

CIRUGÍA TORÁCICA

COMUNICACIONES ORALES

7 NOVIEMBRE 2006
10.30 – 12.00

SALA JARDÍN
O-117 – O-125

O-117

EXPRESIÓN DE PROTEINAS DE RESISTENCIA MÚLTIPLE A DROGAS - MDR PROTEINAS - EN EL CÁNCER DE PULMÓN

M. Echenique Elizondo², A. Paredes Lario¹, C. Blanco García¹, J. Piera¹, M.A. Izquierdo¹ y C. Hernández¹
Hospital Donostia, San Sebastián¹, Universidad del País Vasco, San Sebastián².

Introducción: La reducción en la acumulación intracelular de los fármacos, es uno de los mecanismos más frecuentes de resistencia a los antineoplásicos. Las proteínas transportadoras de membrana juegan un papel esencial en este fenómeno.

Material y métodos: Se recogieron 147 muestras tumorales procedentes de 143 pacientes. De éstas, 35 eran broncoscópicas y 112 quirúrgicas. Resultaron válidas para el estudio 101 muestras correspondientes a 99 pacientes. Las muestras tumorales criocongeladas fueron sometidas a análisis inmunohistoquímico para la detección de las tres MDR-proteínas, Pgp, Mrp1 y Lrp.

Resultados: No expresaban ninguna proteína, 16 casos. Expresaban una sola proteína, 32 casos: 3 Pgp, 11 Mrp1 y 18 Lrp = 0. Expresaban dos proteínas, 34 casos: 24 Pgp y Lrp, 5 Mrp1 y Pgp, 5 Mrp1 y Lrp = 0. Expresaban las tres proteínas, 17 casos. No hemos detectado relación significativa entre la edad y la expresión de Pgp ($p = 0,74$), Mrp1 ($p = 0,95$), o Lrp ($p = 0,26$). No detectamos diferencias significativas entre sexos, tanto al analizar por el número ($p = 0,72$), como por el tipo ($p = 0,39$) de proteínas expresadas de forma simultánea. Tampoco detectamos diferencias significativas entre los diferentes estadios tumorales, tanto para el número ($p = 0,55$), como para el tipo ($p = 0,21$) de MDR-proteínas expresada. Tampoco detectamos diferencias significativas entre los diferentes grados histológicos, tanto para el número ($p = 0,59$), como para el tipo ($p = 0,51$) de MDR-proteínas expresadas simultáneamente esadas simultáneamente. La tendencia de Pgp y Lrp a expresarse asociadas ha resultado muy significativa ($p < 0,01$), no ocurrió lo mismo para la asociación Pgp y Mrp1 ($p = 0,18$) o Mrp1 y Lrp ($p = 0,26$).

Conclusiones: El cáncer de pulmón expresa con frecuencia MDR-proteínas. De las tres MDR-proteínas estudiadas, Pgp Mrp1 y Lrp, es Lrp la más frecuentemente expresada. Los adenocarcinomas expresan menos Mrp1 que el resto de los tipos histológicos. Los carcinomas escamosos expresan menos Lrp que los adenocarcinomas y carcinomas indiferenciados de célula grande. Una proporción importante de pacientes expresan de forma simultánea más de una MDR-proteína. Los carcino-

mas escamosos, son los que con más frecuencia expresan Pgp, Mrp1 y Lrp de forma simultánea. Pgp se expresa fundamentalmente asociada a Lrp. No encontramos relación significativa en cuanto a la supervivencia y la expresión de Lrp ($p = 0,41$), Mrp1 ($p = 0,51$), Pgp ($p = 0,21$) o cuando se expresan las tres asociadas ($p = 0,56$).

O-118

RECONSTRUCCIÓN DE LA ARTERIA PULMONAR EN LA CIRUGÍA DEL CARCINOMA BRONQUIAL

J.M. Córcoles Padilla, S. Bolufer Nadal, M. Bernabeu Miralles, J.J. Mafé Madueño, L.J. Cerezal Garrido, B. Baschwitz Gómez y J.M. Rodríguez Paniagua
Hospital General Universitario, Alicante.

Introducción: los carcinomas de ambos lóbulos superiores en su crecimiento extrabronquial pueden infiltrar la arteria pulmonar principal, precisando para su resección de una neumonectomía. Ocasionalmente, diferentes técnicas angioplásticas permiten realizar una lobectomía con buenos resultados oncológicos funcionales y con una baja morbilidad.

Material y método: presentamos nuestra experiencia con este tipo de procedimientos, basada en un estudio retrospectivo de 25 pacientes con carcinoma bronquial intervenidos en nuestro hospital desde 1998 hasta 2005 y que precisaron de este tipo de cirugía. 21 pacientes eran varones y cuatro mujeres con una edad entre 49 y 78 años (media 63,7 años). Todos los pacientes tenían tumores en los lóbulos superiores (18 en LSI y 7 en LSD). Se realizaron 23 lobectomías y 2 bilobectomías con linfadenectomía completa y angioplastia de la arteria pulmonar principal en todos ellos (resección tangencial en 14, resección circunferencial con anastomosis termino-terminal en 8 y resección parcial amplia cubriendo el defecto con pericardio en 3 ocasiones). En 4 pacientes se realizó al mismo tiempo una broncoplastia en manguito.

Resultados: Anatomía patológica: carcinoma epidermoide 13, adenocarcinoma 8, carcinoma de células grandes 3, adenoescamoso 1. Estadio anatomo-patológico: IB 3, II 9, IIIA 8 y IIIB 5. No hubo mortalidad operatoria. Un paciente falleció en el postoperatorio por insuficiencia respiratoria. Morbilidad: Atelectasia 3, Neumonía 1, Fibrilación auricular 2, Parálisis recurrentia 1, Pérdidas aéreas prolongadas 2. Catorce pacientes han fallecido entre 6 y 92 meses tras la cirugía por diferentes causas: recidiva local 2, metástasis a distancia 7, otras causas sin relación con el tumor 5. En la actualidad viven 10 pacientes con una supervivencia media a los 5 años del 40%.

Conclusiones: las técnicas de reconstrucción de la arteria pulmonar permiten conservar parénquima pulmonar, son efectivas desde un punto de vista oncológico (bajo índice de recidivas locales y resultados a largo plazo) con una baja morbilidad sobre todo si se comparan con la neumonectomía.

O-119**TUMORES CARCINOIDES PULMONARES: ANÁLISIS DE 53 PACIENTES INTERVENIDOS EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA TORÁCICA**

S. Bolufer Nadal, J.M. Corcoles Padilla, M. Llombart Cantó, J.J. Mafé Madueño, J.L. Cerezal Garrido, B. Baschwitz Gómez y J.M. Rodríguez Paniagua

Hospital General Universitario, Alicante.

Objetivos: Conocer las características demográficas, clínicas, diagnósticas e histopatológicas de 53 tumores carcinoides pulmonares intervenidos en nuestro Servicio en los últimos 10 años, y analizar la morbi-mortalidad y los resultados del tratamiento quirúrgico de los mismos.

Metodología: Se analizaron las historias clínicas de 53 pacientes con tumores carcinoides pulmonares intervenidos en nuestro Servicio desde el mes de julio de 1995 hasta noviembre de 2005.

Resultados: Se trató de 22 varones (41%) y 31 mujeres (58%), con edades comprendidas entre los 17 y los 76 años (media 46, desviación estándar 20,12). El 67% de pacientes presentaba síntomas, siendo más frecuentes los secundarios a obstrucción bronquial (36%) seguidos de hemoptisis en un 32% de los mismos. El 80% de los tumores eran de localización central con visión endoscópica sugestiva de carcinoides, confirmándose el diagnóstico mediante biopsia bronquial en el 60% de ellos. El 40% restante fueron diagnosticados en el acto quirúrgico. Todos fueron intervenidos quirúrgicamente, realizando en 52 pacientes (98,1%) resección pulmonar y asociando en 7 (14%) algún tipo de técnica broncoplastica. Se realizó en todos ellos disección reglada de adenopatías mediastínicas. Se contabilizaron 48 carcinoides típicos y 5 atípicos. La edad media de los tumores típicos fue de 43,9 años, y de los atípicos 67,5. El tamaño tumoral medio fue de 30 mm (desviación estándar 14 mm). La estadificación de los carcinoides típicos fue la siguiente: 14 pacientes en estadio IA, 27 en estadio IB, 1 en estadio IIA, 1 en estadio IIB, 4 en estadio IIIA y 1 en estadio IIIB. De los tumores carcinoides atípicos, 1 se estadificó como IA, 3 se estadificaron como IB, y otro como IIB. No hubo mortalidad intraoperatoria ni durante el postoperatorio inmediato. Tampoco ha habido morbilidad grave. Como complicaciones menores: seromas de la herida quirúrgica 2, retención de secreciones bronquiales 5 y cámaras pleurales 3. No hemos constatado complicaciones asociadas con las técnicas broncoplasticas (sutura bronquial). Treinta y nueve de los pacientes están vivos y asintomáticos en la actualidad, con una supervivencia media de 61,35 meses (desviación estándar 37,67). Siete se han perdido durante el seguimiento. Un paciente ha fallecido tras sufrir un accidente de tráfico. Cinco han fallecido por extensión de su enfermedad, una paciente presentó metástasis hepáticas por el tumor carcinoides y está en tratamiento quimioterápico tras un trasplante hepático. Estos últimos 6 casos se diagnosticaron como carcinoides típicos.

Conclusiones: Los tumores carcinoides pulmonares están considerados como neoplasias de baja malignidad, aunque llevan asociados unos porcentajes de morbi-mortalidad apreciables, incluso en su variante de carcinoides típico. Hay una diferencia en la edad de los pacientes en cuanto a la variante del tumor (típico/atípico), siendo significativamente mayor en el caso de los atípicos. En nuestro estudio, la mayoría de los pacientes se encuadraban en el estadio I. Las técnicas broncoplasticas juegan un papel importante en el tratamiento quirúrgico de estos tumores, ya que son efectivas desde el punto de vista oncológico, no presentan mayor porcentaje de morbi-mortalidad que cirugías resecivas más radicales y permiten preservar parénquima pulmonar.

