



www.elsevier.es/cirugia

V-007 - ¿MASA METASTÁSICA DISTINTA AL PRIMARIO? A PROPÓSITO DE UN CASO

José Deymar Lozano Ayala, Gemma María Muñoz Molina, Cristina Cavestany García-Matres, Luis Carlos Lomanto Navarro, Elena Vilchez Pernias, Alberto Cabañero Sánchez, Sara Fra Fernández, Usue Caballero Silva y Nicolás Moreno Mata

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: El manejo quirúrgico de las metástasis pulmonares está basado en la identificación de pacientes que deben cumplir criterios de selección y de esta forma brindar un procedimiento quirúrgico adecuado. Presentamos el caso de una paciente con masa pulmonar en LII en la que se realiza una intervención quirúrgica distinta a la planificada por objetivarse nuevos hallazgos intraoperatorios.

Caso clínico: Mujer de 54 años de edad hipertensa, con antecedente de Condrosarcoma de alto grado de fémur derecho tratado con cirugía sin tratamiento adyuvante, derivada desde oncología por lesión pulmonar sospechosa de malignidad en estudio de seguimiento. En TC se objetiva masa pulmonar (41 mm) en LII, paramediastínica inferior izquierda, que impronta sobre ventrículo izquierdo, que podría corresponder con metástasis y asocia adenopatía paraesofágica preaórtica (12 mm). Se realiza PET-TC con masa de LII con incremento patológico del índice glucídico (SUVmax: 38,60), engrosamiento nodular hipermetabólico en pleura mediastínica izquierda (8 mm y SUV max: 11,78). Ante estos hallazgos y PFR adecuadas se planifica cirugía; una linguectomía + resección de segmento anterior de LII + linfadenectomía ± parche de pericardio. Se realizó un abordaje por videotoracoscopia con dos puertos. Como hallazgo inicial masa procedente del LII que infiltra pericardio, sobrepasa la cisura y afecta parcialmente la lingula y se plantea una lobectomía de LII. Se realiza exéresis del pericardio. Se libera el ligamento pulmonar hasta objetivar un implante pleural sobre la aorta y el esófago que se libera, se la separa del pulmón y se extrae. Se diseña la vena lobar inferior. Se continúa con sección de la cisura mayor llevándonos parcialmente la lingula. Se diseña y secciona la arteria del LII. Se secciona la vena del LII. En la cisura se diseña y secciona la rama arterial de S6. Se diseña y secciona el bronquio del LII. Se completa cirugía con muestreo ganglionar, se comprueba aeroestasia, hemostasia y cierre. El posoperatorio inmediato sin incidencias, con retirada de drenaje y alta hospitalaria a los 5 días. En el análisis anatomopatológico se objetivó metástasis de osteosarcoma de alto grado R0 con ganglios negativos sin evidencia de metástasis. Un resultado que demuestra discordancia entre el tumor primario tratado (condrosarcoma) previamente y la detección de un osteosarcoma pulmonar sin primario conocido, un tipo de neoplasia infrecuente que constituye una ínfima proporción de las neoplasias pulmonares malignas, siendo su diagnóstico casi anecdótico y su presencia en un paciente con un condrosarcoma tratado puede considerarse excepcional. Derivada a Oncología para seguimiento y tratamiento adyuvante.

Discusión: Es importante destacar que el tipo de resección pulmonar estará determinada por las características de las metástasis pulmonares y que la técnica quirúrgica puede variar según los hallazgos intraoperatorios. Se debe intentar brindar siempre una resección adecuada (R0) y para ello es necesario

resecciones con márgenes amplios, ya que este es el factor independiente más importante de supervivencia y que hasta obtener el resultado definitivo de anatomía-patológica es imposible determinar con exactitud si se trata o no de una metástasis o un tumor primario.