



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-16 - NEUMONECTOMÍA DERECHA CON RESECCIÓN DE CARINA PRINCIPAL Y ANASTOMOSIS EN MANGUITO DE BRONQUIO PRINCIPAL IZQUIERDO A TRÁQUEA

Sesma, J.; Bolufer, S.; Lirio, F.; Del Campo, J.M.; Maroto, S.; Sebastián, L.¹; Gálvez, C.; Mafe, J.J.; Cerezal, L.J.

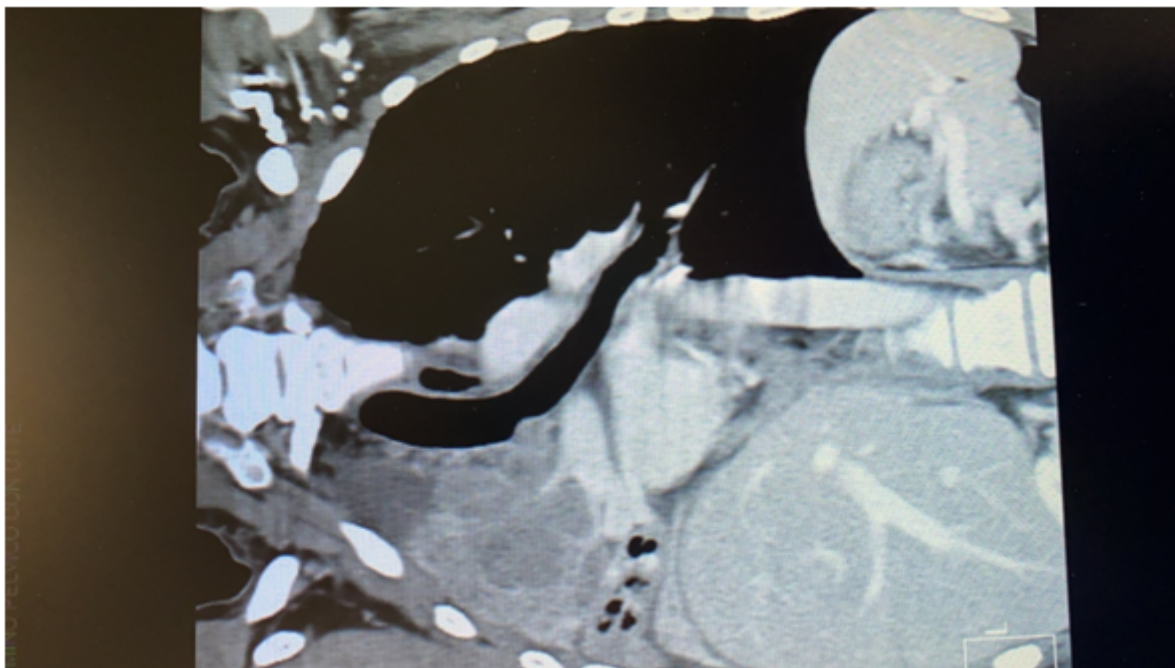
Hospital General Universitario Alicante, Alicante.

Resumen

Introducción: Presentamos el caso de una mujer de 28 años edad que presentó un carcinoma pulmonar hiliar derecho de 9 cm de diámetro con afectación de carina bronquial principal. El diagnóstico histológico preoperatorio fue de carcinoma pulmonar de célula no pequeña indiferenciado. Tras tratamiento inmunoterápico según protocolo del ensayo multicéntrico NADIM II (1) se propuso para neumonectomía derecha con resección de carina y anastomosis en manguito de tráquea a bronquio principal izquierdo.

Descripción del caso: Mediante toracotomía posterolateral derecha se realiza disección de hilio pulmonar y pleura mediastínica posterior. Se completa ligadura de vena ácigos con necesidad de sección tangencial a la cava mediante endograpadora. Posteriormente, tras control de vena cava superior se realiza apertura del pericardio así como control y sección de arteria pulmonar principal, vena pulmonar superior y vena pulmonar inferior. Se progresa disección sobre tráquea y ángulo traqueobronquial derecho hasta exponer carina principal y ángulo a bronquio principal izquierdo. Linfadenectomía completa de todos los territorios. Tras adecuada exposición de tráquea y carina principal se disponen puntos tractores sobre tráquea y bronquio principal izquierdo. Se realiza broncotomía sobre bronquio principal izquierdo y sección proximal en tráquea asegurando adecuado margen de resección. Intubación distal intracampo y extracción de pieza quirúrgica (neumonectomía derecha + carina bronquial). Anastomosis terminoterminal de bronquio principal izquierdo a tráquea mediante sutura absorbible vycril 4-0 en puntos sueltos en cara posterior y sutura absorbible vycril 3-0 en cara anterior. Tras realizar sutura de cara posterior se retira el tubo distal intracampo y se progresa tubo nasotraqueal a bronquio principal izquierdo. Se comprueba estanqueidad de la sutura mediante inmersión en suero salino. El análisis patológico intraoperatorio confirmó márgenes de resección libres. La paciente fue alta sin complicaciones al día 12 posoperatorio con diagnóstico histológico definitivo de carcinoma pulmonar de célula no pequeña no diferenciado T4N0M0.





Discusión: El tratamiento quirúrgico con intención R0 de tumores T4 resecables es posible y seguro en equipos con experiencia. En este tipo de lesiones, es importante disponer de un contexto multidisciplinar, que nos asegure, si fuera necesario, el adecuado tratamiento multimodal (i.e. inmunoterapia), con el objetivo de obtener un tratamiento completo en términos patológicos.