



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-30 - NEUMOTÓRAX A TENSIÓN INTRAOPERATORIO CONTRALATERAL DURANTE LOBECTOMÍA INFERIOR IZQUIERDA *SLEEVE* BRONQUIAL ROBÓTICA

Murillo Brito, D.A.¹; Rodríguez, M.¹; Girón Flamenco, J.J.¹; Martínez Marenys, C.²; Mesa-Guzmán, M.¹

¹Clínica Universidad de Navarra, Pamplona; ²Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Resumen

Introducción: El enfoque del tratamiento quirúrgico ante tumores pulmonares y bronquiales centrales ha ido evolucionando a lo largo de los años. Varios estudios han demostrado la superioridad de las resecciones pulmonares broncoplasticas debido a su capacidad de conservar parénquima pulmonar frente a la realización de una neumonectomía. La *Robotic-Assisted Thoracic Surgery* (RATS) presenta notables ventajas al realizar estos procedimientos, debido a las facilidades técnicas en la visualización, disección y sutura de estructuras bronquiales y vasculares. Presentamos un caso de una lobectomía inferior izquierda en manguito RATS.

Caso clínico: Mujer de 68 años, obesa, no fumadora, con antecedente de gran hernia de hiato esofágica; diagnosticada de manera incidental de una lesión de 23 mm sugestiva de tumor carcinoide, con origen en el bronquio de pirámide basal y compromiso del bronquio principal izquierdo. Se decidió realizar una lobectomía inferior izquierda en manguito. Tanto la ubicación del tumor como la complejidad de la técnica nos llevaron a decidir que el uso de RATS iba a ser beneficioso para la paciente. Se inició la intervención con una linfadenectomía sistemática de los niveles 9, 7, 8, 5, 6, 10 y 11. Previa disección, la vena pulmonar inferior fue seccionada-grapada con endosure 45 mm vascular. Es importante mencionar que en este punto, la paciente inicia cuadro de desaturación súbita con alteración de parámetros hemodinámicos. Se confirma la correcta posición de la intubación selectiva mediante broncoscopia, lo cual nos lleva a buscar y posteriormente confirmar mediante ecografía y radiografía intraoperatoria, la presencia de un neumotórax a tensión contralateral. Dicha complicación fue resuelta exitosamente con un drenaje torácico apical derecho que permitió la estabilización hemodinámica y respiratoria de la paciente y así poder continuar con el procedimiento. A continuación se procedió con la disección de la arteria pulmonar intracisural identificando las ramas del segmento 6 y de la pirámide basal que se seccionaron-graparon de forma individualizada mediante endograpadora robótica vascular. Previa broncotomía, visualización del tumor endobronquial, exéresis en bloque del mismo y apreciación de márgenes macroscópicos correctos, se realiza una broncoplastia en "V" entre el bronquio superior izquierdo y el bronquio izquierdo principal mediante dos suturas barbadas absorbibles continuas (V-Loc 3/0. Covidien). Se comprobó una correcta aerostasia y reexpansión del LSI satisfactoria con una anastomosis permeable y con buen aspecto en el control broncoscópico intraoperatorio y se colocaron dos drenajes (uno anterior y otro posterior). El posoperatorio cursó sin acontecimientos notables y se le dio de alta a los 5 días posoperatorios.

Discusión: Llevar a cabo una resección pulmonar junto con una broncoplastia mediante RATS es una opción segura ante tumores pulmonares centrales. Este abordaje otorga una mayor comodidad para el cirujano, permite una mejor exposición y facilita la técnica quirúrgica. La posibilidad de producirse un neumotórax contralateral intraoperatorio es poco frecuente pero debe contemplarse en caso de desaturación aguda e

inestabilidad hemodinámica no justificable por otras causas, exigiendo una actuación rápida y coordinada entre el equipo quirúrgico y el anestésico para su resolución.