



O-22 - RESULTADOS DE SEGUNDAS EXÉRESIS PULMONARES EN PACIENTES CON RESECCIÓN ANATÓMICA PREVIA POR CÁNCER DE PULMÓN

David Alfonso Mora Puentes, Álvaro Fuentes Martín, Génesis Isabel Victoriano Soriano, José Soro García, Ángel Cilleruelo Ramos, Mauricio Alfredo Loucel Bellino, Cristina Beatriz García Rico, Begoña Gregorio Crespo y José María Matilla González

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

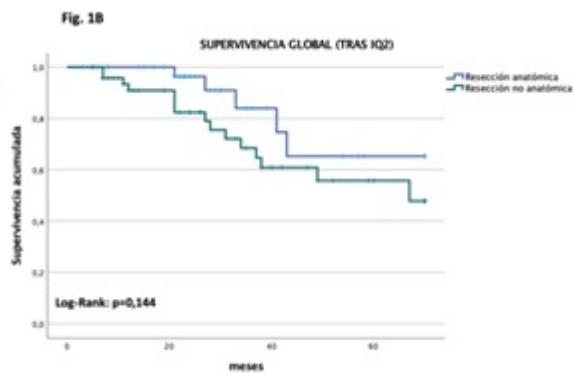
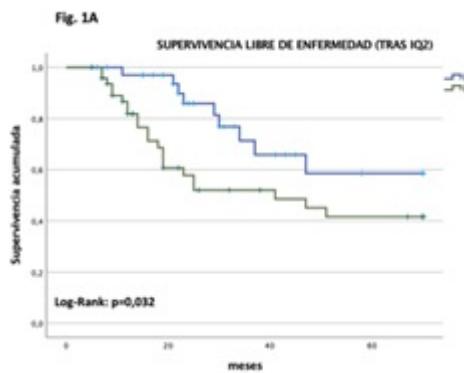
Resumen

Objetivos: La presencia de un segundo tumor primario en pacientes ya intervenidos por una neoplasia pulmonar es relativamente infrecuente, por lo cual el objetivo es describir la morbimortalidad y supervivencia posterior a la segunda intervención dependiendo del tipo de resección quirúrgica realizada.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo de pacientes sometidos a una segunda resección pulmonar por cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) entre 2010 y 2020. Se incluyeron pacientes con resección anatómica con linfadenectomía previa que cumplían los criterios de Martini-Melamed para la segunda resección. Se excluyeron pacientes cuya histología no fuese concluyente entre tumor primario o metástasis de origen extratorácico, aquellos con afectación ganglionar o sin linfadenectomía. Se incluyeron 84 pacientes, tomando variables demográficas, clínicas, cirugía practicada, evolución posoperatoria, histología y supervivencia. Análisis estadístico: univariante χ^2 y t de Student. Supervivencia con Kaplan-Meier, Log-Rank y Cox. Se consideró significativa una p 0,05.

Resultados: 68 (81%) varones. La media de edad al momento de la primera intervención (IQ1) fue $62,79 \pm 8,74$ años y en la segunda intervención (IQ2) $67,18 \pm 9,07$ años. Comorbilidades preoperatorias: HTA 33 (39,3%), EPOC 24 (28,6%), arteriopatía periférica 13 (15,5%) y diabetes mellitus 9 (10,7%). 75 (89,2%) con antecedente tabaquismo. Histología: 40 (47,6%) adenocarcinoma. Media tamaño tumoral $1,77 \pm 1,17$ cm. En 74 casos (88,1%) tamaño tumoral 3 cm. En IQ2 43 (51,2%) fueron contralaterales y 41 (48,8%) ipsilaterales. En 36 (42,9%) se realizó una segunda resección anatómica y en 48 (57,1%) no anatómica. Intervalo entre IQ1 e IQ2 de $50,38 \pm 32,89$ meses. Estudio funcional respiratorio preoperatorio: FEV1_{ppo} $97,83 \pm 20,96$ y DLCO_{ppo} $86,89 \pm 23,57$ para IQ1, y $77,81 \pm 17,73$ y $71,93 \pm 18,22$ respectivamente para IQ2 ($p = 0,001$). 26 (30,9%) presentaron complicaciones posoperatorias tras IQ2, 20 (23,8%) fuga aérea prolongada, 8 (9,5%) arritmias, 4 (4,8%) insuficiencia respiratoria y 2 (2,4%) neumonía. Mortalidad 1 (1,2%) en el posoperatorio precoz. El 95,2% fueron clasificadas como leves (Clavien-Dindo I-II). Comparando las complicaciones entre IQ1-IQ2, la fuga aérea prolongada ($p = 0,023$) y las arritmias ($p = 0,041$) demostraron diferencias significativas. Supervivencia libre de enfermedad tras IQ2 $53,75 \pm 4,32$ meses (IC95%: 45,28-62,23) en pacientes con resección anatómica y $41,34 \pm 4,23$ meses (IC95%: 33,04-49,65) en no anatómica. El test de log-rank demostró diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,032$; fig. 1A). Supervivencia global de $58,07 \pm 4,48$ meses (IC95%: 49,29-66,85) para pacientes con resección anatómica y de $50,97 \pm 43,90$ meses (IC95%: 43,31-58,63) con resección no anatómica en IQ2. No diferencias estadísticamente significativas en el test log-rank ($p = 0,144$; fig. 1B). Los factores con impacto negativo en la supervivencia fueron tamaño tumoral > 3 cm ($p = 0,001$), insuficiencia respiratoria ($p = 0,019$), complicaciones $>$ grado II ($p = 0,044$),

histología epidermoide ($p = 0,022$) y reingreso hospitalario 3 cm (HR 1,043; IC95% 1,012-1,074; $p = 0,006$), histología epidermoide (HR 2,571; IC95% 1,03-6,39; $p = 0,042$) y complicaciones > grado II (HR 2,127; IC95% 1,014-3,29; $p = 0,017$).



Conclusiones: Las segundas resecciones para CPCNP son seguras y ofrecen una buena supervivencia a largo plazo. La realización de una resección anatómica ha demostrado proporcionar una mayor supervivencia libre de enfermedad con respecto a una no anatómica en pacientes correctamente seleccionados.