

NEWS2, la escala PESIs mostró una sensibilidad (92,1 vs. 66,7%) y un valor predictivo negativo (98,4 vs. 94,4%) significativamente mayores.

Conclusiones: Las escalas PESIs y NEWS2 presentaron una capacidad discriminatoria similar para un curso clínico complicado a 30 días. La escala PESIs fue más segura para identificar a los pacientes con TEP y riesgo bajo de complicaciones precoces.

507. VALOR PREDICTIVO POSITIVO DEL ANGIOTC PARA DETECTAR SIGNOS DE SOBRECARGA DE CAVIDADES DERECHAS EN COMPARACIÓN CON EL ECOCARDIOGRAMA EN PACIENTES CON TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

Santiago Menjura Gómez, Macarena Lovera, Antonio Marín Muñiz, Irene Aldás Criado, Marina Galdeano Lozano, Adriana Martín Pascual, Filipe Gonçalves Carvalho, Helena Sintes Permanyer, Ignacio García Olivé, Ignacio Guasch Arriaga, Jorge Abad Capa y Antoni Rosell Gratacós

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Barcelona, España.

Introducción: El tromboembolismo pulmonar (TEP) es una patología frecuente, con una incidencia en aumento en los últimos años, consecuente en parte a la pandemia de SARS-CoV-2. Dado que el TEP condiciona una importante tasa de morbimortalidad y que su detección y tratamiento precoz son claves en el pronóstico de estos pacientes; nuestro objetivo fue evaluar cómo se relacionan los hallazgos de dilatación de cavidades derechas en el angio-TAC y marcadores de daño miocárdico con los hallazgos ecocardiográficos, de los pacientes con TEP de riesgo intermedio-alto que ingresaron a la unidad de cuidados respiratorios intermedios (UCRI) de nuestro centro.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con TEP agudo sin inestabilidad ingresados entre el 1 enero 2021 a 30 abril 2022 en la UCRI del HUGTIP. Las variables recogidas fueron demográficas, clínicas, pruebas de imagen, marcadores, y mortalidad durante el ingreso. Se han comparado los hallazgos angio-TC con los ETT para la detección de dilatación de VD tales como $VD/VE > 1$, desviación del tabique IV, signos de sobrecarga de VD.

Resultados: Se han recogido un total de 53 pacientes, de los cuales 22 eran mujeres (42%). Edad media 69 años y estancia media de 5,29 días. El 100% de los pacientes presentó elevación del dímero D. El tratamiento anticoagulante se realizó con enoxaparina a dosis de 1,5 mg/kg/día o 1 mg/kg/12 horas, basados en el riesgo hemorrágico, la función renal y el nivel de plaquetas. De los 53 pacientes, 43 (81,1%) se clasificaron como TEP de riesgo intermedio/alto, solo en 1 paciente no se realizó ecocardiograma. La mortalidad por cualquier causa fue del 5,6% (3 pacientes) y por causa secundaria al TEP del 1,88% (1 paciente).

	Ecocardiograma con dilatación VD	Ecocardiograma sin dilatación VD	
TC con dilatación VD	26	7	33 VPP =78.8%
TC sin dilatación VD	4	15	19 VPN =78.9%
Total	30	22	52

Tabla 1. Comunicación 507. Tabla contingencia comparativa entre TC y ETT.

Conclusiones: El VPP del angio-TC en relación con el ecocardiograma para valorar la dilatación de cavidades derechas en el tromboembolismo pulmonar agudo es de un 78,8%. En relación a estos datos la utilidad del angio-TC en relación al ETT para valorar dilatación de cavidades derechas en nuestro centro es óptima. La dilatación de cavidades derechas observada por angio-TC nos permite estratificar el riesgo de los pacientes con TEP agudo sin necesidad de realización de ETT urgente.

208. VALOR PRONÓSTICO DE LA PROTEÍNA TRANSPORTADORA DE ÁCIDOS GRASOS DE CADENA LARGA EN PACIENTES ESTABLES CON TROMBOEMBOLIA DE PULMÓN AGUDA SINTOMÁTICA

Sara González Castro, Winnifer Briceño Franquiz, Diego Durán Barata, Ana Retegui García, Ana Castillo Durán, Ignacio Jara Alonso, María Ponte Serrano, Laura Lago Lagunas, Patricia Mercado Fleitas, Edwin Yong Portugal y David Jiménez Castro

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España.

Introducción: Se ha sugerido el uso de la proteína transportadora de ácidos grasos de cadena larga (HFABP) para la estratificación del riesgo de los pacientes con tromboembolia de pulmón (TEP) aguda sintomática. El objetivo de este estudio fue evaluar el valor pronóstico de la HFABP en una cohorte de pacientes estables diagnosticados de TEP aguda.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de un estudio multicéntrico con 848 pacientes estables diagnosticados consecutivamente de TEP aguda sintomática. Evaluamos la capacidad discriminatoria de la HFABP para un curso clínico complicado a 30 días mediante el estadístico C. También comparamos el valor pronóstico de la HFABP con el de la troponina cardíaca (cTnI) y la modificación de la clasificación pronóstica al sustituir la troponina cardíaca por la HFABP.

Resultados: Se dispuso de una determinación de HFABP en 716 (84,4%) de los 848 pacientes incluidos en PROTECT. Durante los primeros 30 días de seguimiento, 53 pacientes (7,4%; intervalo de confianza [IC] del 95%, 5,6% a 9,6%) experimentaron un curso clínico complicado. Tanto la HFABP como la cTnI mostraron un valor predictivo pobre para un curso complicado a 30 días (estadístico C, 0,586 y 0,592). En el análisis univariable, la cTnI se asoció de forma significativa a un curso clínico complicado a 30 días (odds ratio [OR], 2,18; IC95%, 1,22 a 3,92; $p < 0,01$), pero la HFABP no (OR, 1,66; IC95%, 0,93 a 2,95; $p = 0,09$). Cuando se usó la HFABP en lugar de la cTnI para la clasificación pronóstica, se identificó una proporción mayor de pacientes de riesgo intermedio-alto (8,9 vs. 6,7%, respectivamente; $p = 0,04$) pero la probabilidad de un curso clínico complicado en este grupo fue menor (9,4 vs. 14,5%, respectivamente; $p = 0,55$).

Conclusiones: No se debería utilizar la HFABP (en lugar de la cTnI) para la clasificación pronóstica de los pacientes estables con TEP aguda sintomática.

CIRUGÍA TORÁCICA

673. ¿ALTA PRECOZ EN NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO PRIMARIO?

Álvaro Fuentes Martín, José Soro García, David Alfonso Mora Puentes, Génesis Isabel Victoriano Soriano, Ester Rodríguez Flórez, Celia Rodríguez Dupuy, Mauricio Loucel Bellino, Cristina Beatriz García Rico, Ángel Cilleruelo Ramos, Begoña Gregorio Crespo y José María Matilla González

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Introducción: El neumomediastino espontáneo (NME) es una patología muy infrecuente, definida como la presencia de aire a nivel mediastínico sin existencia de enfermedad subyacente causante de dicho cuadro. El objetivo del estudio es describir nuestra experiencia en dicha patología e identificar aquellos pacientes que podrían beneficiarse de un alta precoz.