O-120**MIASTENIA GRAVIS GENERALIZADA SERONEGATIVA. ¿ESTA INDICADA LA TIMECTOMÍA?**

J.M. Ponseti Bosch, M. Lopez Cano, J.M. Fort Lopez-Barajas, J. Azem Abderrazek, O. Gonzalez López, R. Vilallonga Puy, M. Buera Sebastiá y M. Armengol Carrasco
Hospital General Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La Miastenia Gravis (MG) se caracteriza por presentar anticuerpos anti-receptor de acetilcolina. Sin embargo, en el 20% de las formas de MG generalizada y en el 50% de las formas únicamente ocu-

lares no se detectan anticuerpos (seronegativos). Trabajos muy recientes catalogan a este grupo de pacientes seronegativos como una subdivisión dentro de la MG con entidad propia, en la que aparecen (30-70%) unos anticuerpos contra el receptor quinasa específica muscular (anti-MuSK). Estos pacientes tienen una genotípica especial, una mala respuesta a los anticolinesterásicos y una dudosa respuesta al tratamiento quirúrgico (timectomía).

Objetivo: Analizar el grado de respuesta a la timectomía de nuestro grupo de pacientes con miastenia gravis seronegativos operados entre 1985-2005.

Pacientes y método: Se estudiaron 35 pacientes miasténicos sin timoma, diagnosticados por la clínica, test de edrofonio y electromiografía, todos ellos seronegativos (valores plasmáticos de anticuerpos anti-RACh inferiores a 0,2 nmol/L). Se distribuyeron en 16 hombres y 19 mujeres con una edad media de 41,3 años. Todos presentaron MG generalizada: 5 pacientes del grado III-a, 14 del III-b, 13 del IV-b y 3 del V según la clasificación de la Fundación Americana de la Miastenia Gravis. En todos los casos se realizó una timectomía trásesternal ampliada (timo y grasa mediastínica). El seguimiento medio fue de $10,2 \pm 8,6$ a. De los 35 pacientes 20 de ellos han sido tratados con FK-506 (Tacrolimus®), en 12 se administro desde el postoperatorio inmediato y en 8 casos como rescate años después de la timectomía. Se ha estudiado la presencia de anticuerpos anti-MuSK en 18 pacientes y su respuesta terapéutica.

Resultados: El estudio anatopatológico del timo fue de hiperplasia en 27 pacientes y timo persistente con distinto grado de involución en 8 casos. La remisión completa y estable se obtuvo en 10 pacientes (28,5%), remisión terapéutica bajo tratamiento inmunosupresor en 21 casos (60%) y precisando varias pautas terapéuticas con persistencia de clínica residual en 4 pacientes (11,4%). Solo los pacientes con hiperplasia tímica obtuvieron remisión completa y estable. De los 10 pacientes en remisión, en 6 de los casos fueron del grupo tratado durante el postoperatorio con tacrolimus. Se encontraron anticuerpos anti-MuSK positivos en 4 de 18 pacientes estudiados y solo uno de ellos obtuvo la remisión completa.

Conclusión: Los resultados de este análisis retrospectivo de pacientes miasténicos seronegativos, indican que las posibilidades de obtener la remisión completa y estable tras la cirugía en nuestra serie (28%), no son claramente superiores a las remisiones que se obtienen tras la evolución espontánea de la enfermedad (20%). Por tanto, la timectomía quizás no sea aconsejable en este grupo de pacientes con MG seronegativa, ni tampoco en el subgrupo de pacientes con anticuerpos anti-MuSK positivos. La medicación inmunosupresora como tratamiento único podría ser la alternativa terapéutica más adecuada.

O-121**TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS TRAQUEALES MALIGNAS EN EL HOSPITAL DE CRUCES**

N. Uribe-Etxebarria Lugariza-Aresti, M. Lorenzo Martín, U. Jiménez Maestre, J.C. Rumbero Sánchez, R. Rojo Marcos, J. Casanova Viudez y J. Pac Ferrer
Hospital de Cruces, Baracaldo.

Introducción: Las estenosis traqueales malignas son una patología compleja, de difícil tratamiento que requieren de personal con experiencia así como de unidades especializadas.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de una serie de 66 pacientes intervenidos en nuestro servicio entre los años 1989 y 2005. El 21,21% son mujeres (14/66) y el 78,78% hombres (52/66). La edad media es de 54,7 años (rango de edad entre 15 y 81 años).

El 66,6% (44/66) de los pacientes presentaron neoplasias malignas primarias del árbol traqueobronquial (90,90% carcinomas epidermoides (40/44) y 9,10% adenocarcinomas (4/44)) y el 33,3% (22/66) neoplasias traqueobronquiales secundarias (31,8% neoplasias esofágicas, 9,09% neoplasias laringeas, 9,09% carcinomas broncogénicos de célula pequeña, 13,63% carcinomas tiroideos, 9,09% carcinomas, 13,63% linfomas y 4,54% metástasis de melanoma).

Los pacientes recibieron un tratamiento combinado de broncoscopia rígida, dilataciones traqueales, LASERterapia y endoprótesis.

Resultados: En el 100% de los pacientes se realizó una o varias broncoscopia rígidas. Se colocaron 12 endoprótesis, 6 de ellas como trata-

miento de fistulas traqueoesofágicas malignas. Como complicación, el 4,54% presentó sangrado (3/66) y 3,03% (2/66) hipoxemia. Es de destacar la disminución progresiva del número que pacientes que precisaron ser tratados por nuestra unidad durante el periodo de estudio: 1989-1994, 44 pacientes; 1995-2000, 15 pacientes; 2001-2005, 7 pacientes. Esto puede ser debido a la mejoría de los tratamientos mediante radioterapia-braquiterapia, que hacen que la participación del cirujano torácico en este tipo de patología esté reservada a casos muy seleccionados para la dilatación con broncoscopio rígido y LASER, colocación de endoprótesis y el tratamiento de fistulas traqueoesofágicas malignas que no se han podido resolver con endoprótesis esofágicas.

Conclusiones:

- a. El tratamiento de las estenosis traqueales de etiología maligna debe ser individualizado en cada paciente.
- b. En los tumores traqueales primarios malignos el tratamiento de elección es la resección quirúrgica.
- c. El tratamiento de elección de las estenosis traqueales malignas no candidatas a resección quirúrgica es la braqui-radioterapia. En casos seleccionados se tratarán mediante tratamiento combinados; broncoscopia rígida, dilataciones, LASER y/o endoprótesis.

O-122

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DE RESECCIÓN EN LA ESTENOSIS TRAQUEAL

J.A. Maestre Alcácer, M. Canela Cardona, L. Romero Vielva, J. Solé Montserrat, J. Teixidor Sureda, M. Deu Martín, I. López Sanz, A. Jáuregui Abularach y M.I. Rochera Villach
Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La estenosis traqueal inflamatoria es una patología poco frecuente y que suele pasar desapercibida en muchas ocasiones, diagnosticándose solo cuando los síntomas son muy severos. La lesión se inicia con la necrosis de la mucosa laringotraqueal por isquemia, producida por una presión sobre la misma que supera su presión capilar (15 mm Hg).

La necrosis del cartílago y su posterior substitución por tejido de granulación ocasionan la estenosis.

Material y métodos: Se revisan los resultados en 208 pacientes afectos de estenosis traqueal o laringotraqueal tratados quirúrgicamente en nuestro Servicio en los últimos 30 años.

Se clasifican los resultados en: Bueno (sin síntomas), Regular (síntomas leves), Malo (precisa otro tratamiento) y éxito.

Resultados: El 84,61% (176) de los pacientes presentaron un buen resultado tras la cirugía. En 9 pacientes (4,32%) persistieron síntomas leves tras el tratamiento quirúrgico. En 16 pacientes (7,69%) el resultado fue malo precisando un nuevo tratamiento (reintervención o colocación de endoprótesis traqueal). 7 pacientes (3,36%) fallecieron después de la cirugía.

Conclusiones: La cirugía de resección es el tratamiento de elección en la estenosis traqueal inflamatoria.

Los resultados son mejores que los que se obtienen con cualquier otro procedimiento terapéutico.

O-123

ACALASIA. NUESTRA EXPERIENCIA QUIRÚRGICA

F. Ibáñez Delgado, F. Alcántara Gijón, J.M. Hernández de la Torre, A. Vázquez Medina y M. Flores Cortés
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: La acalasia ocupa un lugar relevante dentro de los desórdenes motores esofágicos primarios, caracterizándose por ser de etiología y patogenia desconocida, y por la aperistalsis en el cuerpo esofágico y la ausencia parcial o total de relajación del esfínter esofágico inferior (EEI) en la deglución. Su sintomatología es de larga evolución, condicionando a veces un megaelefágico. Su incidencia es 1/100.000 habitantes/año. Se han utilizado diversos tratamientos, pero la cirugía es la mejor opción de tratamiento para mejorar la disfagia. Presentamos nuestra experiencia quirúrgica mediante laparotomía.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo de 17 acalasias operadas mediante laparotomía entre enero 2003 y diciembre 2005. En todas se indicaron estudios previos como un EGD, endosco-

pia, manometría/phmetría. Fueron 8 hombres con una edad media de 37,5 años (19-61) y 9 mujeres con edad media de 51,8 años (40-70). Se analizan diversos parámetros, así como el tipo de técnica quirúrgica y las complicaciones.

Resultados: Antecedentes Personales: HTA, diabetes, cardiopatía, intervenciones abdominales previas, etc. En 6 casos se habían realizado dilataciones previas (en 2, tres veces), y en 3 pacientes un tratamiento previo con toxina botulínica (en 2 casos con varias sesiones). Síntomas: Los 17 pacientes presentaban disfagia (en 3 casos total), 14 regurgitaciones, 3 neumonías, 3 disfonías. Técnica quirúrgica: En los 17 casos se realizó cardiomiotomía + funduplicatura en 15 tipo Toupet, 1 Dor y 1 Nissen (esta última operada 24 años antes de acalasia), no realizamos sistemáticamente endoscopia peroperatoria. Complicaciones: Se presentó 1 perforación intraoperatoria (al ser comprobada se resolvió con dos puntos) y 1 seroma de herida operatoria. Estancia postoperatoria: fue de 5,3 días (2-10), teniendo en cuenta que el 35% de los pacientes proceden de otras provincias. No hubo mortalidad. Revisadas en consultas: Todos los pacientes están sin disfagia, habiendo desaparecido la otra sintomatología. No RGE.

