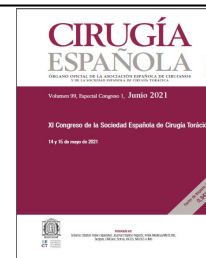




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-24 - CARCINOMA EPIDERMOIDE pT4N2M0 POR INFILTRACIÓN AÓRTICA: NEUMONECTOMÍA IZQUIERDA AMPLIADA A AORTA DESCENDENTE CON SOPORTE HEMODINÁMICO BAJO ECMO.

Ojanguren Martiarena, O.; Rojo Marcos, R.; Rumbero Sánchez, J.C.; Uribe-Etxeberria Lugariza-Aresti, N.; Lorenzo Martín, M.; Jiménez Maestre, U.; Hernández Pérez, L.; Apaolaza Rebollo, I.; Ruiz Molina, O.; Pac Ferrer, J.J.

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: Presentamos un caso de un Carcinoma Epidermoide T4 por infiltración aórtica. Con este vídeo no solo mostramos una técnica quirúrgica compleja, sino el proceso de estadificación adecuada y la toma de decisiones hasta llevar a cabo la intervención.

Descripción del caso: Varón de 70 años, exfumador de > 60 paquetes/año con DM, HTA y cardiopatía isquémica, derivado a consulta para valoración quirúrgica con diagnóstico de carcinoma epidermoide de pulmón cT3N1M0. Exploraciones complementarias: TAC: Masa en LII de 70 × 84 × 65 mm. Infiltra grasa mediastínica. Adenopatía hiliar izquierda probablemente patológica. PET-TAC: Actividad metabólica elevada sobre lesión LII. No se puede discriminar afectación de adenopatías hiliares. No se observan captaciones en ganglios mediastínicos. Broncoscopia: engrosamiento que condiciona estenosis completa del bronquio apical de LII, con infiltración mamelonada. Se toman varias biopsias: Carcinoma epidermoide. EBUS-TBNA: Punción de 4R, 4L y 7. Citología negativa. IVUS: no se puede valorar infiltración aórtica. Pruebas funcionales: No contraindicación de neumonectomía. Tras valoración se considera indicada intervención. 1ª intervención quirúrgica: infiltración aórtica desde T8 a T10 que afecta a un 30-40% de la circunferencia, lo que impide resección con márgenes con clampaje lateral. Se realiza prueba de clampaje transversal sin tolerancia hemodinámica. Se realiza biopsia intraoperatoria de adenopatías 5 y 7: negativas para tumor. Ante dichos hallazgos se decide cierre de la toracotomía para planificación de opciones terapéuticas. Tras reevaluación se decide resección pulmonar ampliada a aorta descendente y reconstrucción con prótesis con soporte hemodinámico bajo ECMO. 2ª intervención quirúrgica: vía de acceso: doble toracotomía posterolateral; superior: 5º EIC, inferior: 10º EIC. Técnica: neumonectomía izquierda intrapericárdica. Tras neumonectomía, se deja el pulmón con infiltración aórtica. Canulación periférica tras disección de arteria y vena femorales (cánulas de 22 y 18 Fr). Se instaura ECMO sin incidencias. Disección de toda la circunferencia aórtica con ligadura de arterias intercostales entre los niveles T8 y T10. Control y clampaje aórtico proximal y distal. Resección en bloque de pulmón izquierdo y aorta con márgenes (resección de aproximadamente 10 cm de aorta). Reconstrucción vascular con prótesis (22 × 130 mm). Retirada de ECMO y reversión de anticoagulación. Evolución posoperatoria: sin incidencias. Anatomía patológica: adenopatías 4L, 7: carcinoma escamoso metastásico. Pieza quirúrgica: carcinoma escamoso moderadamente diferenciado de 8 cm. Invasión de varias adenopatías hiliares, grasa pericárdica, pleura parietal y pared aórtica (adventicia y muscular). pT4N2M0. Estadío IIIB. Evolución posterior: realiza adyuvancia con 4 ciclos de cisplatino-vinorelbina y radioterapia mediastínica (50 Gy). En TAC de control 9 meses tras la cirugía: M1 óseas a nivel vertebral y costal. Inicia QT paliativa con carboplatino-gencitabina.

Tras primer ciclo, neutropenia y neumonía que precisa ingreso, presentando insuficiencia respiratoria progresiva y fracaso multiorgánico. El paciente fallece 11 meses tras la primera cirugía.

Discusión: La cirugía en casos de T4 por infiltración aórtica puede ser la primera opción terapéutica, con supervivencias hasta del 70% a los 5 años tras la intervención. La correcta estadificación mediastínica es imprescindible antes de plantear la intervención en estos pacientes.