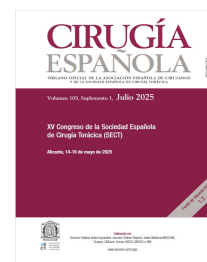




# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://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 Morena<sup>1</sup>, Ángela Guirao Montes<sup>2</sup>, Anna Minasyan<sup>3</sup>, Sara Fra Fernández<sup>4</sup>, Miguel Congregado Loscertales<sup>5</sup>, Silvana Crowley<sup>6</sup>, Sergio Bolufer Nadal<sup>7</sup>, María Carmen Rodríguez Gómez<sup>8</sup>, Roberto Mongil Poce<sup>9</sup> y Mercedes de la Torre Bravos<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. <sup>2</sup>Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

<sup>3</sup>Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña. <sup>4</sup>Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

<sup>5</sup>Hospital Quirónsalud Infanta Luisa, Sevilla. <sup>6</sup>Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda. <sup>7</sup>Hospital General Universitario, Alicante. <sup>8</sup>Hospital Universitari Dr. Josep. Trueta, Girona. <sup>9</sup>Hospital 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 resecaadas 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  $\geq 3$  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 ( $p = 0,046$  en la escala TM&M ( $p = 0,046$ )).

**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.