Conclusiones: Los diversos tratamientos que se utilizan, farmacológicos, dilataciones y toxina botulínica, son transitorios y no están exentos de complicaciones a veces muy graves, por lo que cada vez más se reservan para casos concretos. La cirugía en nuestro criterio, es en la actualidad la mejor opción de tratamiento que podemos ofrecer a estos pacientes, realizándose una miotomía de 5-7 cm en el esófago abdominal y de 1,5-3 cm en el cardias, asociada a una funduplicatura posterior de Toupet, ya que es un buen procedimiento antirreflujo y permite una mayor apertura de los planos musculares de la miotomía, con un éxito del 95% a los 5 años. Ante un fracaso de la cirugía con mal resultado, disponemos de otra alternativa, el paciente puede ser tratado con dilataciones endoscópicas. Nuestros resultados son muy satisfactorios, sobre todo si tenemos en cuenta el tipo de paciente que hemos tratado (cirugía abdominal previa, factores de riesgo elevado, procedencia de los mismos...)

O-124

ÁCIDO TRANEXÁMICO Y DESMOPRESINA COMO TRATAMIENTO PROFILÁCTICO DEL SANGRADO POSTOPERATORIO EN CIRUGÍA TORÁCICA

R. Ramos, J. Moya, R. Villalonga, T. Gracia, E. Martínez, R. Morera, I. Escobar, I. Macía y V. Perna
Hospital Universitari de Bellvitge, Hospital de Llobregat.

Objetivo: Evaluar la eficacia del ácido tranexámico y la desmopresina intraoperatoria en relación a la disminución del sangrado postoperatorio, del número de reintervenciones quirúrgicas por sangrado y de las necesidades transfusionales.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo y comparativo a partir de una población de referencia de 966 pacientes propuestos para cirugía torácica en un periodo de tiempo comprendido entre febrero de 1999 a junio 2004 de los cuales 62 cumplían criterios de inclusión: cirugía oncológica de resección pulmonar con quimioterapia neoadyuvante, decorticación pleural y cirugía de pared torácica. Se han excluido del estudio pacientes con hepatopatía y alteraciones de la coagulación. Se analizó la edad, sexo, tipo de intervención, hemograma y coagulación preoperatorios y postoperatorios así como el tratamiento hemostático utilizado. Se formaron 2 grupos de 31 pacientes cada uno, en el grupo de estudio se administraron 4 mcg/10 kg de peso de desmopresina en más 2 gr de ácido tranexámico en intraoperatorios. En el grupo control no se administró ningún tratamiento específico. Se recogieron las pérdidas hemáticas por los drenajes torácicos, las unidades de hemáties transfundidas en el postoperatorio así como si se precisó reintervención quirúrgica. A los resultados obtenidos se les ha aplicado test t de Student para variables cuantitativas y chi cuadrado para las cualitativas, con un nivel de significancia del 95% ($\alpha < 0,05$).

Resultados: La edad media del grupo estudio fue de 61,2 años mientras que la del grupo control fue 58,7 años. Ni la distribución por sexo, el ASA, el tipo de intervención, el tratamiento neoadyuvante ni el requerimiento de transfusión postoperatoria presentaron diferencias estadísticamente significativas. Tanto el sangrado postoperatorio como el número de reintervenciones si presentaron diferencias estadísticamente significativas, siendo el sangrado postoperatorio en el grupo estudio del

16,1% mientras que en el grupo control fue del 48,4%. En cuanto a las reintervenciones, en el grupo estudio fue necesaria en el 9,7%, mientras que en el grupo control alcanzó el 25,8%.

Conclusiones: Según los resultados de este estudio el ácido tranexámico y la desmopresina pueden reducir significativamente el sangrado postoperatorio y el número de reintervenciones quirúrgicas pero no disminuyen las necesidades de transfusión. No obstante, debería considerarse la realización de un estudio prospectivo para descartar la influencia de otras variables.

O-125

ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO Y COMORBILIDAD EN PACIENTES INTERVENIDOS DE CARCINOMA BRONCOGÉNICO

M. García-Yuste, J.M. Matilla, J. Castrodeza, F. Heras, J.L. Duque, M. Castanedo, G. Ramos, J. Quiroga, B. Gregorio, S. Cabanyes
Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Objetivo: Determinación de:

1) Factores que influyen en la supervivencia a más de 10 años y 2) Comorbilidad en supervivientes de más de 10 años.

Pacientes y métodos: 379 pacientes con seguimiento postoperatorio mayor o igual a 10 años. Se determinan dos grupos de estudio: Grupo A: supervivientes de más de 10 años: 86 casos. Tiempo de seguimiento: 120 a 316 meses; media 241; mediana 242. Grupo B: supervivientes de menos de 10 años: 293 casos. Tiempo de seguimiento: 1 a 102 meses; media 28; mediana 19. Variables estudiadas: edad, sexo, histología, factor T, afectación ganglionar, estadio, tipo de intervención, metástasis, recidiva. Análisis comorbilidad supervivientes de más de 10 años: hábito tabáquico, EPOC, enfermedad cardiológica, vascular, diabetes y nuevas neoplasias. Análisis estadístico. Univariante: variables cualitativas, test de chi²; cuantitativas: t de Student-Fisher. Significación p < 0,05. Análisis multivariante: regresión logística (influencia de variables en supervivencia mayor de 10 años): intervalo confianza odds ratio (OR) 95%.

Resultados: Edad: A: 59,6 ± 7,7 (39-78); B 61,3 ± 9,1 (30-79); p 0,08; OR 1,036 (1,005-1,68)/p 0,02. Sexo masculino %: A 96,5; B 94,2; p 0,58. Histología %: A: epidermoide 68,9, adenocarcinoma 15,1, otro 16; B: epidermoide 65,5, adenocarcinoma 15,4, otro 19,1; p 0,88. Factor T %: A T1 16,3, T2 67,4; T3 16,3, T4 1,2; B: T1 4,4, T2 62,1, T3 26,3, T4 7,2; p = 0,003; OR: 2,9 (1,16-7,26)/p = 0,022. Afectación ganglionar %: A: NO 89,5, N1 3,5, N2 7; B NO 60,8, N1 13, N2 26,2; p 0,000; OR 2,69 (1,083-6,71)/p 0,03. Estadio % A: la 16,3, Ib 59,3, IIb 16,3, IIIa 7, IIIb 1,2. B la 2,7, Ib 36,5, IIa 1, IIb 28, IIIa 23,5, IIIb 6,8, IV 1,4; p 0,000; OR 2,82 (1,4-5,7)/p 0,004. Intervención %: A: Segmentectomía 8,1; Lobectomía 38,4; Neumonectomía 48,8; otra 4,6; B: Segmentectomía 11,9; Lobectomía 31,1; Neumonectomía 52,2; otra 4,9; p 0,68: Metástasis %: A 4,66; B 45,4; p 0,000: Recidiva %: A 8,16, B 28; p 0,0007. Comorbilidad supervivientes más de 10 años (% Pre/Post intervención): tabaquismo 92,9/10; EPOC 8,6/35,7; Enfermedad cardiológica 5,7/24,3; Enfermedad vascular 2,9/14,3; Diabetes 0/10 (1 DMID); Otras neoplasias 1,4/15,7.

Conclusiones: 1) Diferencia de la probabilidad de supervivencia a más de 10 años en relación con edad, factor T, afectación ganglionar y estadio. 2) Incremento de comorbilidad respiratoria, cardiovascular y neoplásica en seguimiento de supervivientes de más de 10 años.

7 NOVIEMBRE 2006
12.00 – 13.30

SALA JARDÍN
O-126 – O-134

O-126

MÚLTIPLES CÁNCERES INDEPENDIENTES, UNO DE LOS CUALES ES CÁNCER DE PULMÓN. ESTUDIO CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO

R. Aguiló Espases, F. Macià Gilà, A. Novoa, J. Jimeno Fraile, M. Porta, L. Grande Posa
Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: La presentación de múltiples cánceres primarios independientes (MCI) en el mismo paciente, entidad definida como "dos o más tumores que surgen en órganos diferentes, o en el mismo órgano con

histología diferente" es un problema clínico de prevalencia creciente. Cuando uno de los tumores es pulmonar, (CP) distinguir entre un segundo primario vs. metástasis tiene implicaciones pronósticas y terapéuticas.

Objetivo: Describir las características clínicas y supervivencia del CP en pacientes con MCI.

Pacientes y métodos: Análisis retrospectivo de los datos del Registro de Cáncer del Hospital del Mar. Desde Enero/1990 hasta Diciembre/2004 se registraron 1.914 pacientes, –edad: 65,7 ± 11,3 años; 1,706 (89,1%) varones; 208 (10,9%) mujeres- con diagnóstico probado de CP por citología y/o biopsia. 1.686 (88,1%) pacientes presentaron CP como único primario (grupo I); 228 (11,9%) pacientes presentaron MCI, uno de los cuales era CP (grupo II). Entre éstos se agruparon aquellos pacientes cuyo CP apareció primero, (grupo II-CP1^o; n = 32, 14,0%) aquellos que presentaron tumores sincrónicos (grupo II-sin; n = 43, 18,9%) y aquellos cuyo CP fue posterior al otro primario (grupo II-CP2^o; n = 153, 67,1%). Las diferencias entre grupos se evaluaron mediante test "t" de Student, o mediante χ^2 . La supervivencia se calculó desde en momento del diagnóstico del CP mediante el método de Kaplan-Meier; las diferencias entre las curvas de supervivencia se evaluaron mediante test de rangos logarítmicos.

Resultados: 1) Comparación de los grupos I y II. Las variables con diferencias significativas fueron: edad, (65,4 ± 11,3 vs 68,3 ± 8,5 años; p < 0,001) hábito tabáquico, (92,1% vs 96,4% p < 0,05) tipo histológico, (microcítico: 16,2% vs 10,5% p < 0,001) estadio clínico, (precoz: 13,8% vs. 30% p < 0,001) y tratamiento quirúrgico radical (11,1% vs 21,5% p < 0,001) 2) Comparación de los grupos II-CP1^o, II-sin, y II-CP2^o. Las variables con diferencias significativas fueron: tipo histológico, (p < 0,05) estadio clínico, (p < 0,001) y tratamiento quirúrgico radical (p < 0,001) 3) Análisis de supervivencia: La supervivencia observada a los 5 años fue: Grupo I: 7,3%; grupo II-CP1^o: 51,5%; grupo II-sin: 6,4%; grupo II-CP2^o: 9,4%. El grupo II-CP1^o presentó diferencias frente a los grupos I, II-sin, y II-CP2^o (p < 0,001) Estos tres últimos grupos no presentaron diferencias entre sí.

