidad en 2

(12,5%) de los 16 tumores resecados. 2 (12,5%) de los pacientes presentaron como complicación postoperatoria parálisis de cuerda vocal izquierda por lesión del nervio recurrente. La estancia media tras la cirugía fue de 3 días (1-6). El período medio de seguimiento de los pacientes fue de 21 meses (rango 1-80 meses), durante los cuáles 3 (18,75%) de los 16 pacientes han presentado imágenes nodulares pulmonares indeterminadas que permanecen en seguimiento sin tener diagnóstico definitivo de recidiva.

Conclusiones: El tumor fibroso solitario pleural es una neoplasia rara, generalmente benigna cuyo tratamiento es la resección quirúrgica completa. La mayoría de pacientes se encuentran asintomáticos y se llega al diagnóstico tras hallazgo radiológico casual. El estudio con inmunohistoquímica es de gran valor en esta neoplasia, ya que es generalmente positiva para vimentina y CD34, y negativa para citoqueratinas y proteína S-100. Las recurrencias son raras, pero se debe hacer un seguimiento a largo plazo, dado su comportamiento biológico impredecible.

VALIDACIÓN DE LA EUROPEAN SOCIETY OBJECTIVE SCORE (ESOS 0.1) SOBRE PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIÓN ANATÓMICA POR CÁNCER DE PULMÓN

J. Cerón Navarro, C. Jordá Aragón, E. Pastor Martínez, K. de Aguiar Quevedo, J.C. Peñalver Cuesta y J.D. Padilla Alarcón

Hospital Universitario La Fe: Cirugía Torácica.

Introducción: El riesgo de muerte es uno de los principales factores que deben tenerse en cuenta a la hora de decidir si la cirugía es la

mejor opción. En 2005, la Sociedad Europea de Cirujanos Torácicos desarrolló un score para identificar los factores pre-quirúrgicos asociados con la mortalidad intrahospitalaria tras la resección pulmonar, denominado ESOS 0.1. Nuestro objetivo es la validación del ESOS 0.1 sobre una serie de pacientes afectos de cáncer de pulmón (CP) a los que se les ha efectuado una resección anatómica.

Material y métodos: Realizamos un análisis retrospectivo sobre una base de datos, recogida de forma prospectiva. Se analizaron 404 pacientes intervenidos por CP en el Hospital Universitario La Fe entre el 1 enero de 2001 y el 31 de diciembre de 2007. Ningún paciente de esta serie se encontraba en el estudio original ESOS. ESOS.01 se utilizó para estimar el riesgo de mortalidad intrahospitalaria en todos los pacientes.

Resultados: La edad media fue de $67,6 \pm 9,3$ años. Hubo un 83% de varones y un 17% de mujeres. Trescientos cincuenta pacientes (86,6%) presentaron comorbilidad. Se clasificó el 62% de los pacientes en estadio I, el 22,4% en estadio II, el 12,8% en estadio III y el 2,8 en estadio IV de la clasificación IASLC. El FEV₁ ppo (%) medio fue de 67,6% (rango: 26,4-133,9). Se efectuaron 40 neumectomías (9,9%) y 364 lobectomías (90,1%). La mortalidad intrahospitalaria observada fue del 4,5% (18 pacientes: 10 neumonías, 4 insuficiencias respiratorias no infecciosas, 3 sepsis y una fistula broncopleural). Sin embargo, la mortalidad intrahospitalaria esperada aplicando ESOS 0.1 fue del 1,7%.

Conclusiones: No podemos aplicar el modelo ESOS 0.1 para la estimación de riesgo de mortalidad intrahospitalaria en pacientes sometidos a resección anatómica para el tratamiento del CP. Creemos necesaria la construcción de un nuevo modelo de riesgo más selectivo según tipo de cirugía e indicación.