Variable	n	%
A. Factores predisponentes		
Tabaquismo	8	22,9 %
Asma	7	20,0 %
EPOC	2	5,7 %
Neumopatía intersticial	1	2,9%
Uso esteroideos	1	2,9 %
Infección respiratoria reciente	0	0 %
B. Factores precipitantes		
Tos	1	28,6 %
Vómitos	6	17,1 %
Consumo tóxicos inhalados	4	11,4 %
Actividad física extenuante	3	8,6 %
Instrumento viento	0	0 %
Trabajo de parto	0	0 %
Realización espirometría	0	0 %

Tabla 1. Comunicación 673. Factores predisponentes y factores precipitantes.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes con diagnóstico de NME atendidos por nuestro servicio entre los

años 2008-2022. Se estudiaron variables demográficas, diagnóstico-terapéuticas y de morbilidad observada. Se analizaron factores de riesgo de hospitalización prolongada en función del tiempo de estancia intrahospitalaria: ingreso breve < 48 horas y prolongado > 48 horas. El análisis de datos se realizó mediante SPSS Statistics v25: U Mann Whitney y prueba exacta de Fisher. Significación estadística $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes (25 hombres/10 mujeres). Edad media 23,89 (15-74) años. Factores precipitantes y predisponentes en la tabla 1. Clínica asociada (97,1%): dolor torácico (48,6%), dolor cervical (40%) o disnea (40%). Signo de Hamman presente en el 11,4%. Radiológicamente, enfisema cervical (94,2%), neumotórax (28,6%), enfisema de pared torácica (17,1%) y derrame pleural (2,85%). Analíticamente, leucocitos ($10.494 \pm 3.330,3/\mu\text{L}$), neutrófilos ($71,03 \pm 11,5\%$), linfocitos ($23,45 \pm 10,40\%$), proteína C reactiva (PCR) ($33,74 \pm 72,69 \text{ mg/dl}$) y procalcitonina ($0,09 \pm 0,8 \text{ ng/ml}$). Todos los pacientes recibieron tratamiento conservador, precisando colocación de drenaje torácico 3 pacientes. Estancia hospitalaria media 3 días (rango 1-7 días). Recidiva del NME (n = 6). Análisis univariante de la muestra en función del tiempo de hospitalización, < 48 horas (n = 24) y > 48 horas (n = 11) en la tabla 2, con significación estadística para hospitalización prolongada: presencia de derrame pleural al ingreso ($p = 0,001$), la necesidad de colocación de un drenaje endotorácico ($p = 0,008$) y elevación de PCR ($p = 0,042$) y del índice neutrófilos/linfocitos (INL) ($p = 0,049$).

Variable	Global N=35	Grupo "Hospitalización breve (<48h)" N=24	Grupo "Hospitalización larga (>48h)" N=11	Valor p
Edad	$23,89 \pm 11,78$	$23,08 \pm 9,21$	$25,64 \pm 16,50$	0,858
Género masculino	25 (71,4%)	17 (70,83%)	8 (72,72%)	0,910
F. Predisponentes				
Tabaquismo	8 (22,9)	5 (20,8%)	3 (27,27%)	0,416
Asma	7 (20%)	4 (16,67%)	3 (27,27%)	0,473
F. Precipitantes				
Tos	10 (28,6%)	7 (29,2%)	3 (27,3%)	0,910
Vómitos	6 (17,1%)	4 (16,7%)	2 (18,2%)	0,913
Consumo tóxicos	4 (11,4%)	3 (12,5%)	1 (9,1%)	0,772
Actividad física intensa	3 (8,6%)	2 (8,33%)	1 (9,1%)	0,227
Variables clínicas				
Temperatura	$36,4 \pm 0,38^\circ\text{C}$	$36,49 \pm 0,34^\circ\text{C}$	$36,40 \pm 0,47^\circ\text{C}$	0,761
FC	$78,77 \pm 13,58 \text{ lpm}$	$77,70 \pm 15,76 \text{ lpm}$	$80,09 \pm 8,13 \text{ lpm}$	0,594
TAS	$119,57 \pm 16,098 \text{ mmHg}$	$120,91 \pm 17,43 \text{ mmHg}$	$115,82 \pm 13,48 \text{ mmHg}$	0,488
TAD	$74,06 \pm 9,66 \text{ mmHg}$	$75,70 \pm 9,74 \text{ mmHg}$	$70,55 \pm 9,42 \text{ mmHg}$	0,188
Sat O2	$97,03 \pm 2,32\%$	$96,83 \pm 2,44\%$	$97,36 \pm 2,20\%$	0,733
Variables analíticas				
Leucocitos	10494 ± 3330	10730 ± 3699	10813 ± 2556	0,451
Neutrófilos	$71,03 \pm 11,57\%$	$62,13 \pm 11,57\%$	$68,64 \pm 12,31\%$	0,294
Linfocitos	$23,45 \pm 10,40\%$	$22,97 \pm 9,74\%$	$24,48 \pm 12,63\%$	0,759
PCR	$33,74 \pm 72,69$	$24,35 \pm 34,30$	$49,65 \pm 121,36$	0,042
Procalcitonina	$0,09 \pm 0,8$	$0,09 \pm 0,08$	$0,11 \pm 0,10$	0,941
INL	$4,59 \pm 3,00$	$3,70 \pm 1,93$	$6,53 \pm 4,11$	0,049
IPL	$124,61 \pm 57,39$	$116,07 \pm 56,23$	$128,55 \pm 59,74$	0,629
Solicitud atención	$23,22 \pm 22,3 \text{ h}$	$25,87 \pm 24,39 \text{ h}$	$16,44 \pm 14,9 \text{ h}$	0,609
Variables radiológicas				
Presencia NTX	10 (28,6 %)	6 (25%)	4 (36,4%)	0,496
Presencia DP	1 (2,85 %)	0 (0%)	1 (9,1%)	0,001
Enfisema pared torácica	6 (17,1%)	3 (12,5%)	3 (27,3%)	0,289
Variables tratamiento				
Necesidad DET	3 (8,57)	0 (0%)	3 (27,3%)	0,008
Antibioterapia empírica	6 (17,1%)	4 (16,7%)	2 (18,2%)	0,913
Tratamiento analgésico	35 (100%)	24 (100%)	11 (100%)	1,000
Hospitalización (días)	$1,97 \pm 1,54 \text{ días}$	$1,38 \pm 0,49 \text{ días}$	$3,73 \pm 1,90 \text{ días}$	N/P
Recidiva	6 (17,1%)	4 (16,7%)	2 (18,2%)	0,399

FC: Frecuencia cardíaca; TAS: Tensión arterial sistólica; TAD: Tensión arterial diastólica; Sat O2: Saturación oxígeno; Tiempo: horas desde el inicio de los síntomas hasta la atención médica; PCR: Proteína C-Reactiva; NTX: Neumotórax; DP: Derrame pleural; DET: Drenaje endotorácico; N/P: No procede.

Tabla 2. Comunicación 673. Análisis univariante en función del tiempo de hospitalización.

Conclusiones: El NME es una entidad clínica de evolución favorable bajo tratamiento conservador y con una baja tasa de recidiva. Aquellos pacientes que no presentan complicaciones pleurales ni analíticas como elevación de la PCR o del INL podrían beneficiarse de un alta precoz o seguimiento ambulatorio.

656. CARACTERIZACIÓN DE TUMORES MALIGNOS PRIMARIOS DE PARED TORÁCICA

David Alfonso Mora Puentes, Álvaro Fuentes Martín, Genesis Isabel Victoriano Soriano, Jose Soro García, Mauricio Alfredo Loucel Bellino, Cristina Beatriz García Rico, Ángel Cilleruelo Ramos, Begoña Gregorio Crespo y Jose María Matilla González

Hospital clínico universitario de Valladolid, Valladolid, España.

Introducción: Los tumores malignos de la pared torácica son un grupo heterogéneo con origen en cualquier estructura de la pared. El objetivo es describir el comportamiento y morbitmortalidad de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos entre 2010-2022. Se estudiaron variables demográficas, diagnósticas, terapéuticas y de morbitmortalidad observada. Variables cuantitativas descritas mediante media ± desviación típica y cualitativas como frecuencia absoluta o porcentaje. Supervivencia mediante Kaplan-Meier y log-rank.

