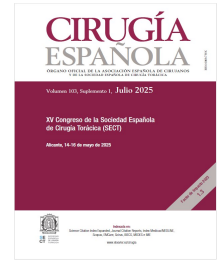




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-04 - RESULTADOS DE LA APLICACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ESTADIFICACIÓN DE MÁXIMA PRECISIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON CPCNP IZQUIERDO

Sergi Call, Nina Reig Oussedik, Lucía Reyes Cabanillas Paredes, Carme Obiols Fornell, Ana María Andrei, Juan Manuel Ochoa Alba, Luis Antonio Luizaga Velazco, Mireia Serra Mitjans y Ramón Rami Porta

Hospital Universitari Mútua Terrassa, Terrassa.

Resumen

Introducción y objetivos: La linfadenectomía por videomediastinoscopia (VAMLA en el acrónimo inglés de *video-assisted mediastinoscopic lymphadenectomy*) además de ser una técnica de estadificación de elevada precisión también se puede utilizar para completar la linfadenectomía de aquellos pacientes con un cáncer de pulmón de célula no pequeña (CPCNP) izquierdo. La mediastinoscopia cervical extendida (MCE) es una variante de la mediastinoscopia que permite explorar la ventana aortopulmonar a través de la misma cervicotomía. Los objetivos de este estudio son: 1) analizar la precisión diagnóstica de la VAMLA combinada con la MCE; 2) analizar la tasa global de N2-N3 insospechado (N2-N3i) en una cohorte de pacientes con CPCNP izquierdo y mediastino normal por tomografía por emisión de positrones-tomografía computada (PET-TC).

Métodos: Estudio prospectivo y observacional de los pacientes con diagnóstico definitivo de CPCNP en el pulmón izquierdo y con mediastino normal por PET-TC sometidos a VAMLA y MCE desde 2010 a 2023. La revisión quirúrgica de los territorios ganglionares explorados en la VAMLA y la MCE durante la resección pulmonar se ha considerado el patrón de referencia para validar los casos considerados N0 clínicos (c) por VAMLA + MCE. Se han excluido aquellos pacientes con VAMLA + MCE negativos sin resección pulmonar. Con el análisis anatomopatológico definitivo se ha calculado la validez diagnóstica de la combinación VAMLA-MCE a partir de una tabla 2 × 2 para definir los siguientes valores [incluyendo el intervalo de confianza (IC) del 95]: sensibilidad, especificidad, valores predictivos y exactitud diagnóstica. A partir de los resultados de la VAMLA + MCE más la linfadenectomía quirúrgica se ha calculado la tasa de N2-N3i.

Resultados: 213 pacientes (161 hombres; edad media: 66,2 años, amplitud 45-86) con CPCNP N0-N1c izquierdo fueron sometidos a VAMLA+MCE. En todos los casos la VAMLA fue factible y en 28 (13%) pacientes la MCE se desestimó por la presencia de calcificaciones en el cayado aórtico y/o los troncos supraaórticos. Se extirparon un total de 3.125 adenopatías (media:14,6) y una media de 4 estaciones ganglionares por paciente. La tasa global de N2-N3i fue de 19,7% (42/213): 7% (5/70) T1N0c, 12,5% (7/56) T2N0c, 16,6% (4/24) T3N0c, 36,3% (4/11) T4N0c y 43% (22/52) N1c. El tipo de afectación ganglionar se describe en la tabla. La validez diagnóstica de la VAMLA + MCE fue de: sensibilidad, 0,81 (IC95%: 0,66-0,90); valor predictivo negativo 0,95 (IC95%: 0,91-0,97); valor predictivo positivo 1 (IC95%: 0,89-1); especificidad 1 (IC95%: 0,97-1); exactitud, 0,96 (IC95%:

0,93-0,98). La tasa de complicaciones relacionadas con la VAMLA + MCE fue del 4,2% (9/213), siendo la complicación más frecuente la parálisis temporal del nervio laríngeo recurrente. Solo 1 paciente con disfonía secundaria a la VAMLA presentó complicaciones posquirúrgicas (neumonía) a la resección pulmonar.

Tabla 1. Tipo de afectación ganglionar y descripción de las estaciones infiltradas (n=42)

UNIESTACIÓN (n=35)		MULTIESTACIÓN (n=7)	
Estación infiltrada	n (%)	Estación infiltrada	n (%)
#7	15 (35%)	#4L + #5/#6	3 (7,1%)
#5/#6	9 (21,4%)	#4R (N3) + #4L + #7	1 (2,3%)
#4L	5 (12%)	#4R (N3) + 4L	1 (2,3%)
#4R (N3)	3 (7,1%)	#2R (N3)+ #4R (N3) + #4L	1 (2,3%)
#9L	2 (4,7%)	#10R (N3) + #4R (N3)+ #4L + #7	1 (2,3%)
#8L	1 (2,3%)		

Conclusiones: Los pacientes con CPCNP izquierdo y mediastino normal por PET-TC presentan una tasa de N2-N3 insospechado elevada especialmente aquéllos con tumores N1c y T4N0c. Con estos resultados, y especialmente en los subgrupos descritos, sería recomendable intensificar los métodos de estadificación perioperatorios (idealmente con una linfadenectomía transcervical bilateral) para poder detectar aquellos casos que se puedan beneficiar de un tratamiento neoadyuvante.