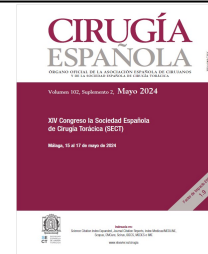




# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-008 - LOBECTOMÍA INFERIOR IZQUIERDA CON BRONCOPLASTIA EN MANGUITO POR VIDEOTORACOSCOPIA

*Paula Bravo Carmona, Carlos Guerrero Martín y Roberto Mongil Poce*

*Hospital Quirónsalud Málaga, Málaga.*

### Resumen

**Introducción:** En los tumores hiliares, la posibilidad de preservación de parénquima pulmonar sano evitando la neumonectomía es uno de los retos de la cirugía torácica. En ocasiones, las resecciones pulmonares que asocian una técnica broncoplástica permiten el ahorro de parénquima pulmonar, disminuyendo el riesgo de morbilidad y aumentando la supervivencia de los pacientes.

**Caso clínico:** Varón de 48 años sin enfermedades previas de interés, estudiado por neumología por cuadro de tos seca persistente y sibilantes. La fibrobroncoscopia objetiva una masa endobronquial de aspecto tumoral a la entrada del bronquio lobar inferior izquierdo que obstruye casi su totalidad. Se toman biopsias de la lesión sugestivas de tumor carcinoide. La tomografía computarizada torácica informa de nódulo endobronquial a la entrada del bronquio lobar inferior izquierdo. Valores de espirometría dentro de la normalidad. Se solicita gammagrafía de receptores de somatostatina compatible con neoplasia primaria en bronquio lobar inferior izquierdo, sin hallazgos sugerentes de metástasis. La cirugía consistió en una lobectomía inferior izquierda con broncoplastia en manguito mediante anastomosis termino-terminal de bronquio principal izquierdo a bronquio lobar superior izquierdo por videotoracoscopía. Los márgenes bronquiales tanto del bronquio principal como del lobar superior se enviaron a estudio intraoperatorio, confirmándose libres de neoplasia. La anastomosis se llevó a cabo mediante sutura continua con monofilamento irreabsorbible 3/0 con doble aguja, precisando de dos puntos sueltos de refuerzo de sutura. La lobectomía fue realizada por abordaje uniportal VATS. Durante la sutura bronquial decidimos abrir un segundo puerto para una mejor visualización, finalizando la cirugía por abordaje biportal VATS. Previo al inicio de la anastomosis se realizó la linfadenectomía sistemática hilio-mediastínica con exéresis de las adenopatías de los grupos ganglionares 5, 7, 10 y 11. Se dejó drenaje pleural curvo 28 F, el cual fue retirado al segundo día posoperatorio y el paciente fue dado de alta hospitalaria al 3<sup>er</sup> día con radiografía de tórax sin complicaciones pleuropulmonares. El resultado de la anatomía patológica definitiva fue de tumor neuroendocrino bien diferenciado tipo carcinoide típico, tamaño 2,2 cm, márgenes bronquiales y parenquimatosos libres de neoplasia. Se extirparon 10 adenopatías con ausencia de neoplasia. Tras 1 año de la intervención, el paciente se encuentra sin recidiva tumoral y clínicamente asintomático.

**Discusión:** Las anastomosis bronquiales en manguito por videotoracoscopía son cirugías con un alto nivel de exigencia y complejidad técnica, pero suponen un beneficio para el paciente evitando así el abordaje por toracotomía y disminuyendo el dolor posoperatorio y tiempo de estancia hospitalaria. En concreto, las broncoplastias izquierdas pueden resultar técnicamente más difíciles debido a una exposición y visualización más limitada por el cayado aórtico, la situación del bronquio principal izquierdo y la arteria pulmonar.