



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-12 - SUTURA MANUAL BRONQUIAL EN LOBECTOMÍA SUPERIOR DERECHA ROBÓTICA

Milla Collado, L.; Álvarez Fernández, M.; Luque Vázquez, I.; Moreno Morueco, B.; Zudaire Díaz-Tejeiro, A.; Rodríguez Pérez, M.

Clínica Universidad de Navarra, Madrid.

Resumen

Caso clínico: Presentamos el caso de un hombre de 53 años con un nódulo de 2,8 cm en el lóbulo superior derecho. El nódulo estaba cerca de la salida del bronquio del lóbulo superior derecho y se asociaba a un ganglio linfático hiliar aumentado de tamaño. Se realizó una broncoscopia para el diagnóstico, con resultados no concluyentes. Tras valoración en el comité de tumores multidisciplinar y la estadificación radiológica e invasiva del mediastino (RMN cerebral, PET-TC y EBUS) se ofreció una lobectomía superior derecha broncoplastica, tanto diagnóstica como terapéutica. El paciente fue sometido a un estudio preoperatorio estándar, incluyendo pruebas de función pulmonar (FEV1: 88% y DLCO) y evaluación cardiológica (dentro de los límites normales). Como esta evaluación no contraindicaba la cirugía, se sometió a la resección prevista. La anatomía patológica intraoperatoria de los ganglios linfáticos N2 e hilares no mostró enfermedad metastásica. Se seccionó primero la vena del lóbulo superior derecho, posteriormente la primera rama de la arteria pulmonar, ambas con grapadoras robóticas, y finalmente se realizó la sección del bronquio. La anatomía patológica intraoperatoria del margen bronquial proximal mostró un cáncer de pulmón de células no pequeñas a más de 5 mm de distancia de la zona de transección. El margen bronquial distal fue negativo para malignidad en la anatomía patológica intraoperatoria. Tras asegurar la resección R0, se procedió al cierre bronquial manual con sutura absorbible barbado monofilamento. Se comprobó la ausencia de fuga de aire tanto del parénquima como de la broncoplastia bajo agua y se colocó un tubo torácico de 24 Fr. No se consideró necesario el refuerzo del cierre bronquial. El paciente fue extubado en el quirófano y tras 4 horas en la sala de recuperación, fue dado de alta a planta. Se retiró el drenaje torácico a las 24 horas de la cirugía. Tras iniciar la analgesia por vía oral el primer día del posoperatorio y, con un control satisfactorio del dolor, fue dado de alta a su domicilio el segundo día del posoperatorio. La anatomía patológica final mostró un carcinoma de células grandes mal diferenciado pT1cN1M0 (estadio IIB).

Discusión: Las resecciones pulmonares complejas se realizan con seguridad con sistemas robóticos.