Resultados: 23 pacientes intervenidos, 13 hombres (56,5%) y 10 mujeres (43,5%). Edad media $64 \pm 16,4$ años. Estirpe tumoral: partes blandas (65,2%) y hueso/cartílago (34,8%). Cuadro clínico: aparición de masa (69,6%), dolor (26,1%) y asintomáticos (21,7%). Pruebas diagnósticas: TC tórax (100%), RM (34,8%), gammagrafía ósea (21,7%) y PET-TC (8,7%). Biopsia percutánea (34,8%). Intervención quirúrgica: Resección exclusiva de tejidos blandos (39,1%) y esqueleto óseo (60,8%), entre los que destaca resección costal pura (78,6%), ampliada a esternón (14,2%) o pulmón (7,2%). Reconstrucción protésica: PTFE (39,1%) y PTFE + titanio (4,3%). Uso de colgajo local: dorsal ancho (8,7%), serrato (4,3%), trapecio (4,3%) y redondo mayor (4,3%). Complicaciones posquirúrgicas agudas: infección de herida (21,7%) y seroma (21,7%) y complicaciones tardías: hernia (8,6%) y dolor (4,3%). Del total de complicaciones (Clavien-Dindo) I/II (84,6%) y IIIb (15,4%). Estancia media de $4,8 \pm 4,92$ días. Estudio anatomo-patológico (tabla). Tratamiento adyuvante (39,1%): QT-RT (55,5%), QT (22,2%) y RT (22,2%). Recidiva tumoral (52%): origen partes blandas (91,7%) y origen óseo (8,3%). Intervalo libre de enfermedad de $21 \pm 12,49$ meses en tumores óseos y $22 \pm 14,96$ meses en los de tejidos blandos (fig. A). Análisis de supervivencia test de log-rank sin diferencias significativas entre subgrupos ($p = 0,29$) (fig. B). Tratamiento recidiva: quirúrgico (40%), QT (20%), RT (10%) o combinado (30%). *Exitus:* 3 pacientes

con tumores de tejidos blandos con supervivencia media de $14,66 \pm 8,96$ meses.

Estirpe	n	%
A. Tumores óseos/cartilaginosos		
Condrosarcoma	7	77,7%
Tumor fibromixoide osificante atípico	1	11,1%
Osteosarcoma	1	11,1%
B. Tumores tejidos blandos		
Sarcoma pleomórfico	5	33,3%
Sarcoma fibromixoide	4	26,6%
Sarcoma fusocelular	2	13,3%
Sarcoma indiferenciado	2	13,3%
Liposarcoma	2	13,3%

Tabla 1. Comunicación 656. Estudio anatomo-patológico.

Conclusiones: Los tumores malignos de pared torácica son neoplasias agresivas con elevadas recidivas que obligan a manejo multimodal. La reconstrucción de la pared debe planificarse meticulosamente para optimizar el resultado.

700. HITOC EN EL TRATAMIENTO DEL ADENOCARCINOMA MUCINOSO APENDICULAR CON EXTENSIÓN INTRATORÁCICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Beatriz Castro Catalán, Mónica Ballón Bordo, Sara Pérez Pérez, Laura Cebolla Rojas, Luis Andrés González Bayón, Lorena Martín Albo y Carlos María Simón Adiego

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: A pesar de que la citorreducción y el uso de la HIPEC está ampliamente extendido a nivel abdominal, su uso a nivel torácico es aún limitado. Sin embargo la HITOC ha demostrado en su uso como tratamiento oncológico a nivel del tórax, aumentar la supervivencia global y libre de los pacientes sometidos a este procedimiento. En nuestra experiencia: mujer de 63 años con diagnóstico de adenocarcinoma mucinoso apendicular (pT4N0): Diagnosticado e intervenido en 2010. Se realizó ileocectomía y se administró quimioterapia adyuvante con FOLFOX x6 ciclos. Se diagnostica durante el seguimiento de recidiva a nivel peritoneal en 2017, tratada con

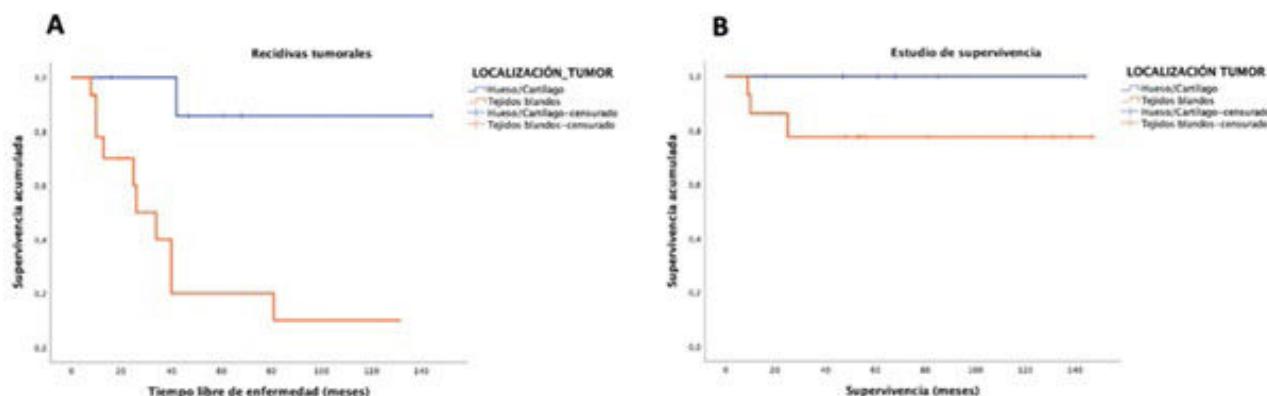


Figura 1. Comunicación 656. Gráficas correspondientes a tiempo libre de enfermedad (A) y supervivencia (B).

citorreducción + QIOH (omectectomía mayor y menor + peritonectomía diafragmática derecha y pericárdica + pelviperitonectomía con histerectomía + doble anexectomía + colecistectomía). Inicia de nuevo quimioterapia adyuvante (hasta noviembre 2017 con XELOX 8 ciclos. Se diagnostica de segunda recidiva peritoneal en 2020. Se presenta en comité de tumores y se decide resección quirúrgica realizándose adhesiolisis + resección íleon + rectosigmoidectomía + reparación uréter izquierdo + resección placa fibrosa). Se inician de nuevo quimioterapia con FOLFOX x 6 ciclos. Durante el seguimiento se diagnostica de nueva recidiva a nivel torácico mediante prueba de imagen. Se presenta en comité de tumores y se decide toracoscopia (se objetivan múltiples implantes pleurales).

Material y métodos: Pruebas complementarias: TC tóraco-abdomino-pélvico con contraste: lento aunque progresivo crecimiento de nódulos pleurales más evidente en hemitórax derecho basal sugestivo de implantes. Valorar confirmación con PET-TAC. PET-TAC: Engrosamientos pleurales y pericárdicos de predominio derecho con discreto hipemetabolismo, sospechosos de malignidad.

Resultados: Se presenta en Comité de Tumores y se decide realizar citorreducción tumoral mediante toracotomía + QIOH. Se realiza citorreducción (pleurectomía parcial y resección de implantes pleurales y diafragmáticos) + HITOC con mitomicina C durante 60 minutos 39 mg a 41 grados.

