

CIRUGÍA TORÁCICA

ANÁLISIS SISTEMÁTICO DE EGFR MUTADO EN EL CÁNCER DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

M.T. Pérez Warnisher¹, A. Cómez Acosta², A. Blanco Fernández², C. Gotera Rivera³, F. Rojo³, G. Peces-Barba Romero⁴ y L. Seijo Maceiras⁵

¹Clínica Universidad de Navarra, Madrid, España. ²Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España. ³Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid, España. ⁴Hospital Fundación Jiménez Díaz, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias, CIBERES, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España. ⁵Clínica Universidad de Navarra, Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias, CIBERES, Instituto de Salud Carlos III, Madrid, España.

Introducción: El análisis de mutaciones de EGFR permite un tratamiento personalizado del adenocarcinoma de pulmón metastásico mediante el uso de inhibidores de la tirosinkinasa (TKI). La mutación de EGFR es la más prevalente de entre las alteraciones moleculares conocidas, especialmente en mujeres no fumadoras. Objetivo: analizar la presencia de EGFR mutado en una cohorte de pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón no microcítico (CPNM) y su correlación con variables clínicas, concretamente con la Supervivencia libre de progresión (SLP) y la supervivencia global (SG).

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyen todos los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón con independencia del estadio, la histología, y el tipo de muestra en un plazo de 5 años (n = 456). Los pacientes se sometieron sistemáticamente a la detección de mutaciones de EGFR de los exones 18-21. Se excluyeron pacientes con carcinoma microcítico así como aquellos cuya muestra era insuficiente para estudio molecular. Se recogieron datos clínicos y epidemiológicos de todos los pacientes.

Resultados: 45 de los 456 pacientes presentaron una mutación de EGFR. De los 45 pacientes mutados el 58% eran mujeres con una edad media de 67 años. 18% eran fumadores y 32% tenían EPOC. La mayoría fueron adenocarcinomas pero hubo 6 pacientes con carcinoma escamoso y EGFR mutado. La mutación de EGFR conlleva un aumento de la supervivencia pasando la SLP de 10 a 13 meses de media y la SG de 17 a 24 meses de media. Se encontraron diferencias entre la DLCO media en pacientes con EGFR mutado (96%) y no mutado (78%) (p < 0,001).

	Población de estudio (n = 456)	Pacientes con EGFR mutado (n = 45)
Sexo; n (%)		
Hombre	304 (66,7%)	19 (42,2%)
Mujer	152 (33,3%)	25 (57,8%)
Edad; mediana (IQR)	67,7 (66,7-68,7)	66,9 (63,6-70,3)
IPA; mediana	67	37,4
Tabaquismo activo; n (%)	159 (34,8%)	34 (17,7%)
EPOC (n = 286); n (%)	159 (55,6%)	7 (31,8%)
FEV1% media	72%	87%
DLCO% media	78%	96%
SLP; media (IC95%)	10 meses (9-11)	13,24 meses (10,8-17,2)
SG; media (IC95%)	16,8 meses (15,9-18,0)	23,95 meses (20,0-28,9)
Adenocarcinoma; n (%)	285 (62%)	38 (84,4%)

Conclusiones: La presencia de mutación de EGFR fue más frecuente en mujeres con menor tabaquismo y alargó la supervivencia con independencia del tratamiento recibido. La DLCO se correlaciona inver-

samente con la presencia de mutación de EGFR, y esta ocurre tanto en adenocarcinomas como carcinomas escamosos de pulmón.

APLICACIONES CLÍNICAS DE LA BRONCOSCOPIA RÍGIDA EN LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA CENTRAL. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

R. Guzmán Portillo, J.M. Gimferrer Garolera, D. Sánchez Lorente, M. Boada Collado, A. Gómez Caro, Á. Guirao Montes, A. Libreros Niño, C. Guerrero Martín y L. Molins López-Rodó

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona, España.

Introducción: La broncoscopia rígida, frente a la flexible, continúa siendo de elección en el intervencionismo de la vía aérea principal. El gran diámetro del canal de trabajo, y sus diferentes modalidades de ventilación permiten realizar de forma segura el procedimiento y re-permeabilizar la vía aérea, así como el control de posibles complicaciones durante su realización. Es una opción de tratamiento para la obstrucción emergente de la vía aérea y es considerada una opción paliativa o terapéutica definitiva. En este documento, exponemos nuestra experiencia sobre la efectividad y seguridad de la broncoscopia rígida en la estenosis de la vía aérea central.

Material y métodos: Analizamos retrospectivamente todos los pacientes a los que se les realizó una broncoscopia rígida por obstrucción de la vía aérea central en nuestro hospital entre junio de 2006 y junio de 2018. Las ventajas y limitaciones del procedimiento se analizaron mediante la observación de los cambios en el grado de estenosis, espirometría y escala de Karnofsky (EK). También se registraron las complicaciones y mortalidad inmediata.

Resultados: Se realizaron 276 broncoscopias rígidas en 182 pacientes con estenosis de la vía aérea. La edad media fue de 61 años. El 62% del sexo masculino. 63% de los casos eran secundarios a patología maligna. En el 37% restante el procedimiento fue realizado para pruebas diagnósticas, dilatación por estenosis benigna y otros procedimientos, fundamentalmente recambio de prótesis. El 71% de los pacientes con patología maligna sometidos al procedimiento tenían una obstrucción superior a dos tercios y requirieron dilatación y resección con láser-YagNd. La broncoscopia rígida alivió de inmediato la obstrucción de la vía aérea central en todos los casos. La espirometría en el subgrupo de patología maligna reveló que el FEV1 mejoró significativamente tras el procedimiento de $1,8 \pm 0,8$ L a $2,1 \pm 0,8$ L (p < 0,05). A su vez todos los pacientes refirieron una mejoría clínica, estimada mediante la EK con un incremento medio de 20 puntos (p < 0,001). No se encontró asociación estadística entre la EK y los valores espirométricos (p > 0,05). La complicación más frecuente fue la hemorragia en un 4% de los pacientes. No se registró mortalidad asociada a la intervención.

Conclusiones: La broncoscopia rígida proporciona un adecuado acceso para el tratamiento eficaz y seguro de la obstrucción de la vía aérea



proporcionando una mejoría significativa del FEV1, con un porcentaje bajo de complicaciones y mortalidad inmediata nula.

ARTRITIS SÉPTICA EN LA PARED TORÁCICA

P. Bravo Carmona, M.J. Moyano Rodríguez, J.R. Torres Bermúdez, C.I. Bayarri Lara, F. Quero Valenzuela, F. Hernández Escobar, I. Piedra Fernández, D.A. Murillo Briton y J. Ruiz Zafra

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, Granada, España.

Introducción: La artritis séptica en tórax tiene una incidencia menor al 1% de todas las infecciones articulares. Son factores de riesgo: adicción a drogas vía parenteral (ADVP), infecciones a distancia, inmunosupresores, diabetes mellitus, traumatismo e infección de vías centrales. La infección suele ser monomicrobiana: lo más frecuente gram positivos. *Staphylococcus aureus* es el más común (50%). Para el diagnóstico es necesario hemocultivos y pruebas de imagen tipo tomografía computarizada (TC) y/o resonancia magnética. El definitivo consiste en identificar el microorganismo causal en el líquido articular. Pueden surgir graves complicaciones: osteomielitis, mediastinitis, miositis, absceso de pared torácica, empiema, sepsis. El tratamiento consiste en antibioterapia y la mayoría de los casos asociando cirugía.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de 3 casos de artritis séptica en tórax entre 2010 y 2018, dos en articulación esternoclavicular (AEC) y uno manubrioesternal (AME).

