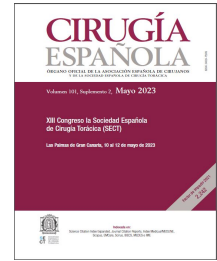




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-05 - LINFADENECTOMÍA POR VIDEOMEDIASTINOSCOPIA (VAMLA) DE RESTADIFICACIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON CARCINOMA BRONCOGÉNICO N2C CANDIDATOS A TRATAMIENTO DE INDUCCIÓN

Nina Reig-Oussedik, Sergi Call, Carme Obiols, Ramon Rami-Porta, Luis Luizaga, Adrià Lloret, Lucia Reyes Cabanillas-Paredes, Juan Manuel Ochoa-Alba y Mireia Serra-Mitjans

Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa.

Resumen

Objetivos: Hasta la fecha, no hay experiencia documentada de la precisión y factibilidad de la linfadenectomía por videomediastinoscopia (VAMLA en el acrónimo inglés de *video-assisted mediastinoscopic lymphadenectomy*) de reestadificación del cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) N2c después de tratamiento de inducción. Objetivos: 1) analizar la precisión y la factibilidad de la VAMLA en la reestadificación de pacientes con CPCNP IIIA (N2) después de tratamiento de inducción 2) analizar la supervivencia y las complicaciones de los pacientes sometidos a tratamiento de inducción y reestadificados con VAMLA.

Métodos: Estudio prospectivo y observacional de los pacientes con CPCNP N2c candidatos a tratamiento de inducción y cirugía de resección pulmonar sometidos a reestadificación con VAMLA durante el periodo de 2016 a 2022. Se han analizado variables demográficas, quirúrgicas y oncológicas. La prueba oro para validar las VAMLA negativas fue la linfadenectomía intraoperatoria. Se revisaron los hallazgos patológicos y se calculó la validez de la técnica utilizando las fórmulas estándar con la tabla de contingencia 2×2 (incluyendo el intervalo de confianza [IC] del 95%). El seguimiento se completó en enero de 2023 (media de seguimiento: 29 meses, amplitud 85-4) y se utilizó el método Kaplan-Meier para el análisis de la supervivencia.

Resultados: 27 pacientes (23 hombres; mediana edad: 63,5 años; amplitud, 48-78) con CPCNP IIIA (N2) clínico (diagnosticados mediante ultrasonografía endobronquial con punción aspirativa transbronquial (USEB-PATB), recibieron las siguientes terapias de inducción: quimioterapia basada en cisplatino concomitante con radioterapia radical [media 54 Gy, rango 40-70 Gy] (n = 23), quimiorradioterapia e inmunoterapia (n = 3) e inhibidor de la tirosina quinasa e inmunoterapia (n = 1). En todos los casos, la VAMLA fue factible y se logró la resección completa de las estaciones paratraqueales y subcarinales (mediana de 12 ganglios linfáticos/paciente resecados; mediana de 4 estaciones/paciente exploradas). La tasa de N2 persistente insospechado fue del 33% (9/27). Valores de estadificación: sensibilidad, 100% (IC95%, 67,6-100); especificidad, 100% (IC95%, 84-100); valor predictivo positivo, 100% (IC95%, 67,6-100); valor predictivo negativo, 100% (IC95%, 84-100); y precisión diagnóstica, 100% (IC95%, 88-100). La tasa de complicaciones de la VAMLA fue del 15% (4 pacientes), siendo la parálisis transitoria del nervio laríngeo recurrente izquierdo la más frecuente. En referencia a los pacientes sometidos a resección pulmonar (21/27), la tasa de complicaciones a

90 días fue del 19% (4/21) (1 atelectasia, 1 fístula del muñón bronquial, 1 absceso pulmonar) y la supervivencia específica por cáncer a los 3 y 5 años fue del 83% y 71% respectivamente.

Conclusiones: La VAMLA de reestadificación del NSCLC después de tratamiento de inducción es factible y presenta la máxima precisión en comparación al resto de métodos de reestadificación. Los pacientes sometidos a resección pulmonar después de tratamiento de inducción y reestadificación con VAMLA presentan una tasa de complicaciones posquirúrgicas aceptable y una supervivencia superior a la esperada. Con los resultados obtenidos, la VAMLA se debería incluir en los algoritmos de reestadificación en aquellos centros con experiencia en las técnicas de exploración quirúrgica del mediastino.