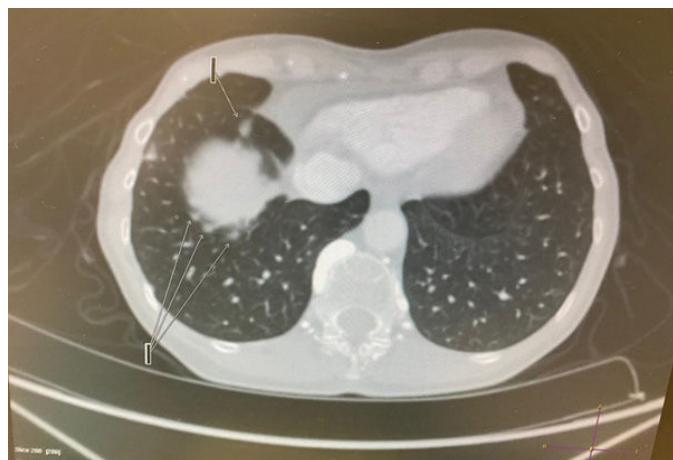


Figura 1. Comunicación 700.

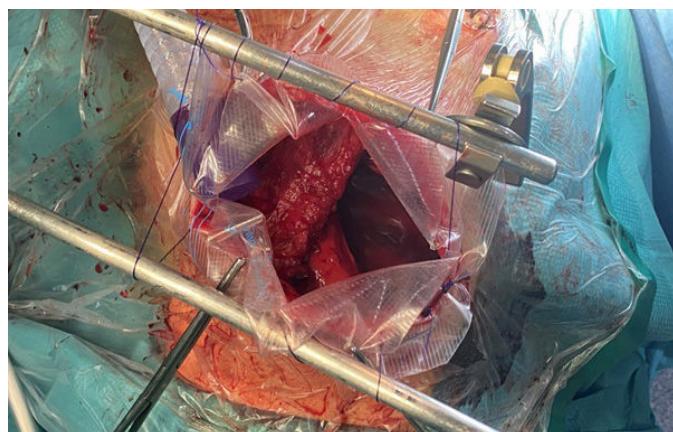


Figura 2. Comunicación 700.

Conclusiones: Como todos sabemos, la combinación de fármacos citotóxicos en este caso quimioterápicos y altas temperaturas aumenta la posibilidad de erradicar mayor porcentaje de células tumorales. En este caso la HITOC permite administrar mayor dosis de quimioterápico con menor absorción sistémica y por tanto con menor número de complicaciones y mejor tolerancia por parte del paciente.

839. INFECCIÓN POR SARS-CoV-2 EN PACIENTES TRASPLANTADOS BIPULMONARES: EXPERIENCIA EN UN CENTRO

Karen Stephanie Aguilar González, Marina Allameh Fernández, María Amparo Gascón Gascón, Mireia Espinos Arnau, Jose Alfonso Cerón Navarro, Alfonso Morcillo Aixela, Carlos Jorda Aragón, Alilis Cecilia Fontana Bellorin, Juan Escrivá Peiró, Víctor Calvo Medina y Gabriel Jesús Sales Badia

Hospital La Fe, Valencia, España.

Introducción: La infección por COVID-19 ha impactado en la morbilidad de los pacientes trasplantados pulmonares de manera considerable. Se ha documentado una tasa de mortalidad de hasta el 55% y se han establecido posibles factores de riesgo (FR) asociados a dicho desenlace, como lo son la edad y el ingreso en UCI. Hasta la fecha no se han establecido claramente las posibles secuelas funcionales y el impacto del tratamiento de la infección en este grupo de pacientes.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo tomando como población todos los pacientes trasplantados pulmonares que han adquirido la infección por SARS-CoV-2 desde el 1 de enero de 2020 hasta el 20 de noviembre de 2022 en un hospital de referencia.

Resultados: De 975 pacientes trasplantados en nuestro hospital, 400 estaban vivos al inicio de la pandemia y 162 se trasplantaron durante la misma. Se identificaron 64 pacientes infectados por SARS-CoV-2 (tasa de infección 11,38%). El 81,3% fueron trasplantes bipulmonares. El tiempo medio desde el trasplante hasta la infección fue de $4,75 \pm 3,7$ años. El 45,3% presentaron neumonía COVID, precisando ventilación mecánica el 14,1%. El tiempo de ingreso fue de $19,4 \pm 24,8$ días. Fallecieron 20 pacientes debido a COVID-19 (tasa de mortalidad 3,55%), siendo la causa más frecuente de fallecimiento (21,7%) de ese periodo. Los pacientes de más de 50 años (52,4 vs. 4,5% $p = 0,001$) y los hombres (44,2% Vs. 19% $p = 0,049$) tuvieron una mortalidad superior. Los pacientes que precisaron tratamiento con tocilizumab presentaron una mortalidad del 100% ($p = 0,001$). El FEV1 post infección sufrió una ligera caída (-37 mL) que se recuperó a largo plazo (-17 mL), aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones: Los pacientes trasplantados pulmonares tienen una mayor tasa de infección y mortalidad que la población general como se ha documentado hasta el momento. La edad y el sexo masculino fueron factores de mal pronóstico así como la gravedad y el uso de tocilizumab. Entre los supervivientes no hubo afectación importante de la función pulmonar. A pesar de la limitación de este estudio, se logra evidenciar posibles FR asociados al desenlace en este grupo de pacientes así como el deterioro funcional secundario a la infección aunque no estadísticamente significativo.

111. SHOCK INDEX ASOCIADO A LA EDAD Y GLASGOW COMA SCORE COMO PREDICTOR DE LA MORTALIDAD EN LA ATENCIÓN INICIAL DEL PACIENTE POLITRAUMATIZADO

Jesús Lázaro-Carrasco Julià, Victoria Juárez San Juan, Sara Castillo Acosta, Laura Cano Contreras, Florencia Susana Mena Serranía y Jorge Freixinet Gilart

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

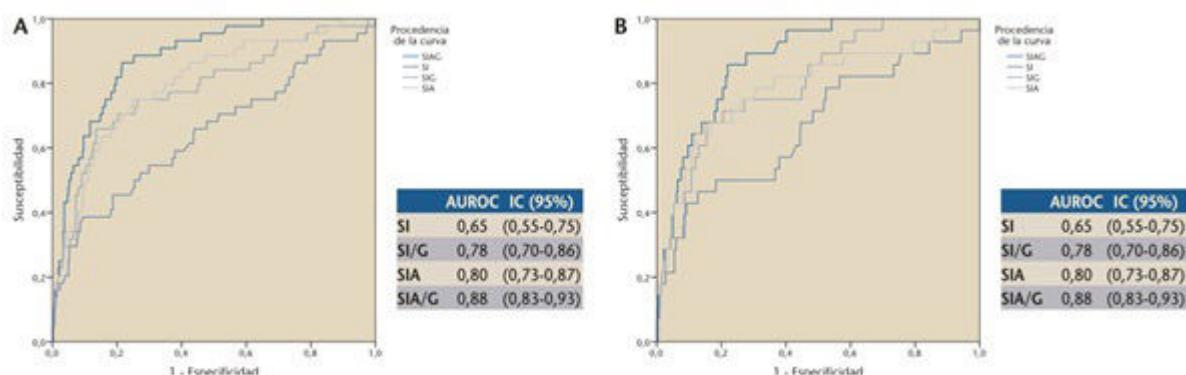
Introducción: Los politraumatismos constituyen una de las principales causas de muerte en la población por debajo de 45 años y la cuarta causa principal de muerte en todas las edades. La presencia de hipotensión y el aumento de la frecuencia cardíaca son marcadores de shock hemorrágico y pueden retrasar el diagnóstico del mismo al verse influenciados por diferentes factores como son la edad, el

dolor, la hipotermia o el shock neurogénico. El objetivo de este trabajo es estudiar si la edad y la puntuación del Glasgow Coma Score (GCS) incrementan la predicción de la mortalidad del Shock Index (SI) en la atención inicial del paciente politraumatizado y compararlo con las escalas pronósticas GAP (Glasgow Coma Score - Age - Systolic Blood Pressure), RTS (Revised Trauma Score) e ISS (Injury severity Score).