Resultados: Caso 1: mujer de 53 años nota bultoma en región esternal y fiebre. TC de tórax compatible con artritis séptica de AME con osteólisis esternal, absceso preesternal e inflamación mediastínica. Se trató con desbridamiento quirúrgico urgente, drenaje 10 días, antibióticos intravenosos y al alta orales. El líquido articular fue positivo para *S. aureus*. Sin signos de recurrencia. Caso 2: mujer de 68 años diabética, que a los diez días de una histerectomía presenta dolor e inflamación en AEC derecha. TC reveló inflamación de tejidos blandos alrededor de la AEC compatible con artritis séptica. La punción articular

no mostró microorganismos. El tratamiento consistió en antibióticos intravenosos y orales 3 semanas. No precisó cirugía. Caso 3: varón de 73 años con fiebre y tumoración dolorosa. TC mostró gran inflamación alrededor de AEC y cambios en mediastino superior, compatibles con artritis séptica. Requiere cirugía urgente: artrotomía, sección del músculo esternocleidoidoideo, desbridamiento local profundo incluido el mediastino anterior, dejando drenajes. Se completó con antibióticos intravenosos. Se aisló *S. aureus*. El postoperatorio y evolución fueron exitosos.

Conclusiones: La artritis séptica de pared torácica es una infección muy poco común. Puede asociarse a graves complicaciones, por lo que se debe realizar pruebas analíticas y radiológicas oportunas obteniendo un diagnóstico precozmente. El tratamiento debe ser enérgico y suele estar asociado a cirugía.

CAMBIOS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON PECTUS CARINATUM TRAS LA UTILIZACIÓN DEL SISTEMA DE COMPRESIÓN DINÁMICO

N. Pinos Vélez¹, M. Aguirre Vintimilla², R. Ordóñez Vintimilla³ y M. Torracchi Carrasco³

¹Hospital Universitario del Río-Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Ecuador. ²Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Ecuador. ³Hospital Universitario del Río, Cuenca, Ecuador.

Introducción: El pectus carinatum (PC) es la protrusión de la pared anterior del tórax. En la primera época de la vida suele pasar desapercibida volviéndose más evidente en la adolescencia. Es más frecuente en hombres, pudiendo ser inferior o condrocóncavo o superior o condromanubrial. El objetivo de este estudio es determinar los cambios en la escala de calidad de vida de Nuss que presentan los pacientes con pectus carinatum tras el tratamiento ortopédico.

Material y métodos: Estudio prospectivo cualitativo de los cambios en la escala de calidad de vida de Nuss que presentan los pacientes con pectus carinatum tratados con el sistema de compresión dinámico, en el periodo comprendido entre mayo de 2017 a mayo de 2018. Variables: edad, sexo, perímetro torácico, diámetro anteroposterior, diámetro transversal, elevación del pectus, distancia del centro torácico, presión de corrección, presión inicial, presión final, cuestionario de Nuss pediátrico antes y después de terminado el tratamiento. Método estadístico: análisis de los datos en SPSS 22.0, utilizando la mediana para las variables cualitativas y el test de Wilcoxon para el cruce de variables.

Resultados: Existió un total de 8 pacientes, todos varones, con una mediana de edad de 14 años. El pectus fue simétrico en 4 casos y asimétrico en 4. La mediana de utilización del sistema fue de 10 meses. En la tabla 1 se pueden observar las características antropométricas. Para valorar los cambios en la calidad de vida comparamos las medianas obtenidas en el cuestionario de Nuss antes y después de la utilización del sistema de compresión dinámico, encontrando que en todas las preguntas existió una mejoría en la calidad de vida pero esta diferencia fue significativa solo en las tres primeras preguntas, como se puede observar en la tabla 2.

Tabla 1. Características antropométricas

Diámetro	Mediana
Perímetro torácico	82
Diámetro anteroposterior	20,75
Diámetro transversal	26,75
Elevación del pectus	3
Presión de corrección	4,85
Presión inicial	1,8
Presión final	1,2

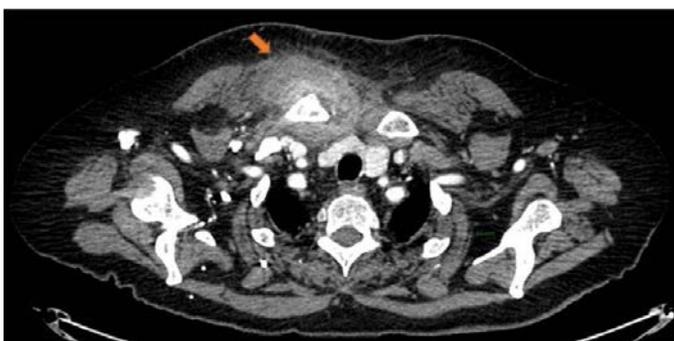
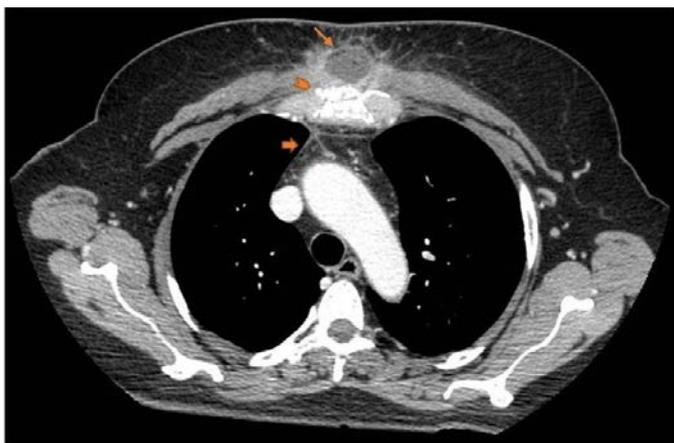


Tabla 2. Comparación de las medianas del cuestionario de calidad de vida de Nuss pre y post sistema de compresión

Preguntas del cuestionario de Nuss	Mediana Pre	Mediana Post	Wilcoxon
¿Cómo te sientes con tu aspecto?	1	3	0,007
¿Cómo te sientes con el aspecto de tu tórax?	1	3	0,007
¿Cómo te sientes por lo que dice la gente de tu tórax?	1	3	0,007
¿La gente se ríe de ti por el aspecto de tu tórax?	3,5	4	0,136
¿Tu tórax te hace evitar realizar cierto tipo de actividades?	2	3	0,932
¿Ocultas tu tórax?	1	2,5	0,610
¿Te has sentido incómodo de cómo la gente mira tu tórax?	2,5	3	0,932
¿Te avergüenza que la gente mire tu tórax?	2	3	0,865
¿Te sientes mal por tu enfermedad?	2	3	0,887
¿Tienes apuro por terminar gimnasia?	3	3	0,216
¿Crees que te cuesta respirar por tu tórax?	3,5	4	0,131
¿Te cansas rápidamente?	3,5	4	0,131

Para las 3 primeras preguntas: 1: Infeliz, 2: Más o menos infeliz, 3: Más o menos feliz, 4: Muy feliz. Para las siguientes preguntas: 1: Frecuentemente, 2: A veces, 3: Casi nunca, 4: Nunca.

Conclusiones: Con nuestros datos podemos concluir que el tratamiento ortopédico del pectus carinatum mejora la calidad de vida de los pacientes en la esfera de su percepción corporal.

DERRAME PLEURAL COMPLICADO: MARCADORES DE MORTALIDAD

D. Andía Torrico, F. Escobar Ramírez, L. Sánchez Moreno, T. Díaz de Terán López, S. Tello Mena, S. Izquierdo Cuervo, G.E. Andretta Juárez, J.S. Osorio Chávez, M. Cristeto Porras, C. Álvarez de Arriba, S. Naranjo Gozalo, M. Carbajo Carbajo, V. Mora Cuesta, A. Martínez Meñaca, D. Iturbe Fernández, D.J. Ferrer Pargada, C.A. Amado Diago, B. Abascal Bolado, J.J. Ruiz Cubillán, R. Mons Lera y J.M. Cifrián Martínez

Hospital Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España.