Conclusiones: I) Sobre el total de CP, la prevalencia global observada de MCI es del 11,9%. II) El tabaquismo está asociado a MCI. III) Cuando el CP es primero, las variables reconocidas como asociadas a mejor pronóstico del CP parecen también asociadas a presentación de MCI. IV) Otro tumor previo o sincrónico al CP no parece empeorar la supervivencia. Esto sugiere que tras tratamiento de un cáncer con intención radical, 1) debe recomendarse al paciente dejar el tabaquismo, y 2) el seguimiento post-tratamiento debe ser exhaustivo y multidisciplinar, pues la probabilidad de desarrollar un segundo primario es alta.

O-127

EXTENSIÓN MUCINOSA PLEURO/PULMONAR EN EL PSEUDOMIXOMA PERITONEAL DESPUÉS DE CITORREDUCCIÓN PERITONEAL Y QT REGIONAL

I. Ramos Bernadó, P. Barrios Sánchez, J. Mas Jové, J. Sala Ibáñez, V. González Santín, J.L. Ney Sotomayor y J.C. Arias Estévez
Hospital General Hospiatet, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: Desde hace 20 a, el pseudomixoma peritoneal (PP) en cualquiera de sus tres variantes histológicas, adenomucinosas, adenomucinosis disecante y carcinomatosis mucinosa peritoneal, viene siendo tratado por diversos grupos mediante un tratamiento multidisciplinar que consiste en la citorreducción quirúrgica completa seguida de quimioterapia (QT) regional intraperitoneal inmediata con/sin hipertermia peritoneal. Con esta modalidad terapéutica se han descrito supervivencias de 100% en la modalidad benigna y del 60-80% en las variantes más agresivas. En la serie más amplia hasta ahora tratada Sugarbaker detectó un 5-6% de pacientes que desarrollaron una diseminación de la enfermedad peritoneal hacia la cavidad pleural y/o directamente al parénquima pulmonar. Este autor considera los siguientes mecanismos como los más probables en las causas de la extensión tumoral: 1º existencia de orificios o hiatos congénitos diafragmáticos, 2º deslaceración peroperatoria de las fibras musculares diafragmáticas durante la cirugía citorreductora, 3º apertura y comunicación peroperatoria de las cavidades abdominal y pleural; y 4º émboles tumorales pulmonares.

Material y métodos: Desde 1990 hasta Dic 2004 hemos intervenido a 18 pacientes afectas de adenomucinosis disecante o borderline y de carcinomatosis mucinosa. La supervivencia media de esta serie es de 56 meses.

Cuatro pacientes desarrollaron entre los 11 y los 31 meses enfermedad mucinosa torácica, en uno de los pacientes asociada a recidiva local peritoneal. De los 4 pacientes, en tres la manifestación fue de tipo pleural, en uno de ellos generalizada a la pared y el hemitórax derecho, en dos pacientes localizada en la base pleural; y en un paciente la presentación fue en forma de nódulos mucinosos pulmonares bilaterales. Los cuatro pacientes han sido rescatados quirúrgicamente practicándose resección de la enfermedad pleural o pulmonar. Un paciente requirió exéresis parcial de la pared costal asociada a pleurectomía completa de la pleura parietal y visceral del hemitórax derecho, otros dos pacientes resección parcial de la pleura parieto-visceral afecta por la enfermedad mucinosa macroscópica; y en el paciente afecto de afectación parenquimatosa pulmonar bilateral, se realizaron metastasectomías atípicas en dos tiempos. Dos pacientes recibieron QT intracavitaria torácica inmediata a la cirugía torácica.

Resultados: En los cuatro pacientes tratados la citorreducción quirúrgica fue completa con ausencia de enfermedad residual macroscópica pleuro/pulmonar. La paciente con recurrencia de la enfermedad peritoneal, de 78 años de edad, no ha aceptado la cirugía de rescate peritoneal por encontrarse asintomática. No hubo morbi-mortalidad postoperatoria tras la cirugía pleuro-pulmonar. Un paciente falleció por extensión ganglionar de la enfermedad peritoneal a los 17 m de la cirugía torácica y después de 38 m de la cirugía inicial peritoneal. Los otros pacientes siguen vivos después de 18, 13 y 7 meses de la cirugía torácica y 52, 37 y 18 meses del tratamiento peritoneal.

O-128

FIJACIÓN DEL TÓRAX INESTABLE CON PLACAS REABSORBIBLES

P. Moreno de la Santa Barajas, E. Toscano Novella, J.L. Quintana de Roo, R. Cabdas Aviñón, C. Rivas, C. Delgado, C. Trinidad y J. Fernández Povisa Hospital, Vigo.

Introducción: La estrategia para la fijación del tórax instable permanece en controversia. El tratamiento tradicional está dirigido: hacia la estabilización del segmento inestable y sobre la posible contusión pulmonar subyacente. La fijación de la pared con implantes metálicos tiene buenos resultados a excepción de que deben retirarse en su momento, por la posibilidad de atrofia ósea, corrosión alteración del crecimiento normal y la posibilidad hipotética de un potencial carcinogénico.

Material y métodos: Se presenta una serie de casos de pacientes en los que se ha realizado una fijación de fracturas costales utilizando placas y tornillos reabsorbibles construidos con PLGA 82:12 (Lactosorb®) en un periodo de 15 meses.

Resultados: Se realizó una fijación de fracturas costales en 17 pacientes con tornillos y placas reabsorbibles. Las indicaciones incluyeron: pacientes con el tórax inestable bajo ventilación mecánica (11 pacientes), dolor e inestabilidad costal (5 pacientes) y defecto de la pared torácica (1 paciente). En general, se fijaron las 3 o 4 costillas más desplazadas (media entre 3 a 9 placas). Con un perforador óseo, se realizan 2 o 3 orificios en cada extremo de la fractura costal y se fijaron las placas atornillándolas una vez reducidas las fracturas. Tras la fijación todos los pacientes con ventilación mecánica fueron extubados con éxito. Los pacientes con dolor e inestabilidad mostraron de forma subjetiva una rápida mejoría interrumpiendo el consumo de analgésicos. El periodo de seguimiento osciló entre 9 y 18 meses, no hubo desplazamiento de las placas en ningún caso.

Conclusión: Las placas reabsorbibles producen un buen resultado y son una buena opción en el tratamiento de estabilización de fracturas costales. Se deben utilizar al menos 4 tornillos. Esta técnica necesita posteriores estudios particularmente en el seguimiento.

O-129

ESTUDIO DE LA ANSIEDAD EN LOS PACIENTES CON HIPERHIDROSIS PRIMARIA ANTES Y DESPUÉS DE LA SIMPATICOLISIS TORÁCICA ENDOSCÓPICA BILATERAL

R. Ramos, J. Moya, R. Morera, I. Macia, V. Perna, I. Escobar y R. Villalonga

Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat.

Objetivo: La simpaticolisis torácica endoscópica bilateral (STEB) es un tratamiento eficaz y mínimamente invasivo como tratamiento de la hiperhidrosis primaria. Nuestro objetivo es evaluar el nivel de ansiedad

subjetivo y objetivo mediante un cuestionario psicométrico estandarizado antes y después de la intervención.

Pacientes y métodos: Un total de 106 pacientes diagnosticados de hiperhidrosis primaria y tratados mediante STEB fueron estudiados mediante un cuestionario preoperatorio y otro postoperatorio a los 12 meses de la intervención sobre: síntomas asociados a la hiperhidrosis, nivel subjetivo de ansiedad así como efecto de la misma sobre la vida diaria. Paralelamente se les administró el cuestionario STAI (Cuestionario de ansiedad Rasgo y Estado).

Resultados: Respecto a la sintomatología general asociada se observó como las palpitaciones se registraron preoperatoriamente en el 39,62% de los casos versus el 10,37% postoperatorio; temblor de manos en el 23,58% versus 8,49%; enrojecimiento facial en el 54,71% versus 11,32%; cefalea en el 29,24% versus 9,43% y epigastralgia inespecífica en el 18,86% versus 6,6%; respectivamente. El nivel de ansiedad subjetiva referida por los pacientes sobre una escala comprendida entre 0 (no ansiedad) y 4 (ansiedad incapacitante) fue de $2,08 \pm 1,1$ preoperatoriamente versus $0,39 \pm 0,67$ postoperatoriamente, y el impacto sobre la vida diaria de la hiperhidrosis antes y después de la intervención también experimentó un descenso estadísticamente significativo. Los resultados obtenidos mediante el cuestionario de ansiedad general STAI indican como preoperatoriamente existe tanto una ansiedad-estado como ansiedad-rasgo elevada, estadísticamente significativa, respecto postoperatoriamente.

Conclusiones: Los pacientes con hiperhidrosis primaria tratados mediante STEB presentan una sintomatología general y un nivel de ansiedad preoperatoria elevado respecto a la postoperatoria, tanto en la valoración subjetiva del paciente como mediante instrumentos psicométricos estandarizados, aunque no sean específicos para valorar la hiperhidrosis primaria.

O-130

NUEVO MÉTODO DE OSTEOSÍNTESIS ESTERNA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES DEL MEDIASTINO ANTERIOR EN PACIENTES DE RIESGO

F. Heras Gómez, J.M. Matilla González, G. Ramos Seisdedos, M. García-Yuste Martín, J.L. Duque Medina, M. Castanedo Allende, J. Quiroga Martínez, B. Gregorio Crespo y S. de Cabanyes Candela Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Introducción: Tras esternotomía media, el cierre del esternón se realiza habitualmente con puntos de sutura metálicos. Las complicaciones más frecuentes son la inestabilidad y la dehiscencia de la sutura, provocadas por desgarros óseos o fracturas transversales. Estas complicaciones son más frecuentes en pacientes con obesidad, osteoporosis, etc.