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional sobre una cohorte de pacientes de la unidad de cuidados críticos de un hospital de tercer nivel con diagnóstico de trauma grave entre 2015 y 2020. Se recogió el Shock Index y el Shock Index asociado a edad (SIA), al GCS (SI/G) y a ambos (SIA/G). Se calculó el área bajo la curva (ABC) de la característica operativa del receptor (COR) para cada uno de ellos para la mortalidad hospitalaria (MH) y en las primeras 24 horas (M24). También se comparó el ABC COR del SIA/G con las de las escalas GAP, RTS e ISS.

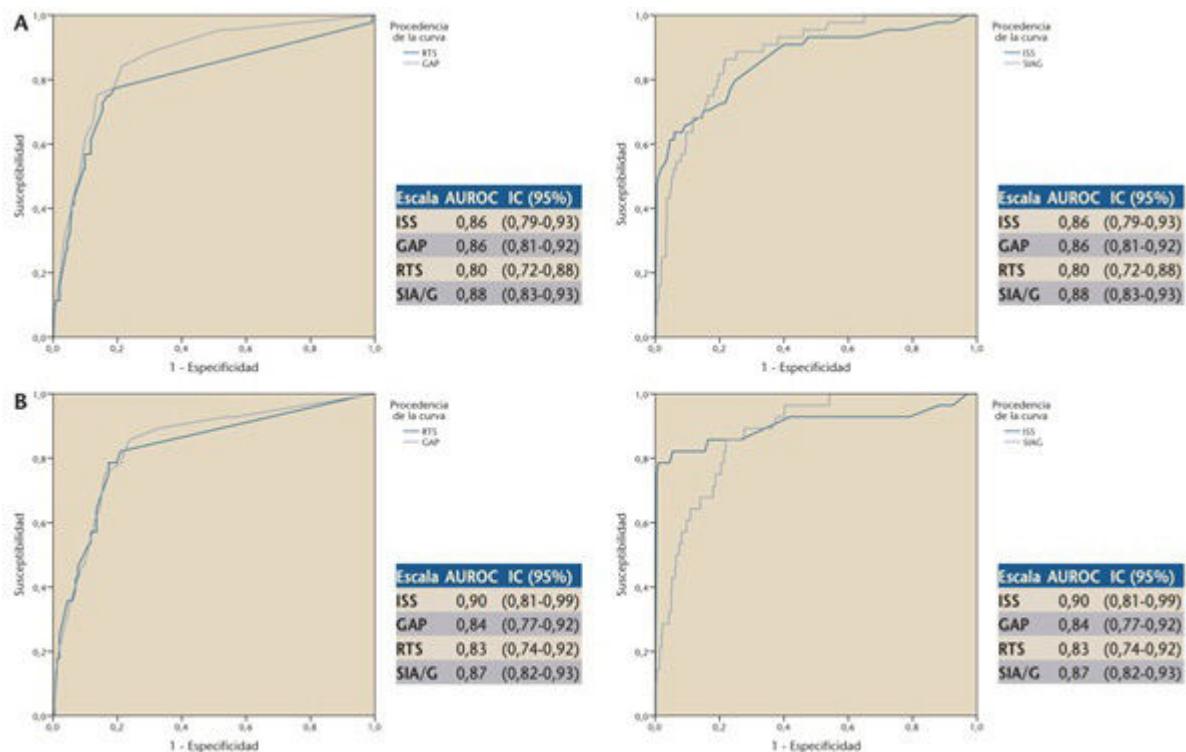
Resultados: Se analizaron 433 pacientes de los cuales fallecieron 47 (10,9%). Todos los SI se relacionaron significativamente con la mortalidad, pero el SIA/G presentó la mayor ABC COR para MH (0,879, IC95% 0,83-0,93) y para M24 (0,875, IC95% 0,82-0,93). El valor SIA/G de 3,3 puntos mostró una sensibilidad del 82% y especificidad del 80% para MH y del 86% y 78% para M24. El ABC COR del SIA/G para la MH fue superior a las de las escalas GAP, RTS e ISS.

Conclusiones: Nuestros resultados indican que el SIA/G presenta una gran sensibilidad y especificidad para el pronóstico de mortalidad de pacientes politraumáticos. Un SIA/G más alto (> 3,3 puntos) indica una mayor MH y M24, por lo que su aplicación a la llegada del paciente al servicio de Urgencias puede facilitar la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en la "hora de oro" del politraumatismo. Además, el SIA/G demostró presentar mejor capacidad pronóstico que las escalas ISS, RTS y GAP para MH y ligeramente inferior al ISS para mortalidad inmediata.



SI: Shock Index; SI/G: (Shock Index/GCS); SIA: (Shock Index x edad); SIA/G: [(Shock Index x edad)/GCS].

Figura 1. Comunicación 111. Comparación de las áreas bajo la curva de la característica operativa del receptor para mortalidad intrahospitalaria (A) y a las 24 horas (B).



ISS: Injury Severity Score; GAP: Glasgow-Age-Systolic Blood Pressure; RTS: Revised Trauma Score.

Figura 2. Comunicación 111. Comparación de las áreas bajo la curva de la característica operativa del operador para mortalidad intrahospitalaria (A) y a las 24 horas (B).

719. TORACOTOMÍA BILATERAL (CLAMSHELL) DE REANIMACIÓN. A PROPÓSITO DE UN CASO

Beatriza Castro Catalán, Sara Pérez Pérez, Mónica Ballón Bordo, Guillermo Casaurran y Carlos María Simón Adiego

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España.

Introducción: Las lesiones torácicas vasculares tienen una alta mortalidad tanto en trauma penetrante como en trauma cerrado. De hecho en muchas ocasiones el abordaje quirúrgico es complicado y el control inicial de estas más aún es difícil. Una de las opciones para su abordaje es la toracotomía bilateral conocida como incisión de Clamshell, que nos permite una amplia visualización de estructuras mediastinales y pleurales además de permitir el masaje cardiaco directo. En nuestra experiencia: mujer de 70 años en posoperatorio de sigmoidectomía laparoscópica. Ingresó en UCI de otro hospital para control posoperatorio. Al día siguiente la paciente presenta rectorragia con anemización, inestabilidad hemodinámica y necesidad de transfusión de 6 concentrados de hematíes. Se realizan gastroscopia y endoscopia digestiva alta, descartándose la patología que requiere manejo quirúrgico urgente. La paciente asocia dolor torácico derecho de características pleuríticas y en ecografía y radiografía de tórax se aprecia derrame pleural derecho de reciente aparición y en aumento, por lo que se solicita TC urgente en el que se identifica sangrado activo a nivel ápex derecho, por lo que se coloca tubo de drenaje de tórax 1.500 mL de aspecto hemático cuando se coloca) y se decide traslado urgente a nuestro centro.

Material y métodos: Durante el traslado la paciente se mantiene inestable hemodinámicamente con necesidad de transfusión de hematíes durante el traslado e ingresa en REA de nuestro centro. Tras valoración por cirugía torácica y antes los hallazgos clínicos y analíticos se decide revisión quirúrgica.

Resultados: Se traslado a quirófano, durante la colocación del paciente y al comenzar la incisión, la paciente sufre una parada cardiorespiratoria que requiere de la realización de una toracotomía bilateral (Clamshell) en el contexto de la parada tanto para realizar packing como para realizar masaje cardiaco directo. Se objetiva hemotorax masivo observando debido a sangrado procedente de LSD por la presencia de una adherencia que se extiende desde el ápex a la pared torácica.