Introducción: El derrame pleural complicado (DPC) se asocia a una mortalidad intrahospitalaria de 8-20%. En los últimos años se ha visto, por otro lado, un aumento en la incidencia. El objetivo de nuestro estudio fue describir las características de nuestros pacientes con DPC y tratamiento conservador (TC) y determinar marcadores de mortalidad.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con DPC y TC entre 01-01-2010 y 01-09-2018. Se recogieron datos clínicos, analíticos y de tratamiento. Se realizó un análisis comparativo de mortalidad empleando la prueba de U de Mann Whitney para las variables cuantitativas y la de chi cuadrado para las cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 157 pacientes, 71,3% hombres, con una mediana de edad de 57 (9,5-73,5) años. El 19,8% de los pacientes eran DM 2, el 29,3% HTA, 48,4% antecedentes de tabaquismo. La mediana del índice de Charlson fue de 3. Los síntomas iniciales asociados fueron disnea 75,8%, tos 62%, fiebre 75%, dolor torácico 69% de los casos. El DPC fue derecho 58,6% y bilateral 4,5%. El análisis microbiológico del líquido pleural fue negativo en el 56,7%, aislándose en un 4,5% *S. pneumoniae*, y en el mismo porcentaje *S. aureus* meticilín sensible. En el 3,8% se aisló *Mycobacterium tuberculosis*. Se administraron fibrinolíticos en el 32,7% de los pacientes. La mediana de ingreso hospitalario fue de 19 (12-27) días. El 21,8% precisó UCI. La mortalidad intrahospitalaria registrada fue del 13,4%. En el análisis comparativo de mortalidad se recoge en las tablas 1 y 2.

Conclusiones: Los pacientes con DPC bilateral, con mayor comorbilidad, menor tasa de filtrado glomerular, mayor consumo de glucosa en líquido pleural, citología positiva para malignidad y sin fibrinolíticos

Tabla 1. Variables cualitativas relacionadas con el aumento de la mortalidad en el derrame pleural complicado

Variables cualitativas	p
Filtrado glomerular < 60 ml/min/1,73 m ²	0,001
Fiebre como clínica inicial	0,031
Derrame pleural bilateral	0,041
Citología positiva de líquido pleural	0,001
El no uso de fibrinolíticos intrapleurales	0,015
Ingreso en UCI	0,017

Tabla 2. Variables cuantitativas relacionadas con el aumento de la mortalidad en el derrame pleural complicado

Variables	Grupos según muerte		p
	Sí	No	
Índice de Charlson ajustado por edad (mediana)	5 (4-9) pts.	3 (0-5) pts.	0,000
Glucosa en líquido pleural (mediana)	8,5 (2-33) mg.	36,5 (6-84) mg.	0,026
Edad (mediana)	76 (53-85) años	52,5 (37-69) años	0,001

intrapleurales, presentaron un aumento de mortalidad en nuestra serie. Identificar dichos factores puede ayudar a una mejor estrategia de tratamiento.

EFICACIA DEL MARCAJE ROLL EN LESIONES PULMONARES

S. García Reina¹, E. Fernández Araujo¹, S. Lafuente Carrasco¹, M. Lacambra Basil², J.O. Cervantes Rodón¹, C. Martínez Barenys¹, M. Homs Riera¹ y P.E. López de Castro Alujes¹

¹Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España. ²Mútua de Terrassa, Terrassa, Barcelona, España.

Introducción: La mejoría de resolución de las pruebas diagnósticas y la necesidad de realizar intervenciones quirúrgicas diagnóstico-terapéuticas con mayor premura ha obligado al desarrollo de técnicas para la localización quirúrgica de las lesiones pulmonares. El marcaje ROLL es una de ellas. Objetivos: valorar la eficacia del ROLL pulmonar para el diagnóstico y tratamiento de lesiones pulmonares de difícil localización.

Material y métodos: Entre noviembre de 2011 y enero de 2018 se realizaron en nuestro servicio un marcaje mediante técnica ROLL a 23 pacientes en nuestro servicio (16 hombres y 7 mujeres). La edad me-

dia fue de 64,9 años \pm 6,3 años. Previa a la cirugía se realizó un marcaje guiado por TC con macroagregados de albúmina marcados con Tc99. Posteriormente se realizó una SPECT-TC para comprobar la correcta posición del trazador y se trasladaba a los pacientes a quirófano. Se pudo realizar el procedimiento a todos los pacientes. La complicación más frecuente fue el neumotórax en 7 pacientes (30,43%), pero no requirió drenaje en ninguno de ellos y fue asintomático. Se realizó una punción aórtica accidental no complicada. No hubo otras complicaciones del marcaje por ROLL. La localización de las lesiones fue 9 LSD, 4 LSI, 7 LID, 2 LII y una en LM. El tamaño medio de las lesiones fue de 8,54 \pm 3,71 mm y la distancia a pleura visceral de 21,99 \pm 17,6 mm. Por consistencia, 13 pacientes presentaban infiltrados en vidrio deslustrado puro, 7 eran lesiones semisólidas y 3 lesiones sólidas.

Resultados: Se localizó la lesión en el 100% de los pacientes y pudo ser reseca mediante resección atípica en todos los casos. Por histología, 14 fueron carcinomas no microcíticos primarios de pulmón y 9 M1 de carcinomas extratorácicos. Los márgenes estaban libre de enfermedad en 22 pacientes (95,6%). No hubo complicaciones intraoperatorias ni postoperatorias secundarias al procedimiento del marcaje.

Conclusiones: El marcaje por ROLL de las lesiones pulmonares es una técnica sencilla, útil y segura para la localización de lesiones pulmonares. No presentó problemas de desplazamiento del marcador ni de difusión al resto del parénquima.

ESTENOSIS TRAQUEALES: DILATACIÓN NEUMÁTICA VS. PRÓTESIS. RESUMEN DE 10 AÑOS DE ABORDAJE EN NUESTRO CENTRO

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

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España.

Introducción: La estenosis traqueal es una patología poco frecuente y de difícil diagnóstico. El objetivo del presente estudio es analizar las causas, morbimortalidad y control sintomático de nuestra serie de pacientes tratados por estenosis traqueal así como validar los diferentes tratamientos.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo en los últimos 10 años (2008-2018). Se estudian aquellos pacientes con estenosis traqueal evidenciada por imagen o broncoscopia en los que se realizó algún tipo de intervencionismo o cirugía.

Resultados: De los casos analizados (n = 38), 50% fueron mujeres y 50% hombres, con una edad media de 65 años en ambos. El 58% de nuestros pacientes presentaron estenosis benignas siendo lo más frecuente (52%) la estenosis postintubación y en localización subglótica (70%). De entre las malignas (16 casos) lo más frecuente fue la invasión traqueo bronquial por carcinomas de origen pulmonar, esofágico, de tiroides y 2 neoplasias traqueales. El síntoma guía en la mayoría fue la disnea, con o sin estridor. La técnica más utilizada para las estenosis malignas fueron las prótesis, fundamentalmente de Dumon, para control sintomático. La mayoría falleció con la prótesis a causa de su enfermedad de base y sólo un 18% de los pacientes permaneció con la prótesis. En el caso de las estenosis benignas un 40% fueron tratados mediante dilatación neumática con balón únicamente. En todos los casos excepto en dos fueron necesarias nuevas dilataciones, con una media de 2,8 dilataciones por caso, y con un intervalo medio de 1 año. En aproximadamente un 20% de pacientes se utilizaron procedimientos combinados de dilatación, láser Nd Yag y prótesis, pudiéndose retirar la prótesis en todos ellos aproximadamente al año de su colocación. Un 45% de las estenosis benignas fueron tratadas inicialmente con prótesis. Se pudo retirar la prótesis.

Conclusiones: La causa más frecuente de estenosis traqueal en nuestra serie fue la estenosis benigna postintubación de localización subglótica. El tratamiento utilizado depende fundamentalmente de la

causa de la estenosis. Las estenosis malignas se manejaron con prótesis como tratamiento sintomático. En el caso de las estenosis benignas el tratamiento más frecuentemente utilizado fueron las dilataciones, solas o de forma combinada con láser o prótesis. El uso de prótesis en las estenosis benignas tuvo en la mayoría de los casos un carácter temporal.

FIBRILACIÓN AURICULAR EN PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIÓN ANATÓMICA POR CIRUGÍA VIDEOASISTIDA

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

Hospital La Princesa, Madrid, España.