Objetivo: Valorar las ventajas de un nuevo método de osteosíntesis esternal en pacientes con tumores de mediastino y riesgo de dehiscencia de sutura.

Pacientes y métodos: Cuatro mujeres y un varón diagnosticados de tumor de mediastino anterior (TM) entre los meses de junio de 2005 a marzo de 2006. Fueron intervenidos de resección de la tumoración, cuatro por esternotomía media y una por cérvico-esternotomía. Se realizó osteosíntesis esternal mediante el sistema SternalLock®, con placas de acero quirúrgico y tornillos autorroscantes. Se valoran sus características clínicas, tipo de tratamiento y evolución postoperatoria.

Resultados: Cuatro mujeres de 29, 47, 50 y 68 años y un varón de 45 años diagnosticados de TM. Las tres primeras se encontraban asintomáticas y el diagnóstico fue un hallazgo radiológico. La paciente de 68 años presentaba un bocio gigante con prolongación endotorácica y clínica de disnea y disfagia. El varón presentaba miastenia de difícil control. Como factores de riesgo destacaban: obesidad moderada con índice de masa corporal de 36,72 Kg/m², en la paciente de 29 años; hiperplasia mamaria bilateral y osteoporosis en la de 47 años e hipertiroidismo primario autoinmune y antecedentes de angioedema no neurológico en la de 50 años. La paciente de 68 años presentaba, además de su sintomatología, importante osteoporosis. El varón presentaba importante osteoporosis debido a terapia corticoides de larga evolución. Las tres primeras fueron intervenidas por esternotomía media practicando resección del TM que, en la paciente de 29 años correspondía a una hiperplasia tímica, en la de 47 años, a un teratoma quístico benigno y en la de 50 años a una lesión de 15 centímetros de diámetro compatible con un quiste tímico unilocular. En la paciente de 68 años se realizó tiroidectomía total por cérvico-esternotomía media. En el varón se

resecó un timoma invasivo a través de esternotomía media. En todos los casos se realizó osteosíntesis esternal con el sistema SternaLock® mediante la colocación de varias placas de acero quirúrgico sujetas con tornillos autorroscantes. La evolución postoperatoria inmediata fue totalmente satisfactoria. Precisaron menores dosis de analgesia, no presentaron ninguna complicación y fueron dados de alta hospitalaria a los tres y cuatro días de la intervención. En el control posthospitalario no han presentado ninguna complicación, no refieren molestias y su grado de satisfacción es elevado.

Conclusiones: La utilización de este nuevo método de osteosíntesis esternal facilita una adecuada fijación del esternón y aporta una mayor estabilidad de la sutura ósea lo que permite reducir el dolor, la estancia hospitalaria y las complicaciones inherentes a este tipo de abordaje.

O-131

TRATAMIENTO DE LAS ESTENOSIS TRAQUEALES BENIGNAS EN EL HOSPITAL DE CRUCES

N. Uribe-Etxebarria Lugariza-Aresti, U. Jiménez Maestre, M. Lorenzo Martín, R. Rojo Marcos, J.C. Rumbero Sánchez, J. Casanova Viudez y J. Pac Ferrer
Hospital de Cruces, Baracaldo.

Introducción: Las estenosis traqueales benignas son una patología de etiología muy diversa, clínica muy angustiosa para el paciente y de tratamiento complejo.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de una serie de 78 pacientes intervenidos en nuestro servicio entre los años 1989 y 2005. El 55,12% son mujeres (43/78) y el 44,87% hombres (35/78). La edad media es de 46,2 años con un rango de edad entre 2 y 90 años. El 34,61% (27/78) son postintubación orotraqueal, 10,25% (8/78) papilomatosis, 10,25% (8/78) posttraumáticas, 11,53% (9/78) posttraqueotomía, 3,84% (3/78) malacíticas, 5,12% (4/78) debidas a cuerpos extraños, 5,12% (4/78) granulomatosas, 3,84% (3/78) secundarias a boclos endotorácicos, 2,56% (2/78) por fistulas traquesofágicas, 3,84% (3/78) idiopáticas, 1,28% (1/78) diafragmáticas, 1,28% (1/78) polipoidea y el 1,28% (1/78) secundaria a un angioma. El tratamiento se llevó a cabo con combinaciones de broncoscopia rígida y dilatación, colocación de endoprótesis, tubos en "T" de Montgomery y resecciones quirúrgicas (traqueales y laringotraqueales).

Resultados: En todos los pacientes de la serie y previamente a cualquier otro tratamiento, se realizaron una o varias sesiones de broncoscopia rígida con dilatación y/o LASERterapia. Se colocaron un total de 8 tubos en "T" de Montgomery (3 como tutores tras resecciones subglóticas complejas con resección cricoidea, 2 en estenosis papilomatósicas y 3 en estenosis malácicas extensas). Se realizaron 2 resecciones traqueales simples y 25 resecciones laringotraqueales (técnicas de Pearson y Coreau). Como complicaciones, una resección traqueal sufrió un deterioro neurológico y otra una desaturación aguda con insuficiencia respiratoria que requirió una traqueotomía de urgencia.

Conclusiones:

- El tratamiento de las estenosis traqueales benignas debe ser individualizado en cada paciente.
- El tratamiento de elección de las estenosis traqueales benignas depende de la longitud de la estenosis:
- Estenosis cicatriciales menores de 1cm: Dilatación.
- Estenosis mayores a 1cm: Resección quirúrgica.
- Casos complejos: Tratamientos combinados con técnicas quirúrgicas especiales y dilataciones y/o endoprótesis, con una selección cuidadosa de los pacientes y las técnicas a emplear.

O-132

ANÁLISIS DE LA CONCORDANCIA CLINICOPATOLÓGICA CON EL USO SISTÉMICO DEL PET EN EL ESTADIAJE DE PACIENTES CON CÁNCER BRONCOGÉNICO NO CÉLULA PEQUEÑA. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIBACA

P.A. Cascales Campos, A. Gómez-Caro Andrés, J. Castaño Ramón-Llin, M.J. Roca Calvo, G.E. Perol y P. Parrilla Paricio
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivo: Evaluar la migración de estadios clínico-patológicos en relación a la estadificación mediastínica de los pacientes con carcinoma

broncogénico no células pequeñas (CBNCP) si se incluye la realización sistemática del PET.

Material y métodos: Entre enero de 2004 y junio de 2005 se estatificaron quirúrgicamente 96 pacientes por CBNCP. Todos los pacientes cumplían los criterios de resecabilidad y operabilidad según normas del GCCB. En 51 pacientes se realizó la estadificación clínica (cE) mediante pruebas convencionales (TAC torácico, broncoscopio, pruebas de extensión) y estadificación clínica-PET (cEPET) para estadificación mediastínica y detección de metástasis a distancia. Ningún paciente recibió quimioterapia neoadyuvante. La estadificación patológica (pE) se realizó mediante mediastinoscopia de estadificación si el PET fué positivo en regiones accesibles, o disección mediastínica sistemática por toracotomía en ausencia de captación mediastínica patológica en PET o mediastinoscopia de estadificación negativa.

Resultados: La concordancia global cE/pE es 33/51 (64,7%) y la concordancia cEPET/pE 30/51 (58,8%). Sin embargo la sobreestadificación ocurrió más frecuentemente en cPET 14/51 (27,5%) que en cE 6/51 (13,7%). No ocurrió así en la infraestadificación cPET 7/51 (13,7%) y cE 11/51 (21,5%). Las captaciones M1 no confirmadas, con 5 casos (falsos positivos) detectadas en el PET, son el principal fallo de sobreestadificación. Se muestran los resultados en esta tabla resumen:

ESTADIO	cE	cEPET	p
IA	17 (33,3%)	11 (21,6%)	11 (21,6%)
IB	21 (41,2%)	19 (37,3%)	20 (39,2%)
IIA	-	2 (3,9%)	2 (3,9%)
IIB	10 (19,6%)	4 (7,8%)	3 (5,9%)
IIIA	1 (2%)	5 (9,8%)	10 (19,6%)
IIIB	1 (2%)	3 (5,9%)	3 (5,9%)
IV	1 (2%)	7 (13,7%)	2 (3,9%)
TOTAL	51(100%)		

Conclusión: El PET es una prueba diagnóstica excelente para la estadificación clínica con una concordancia con la estadificación patológica cercana al 60%. El error de estadificación suele ser por sobreestadificación (captación patológicas no tumorales) y no por infraestadificación.

O-133

FIBROMAS SUBMESOTELIALES: 11 CASOS

F. Heras Gómez, T. Álvarez Gago, G. Ramos Seisdedos, M. García-Yuste Martín, J.M. Matilla González, J.L. Duque Medina, M. Castanedo Allende, J. Quiroga Martínez, B. Gregorio Crespo Crespo y S. Cabanyes Candela
Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Introducción: Los fibromas submesoteliales (FS) o tumores fibrosos localizados pleurales (TFLP) son procesos neoplásicos poco frecuentes de origen mesenquimal y comportamiento generalmente benigno. Habitualmente son asintomáticos, aunque pueden alcanzar gran tamaño.

Objetivo: Evaluar las características clínicas de un grupo de once pacientes diagnosticados de FS y tratados mediante cirugía de exéresis.

Pacientes y Método: Estudio retrospectivo de once pacientes diagnosticados y tratados de FS en un mismo centro hospitalario en un periodo de seis años. Se evalúan sus características clínicas: sexo, edad, sintomatología, métodos diagnósticos (radiología convencional, tomografía computarizada, punción biopsia con aguja fina, etc), localización, tipo de resección quirúrgica realizada, características anatomo-patológicas, evolución, etc.