Figura 1. Comunicación 719.



Figura 2. Comunicación 719.

Conclusiones: Las lesiones vasculares torácicas tienen una alta mortalidad. Para poder abordarlas hay abordajes diferentes la clásica toracotomía anterolateral izquierda en casos de inestabilidad hemodinámica del paciente hasta incisiones como la incisión de Clamshell. La incisión de Clamshell es una buena opción en estos pacientes inestables, en donde se necesita un abordaje amplio y rápido para la revisión de todas las estructuras torácicas.

92. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE MALFORMACIONES PULMONARES Y DE LA VÍA AÉREA

Julio Ricardo Torres Bermúdez, Francisco Javier Ruiz Zafra, Clara Isabel Bayarri Lara, María José Moyano Rodríguez, Inmaculada Piedra Fernández, Francisco Hernández Escobar y Florencio Quero Valenzuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción: Las malformaciones pulmonares y de la vía aérea (MPVA) son poco frecuentes. Se diagnostican habitualmente en la infancia o en el período fetal, el resto incidentalmente en la edad adulta o cuando se complican. El tratamiento es quirúrgico dado el riesgo de complicaciones. Presentamos una serie relativamente amplia para un solo centro de MPVA con diferentes formas clínicas y vías de abordaje que incluyen la toracotomía, la videotoracoscopia (VT) y la cirugía toracoscópica asistida por robot (RATS).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes operados en nuestro servicio entre enero del 2000 y junio del 2022. Se analizaron los datos demográficos, diagnóstico clínico y forma de presentación, pruebas de imagen, tipos de cirugía, complicaciones e informes de anatomía patológica.

Resultados: Se operaron 32 pacientes M (17) H (15) con una edad de 42 años (20-70). Secuestro pulmonar (SP) (17), quiste broncogénico (QB) (10) y malformación adenoide quística (MAQ) (5). Los SP fueron intralobares inferiores izquierdos (LII) (11), derechos (LID) (5) y 1 en LSI. Manifestación por neumonía (8), hemoptisis (5), obstrucción bronquial (1), asintomáticos (3). Diagnóstico por angiografía y TAC (13), angio-TAC (4). Lobectomías (15), segmentectomía S6 (1) y resección atípica (1). Toracotomía (13), VT (3) y RATS (1). Los QB fueron intraparenquimatosos LID (5), LII (1), mediastínicos retrotraqueales (2), posteroinferiores (2). Asintomáticos (3), hemoptisis (2), tos y sibilancias (4) y neumotórax (1). Se operaron por VT (8) y toracotomía (2) lobectomías inferiores derechas (3), resección atípica pulmonar (2), segmentectomía S6 (1). Resección total (9), resección parcial (1) con un tamaño de 5 cm (2-7). La MAQ se localizó en LID (3) y LII (2) todas con neumonías a repetición. Lobectomía ID (2) lobectomías II (1) por VT, 1 bilobectomía y 1 neumonectomía izquierda por toracotomía por afectación del lóbulo medio y el LSI respectivamente. Hubo solo una recidiva de un QB por resección atípica que precisó lobecto-

mía y un paciente operado de MAQ con laceración hepática por drenaje infradiaphragmático tratado conservadoramente. Todos los diagnósticos se confirmaron por anatomía patológica. Los operados por VT tuvieron menos dolor y menor estancia hospitalaria pero no de forma significativa.

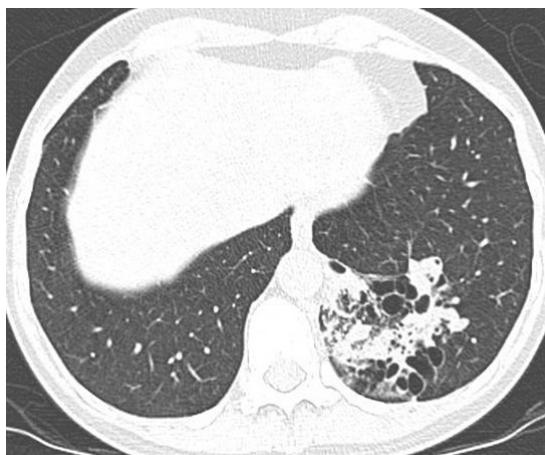


Figura 1. Comunicación 92. AngioTAC con SP en LII arteria aberrante de aorta descendente torácica.

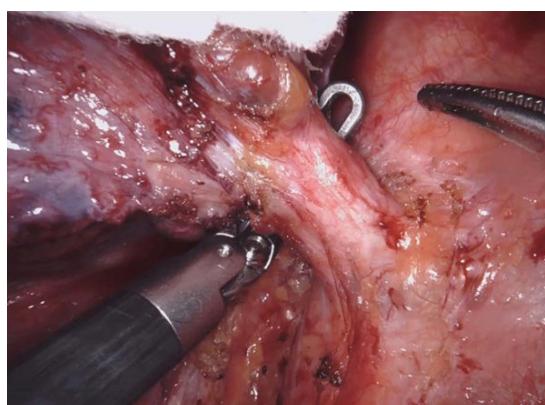


Figura 2. Comunicación 92. SP operado por RATS con arteria de gran calibre rama de aorta descendente torácica.

Conclusiones: La VT y RATS en las MPVA son seguras pero complejas en presencia de infecciones respiratorias o en el caso de SP donde se requiere una localización previa de los vasos aberrantes.

590. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO EN PACIENTES OCTOGENARIOS: ¿ES LA CIRUGÍA UNA AGRESIÓN INASUMIBLE O UN TRATAMIENTO RADICAL EFECTIVO?

Georgina Planas Cánovas, Eugenia Alejandra Libreros Niño, Elisabeth Martínez Téllez, Juan Carlos Trujillo Reyes y José Belda Sanchis

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

Introducción: La cirugía de resección pulmonar sigue siendo una opción menos planteada para el tratamiento del carcinoma pulmonar célula no pequeña (CPCNP) en estadio localizado en pacientes octogenarios, principalmente por el mayor riesgo quirúrgico y la menor expectativa de vida. El objetivo de nuestro estudio es determinar las complicaciones perioperatorias y la supervivencia en pacientes octogenarios intervenidos en nuestro centro.

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con ≥ 80 años intervenidos con intención curativa por CPCNP entre los años 2015 y 2021 ($n = 48$). Realizamos un estudio observacional retrospectivo. Se registraron datos demográficos, histológicos, quirúrgicos, posoperatorios, tratamiento adyuvante, recidiva local/distancia y mortalidad a 30 días, al año y a los 3 años. Se realizó un estudio de supervivencia global (SG) y supervivencia libre de enfermedad (SLE) mediante curvas de Kaplan-Meier.

Resultados: La mediana de edad fue de 82 años (intervalo 80-86 años). Un 71% de los pacientes fueron hombres ($n = 34$). El 69% ($n = 33$) eran exfumadores y un 37% ($n = 18$) presentaban 3 o más comorbilidades. Un 90% fue clasificado con un ASA III/IV. El valor medio de FEV1 y de DLCO preoperatorias fueron de 83% ($\pm 22\%$) y de 78% ($\pm 20\%$) respectivamente. En un 69% ($n = 33$) de pacientes el abordaje escogido fue la cirugía videotoracoscópica, registrándose 3 conversiones. En el 67% de los pacientes se realizó una lobectomía ($n = 32$), en el 17% ($n = 8$) una resección sublobar anatómica y una resección no anatómica en el 17% ($n = 8$). Las complicaciones posoperatorias se describen en la tabla 1. No hubo mortalidad posoperatoria (30 días). La histología más frecuente fue el adenocarcinoma (50%, $n = 24$). Los estadios patológicos fueron IA (44%; $n = 21$), IB (27%; $n = 13$), IIB (n = 7; 15%), IIIA (8%; $n = 4$), IIA (4%, $n = 2$) y IIIB (2%, $n = 1$), con una tasa de N1 patológico de 8% ($n = 4$) y de N2 insospechado del 4% ($n = 2$). 5 pacientes (10%) recibieron tratamiento adyuvante. La SLE al año fue del 80% y a 3 años del 66%.