Introducción: La fibrilación auricular (FA) es una complicación postoperatoria en cirugía torácica que aparece con relativa frecuencia, (3-40% según las series). La aparición de FA se relaciona con un aumento del riesgo de accidente cerebrovascular, aumento de la mortalidad postoperatoria, así como un incremento del coste hospitalario. Se conocen varios factores que aumentan el riesgo de desarrollo de FA tras una cirugía torácica mayor; entre ellos se encuentra el EPOC, la edad avanzada, antecedente de arritmias y enfermedad cardíaca previa. El objetivo principal de este estudio es analizar la aparición de FA en pacientes sometidos a resección pulmonar videoasistida (CVT).

Material y métodos: Se incluyen 72 pacientes sometidos a resección pulmonar anatómica mayor por CVT desde diciembre de 2016 a diciembre de 2017. Se excluyeron aquellos pacientes con FA conocida. Se recogieron retrospectivamente las características clínicas, analíticas, quirúrgicas y oncológicas de todos los pacientes incluidos. La variable principal fue la frecuencia de FA postoperatoria y se evaluó su asociación con determinados antecedentes médicos, la localización de la resección o las complicaciones postoperatorias.

Resultados: La edad media fue de 64,12 años (45-81), de los cuales 50 (69,4%) eran varones y 22 (30,5%) mujeres. 35 pacientes (48,6%) eran hipertensos, 2 (2,7%) habían presentado algún episodio de cardiopatía isquémica. La media de FEV1 fue de 91,4%. 17 pacientes (23,6%) presentaron un FEV1 menor al 80% y 55 (76,4%) mayor al 80%. La media de DLCO fue de 90,2%. 25 pacientes (34,7%) presentaron una DLCO/VA menor al 80%, y 46 (65,3) mayor al 80%. De los pacientes con DLCO/VA menor del 80%, 1 (5%) desarrolló FA postoperatoria. En relación a la localización de la resección, 27 (37,5%) fueron lobectomías superiores derechas, 5 (6,9%) lobectomías medias, 7 (9,7%) lobectomías inferiores derechas, 20 (27,7%) lobectomías superiores izquierdas y 12 (16,7%) lobectomías inferiores izquierdas. 1 paciente al que se realizó lobectomía LSI desarrolló FA postoperatoria. De 72 pacientes, solo 1 (1,39%) desarrolló fibrilación auricular postquirúrgica, 5 (6,9%) desarrollaron neumonía/atelectasias.

Conclusiones: La aparición de FA después de una resección pulmonar por CVT es muy baja en nuestra serie respecto a lo publicado. Probablemente la buena selección de los pacientes y el abordaje quirúrgico menos invasivo pueden explicar nuestros resultados.

IMPACTO DE LA INSTAURACIÓN DE UNA CHECKLIST PREOPERATORIA EN EL ÍNDICE DE SUSPENSIÓN DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS PROGRAMADAS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA

Á. Cilleruelo Ramos, M.A. Loucel Bellino, C.B. García Rico, L. Berjón de la Vega, B. Gregorio Crespo, J.M. Matilla González, M.F. Muñoz Moreno, G. Martínez Mateo y M. Castanedo Allende

Hospital Clínico Universitario, Valladolid, España.

Nº Historia: _____ Paciente: _____
 Fecha nacimiento: _____ Sexo: _____ Episodio: _____
 Médico Responsable Dr/a: _____ Cama: _____

CHECKING PRUEBAS PREOPERATORIAS

MOTIVO DE INGRESO:

Procedimiento/ Proceso	Cumplimentado/ Constatación/ Pruebas	Medicamento/ Dosis/ Otras Medidas	Fecha de Suspensión/ sustitución	Medicación sustitución/ Dosis	Observaciones	Revisado/ Fecha
Historia Clínica						
Alergias medicamentosas						
Trastornos Venosos						
Estudio analítico						
Estudio coagulación						
Medicación antiagregante						
Medicación anticoagulante						
Pruebas de imagen						
EKG/otras exploraciones cardiológicas						
Pruebas funcionales respiratorias						
Fisioterapia respiratoria						
Interconsultas, preoperatorias						
Revisión AP preoperatorio						
Consentimiento quirúrgico informado						
Revisión medicación						
Consulta anestesia/Consentimiento informado						
Realización checking enfermería						

Documento checklist.

Causas de suspensiones por año

Motivos Suspensión	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
Falta cama UVI o REA	1		4	1	1	1	1	1
No ingreso paciente			1				1	
Decisión paciente		1						1
Retraso anterior interv.	4	4	5			5	2	3
Falta cirujanos							2	
Recomendación Médica	2	4	2	1	2	2	2	2
Indisposición del enfermo	1	2	2	5	1	1	1	1
Contaminación de medios								1
Dieron comer al enfermo	1							
Sustitución por Urgencia							1	
Sustitución paciente		2						1
Total general	9	13	14	7	9	10	10	7

Introducción: En el año 2014, dentro del programa para la certificación del Sistema de Gestión de la Calidad AENOR norma ISO 9001, se instauró la realización de un checklist con las pruebas complementarias preoperatorias precisas a completar previamente al procedimiento quirúrgico (IMAGEN1). Los objetivos de esta comunicación son: 1. Determinar el porcentaje de cumplimentación del checklist de pruebas preoperatorias. 2. Analizar los índices de suspensión de los años 2010 a 2013 y compararlos con los del periodo comprendido entre los años 2014 y 2017, tras la instauración del checklist. 3. Análisis de las causas de dichas suspensiones operatorias.

Material y métodos: Estudio prospectivo con recogida de los casos de suspensiones quirúrgicas desde el año 2010, comparando los datos del periodo 2010-2013 con los del periodo 2014-2017. Estudio de significación estadística con test de chi cuadrado de Pearson. Análisis de las diferentes causas de suspensión en los periodos definidos, comparación estadística con test de chi cuadrado de Pearson.

Resultados: 1. Porcentaje de cumplimentación del checklist en el periodo 2014-2017: 96,1%. 2. índice de suspensión: año 2010: 2,05%. 2011: 3,20%. 2012: 3,55%. 2013: 1,72%. Media: 2,63%. Tras instauración de checklist: 2014: 2,16%. 2015: 2,70%. 2016: 2,50%. 2017: 1,84%. Media: 2,3%. Diferencias no estadísticamente significativas ($p = 0,614$). 3. Causas de suspensión. A: potencialmente evitables con checklist preoperatorio (Recomendación médica de otros Servicios, descoordinación entre personal médico - enfermero). Periodo 2010-2013: 10 (23,25%). Periodo 2014-2017: 8 (23,5%). B: causas no evitables con el checklist (falta de cama de Cuidados Intensivos, decisión del paciente, indisposición del mismo, sustitución por urgencia o decisión médica): Periodo 2010-2013: 33 (76,75%). Periodo 2014-2017: 26 (76,5%) (fig.).

Conclusiones: El proyecto de instauración de un checklist de pruebas complementarias dentro del proyecto de acreditación del Sistema de Gestión de Calidad AENOR norma ISO 9001 ha tenido un porcentaje de cumplimentación del 96,1%. Tras su aplicación a partir del año 2014, se ha producido una disminución de los índices de suspensión operatorias, siendo esta disminución mayor dentro de las causas potencialmente evitables. Sin embargo, el pequeño tamaño muestral, así como el escaso índice de suspensiones del que ya se partía en el periodo 2010-2013, condicionan que no se objetiven diferencias estadísticamente significativas tras la aplicación del checklist de pruebas preoperatorias.

INFECCIÓN PULMONAR POR *LOPHOMONA BLATTARUM*

N. Pinos Vélez¹, M. Torracchi Carrasco², R. Ordóñez Vintimilla², S. Agreda Orellana² y M. Aguirre Vintimilla³

¹Hospital Universitario del Río-Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Ecuador. ²Hospital Universitario del Río, Cuenca, Ecuador. ³Hospital José Carrasco Arteaga, Cuenca, Ecuador.

