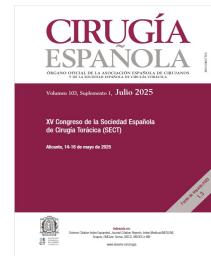




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-31 - ¿CUÁL ES LA MEJOR TÉCNICA PARA DIVIDIR LA CISURA INCOMPLETA EN LOBECTOMÍA PULMONAR MÍNIMAMENTE INVASIVA? ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

Marina Paradela de la Morena¹, Ángela Guirao Montes², Anna Minasyan³, Sara Fra Fernández⁴, Miguel Congregado Loscertales⁵, Silvana Crowley⁶, Sergio Bolufer Nadal⁷, María Carmen Rodríguez Gómez⁸, Roberto Mongil Poce⁹ y Mercedes de la Torre Bravos³

¹Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ²Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

³Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña. ⁴Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

⁵Hospital Quirónsalud Infanta Luisa, Sevilla. ⁶Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda. ⁷Hospital General Universitario, Alicante. ⁸Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ⁹Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga.

Resumen

Objetivos: La lobectomía pulmonar mínimamente invasiva es el tratamiento estándar para el carcinoma broncogénico, pero la cisura pulmonar incompleta representa un desafío técnico. Existen tres estrategias quirúrgicas para dividir la cisura (TDC): cisura al principio (técnica del túnel), transcisural y cisura al final (técnica *fissureless*). Este estudio compara sus resultados en linfadenectomía y complicaciones perioperatorias.

Métodos: Estudio prospectivo multicéntrico de cohortes con pacientes sometidos a lobectomía pulmonar mínimamente invasiva entre enero de 2020 y enero de 2025. Se comparó la TDC en relación con el número de adenopatías en estaciones 10 y 11 y las complicaciones perioperatorias. El análisis univariado incluyó pruebas de Kruskal-Wallis y chi-cuadrado, mientras que el multivariado aplicó modelos de regresión ajustados por los siguientes factores de confusión predefinidos: cT, cN, neoadyuvancia, tamaño y centralidad tumoral, cirujano, adherencias, dispositivos de energía, endograpadoras, altura de carga, sellantes, tipo de lobectomía y *sleeve*. Se utilizó Stata v.14.2, considerando p < 0,05.

Resultados: Se incluyeron 366 pacientes: 182 (49,7%) con técnica *fissureless*, 113 (30,9%) transcisural y 71 (19,4%) con la del túnel. En el análisis univariado, no hubo diferencias en adenopatías resecadas en estaciones 10 (p = 0,118) y 11 (p = 0,081). La incidencia de complicaciones intraoperatorias fue mayor en la técnica del túnel (12,7%) y la transcisural (13,3%) que en la *fissureless* (2,2%) (p < 0,001). Las complicaciones posoperatorias fueron más frecuentes en la transcisural (42,0%) que en la *fissureless* (30,0%) y la del túnel (21,1%) (p = 0,010). La fuga aérea fue más frecuente en la transcisural (44,2%) que en la *fissureless* (33,5%) y la del túnel (22,5%) (p = 0,010). La duración de la fuga aérea fue menor con la técnica del túnel frente a la transcisural (p = 0,001). La escala TM&M mostró más complicaciones > 3 en la transcisural (p = 0,046). En el análisis multivariado, la técnica del túnel fue la única asociada a mayor riesgo de complicaciones intraoperatorias (OR 13,34; IC95%: 3,06-58,08; p = 0,001). La transcisural se asoció

a mayor riesgo de fuga aérea (OR 1,99; IC95%: 1,12-3,57; p = 0,019) y complicaciones posoperatorias (OR 1,96; IC95%: 1,08-3,56; p = 0,026). La duración de la fuga aérea fue menor con la técnica del túnel, con una reducción media de 1,08 días (p < 0,046).

Conclusiones: La técnica del túnel es menos utilizada y se asocia con más complicaciones intraoperatorias, lo que sugiere una mayor exigencia técnica. Sin embargo, en comparación con la transcisural, presenta menor incidencia, duración y gravedad de complicaciones posoperatorias, incluyendo la fuga aérea.