Resultados: Once pacientes, 6 varones y 5 mujeres con edades entre los 35 y los 78 años. El proceso fue un hallazgo radiológico en 7 casos. Seis pacientes se encontraban asintomáticos. Los síntomas más frecuentes fueron dolor (3 casos), tos y disnea (2 casos). La sintomatología estaba presente en los tumores de mayor tamaño. La radiología permitió determinar la localización (2 en LSD, 5 en LID, 3 en LSI y uno en LII) y las características de la lesión. El tamaño osciló de 1,5 cm a 18 cm. En la TC, realizada en todos los casos, los tumores eran densos, bien delimitados y homogéneos, con áreas de heterogeneidad en los de mayor tamaño. Se apreció realce radiológico en la periferia tras la aplicación de contraste. Se realizó punción biopsia en seis pacientes, no siendo valorable, debido a la escasa celularidad de la muestra, en cuatro casos. En 8 ocasiones se realizó broncoscopia (normal en 3 ca-

sos, inflamación de la mucosa en otros 3 y compresión extrínseca en dos ocasiones). Se efectuó exéresis de la tumoración en todos los casos. El tumor era pediculado en 6 ocasiones, sésil en 3 casos e intraparenquimatoso en los otros dos. El diagnóstico anatomo-patológico fue de tumor fibroso pleural, confirmándose por estudios de inmunohistoquímica (positividad para vimentina y CD34) en la mayoría de las ocasiones. En la evolución no se ha objetivado ninguna recidiva.

Conclusiones: Los FS son procesos neoplásicos poco frecuentes de origen mesotelial. Se caracterizan por presentar crecimiento lento y escasa sintomatología, aunque pueden alcanzar gran tamaño. Se acompañan de síntomas poco significativos: dolor, tos y disnea. El diagnóstico clínico se basa en los estudios radiológicos, ya que la punción biopsia es poco concluyente debido a la escasa celularidad. El diagnóstico anatomo-patológico se confirma mediante inmunohistoquímica. El tratamiento indicado es la resección quirúrgica. La exéresis adecuada permite una correcta evolución y evita la aparición de recidivas.

O-134

UTILIDAD DE LA TC PARA DETERMINAR EL RIESGO DE RECIDIVA TRAS UN PRIMER EPISODIO DE NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO. IMPLICACIONES TERAPÉUTICAS

D. Martínez Ramos, V. Ángel Yepes, J.M. Miralles Tena, J. Escrig Sos, J.L. Salvador Sanchís, V. Senent Vizcaíno, C. Villegas Cánovas y L. Senís Blasco

Hospital General, Castellón.

Introducción: La causa fundamental de los neumotórax espontáneos primarios es la rotura de bullas o *blebs* subpleurales. Estas bullas podrían también condicionar un mayor riesgo de recidiva. La mejor forma de detectar las bullas es mediante Tomografía Axial Computadora (TC). Nos planteamos en este estudio si las bullas en la TC suponen mayor riesgo de recidivas tras un primer episodio de neumotórax espontáneo primario. Asimismo, se valoran las implicaciones terapéuticas.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron 55 pacientes (41 varones y 14 mujeres) con neumotórax espontáneo primario. En todos ellos se siguieron las recomendaciones terapéuticas de la SEPAR. Tras la resolución del episodio se efectuó una TC de tórax y se valoró la presencia, localización, número y tamaño de bullas. Posteriormente se evaluó el número de recidivas en cada grupo.

Resultados: El tiempo medio de seguimiento fue de 30,7 meses (IC 95%: 24-37). Presentaron bullas 26 pacientes (recidivaron 6). No presentaron bullas 29 (recidivaron 7). No se encontraron diferencias entre la presencia o ausencia de bullas y la recidiva ($p = 0,92$). Las bullas de rechazos recidivaron con mayor frecuencia ($p = 0,03$). El número y el tamaño de las bullas no tuvieron influencia significativa ($p = 0,51$).

Conclusiones: No se ha podido demostrar que la presencia de bullas en la TC, su tamaño o su número influyan en el índice de recidivas. No se puede recomendar cirugía tras un primer episodio de neumotórax espontáneo primario en aquellos pacientes que presenten lesiones como bullas o *blebs* en la TC.

PÓSTERS

7 NOVIEMBRE 2006

PATIO COMENDADOR/
SALA ESCUDO
P-066 – P-078

P-066

FÍSTULA GASTROBRONQUIAL TRAS ESOFAGUECTOMÍA POR ADENOCARCINOMA DE CARDIAS

M. Lorenzo Martín, N. Uribe-Etxebarria Lugariza-Aresti, U. Jiménez Maestre, J. Casanova Viudez, J.C. Rumbero Sánchez, J. Rojo Marcos, J.M. Oleagoitia Cilaurre y J. Pac Ferrer

Hospital de Cruces, Baracaldo.

Objetivos: Presentar el manejo terapéutico y la evolución postoperatoria de un paciente sometido a reparación de fístula gastro-bronquial de-

sarrollada doce años después de una esofaguestomía por adenocarcinoma de cardias.

Material y métodos: Varón de 58 años de edad con antecedentes personales de enolismo no activo y broncopatía crónica obstructiva, intervenido hace 12 años en otro centro por adenocarcinoma de cardias con infiltración de esófago distal, practicándose gastrectomía parcial, esofaguestomía subtotal y anastomosis esófago-gástrica cervical termino-lateral. En el último año presenta episodios repetidos de hemoptisis de escasa cuantía y en los últimos meses crisis asfícticas de tos con los líquidos. Tras realizar métodos complementarios radiológicos (Rx simple de tórax, TC toraco-abdominal, esofagograma con bario) y endoscópicos (gastroscopia y fibrobroncoscopia) es diagnosticado de fístula gastro-bronquial, sin datos de infiltración neoplásica y biopsias negativas para malignidad. La broncoscopia revela la existencia de un orificio regular en la cara interna del bronquio principal izquierdo a menos de 1 cm. de carina. La reparación quirúrgica se lleva a cabo a través de toracotomía posterolateral derecha, encontrándose un plastrón fibroso sobre carina y bronquio principal izquierdo. Se realiza disección y exéresis del trayecto fistuloso, sutura primaria de los defectos bronquial y gástrico e interposición de un pedículo de músculo intercostal.

Resultados: El paciente permanece 24 horas en la Unidad de Reanimación y tras una evolución satisfactoria en planta es dado de alta al 17º día postoperatorio. Durante su estancia hospitalaria realiza fisioterapia respiratoria intensiva y es sometido a cobertura antibiótica de amplio espectro con piperacilina-tazobactam. Retirada la nutrición parenteral, inicia alimentación oral con buena tolerancia progresiva hasta la dieta normal. No presenta complicaciones respiratorias, infecciosas ni digestivas. En controles sucesivos se mantiene asintomático, con vida activa y sin datos de recurrencia a los 7 meses. Las broncoscopias efectuadas a los 16 días y a los 2 meses demuestran la ausencia de orificios fistulosos.

Conclusiones: Las fístulas entre el estómago y la vía aérea principal tras esofaguestomía son sucesos infrecuentes. En ocasiones su corrección quirúrgica fracasa debido principalmente a neumonía y distrés respiratorio en el postoperatorio temprano. En nuestro caso el procedimiento quirúrgico y los cuidados postoperatorios resultaron satisfactorios, con ausencia de complicaciones y de recidiva en el periodo de seguimiento.

P-067

TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO ¿REALIDAD O FICCIÓN?

A. Campillo Soto, A. Coll Salinas, P. del Pozo, B. Flores Pastor, E. Pellicer Franco, V. Soria Aledo, M. Mengual Ballester y J.L. Aguayo Albasini

Hospital General Universitario José María Morales Meseguer, Murcia.

Objetivos: El neumomediastino se define por la presencia de aire o gas en el mediastino. Su etiología puede ser primaria (neumomediastino espontáneo), o secundaria (neumomediastino traumático). El objetivo de este trabajo es presentar un estudio descriptivo y retrospectivo de todos los casos de neumomediastino espontáneo diagnosticados en nuestro hospital entre enero de 1996 y diciembre de 2004. Hasta donde llega nuestro conocimiento, no hemos encontrado en la literatura ninguna serie tan amplia sobre esta patología.

Pacientes y métodos: Nuestra serie está compuesta por 40 pacientes de los que 29 (72,5%) son hombres y los 11 restantes (27,5%) son mujeres, con una media de edad de 36,8 años (rango: 11-90 años). Se elaboró un protocolo de recogida de datos que incluye: antecedentes personales, factores desencadenantes, sintomatología, signos clínicos, analítica, radiología, tratamiento, estancia hospitalaria y complicaciones.

Resultados: En el periodo comprendido en el estudio se diagnosticaron 40 casos de neumomediastino espontáneo, con una media de 5 casos por año (rango: 2-13). Siendo la incidencia en urgencias del 0,0057%. La estancia media global fue de 8,56 días (rango: 1-53). El cuadro clínico más habitual, fue el dolor torácico aislado (30%), o asociado a disnea (22,5%). Solamente en 14 pacientes (35%) se identificó un factor desencadenante. Ningún paciente fue intervenido quirúrgicamente ni hubo complicaciones asociadas al proceso. No hubo mortalidad relacionada con el episodio.

Conclusiones: El neumomediastino es una entidad poco frecuente y con gran variabilidad en su presentación clínica. Para llegar al diagnóstico

correcto es importante tener un alto índice de sospecha, siendo la radiografía de tórax la prueba idónea para su diagnóstico.

P-068

FÍSTULA ESÓFAGO-PULMONAR; UNA COMPLICACIÓN DE LOS DIVERTÍCULOS ESOFÁGICOS

J.R. Jarabo Sarceda, E. Fernández Martín, O. Rodríguez González, J. Calatayud Gastardi, F. Hernando Tranco, A. Gómez Martínez, J.M. Balibrea del Castillo, S. Bringas García, M. Valdés, M. Lancharro y J.L. Balibrea Cantero

Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid.

Objetivo: Presentar el caso de un paciente con una comunicación esófago-pulmonar secundaria a un divertículo esofágico por tracción y revisar brevemente la literatura.

Material y métodos: Varón de 64 años, con cardiopatía hipertensiva, episodio de hepatitis colestásica de probable origen medicamentoso, hipotiroidismo primario e insuficiencia renal por glomerulonefritis crónica con proteinuria leve. Tuberculosis pulmonar en 1963 tratada durante 9 meses con hidracinas y estreptomicina. Bronquiectasias en segmento posterobasal derecho comprobadas por broncografía en 1965. Historia de episodios repetidos de hemoptisis, en contexto habitualmente infeccioso. Uno de ellos, episodio de hemoptisis exanguinante que precisó de la inducción de un neumotórax con fines terapéuticos, con éxito. Broncoscopias repetidas que han evidenciado desestructuración de bronquios de pirámide basal derecha, sin lesiones endobronquiales. Asimismo diversos escáneres seriados han mostrado consolidación en LID con bronquiectasias.