Introducción: La *Lophomona blattarum* es un protozoo que se encuentra en el tracto intestinal de algunas termitas y cucarachas, su infección en humanos es rara y está estrechamente relacionada con estados de inmunosupresión crónica. La sintomatología simula una infección respiratoria pudiendo dar tos con o sin expectoración, dolor torácico, insuficiencia respiratoria, etc., con una radiografía de tórax con infiltrados pulmonares bilaterales. Por lo que es común que se confunda con una neumonía. Su diagnóstico se da por la identificación del parásito en secreciones respiratorias. El objetivo de este trabajo es presentar la incidencia de esta infección.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los casos diagnosticados de *Lophomona blattarum* en el periodo julio 2017 a julio 2018, las variables estudiadas fueron: edad, sexo, antecedentes patológicos, procedencia, síntomas, diagnóstico de ingreso, tratamiento y evolución.

Resultados: Se diagnosticaron un total de 6 pacientes, 4 mujeres y 2 hombres, con una mediana de edad de 57 años. Todos los pacientes tenían alguna comorbilidad importante que condicionaba un estado de inmunosupresión. Tres procedían de áreas rurales y 3 del área urbana, además tres de ellos vivían en áreas de clima caliente y 3 en clima frío. Todos los pacientes ingresaron con síntomas respiratorios y una radiografía con infiltrados pulmonares compatibles con neumonía. En el 100% de pacientes se inicio tratamiento con metronidazol 500 mg cada 8 horas por 20 días, con mejoría de la sintomatología a partir del tercer día en 5 de ellos y un fallecimiento por insuficiencia respiratoria al decimo día.

Características de la población

Edad	Antecedentes patológicos	Motivo de ingreso	Procedencia	Mortalidad intrahospitalaria
18	Secuestro pulmonar/ Tuberculosis pulmonar	Empiema pleural	Urbana	No
52	Insuficiencia renal	Neumonía grave	Rural	No
55	Tuberculosis pulmonar	Neumonía grave	Urbana	No
59	Carcinoma renal	Neumonía grave	Rural	No
69	Insuficiencia renal	Neumonía grave	Rural	No
79	Diabetes mellitus	Neumonía grave	Urbana	Sí

Conclusiones: En nuestro medio a los pacientes con patología pulmonar infecciosa y comorbilidades que condicionan inmunosupresión mas mala respuesta al tratamiento antibiótico debe considerarse la posibilidad de infección por *Lophomona blattarum*, por lo que se sugiere la toma de muestra con fibrobroncoscopia y el estudio micro-

biológico orientado a la determinación del mencionado protozoo en todos los casos sospechosos.

LA PARADOJA DE LA OBESIDAD EN LAS RESECCIONES PULMONARES ANATÓMICAS

E. Rivo Vázquez, J.M. García Prim, J. Quiroga Martínez, J. Soro García, A. Obeso Carillo, D. Pardiñas Río, S. Pardo Ferro, R. Neira García, B. Pérez Penas, P. Veiga Rodríguez, G. Andrade Sueiro, J. Cortiñas Díaz, A. Rodríguez Pérez y A. Golpe Gómez

Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, La Coruña, España.

Introducción: Se denomina “paradoja de la obesidad” a la asociación entre una mejor evolución clínica y un índice de masa corporal (IMC) anormalmente elevado y generalmente considerado como un factor de riesgo. El presente estudio tiene por objetivo evaluar la existencia de la paradoja de la obesidad en la cirugía de resección pulmonar anatómica en nuestro medio.

Material y métodos: Se revisó retrospectivamente una base de datos prospectiva de 133 pacientes consecutivamente sometidos a una resección pulmonar reglada entre diciembre de 2016 y marzo de 2018. Se estudiaron las variables demográficas, de comorbilidad y nutricionales. Se comparó el índice de masa corporal en función de la morbimortalidad postoperatoria.

Resultados: De los 133 pacientes intervenidos 98 (73,7%) eran varones y 35 (26,3%) mujeres con edades comprendidas entre los 33 y los 84 años (media 65,81; DE 10,33). El IMC medio fue 27,6 (DE 5,19) Kg/m² con un mínimo de 15,41, un máximo de 44,92 y una distribución normal (prueba de Kolmogorov-Smirnov: Estadístico de la prueba = 0,055; p = 0,2). Una vez categorizados por su IMC según la clasificación de la OMS, 2 (1,5%) pacientes presentaron bajo peso, 40 (30,1%) normopeso, 52 (39,1%) sobrepeso, 36 (27,1%) obesidad y 3 (2,3%) obesidad mórbida. Con el fin de comparar las variables en función del IMC se agrupó a los pacientes en obesos (Ob, pacientes con obesidad y obesidad mórbida) y no obesos (NOB, pacientes con bajo peso, normopeso y sobrepeso). En la tabla 1 se muestra una comparación entre las variables preoperatorias del grupo de pacientes Ob frente al grupo NOB. La tabla 2 compara los resultados postoperatorios entre ambos grupos. No se registró ninguna muerte (0%) en el grupo Ob y 4 (4,3%) en el grupo NOB (p = 0,32). El índice de masa corporal de los pacientes

Tabla 1. Comparación de las variables preoperatorias entre los grupos de pacientes obesos y no obesos

	No obesos	Obesos	Valor p
Edad	64,85 (DE 10,35)	68,13 (DE 10,03)	p = 0,096
Diabetes	11 (11,7%)	6 (15,4%)	p = 0,57
Hipertensión arterial	32 (34%)	19 (48,7%)	p = 0,11
Arritmia	4 (4,3%)	6 (15,4%)	p = 0,63
Arteriopatía periférica	7 (7,4%)	7 (17,9%)	p = 0,12
Categorías histológicas			p = 0,83
Carcinoma pulmonar	78 (83,0%)	34 (87,2%)	
Metástasis	9 (9,6%)	3 (7,7%)	
Otros	7 (7,4%)	2 (5,1%)	
Tabaquismo			p = 0,6
Exfum > 1 mes	5 (5,3%)	5 (12,8%)	
Exfum > 1 año	41 (43,6%)	16 (41%)	
Fumador activo	29 (30,9%)	9 (23,1%)	
No fumador	19 (20,2%)	9 (23,1%)	
FEV1 preop (%)	93,71 (DE 24,18)	82,71 (DE 23,56)	p = 0,74
Albumina sérica	3,93 (DE 0,61)	4,05 (DE 0,39)	p = 0,26
Abordaje VATS	66 (70,2%)	23 (59,0%)	p = 0,21
Neumonectomía (%)	12 (12,8%)	4 (10,3%)	p = 0,7

Tabla 2. Comparación de los resultados postoperatorios entre el grupo de pacientes obesos frente a los no obesos

	No obeso	Obeso	Valor de p
Duración de la intervención (min)	197,19 (DE 78,68)	211,44 (DE 59,020)	p = 0,31
Estancia media (días)	6,61 (5,38)	7,38 (7,84)	p = 0,51
Complicaciones cardiológicas	7 (7,4%)	4 (10,3%)	p = 0,73
Complicaciones respiratorias	28 (29,8%)	10 (25,6%)	p = 0,679
Infección de la herida quirúrgica	0 (0%)	2 (5,1%)	p = 0,084
Reintervención	7 (7,4%)	1 (2,6%)	p = 0,44
Reingreso en REA	6 (6,4%)	2 (5,1%)	p = 1
Reingreso hospitalario	8 (8,5%)	3 (7,7%)	p = 1

fallecidos en el perioperatorio resultó significativamente más bajo -22,16 (DE 4,98)- que el de los pacientes no fallecidos -7,77 (DE 5,12), p = 0,033.

Conclusiones: La “paradoja de la obesidad” está presente en nuestra experiencia en cirugía de resección pulmonar anatómica. Es necesario analizar un mayor volumen de pacientes con la finalidad de determinar la naturaleza de esta asociación.

