



V-29 - TIMOMECTOMÍA EXTENDIDA A PERICARDIO, PLEURA PARIETAL CONTRALATERAL Y VENA INNOMINADA RATS

Ariadna Mundet Tudela, Cristian Gándara Castro, José Eduardo Rivo Vázquez, Jorge Quiroga Martínez, Álvaro Sánchez Calle, Daniel Otero Lozano y José María García Prim

Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela.

Resumen

Introducción: La resección robótica de timoma en pacientes con manifestaciones paraneoplásicas, como la encefalitis, es un área de investigación emergente. La evidencia actual sobre este enfoque es limitada, y la mayoría de los estudios se centran en la resección tumoral convencional. La resección temprana del tumor es fundamental para la mejora o estabilización de los síntomas neurológicos asociados a la encefalitis paraneoplásica. Además de la intervención quirúrgica, se emplean tratamientos como corticosteroides, inmunoglobulina intravenosa, plasmaféresis y terapias inmuno-supresoras.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 58 años, con inicio de cuadro de alteración de conducta, fiebre, fluctuaciones de nivel de conciencia, desorientación y crisis comiciales el 21 de junio de 2024. Es ingresada en hospital de segundo nivel para estabilización primaria del cuadro y diagnóstico etiológico de la enfermedad. Tras pruebas complementarias invasivas y no invasivas, la paciente es diagnosticada de encefalitis paraneoplásica CV 2 (CRPM5) con epilepsia secundaria y de timoma tipo A, probable estadio IVA de Masaoka (invasión de pericardio y pleura); estadio TNM IIIA (pT3N0). En comité clínico de tumores, se decide trasladar a la paciente a centro de referencia para ser intervenida durante el episodio agudo de su timoma. Se realiza intervención quirúrgica el día 19/07/2024 mediante cirugía robótica: timomectomía extendida a pericardio, pleura parietal contralateral y angioplastia de vena innominada. Tumoración mediastínica voluminosa que presenta infiltración tumoral en cara contralateral de difícil acceso, por lo que se reseca dejando una pastilla de tumor sobre mediastino. En un segundo tiempo se completa la resección en bloque con estructuras infiltradas: pericardio superior, pleura parietal contralateral y vena innominada a la que se le practica angioplastia lateral con sutura mecánica. El posoperatorio resultó ser satisfactorio, pudiendo ser trasladada de nuevo a su hospital de referencia para continuar tratamiento médico hasta desaparición de clínica neurológica. Los resultados de la anatomía patológica mostraron un timoma tipo A, que infiltra cápsula, con presencia de infiltración perineural, sin evidencia de invasión vascular ni de necrosis, recibiendo radioterapia adyuvante. En el último seguimiento de enero de 2025, la paciente está con desescalada de piridostigmina, sin síntomas miasteniformes, sin clínica a nivel neurológico ni cognitivo.

Discusión: Este caso ilustra un enfoque exitoso en la resección de timoma en pacientes con encefalitis paraneoplásica mediante cirugía robótica. La intervención temprana y mínimamente invasiva no solo permitió la extirpación del tumor, sino que también contribuyó a una mejora clínica significativa en la paciente, sin complicaciones neurológicas posquirúrgicas. Aunque la resección robótica ofrece varias ventajas, como tiempos de recuperación más rápidos y menor riesgo de complicaciones, la evidencia en este contexto sigue siendo limitada. Se requiere más investigación para validar el papel de esta técnica en el

tratamiento de timomas asociados con manifestaciones paraneoplásicas, como la encefalitis, en una población más amplia. Sin embargo, los resultados obtenidos en este caso particular apoyan su uso en situaciones complejas, donde el diagnóstico y tratamiento temprano pueden marcar la diferencia en el pronóstico de los pacientes.