Complicaciones	
Menores	11 (22,9%)
Mayores	7 (14,5%)
Ninguna	26 (54,2%)
Tipos	
Atelectasia	2 (4,2%)
Fuga aérea persistente	7 (14,6%)
Neumonía	6 (12,5%)
Empiema	1 (2%)
Neumotórax	2 (4,2%)
Arritmias	0 (0%)
Insuficiencia cardíaca	2 (4,2%)
Sd. Confusional	6 (12,5%)
Reintervención	2 (4,2%)

Tabla 1. Comunicación 590. Complicaciones postquirúrgicas en pacientes octogenarios. Las complicaciones fueron graduadas en base a la clasificación Clavien-Dindo menores (grados 1 y 2 no requieren intervención o solo intervención farmacológica) y mayores (grados 3, 3b, 4, 4b requieren intervención quirúrgica, endoscópica, radiológica, ingreso en la UCI o fallo multiorgánico).

	Supervivencia libre de enfermedad (CI 95%)	Supervivencia global (CI 95%)
A 1 año de la intervención quirúrgica	79,91% (71,93 – 87,89)	83,47% (76,82 – 90,13)
A 3 años de la intervención quirúrgica	65,54% (54,60 – 76,49)	67,16% (56,41 – 77,91)

Tabla 2. Comunicación 590. Supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad al año y a los 3 años de la cirugía de resección pulmonar (se incluyen defunciones no oncológicas).

Conclusiones: En nuestra experiencia, el tratamiento quirúrgico del CPCNP en pacientes octogenarios se ha asociado a una tasa de complicaciones aceptable y a una mortalidad nula a los 30 días. En los pacientes octogenarios con CPCNP en estadio localizado, la cirugía de resección pulmonar con intención curativa es un tratamiento que no debería ser desestimado, debiéndose valorar cada caso de una manera individualizada.

86. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO POR ADENOMA MEDIASTÍNICO

Julio Ricardo Torres Bermúdez, Clara Isabel Bayarri Lara, Francisco Javier Ruiz Zafra, Inmaculada Piedra Fernández, María José Moyano Rodríguez, Begoña de Las Heras Marqués, Ana Gómez Gago, Francisco Hernández Escobar y Florencio Quero Valenzuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada, España.

Introducción: El Hiperparatiroidismo primario (HPTP) es la principal indicación de paratiroidectomía. Hasta el 85% se debe a adenomas únicos. Un 15% de glándulas ectópicas se encuentran en el mediastino superior y son resecadas por una cervicotomía. Un 2% necesita un abordaje por esternotomía media parcial o completa. Existen pocos reportes acerca de la vía toracoscópica o robótica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes operados entre septiembre de 2014 y octubre de 2022 de HPTP por nódulo ectópico mediastínico en nuestro servicio de cirugía torácica. Se analizaron los datos demográficos, manifestaciones clínicas, localización del nódulo, tipo de cirugía, complicaciones, estancia posoperatoria y anatomía patológica.

Resultados: En 8 años se operaron 10 mujeres con una edad promedio de 54 años (37-65). La indicación quirúrgica fue HPTP asintomático (4), HPTP + nefrolitiasis (2), HPTP persistente (2), HPTP con fracturas patológicas (1), HPTP + bocio multinodular endotorácico (BMNE) (1). La localización preoperatoria se realizó por Gammagrafía/SPECT mibi (9) y por TAC (1). La paratiroidectomía se realizó por esternotomía media (EM) total (1), EM parcial (2), Videotoracoscopia triportal (VT) izquierdas (4), VT derechas (2) y cirugía robótica (1). El

nódulo mediastínico se localizó a nivel de la vena innominada (3) y prevascular (7). Se confirmó la exérésis por determinación de la PTHi intraoperatoria (5), biopsia intraoperatoria (1) y gamma sonda (1). No hubo complicaciones posoperatorias con control del HPTP sin recurrencias en un seguimiento entre dos meses y 8 años. En 2 hubo hipocalcemia posoperatoria, una de ellas sintomática, que requirieron tratamiento con calcio y vit. D oral. La estancia posoperatoria fue significativamente menor en los operados por VT 2 (1-4) que por EM 5 (4-8) $p < 0,05$. Se hallaron 8 adenomas, 1 hiperplasia y en uno no se encontró tejido paratiroides. El tamaño del nódulo fue de 26 mm (5-62).

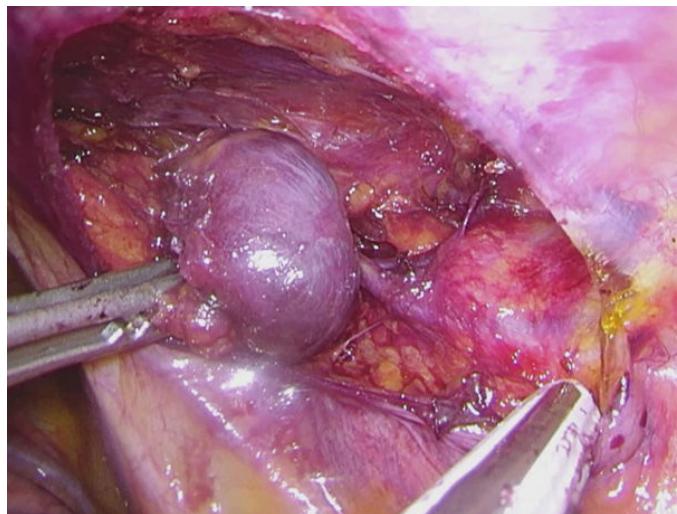


Figura 2. Comunicación 86. Escisión por videotoracoscopia de adenoma paratiroides en mediastino superior.

Conclusiones: El abordaje toracoscópico es efectivo, seguro y menos invasivo para la escisión de paratiroides ectópicas mediastínicas. La esternotomía es necesaria cuando hay otras lesiones asociadas. La clave del éxito está en la localización precisa preoperatoria del nódulo y la determinación intraoperatoria de la PTHi.