LOBECTOMÍA VS. RESECCIÓN SUBLOBAR EN ESTADIOS INICIALES DEL CPCNP. SUPERVIVENCIA LIBRE DE RECURRENCIA

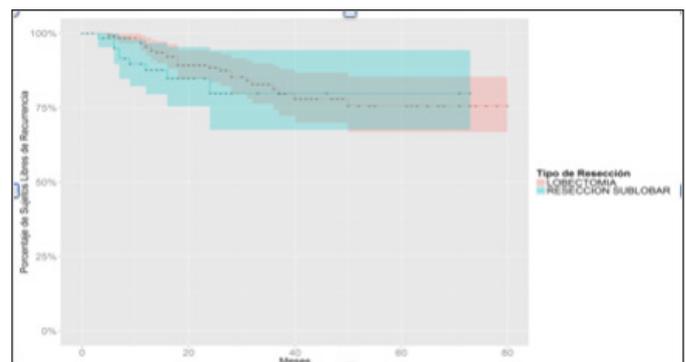
N. Muñoz González, A. Lora Ibarra, J.D. Avilés Parra, J.L. Recuero Díaz, Í. Royo Crespo y R. Embún Flor

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción: El objetivo de nuestro trabajo ha sido analizar si la realización de una resección pulmonar sublobar conlleva un mayor riesgo de recidiva locorregional en la cirugía del cáncer de pulmón en estadio I.

Material y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo que incluyó todos los pacientes intervenidos en nuestro servicio por un carcinoma pulmonar estadio I durante el periodo 2009-2014. El análisis univariante se realizó mediante chi cuadrado y la representación de las curvas de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier. El análisis multivariante se realizó mediante un modelo de regresión de Cox.

Resultados: Se intervinieron un total de 266 pacientes de los cuales 213 (80%) fueron varones. El 74,4% (n = 198) fueron sometidos a una lobectomía y el 25,6% (n = 68) a una resección sublobar (55 resecciones atípicas y 13 segmentectomías anatómicas). La clasificación de pacientes según el tipo histológico fue: lobectomía (adenocarcinoma 48,5%, escamoso 36,4%, otros 15,1%) y resecciones sublobares (adenocarcinoma 54,4%, escamoso 36,8% y otros 8,8%). La proporción de pacientes en estadio IA en cada grupo fue: lobectomía 59,6% (n = 118) y resección sublobar 80,9% (n = 55) (p = 0,002). La supervivencia libre de recurrencia a 5 años fue para la lobectomía 75,6% (IC95%: 0,668-



SLR.

0,855), y para la resección sublobar 79,9% (IC95%: 0,676-0,944, $p = 0,235$) (fig.). En ninguno de los dos grupos se alcanzó la mediana de supervivencia libre de recurrencia locorregional. En el modelo de regresión de Cox ajustado por sexo, edad y estadio, la resección sublobar no se asoció con un mayor riesgo de recidiva locorregional. HR: 1,082 (IC95% 0,462-2,535, $p = 0,8556$) (tabla).

Análisis multivariante SLR

	beta	se	HR	IC	p
Tipo de resección - sublobar	0,079	0,434	1,082	0,462-2,535	0,8556
Sexo - varón	0,578	0,495	1,782	0,676-4,698	0,2429
Edad en la IQ	0,052	0,021	1,053	1,011-1,097	0,0133
Estadio TNM - IB	-0,052	0,376	0,949	0,454-1,984	0,89

Conclusiones: En nuestra serie no hallamos diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes sometidos a lobectomía y los sometidos a resección sublobar. La resección sublobar resulta una técnica adecuada para aquellos pacientes con un carcinoma pulmonar no microcítico en estadio I que no puedan tolerar una lobectomía.

PRONÓSTICO DE LOS TUMORES PULMONARES NEUROENDOCRINOS

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

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción: Los tumores pulmonares neuroendocrinos (TPNE) son un grupo raro y heterogéneo cuyo pronóstico puede estar influenciado por múltiples factores.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes operados en nuestro servicio de TPNE desde noviembre de 1985 hasta marzo del 2018.

Resultados: Se intervinieron 126 pacientes (hombres 69, mujeres 57) con una edad promedio de 53 años (17-76). Se reseccionaron 86 carcinoides típicos (CT), 26 atípicos (CA), 8 carcinomas neuroendocrinos de células grandes (CNCG) y 6 carcinomas de células pequeñas (CNCP). Por estadios (p E I-106, p E II N1-12, p EIII N2-6 y p EIV M1-2). Se efectuaron 58 lobectomías, 22 neumonectomías, 14 bilobectomías, 9 lobectomías con broncoplastias y 23 resecciones atípicas (RA). No hubo mortalidad postoperatoria inmediata. En el seguimiento se encontraron metástasis en 14 pacientes (6 CNCG, 5 CA, 2 CT y 1 CNCP), 5 con recurrencia local (4 CA, 1 CG) (4 con ganglios afectados y 2 RA). En el seguimiento hubo 16 exitus (13 por metástasis y 3 sin relación con la enfermedad).

Conclusiones: El grado histológico, la afectación ganglionar y el tipo de resección influyen en el pronóstico de los TPNE. El desarrollo de metástasis se asocia con menor supervivencia.

RECONSTRUCCIÓN QUIRÚRGICA DEL ÁRBOL BRONQUIAL POR PATOLOGÍA MALIGNA. ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES POSOPERATORIAS Y SEGUIMIENTO

A.F. Honguero Martínez, D. García Jiménez, M. Genovés Crespo, C.R. Rodríguez Ortega, C.E. Almonte García, M. Peyró Sánchez, A.M.R. Núñez Ares, P. López Miguel, R. Godoy Mayoral, P. León Atance y J. Jiménez López

Hospital General de Albacete, Albacete, España.

Introducción: La reconstrucción bronquial es una técnica quirúrgica habitual para el tratamiento de tumores pulmonares. Presentamos nuestra serie, variantes de la técnica, resultados y seguimiento.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva. Entre enero-2007 y septiembre-2018 se realizaron 1.076 resecciones anatómicas pulmonares de las que 60 (5,6%) fueron reconstrucciones bronquiales por patología maligna. Realizamos un estudio descriptivo de las variables clinicopatológicas y análisis estadístico sobre el tipo de reconstrucción bronquial, sutura utilizada, complicaciones postoperatorias y seguimiento.

Resultados: Relación varones/mujeres = 50/10 (83,3%/16,7%), edad media 60,5 años (rango: 26-79). Lobectomía-manguito: 39 (65% dos de ellas con reconstrucción a. pulmonar y otra con vena cava superior), lobectomía-cuña: 11 (18,3% una de ellas con reconstrucción arterial), bilobectomía-manguito: 4 (6,7%); segmentectomía-manguito: 3 (5%); manguito-bronquial sin resección pulmonar: 2 (3,3%); reconstrucción bronquial con pericardio-autólogo: 1 (1,7%). Lóbulo superior derecho fue el más frecuente 29 (48,3%), seguido del superior izquierdo: 12 (20,0%). Estancia media hospitalaria: 8,9 días (desv. estándar 6,5). Toracotomía posterolateral: 17 (28,3%), anterolateral: 42 (70%), VATS: 1 (1,7%). Tratamiento inducción: 5 (8,3%), adyuvante: Qt = 19 (31,7%), Rt = 3 (5,0%), Qt+Rt = 7 (11,7%). Sutura irreabsorbible = 42 (70,0%), reabsorbible = 18 (30,0%). Mortalidad postoperatoria: 3 (5,0%). Complicaciones: ninguna 16 (26,7%), relacionadas con la anastomosis 7 (11,6%, dos dehiscencias con tratamiento conservador, dos dehiscencias con reintervención, uno con tapones mucosos y reintervención, dos estenosis con dilatación). No relacionadas con la anastomosis: complicaciones mayores = 2 (3,3%) y menores = 32 (53,3%). No hubo diferencias estadísticamente significativas en las complicaciones de las anastomosis respecto del tipo de sutura (reabsorbible frente a irreabsorbible, $p = 0,14$) ni del tipo de resección bronquial (manguito frente a cuña, $p > 0,47$) ni el lado (derecho frente a izquierdo, $p = 0,34$). La Rt adyuvante no ocasionó complicaciones en la anastomosis a largo plazo. La supervivencia global fue menor con metástasis ganglionares ($p = 0,04$) y en epidermoides/adenocarcinomas que en el resto de histologías ($p = 0,03$).