Resultados: De forma casual, ante un cuadro dermatológico con sospecha de paraneoplásico se realiza un estudio baritado gastroduodenal que evidencia trayecto fistuloso de gran calibre entre el esófago a nivel medio-distal y algún bronquio segmentario para el LID. Una gastroscopia aprecia a 32 cm de arcada dentaria, en cara posterolateral derecha, un orificio fistuloso de 7-8 mm de diámetro con mucosa de aspecto normal. El TAC vuelve a identificar áreas de consolidación focal en LID. Broncoscopia con imagen de burbujeo a nivel de bronquios segmentarios basales derechos. Espirometría normal. Con el juicio clínico de fistula esófago-bronquial se procede a realizar toracotomía posterolateral derecha. Neumolisis difícil de LID. Dissección esofágica con ligadura de vasos circundantes sístémicos anómalos y tortuosos. Dissección y aislamiento de divertículo esofágico por tracción, con posterior sección con sutura mecánica reforzada manualmente. Asimismo se confecciona una plástica de grasa pericárdica que se fija a la zona de sutura. Comprobación de correcta reexpansión de LID, que se respeta. Biopsia de ganglio subcarinal que resultó reactivo. El postoperatorio transcurre con normalidad. Se comprueba estanqueidad de la comunicación mediante estudio baritado.

Conclusiones: Los divertículos esofágicos por tracción se producen por la adhesión de un tejido inflamatorio periesofágico a la pared del mismo. Suelen ser asintomáticos, no requiriendo tratamiento. Sin embargo, en algunas ocasiones puede producirse una necrosis del extremo del divertículo, dando lugar a una comunicación entre la luz esofágica y estructuras aéreas o vasculares circundantes. El antecedente de infección tuberculosa de nuestro paciente nos hace pensar que la reacción inflamatoria resultante puede ser causa del origen del divertículo esofágico, así como de la importante vascularización de la zona, implicada probablemente en los episodios de hemoptisis del paciente. La comunicación digestivo-aérea perpetuó los episodios de infecciones respiratorias. El tránsito baritado es la prueba de elección ante la sospecha de fistula. La resección quirúrgica de la comunicación es el tratamiento más adecuado, a ser posible con interposición de tejidos circundantes que disminuyan el riesgo de recidiva.

P-069

LEIOMIOSARCOMA MEDIASTÍNICO GIGANTE. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

C. Pontón Larrea, F.J. González Rodríguez, M. Moldes, J.M. Prim, R. Ledo, E. San Luís Calo, L. Vizcaino, R. Álvarez, A. Fernández, A. Paulos y J. Potel

Hospital Clínico Universitario, Santiago de Compostela.

Introducción: Los sarcomas son tumores infrecuentes del tórax que pueden originarse en el parénquima pulmonar, mediastino, pleura o en la

pared torácica. Los tipos histológicos más comunes son el angiosarcoma, leiomiosarcoma, rhabdomiosarcoma y mesotelioma (Tateishi et al). Los leiomiosarcomas primarios mediastínicos se producen con la misma frecuencia en hombres y mujeres con una media de edad de 50 años; sus manifestaciones clínicas son el resultado del efecto masa a nivel local: dolor, disnea, hemoptisis, insuficiencia cardíaca congestiva... (Etienne-Mastrianni B et al). En varias publicaciones se ha estimado la supervivencia a 5 años para estadios bajos en un 18,8% (William C et al).

Material y métodos: Presentamos el caso de un paciente de 77 años sin antecedentes de interés con un cuadro clínico de disfonía, disnea y tos de 3 meses de evolución. Se realiza una TC torácica en la que existe un importante crecimiento del lóbulo tiroideo izquierdo que se extiende por el mediastino anterior llegando hasta la altura del cayado aórtico y arteria pulmonar principal izquierda, produciendo desplazamiento importante de la tráquea hacia la derecha y estrechamiento a nivel de la apertura torácica.

Resultados: El paciente es intervenido quirúrgicamente mediante esternotomía media ampliada con cervicotomía, se comprueba la existencia de una gran tumoración en cuello y mediastino anterior adherida a la vena yugular interna izquierda y a ambas pleuras mediastínicas. Se extirpa dicha masa con el resultado anatomo-patológico de leiomiosarcoma mediastínico, recibiendo el paciente tratamiento radioterápico posterior. El tiempo de seguimiento libre de recidiva ha sido de 18 meses.

Conclusiones: El leiomiosarcoma mediastínico es un tumor infrecuente de extraordinaria agresividad para el que todavía no existe una terapia co-adyuvante eficaz, por lo cual, la única oportunidad de curación es la resección quirúrgica completa.

P-070

DERIVACIÓN PLEUROPERITONEAL CON VÁLVULA UNIDIRECCIONAL EN LOS DERRAMES PLEURALES RECIDIANTES PERSISTENTES

F. Heras Gómez, G. Ramos Seisdedos, J.L. Duque Medina, M. García-Yuste Martín, M. Castaño Allende, J.M. Matilla González, J. Quiroga Martínez, B. Gregorio Crespo y S. Cabanyes Candela
Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Introducción: El tratamiento del derrame pleural recidivante consiste en la evacuación del líquido pleural y la realización de pleurodesis. A veces, a pesar de estas actuaciones, el derrame puede recidivar. En estos casos, la colocación de una válvula unidireccional pleuropertitoneal disminuye o elimina la sintomatología clínica y mejora la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo: Valorar la evolución de un grupo de 8 pacientes diagnosticados de derrame pleural recidivante persistente tratados con válvula unidireccional pleuropertitoneal.

Pacientes y métodos: En el periodo 1998-2005 se han tratado con una válvula unidireccional pleuropertitoneal 8 pacientes. Se valoran edad, sexo, localización del derrame, etiología, evolución, etc. La implantación de la válvula se realizó bajo anestesia general con el paciente en decúbito supino con elevación lateral del lado afectado. En todos los casos la válvula implantada era tipo Denver.

Resultados: Los pacientes eran 7 varones y una mujer con edades comprendidas entre los 28 y los 75 años. El derrame era derecho en 3 casos e izquierdo en el resto. La etiología era maligna en 5 ocasiones: 2 carcinomas epidermoideos, un adenocarcinoma, un sarcoma y un mesotelioma. Tres pacientes presentaron un quilotórax, uno en un enfermo en tratamiento por un proceso linfoproliferativo de bajo grado, otro en un paciente diagnosticado de adenocarcinoma gástrico y el tercero en un varón de 28 años diagnosticado de VIH con antecedentes de tuberculosis pulmonar que presentaba un quilotórax debido a una comunicación entre el conducto torácico y la cavidad pleural de etiología no filiada. La evolución inicial fue totalmente satisfactoria en todos los casos lográndose la desaparición del derrame y la mejoría clínica de los pacientes. Se ha retirado la válvula en dos ocasiones, una a los tres meses de la implantación debido a ulceración de la piel por decúbito de la válvula y otra a los 24 meses en el paciente VIH al desaparecer totalmente el derrame. En los demás enfermos el tiempo transcurrido con la válvula implantada ha oscilado entre los 2 y los 57 meses. Han fallecido, debido a su proceso, 6 pacientes. Se ha perdido para el seguimiento el paciente VIH. Permanece vivo el paciente con el adenocarcinoma, en el que han transcurrido 26 meses desde la implantación de la válvula, comprobándose su correcto funcionamiento y la ausencia de sintomatología clínica.

Conclusiones: La implantación de una válvula pleuroperitoneal en los enfermos con derrames pleurales recidivantes persistentes permite disminuir la sintomatología clínica relacionada con el derrame: disnea, opresión, dolor, etc, aporta una mejora importante en la calidad de vida de estos pacientes, evita la realización de toracocentesis de repetición y disminuye el tiempo de hospitalización.

P-071

LINFOMAS Y PSEUDOLINFOMAS PRIMITIVOS PULMONARES. A PROPÓSITO DE SIETE CASOS

F. Heras Gómez, T. Álvarez Gago, G. Ramos Seisdedos, B. Gregorio Crespo, S. Cabanyes Candela, J. Quiroga Martínez, J.M. Matilla González, M. García-Yuste Martín, J.L. Duque Medina y M. Castaneda Allende

Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid.

Introducción: Los linfomas (LPP) y pseudolinfomas primitivos pulmonares (PLPP) son procesos neoplásicos poco frecuentes que se caracterizan por una proliferación linfoides clonal de células tipo B de bajo grado. Se desarrollan en los acúmulos linfoides que se encuentran en la mucosa del árbol bronquial (BALT) y forman parte de los procesos que se originan en el tejido linfoides asociado a las mucosas (MALT).

Pacientes y método: Estudio retrospectivo protocolizado de siete pacientes diagnosticados y tratados de LPP y PLPP. Se evalúan sexo, edad, manifestaciones clínicas, métodos diagnósticos, tratamiento, evolución, etc.

Resultados: Se han estudiado siete pacientes: 4 con LPP (dos varones y dos mujeres) y 3 con PLPP (un varón y dos mujeres). Las edades oscilaron entre los 36 y los 75 años. Los síntomas clínicos fueron: tos, expectoración, disnea progresiva, adelgazamiento, sudoración y palidez. En los estudios radiológicos se apreció patrón infiltrativo difuso en 3 LPP y en 2 PLPP. Un LPP presentó imagen radiológica de masa hilar izquierda de 5 centímetros y un PLPP imagen de masa periférica en lóbulo superior derecho de 4 centímetros. En un caso de LPP el lavado broncoalveolar fue compatible con linfoma MALT. El diagnóstico definitivo se logró mediante cirugía en todos los casos. Se realizó exéresis de la masa pulmonar por neumonectomía izquierda en el LPP y lobectomía superior derecha en el PLPP. En el resto de los casos se realizaron biopsias pulmonares en cuña. Cuatro pacientes con LPP presentaron afectación extrapulmonar: dos por infiltración de médula ósea y otros dos por infiltración de la mucosa gástrica. Los diagnósticos anatomo-patológicos definitivos fueron: un linfoma de células B de bajo grado BCL2 positivo, una infiltración pulmonar por linfoma de células B tipo MALT, un linfoma de bajo grado en zona marginal extranodal pulmonar tipo MALT, un linfoma tipo Hodgkin y tres pseudolinfomas. Se realizó tratamiento con quimioterapia en 3 LPP. Un LPP y los dos PLPP difusos se trataron con corticoterapia. Un paciente con LPP falleció a los 77 meses del diagnóstico por una causa ajena a su proceso y dos están vivos y sin recidiva a los 47 y 22 meses del diagnóstico. Dos pacientes con PLPP se encuentran vivos a los 103 y 21 meses del diagnóstico. Un caso de LPP y otro de PLPP se han perdido para el seguimiento.