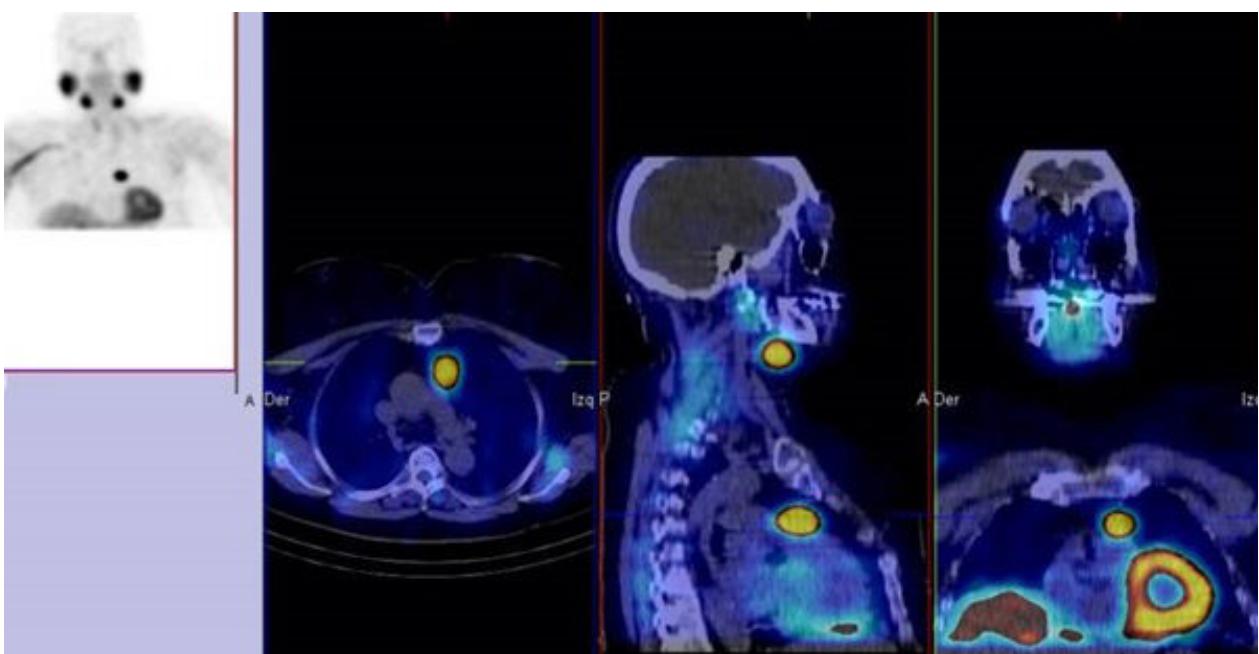


Figura 1. Comunicación 86. Localización por gammagrafía/SPECT mibi del adenoma mediastínico.

718. USO DE UROQUINASA INTRAPLEURAL EN PACIENTES CON HEMOTÓRAX

María Luisa Morales Serrano, Marco Vinicio Merino Rueda, María Peyró Sánchez, Claudia Rossana Rodríguez Ortega, Marta Genovés Crespo, Carlos Eduardo Almonte García, Antonio Francisco Honguero Martínez, María Dolores García Jiménez y Pablo León Atance

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete, España.

Introducción: El uso de uroquinasa intrapleural en el hemotórax es controvertido y menos habitual que en derrames pleurales complicados o empiemas. En determinados casos, se podría evitar una intervención quirúrgica.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo desde abril 2004 a octubre de 2022, con un total de 13 casos de hemotórax que fueron tratados con uroquinasa intrapleural en nuestro servicio.

Resultados: De un total de 272 hemotórax tratados en nuestro servicio (102 hemotórax de 2407 traumatismos torácicos, así como 170 hemotórax no traumáticos) durante el periodo comprendido entre abril 2004 y octubre 2022, solo en 13 ocasiones se administró uroquinasa intrapleural como tratamiento del hemotórax. Once varones frente a dos mujeres. La media de edad fue de 60 años. En 11 casos se consiguió una mejoría clínica y radiológica; en 2 ocasiones no hubo mejoría, precisando uno de los casos intervención qui-

rúrgica y el otro la colocación de un nuevo drenaje más posterior. La principal causa fue traumática (10 casos) frente a yatrogénica (3 casos), y se prefirió el uso de drenajes de calibre 24-28 FR (10 casos) que de catéteres tipo *pigtail* (3 casos). El inicio de la aplicación de uroquinasa intrapleural respecto a la fecha del hemotórax fue variado (de 7 a 129 días), con una mediana de 13 días. Tras la colocación del drenaje, se inició la uroquinasa entre los 0 a los 11 días, con una media de 3,46 días y una mediana de 2 días. La instilación de uroquinasa se realizó durante 1 a 7 días con una media de 3 días (coincidiendo con la mediana). El número de dosis totales por caso fue de 2 a 11 dosis, con una media de 7,15 dosis y mediana de 8 dosis. En 12 casos se usó una pauta intrapleural de 100.000 UI diluidas en 50 cc de suero fisiológico, dejando pinzado durante dos horas, con una periodicidad de 8 horas en 11 de los casos, y cada 24 horas en un solo caso. Solo en el hemotórax más antiguo de la serie de casos, la dosis de uroquinasa fue de 250.000 UI.

Conclusiones: Las posibles complicaciones derivadas del uso de fibrinolíticos intrapleurales (entre ellas, el sangrado) pueden hacernos descartar inicialmente su uso en el hemotórax. Sin embargo, como observamos en nuestra serie de casos, en casos seleccionados (en especial hemotórax retenidos), se puede evitar una cirugía para la limpieza de la cavidad torácica. Es importante destacar que, en hemotórax recientes, se posponga el uso de uroquinasa intrapleural al menos durante 3 días desde el traumatismo o la cirugía y se evite la anticoagulación a dosis terapéuticas.

Días con Uroquinasa + Media y mediana

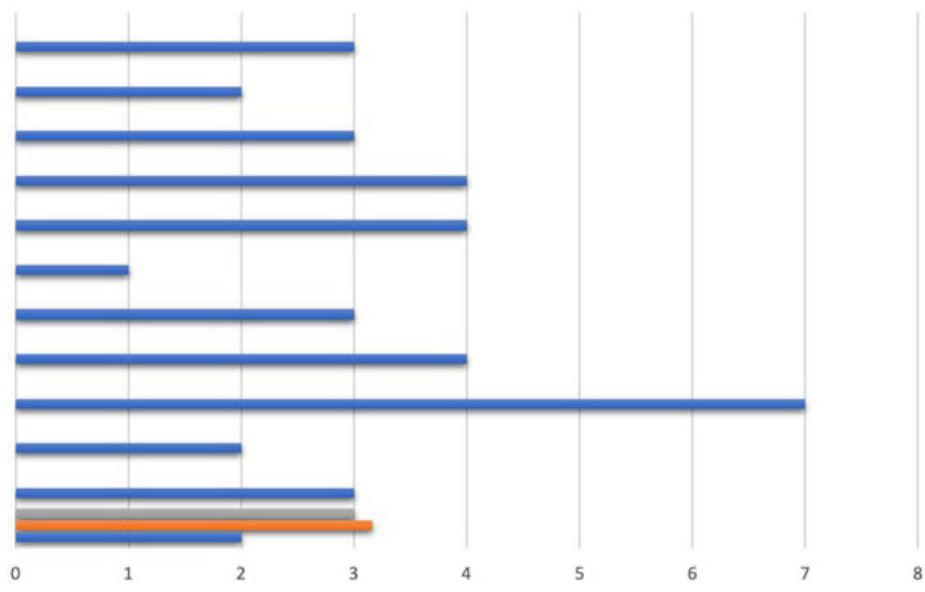
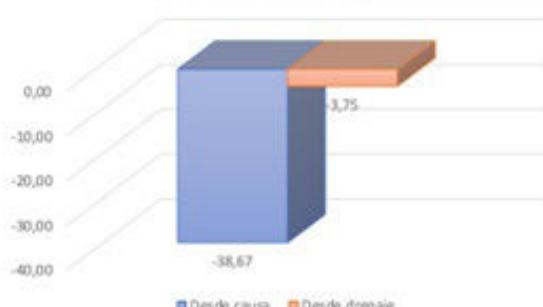


Figura 1. Comunicación 718. Días con uroquinasa.

Media días Inicio Uroquinasa



Mediana días Inicio Uroquinasa

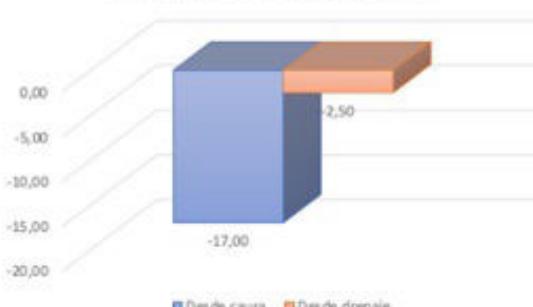


Figura 2. Comunicación 718. Días inicio uroquinasa.