Conclusiones: No observamos diferencias en la reconstrucción bronquial respecto al tipo de sutura empleada ni al tipo de resección bronquial realizada. El pronóstico a largo plazo viene marcado por la estirpe tumoral y la afectación ganglionar metastásica.

RESECCIONES TÍMICAS EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS

C.A. Ordóñez Ochoa, A.C. Fontana Bellorín, S. Tacoronte Pérez, C. Jordá Aragón, J. Cerón Navarro y A. Morcillo Aixelá

Hospital La Fe, Valencia, España.

Introducción: La cirugía tiene un papel importante en el tratamiento de la miastenia gravis (MG). Muchos pacientes con MG y autoanticuerpos dirigidos contra el receptor de acetilcolina (AChR) tienen anomalías tímicas siendo la más frecuente la hiperplasia seguida del timoma.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, analítico y descriptivo de pacientes con MG intervenidos de timectomía en el Hospital la Fe de Valencia desde 2006 hasta 2018. Se analizaron variables de los pacientes, su tratamiento antes y después, del procedimiento quirúrgico y postoperatorios. Se utilizó la clasificación de Osserman para tipificar la MG, y la de Masaoka y Organización mundial de Salud (OMS) para el timoma. Las variables cuantitativas se expresaron mediante media \pm DE y las cualitativas en porcentaje. Se utilizó el test de t de Student o χ^2 cuando fue apropiado. Se estableció como significativa una $p < 0,05$.

Resultados: Se realizaron 55 timectomías en pacientes con MG, 23 (41%) en hombres y 32 (58,2%) en mujeres con una edad media de

46,17 ± 18 años. Los tipos de Osseman fueron: I 12 (21,8%), tipo IIA 10 (18,2%), IIB 14 (25,5%), IIIA 10 (18,2%), IIIB 2 (3,6%), IVB 2 (3,6%), V 5 (9,1%). Los principales síntomas fueron: disnea 6 (10,9%), debilidad muscular 16 (29,1%), debilidad ocular 18 (32,7), dificultad en la deglución 15 (27,3%). El 54,5% fueron AChR+. La timectomía se realizó por esternotomía en 24 casos (43,6%) y por videocirugía (VATS) en 31 (56,4%) (estancia media esternotomía 5,58 ± 1,6 días frente a 3,84 ± 1,48 días VATS ($p = 0,001$)). Las complicaciones postoperatorias fueron insuficiencia respiratoria en 2 pacientes (3,6%) e infección respiratoria, anemia, derrame pleural, neumotórax e infección de herida (1,8% para cada una). No hubo mortalidad postoperatoria. El diagnóstico anatomopatológico: timoma 24 (43,6%) [(el más frecuente B2 de la OMS (21,8%) y tipo II de Masaoka (21,8%)], hiperplasia tímica 13 (23,6%). La resección fue R0 en el 85,5%, presentando 3 recidivas. Tras la cirugía el 63,6% de pacientes se encuentran asintomáticos, disminuyendo el tipo de MG superior a III del 34,5% al 1,8% ($p = 0,001$). La dosis media de prednisona diaria se redujo en 26,25 mg al día ($p = 0,019$).

Anatomía patológica quirúrgica

	n	%
Timoma	24	43,6
Hiperplasia tímica	13	23,6
Timo involutivo	13	23,6
Timo normal	3	5,5
Quiste tímico	2	3,6
Total	55	100

Conclusiones: La timectomía juega un papel en el tratamiento de la MG presentando una disminución o ausencia de sintomatología, así como disminución de dosis de inmunosupresión. Tanto la esternotomía como la VATs son seguras y efectivas presentando poca morbimortalidad. La VATs ha demostrado menor morbilidad y menor estancia media postoperatoria.

SUPERVIVENCIA GLOBAL Y SUPERVIVENCIA LIBRE DE RECIDIVA EN PACIENTES EPOC VS. PACIENTES NO EPOC INTERVENIDOS POR CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULA NO PEQUEÑA (CPCNP)

J.D. Avilés Parra, N. Muñoz González, A. Lora Ibarra, Í. Royo Crespo y R. Embun Flor

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza, España.

Introducción: El cáncer de pulmón es uno de los cánceres más diagnosticados en la actualidad. La asociación entre la EPOC y CPCNP ha sido reportada en varios estudios. Los posibles mecanismos para esto son la inflamación crónica y una susceptibilidad genética compartida. Según el Informe de la OMS sobre el estado mundial de las ENT 2010, se estima que fumar causa aproximadamente el 71% de todas las muertes por cáncer de pulmón y el 42% de las enfermedades respiratorias crónicas en todo el mundo. En consecuencia, el objetivo de nuestro estudio ha sido analizar la frecuencia, las características clínicas y la supervivencia de los pacientes diagnosticados de CPCNP y EPOC, comparándolas con las de los pacientes con CPCNP pero sin EPOC.

Material y métodos: Se trata de un estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes intervenidos por CPCNP (2009-2016). Como criterio de exclusión se consideran pacientes intervenidos por recurrencia, tumores meta-crónicos y sincrónicos, cirugías exploratorias, resecciones quirúrgicas menores. Los resultados de las variables cuantitativas se expresan como media o como mediana, según el caso. Las variables cualitativas se expresan como frecuencias absolutas y porcentajes. Estimamos la supervivencia por el método de Kaplan-Meier. Se reali-

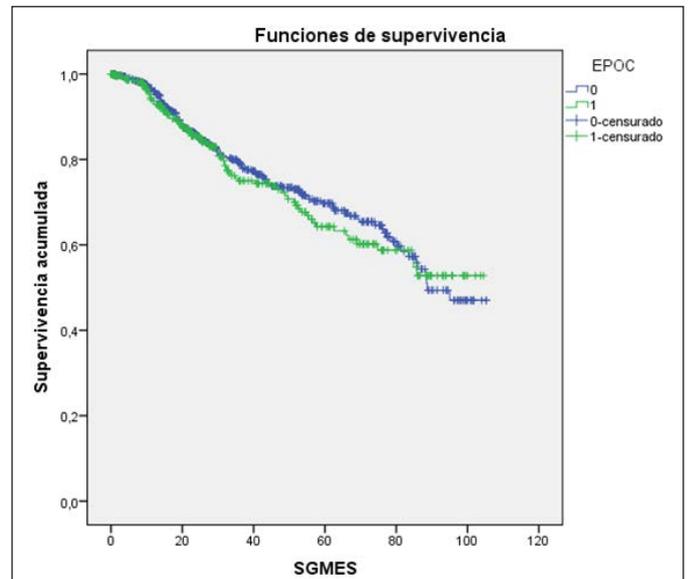


Figura 1. SG.

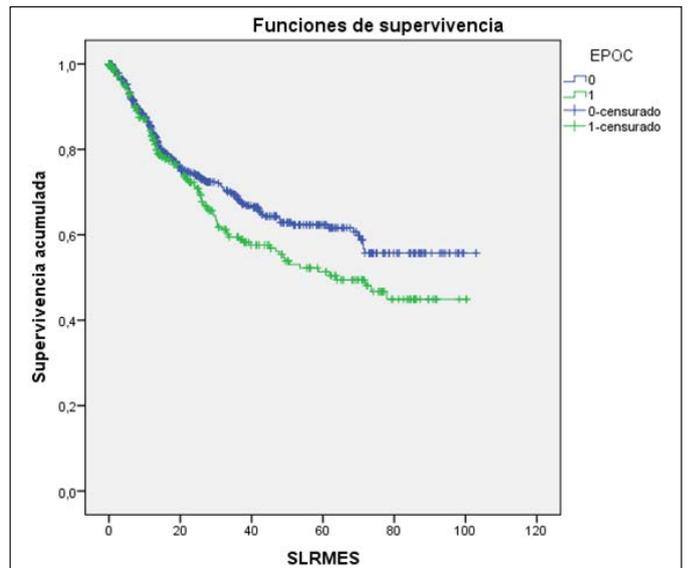


Figura 2. SLRMES.

zaron análisis bivariados, y multivariados para identificar factores relacionados con supervivencia global y Supervivencia libre de recurrencia, basados en el modelo de estimación de riesgos proporcionales de Cox.

Resultados: La muestra la conformaron 863 pacientes con una mediana de edad de 65 años (RI 31-86), de los cuales presentan EPOC 315 (36,5%), No EPOC 548 (63,5%). Distribución por sexo: mujer 167 (19,4%), hombre 696 (80,6%). La SG a los 3 años de 78% y a los 5 años de 69%. En el grupo EPOC La SG a los 3 años 75%, y a los 5 años de 63%, con una mediana de seguimiento de 51 meses, log rank con $p = 0,272$. La supervivencia libre de recurrencia en grupo no EPOC fue de 69% a los 3 años y a los 5 años de 61%. El grupo EPOC fue de 59% a los 3 años y a los 5 años de 50%, log rank $p = 0,047$. En el análisis univariante las variables que resultaron significativas fueron: DLCO $p = 0,020$, sexo $p = 0,008$. Una vez incluidas en el modelo multivariante, no existieron diferencias significativas. SG EPOC HR: 0,972, $p = 0,849$, SLR HR 0,819, $p = 0,117$.

Conclusiones: Los pacientes con EPOC que presentan CPCNP tienen mayor recurrencia de CPCNP luego de ser intervenidos aunque en

nuestro estudio la supervivencia global no difiere estadísticamente en relación al grupo no EPOC.

TRATAMIENTO DE LAS FUGAS AÉREAS POSQUIRÚRGICAS PROLONGADAS

E. Fernández Araujo, S. García Reina y C. Martínez Barenys

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona, España.

Introducción: La fuga aérea persistente ha acompañado a los cirujanos torácicos a lo largo de la historia, a pesar de los avances técnicos experimentados en los últimos años con las cirugías mínimamente invasivas y las suturas mecánicas siguen siendo una complicación postoperatoria en las cirugías de resección pulmonar que puede alargar el postoperatorio o incluso asociarse a otras complicaciones. No hay una clara definición de lo que debemos considerar fuga aérea prolongada, sin embargo, la mayoría de los autores la cifran en aquella que se prolonga más de 7 días desde la resección pulmonar. El uso de plasma involucra una compleja red de efectos moleculares que favorecerían la regeneración tisular, dada la presencia en él de múltiples mediadores y factores de crecimiento. Se ha comunicado su uso con éxito en implantología odontológica, cirugía plástica y ortopedia como también se ha sugerido su utilidad en la regeneración de nervios periféricos posterior a trauma.

Material y métodos: En nuestro centro en los pacientes que presentaban fuga aérea prolongada en el postoperatorio de resección pulmonar era práctica habitual la colocación de una válvula de Heimlich y control de forma ambulatoria. Desde el 2017 en estos casos venimos realizando parches de plasma. Analizamos de forma retrospectiva los pacientes tratados con parche de plasma para la fuga aérea postquirúrgica prolongada durante el periodo 2017-2018.

Resultados: Un total de 16 pacientes con fuga aérea posquirúrgica prolongada han sido tratados con parche de plasma. La media de días de fuga antes de decidir la realización de dicha técnica ha sido de 6 días y 10 de estos pacientes han precisado dos parches de plasma den días consecutivos. Como complicaciones en 2 pacientes a pesar de haber realizado esta técnica la fuga aérea no se ha autolimitado de manera que han sido dados de alta con válvula de Heimlich y control ambulatorio y otro paciente precisó de reintervención quirúrgica para revisión.

Conclusiones: El parche de plasma constituye un procedimiento sencillo que puede ser realizado por parte de enfermería y cuya efectividad en la resolución de la fuga aérea postquirúrgica prolongada es > 80%.

ENFERMERÍA RESPIRATORIA

ACTIVIDAD FÍSICA Y EPOC

C. Rodríguez García, J.A. Gullón Blanco, J.D. Álvarez Mavárez, M.R. Rodríguez Seoane, A. Ferrer Teruel, R. Esteban Bombín, L. González Justo y M.Á. Martínez Muñiz

Hospital Universitario San Agustín de Avilés, Avilés, Asturias, España.

Introducción: El objetivo del estudio fue describir el grado de actividad física que realizan los pacientes con EPOC y analizar los factores con los que se relaciona.

Material y métodos: Se incluyeron de manera prospectiva pacientes diagnosticados de EPOC, con buena adherencia terapéutica, que acudieron a nuestras consultas externas entre el 1 de enero y el 30 de junio de 2018. La actividad física se consideró como: baja caminar en llano menos de 30 minutos diarios 4 días por semanas, moderada: > 30 minutos, alta: > 60 minutos. Se relacionó las siguientes variables: edad, sexo, grado de disnea (mMRC), grado de obstrucción (GOLD), CAT, enfermedades asociadas y error crítico en técnica inhalatoria. Estudio estadístico: distribución t Student y chi cuadrado. Aquellas que resultaron significativas en el análisis bivariado se incluyeron en un modelo de regresión logística "paso a paso hacia adelante" utilizando como variable dependiente actividad física. Significación estadística: $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 123 enfermos: 96 varones (78%) y 27 mujeres, con una edad media de 69,34 DE 9,47 años. Setenta (56,9%) presentaban otras patologías asociadas, siendo las más comunes: cardiopatía 29,3%, diabetes 15,4% y bronquiectasias 15%. De acuerdo con GOLD se clasificaron como grupo A 33 pacientes (26,8%), 53 grupo B (43,1%), 7 grupo C (5,7%) y 30 grupo D (24,4%). Ochenta y nueve enfermos (73%) realizaba algún tipo de actividad física: moderada en 31 y alta en 58 (62,3%) y la tabla se muestra cómo se distribuía en relación con las variables estudiadas: en el análisis de regresión logística mantenían asociación independiente: mMRC [2,24 (1,23-3,29), $p = 0,002$] y error crítico [5,07 (1,56-16,6), $p = 0,008$].

Grado de actividad según variables

	Baja	Moderada	Alta
Edad	71,33 (DE 10,32)	70,76 (DE 9,75)	69,12 (DE 8,45)
Sexo:			
Hombre	24 (25%)	25 (26%)	47 (49%)
Mujer	10 (37%)	6 (22,2%)	11 (40,8%)
MRC*			
1	13 (20,9%)	13 (20,9%)	36 (58,2%)
2	12 (24,5%)	15 (30,6%)	22 (44,9%)
3	9 (75%)	3 (25%)	0
CAT*	15,75 DE 8,61	13,5 DE 7,95	10,64 DE 6,81
Obstrucción*			
Grado I-II	10 (17,5%)	11 (21%)	35 (61,5%)
Grado III-IV	24 (35,8%)	20 (29,8%)	23 (34,4%)
Error crítico*	9 (26,4%)	5 (16,1%)	3 (5,1%)

* $p < 0,05$.

Conclusiones: 1) Más de dos terceras partes de los enfermos realizan algún tipo de actividad física, y ésta se relacionaba con el grado de disnea y técnica inhalatoria incorrecta con error crítico. 2) Este último hallazgo pone de manifiesto la importancia de la enseñanza en el manejo adecuado de los fármacos inhalados por parte de enfermería en las consultas de EPOC.

ADHERENCIA Y VARIABLES ASOCIADAS AL CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO CON CPAP EN PACIENTES CON SAHS

S. Ruiz Sabariego, L. Fajardo Gutiérrez, Á. Macías López, R. del Valle Rodríguez, M. Japón Ruiz, I. García Rodríguez y F. Campos Rodríguez

Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, Sevilla, España.

Introducción: La presión positiva continua en la vía aérea superior (CPAP) es el tratamiento fundamental para el síndrome de apnea-hipoapnea de sueño (SAHS) sintomático o con morbilidad asociada. Existen variables relacionadas con el paciente y con el tratamiento que influyen directamente en la adherencia a la CPAP. Hemos realiza-