Conclusiones: Los LPP y los PLPP son tumores poco frecuentes con manifestaciones clínicas y radiológicas imprecisas. En la mayoría de los casos el diagnóstico definitivo se logra por biopsia pulmonar quirúrgica. Con el tratamiento adecuado: cirugía, quimioterapia, etc., la supervivencia es buena aunque es frecuente la presencia de recidivas o afectación extrapulmonar por lo que se debe realizar un seguimiento clínico intenso de estos pacientes.

P-072

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL ENFOQUE DIAGNÓSTICO-TERAPEÚTICO DE 188 CASOS CON TRAUMATISMO TORÁCICO CERRADO

M.E. Ramírez Gil, I. Royo Crespo, R. Embum Flor, P. Martínez Vallina, J. García Tirado, J.J. Rivas de Andrés y V. Rodrigo Vinue
Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción y objetivos: El traumatismo torácico (TT) representa una de las principales causas de morbimortalidad relacionada con traumatismos. Algunas de estas complicaciones y muertes pueden ser prevenidas con un diagnóstico y tratamiento adecuado. Este trabajo es una

revisión de los pacientes ingresados con diagnóstico de TT cerrado en nuestro Servicio de Cirugía Torácica durante los últimos tres años, de Enero de 2003 a Diciembre de 2005.

Material y métodos: Se diseñó un estudio descriptivo transversal retrospectivo

Resultados: Se analizaron las historias clínicas de 188 pacientes; 133 (70,7%) fueron varones y 55 (29,3%) mujeres. El 60% (113 casos) tenían una edad igual o superior a 55 años. Los menores de 25 años representaron el 5,8% (11 casos) siendo todos ellos varones.

El 74% (139 casos) de nuestros pacientes permanecieron ingresados en nuestro Servicio menos de 96 horas (4 días). La estancia media fue de 2,5 días

Las lesiones que se encontraron al ingreso fueron: rotura de diafragma 5 casos (2,6%); enfisema subcutáneo aislado 11 casos (5,8%); fractura de esternón aislada 21 casos (11,1%); contusión pulmonar 22 casos (11,7%); y fracturas costales en 153 casos (81,3%).

De los pacientes con fracturas costales, en 26 casos (17%) se encontraron otras lesiones óseas torácicas asociadas que fueron: fractura de esternón 5 casos; fractura de escápula 7 casos; y fractura de clavícula 14 casos.

En cuanto al número de fracturas costales, en 30 casos (19,6%) había 1 ó 2 arcos costales lesionados; 35 casos (22,8%) con 3; 34 casos (22,2%) con 4; 27 casos (17,6%) con 5; y 27 casos (17,6%) con 6 ó más.

Las complicaciones propias de traumatismo torácico cerrado aparecieron en 51 casos (27,1%) de los cuales fueron: 21 casos (41,2%) neumotórax; 18 casos (35,3%) hemotórax; 10 casos (19,6%) hemoneumotórax; 1 caso (1,9%) empiema postraumático; y 1 caso (1,9%) tórax inestable quirúrgico.

Se llevaron a cabo 36 drenajes pleurales de los cuales 14 casos (38,8%) fueron por neumotórax; 15 casos (41,6%) por hemotórax; 7 casos (19,4%) por hemoneumotórax; y 1 caso (2,7%) por empiema pleural.

Se realizaron 5 toracotomías de las cuales, 1 caso fue por neumotórax con fuga aérea persistente; otro fue por un tórax inestable que precisó fijación quirúrgica; y los otros 3 casos se realizaron por hemoneumotórax. La mortalidad fue de 6 casos (3,2%).

Conclusiones: El tratamiento fundamental de los traumatismos torácicos no complicados consiste en analgesia y fisioterapia respiratoria. Sólo una quinta parte de los pacientes, fueron subsidiarios de drenaje pleural y pocos pacientes (2,6%) requirieron un procedimiento quirúrgico mayor.

P-073

UTILIDAD DE LA FIBROBRONCOSCOPIA PEROOPERATORIA A TRAVÉS DE TUBO DE DOBLE LUZ EN CIRUGÍA VIDEOOTORACOSCÓPICA

O. Rodríguez González, J.R. Jarabo Sarceda, E. Fernández Martín, J. Calatayud Gastardi, C. Martín Trapero, M. Valdés, M. Lancharri, S. Bringas García, F. Hernando Tranco, A. Gómez Martínez y J.L. Balbrea Cantero

Hospital Clínico Universitario San Carlos, Madrid.

Objetivos: Analizar la utilidad de la fibrobroncoscopia (FB) intraoperatoria en la valoración del posicionamiento de los tubos orotraqueales tipo Robertshaw en pacientes que van a ser intervenidos mediante videootoracoscopia (VATS)

Material y métodos: Análisis consecutivo de 51 pacientes sometidos a VATS. En todos se realizó intubación orotraqueal mediante tubo de doble luz tipo Robertshaw, realizando posteriormente a su colocación una FB para verificar su posicionamiento o modificarlo si fuera necesario. Se utilizó un fibrobroncoscopio de 3,5 mm de calibre y una longitud de 60 cm. Las variables a estudio fueron: el posicionamiento inicial del tubo: correcto o incorrecto (muy progresado, poco progresado o en bronquio derecho), el tiempo empleado en la realización de la FB, el hemitórax a intervenir y el tipo de patología, la confirmación del bloqueo pulmonar selectivo durante la cirugía, la necesidad de conversión a cirugía abierta y la repercusión hemodinámica (frecuencia cardíaca, tensión arterial y saturación de oxígeno).

Resultados: 51 pacientes, 36 hombres (70%) y 15 mujeres; con una edad media de 48 años (16-80). El tubo de doble luz (todos los utilizados fueron izquierdos) estaba adecuadamente situado en 23 casos (45%), y mal posicionado en 28 (55%, muy progresado en 22, poco progresado en 5 y 1 en bronquio derecho); siendo necesaria la recolocación en

estos últimos. El tiempo empleado en la realización de la FB fue de 3.8 minutos (1-12). En el 50% de los casos se abordó el hemitórax derecho, siendo en el 14% bilateral. Las patologías más frecuentemente intervenidas fueron: neumotórax (31,4%), nódulos pulmonares (21,6%) y derrame pleural (15,7%). Se confirmó el bloqueo unipulmonar durante la cirugía en 49 pacientes, siendo necesaria la conversión a cirugía abierta en 2 casos por inadecuado colapso, así como en otros 9 pacientes por otras circunstancias. No se apreciaron diferencias significativas en las medidas de los parámetros hemodinámicos basales y las obtenidas tras la realización de la FB.

Conclusiones: La auscultación pulmonar como método de comprobación de la correcta posición del tubo de doble luz no es un método fiable. La realización de FB se presenta como una alternativa segura, efectiva y eficiente ya que en nuestra serie no se han apreciado lesiones traqueobronquiales y el tiempo empleado en la FB no incrementa significativamente la duración del procedimiento quirúrgico.

P-074

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO URGENTE EN PATOLOGÍA TORÁCICA

B. Gregorio Crespo, J. Quiroga Martínez, S. Candela Cabanyes, F. Heras Gómez, M. García-Yuste Martín, J.M. Matilla Hernández, M. Castanedo Allende, J.L. Duque Medina y G. Ramos Seisdedos
Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Objetivos: Analizar el tipo de patología torácica que precisa un tratamiento quirúrgico urgente así como las características de dicha patología y del tipo de técnica quirúrgica realizada.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de las intervenciones quirúrgicas urgentes en patología torácica sucedidas entre las fechas 20/02/2003 y 20/02/2006. Se valoraron la edad y sexo del enfermo, etiología, técnica quirúrgica y/o intervencionista empleadas y mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Se realizaron 76 intervenciones urgentes en total, presentando los enfermos una edad media de 52 años (15-92) y correspondiendo el 72% de los mismos al sexo masculino y el 28% restante al femenino. La patología correspondió a 20 hemotórax postquirúrgicos, 2 hematomas cervicales post tiroidectomía total, 3 hemotórax masivos post punción o drenaje, 5 estenosis traqueales severas, 17 perforaciones esofágicas, 5 lesiones diafragmáticas, 2 fistulas broncopleurales, 1 rotura bronquial, 1 hemoptisis masiva, 3 empiemas asociados a sepsis, 7 heridas abiertas en tórax severas, 5 heridas penetrantes leves, 2 abscesos de pared torácica, 1 fuga aérea masiva, 2 cuerpo extraño en vía aérea superior. Las técnicas empleadas correspondieron a toracotomía exploradora en 29 casos, cervicotomía exploradora en 2, videotoracoscopia en 5, broncoscopio rígido en 6, toracotomía con colocación de sistema de drenaje-lavado mediastínico en 17, toracostomía en 2, lobectomía en 1, reparación bronquial en 1, aerostasia en 1, reparación diafragmática en 5, desbridamiento y drenaje bajo anestesia local en 2 y sutura con drenaje torácico en 5. Además se colocaron 273 drenajes torácicos como tratamiento de neumotórax en un 55,6%, derrame pleural en un 32,2%, empiema en un 6,2% y hemotórax en un 6,2%. 11 pacientes fallecieron (14,5%) y 13 fueron trasladados desde otros centros para su tratamiento.

Conclusiones: La patología torácica que precisa de tratamiento quirúrgico mayor o menor de forma urgente, es variada y en general compromete la vida del enfermo en un corto espacio de tiempo, por lo que su mortalidad no es despreciable. La mayor parte de esta patología está en relación con hemorragias postoperatorias, yatrogenia y traumatismos.

P-075

CARACTERÍSTICAS Y TRATAMIENTO DE LAS LESIONES DIAFRAGMÁTICAS SECUNDARIAS A TRAUMATISMO

B. Gregorio Crespo, J. Quiroga Martínez, S. Cabanyes Candela, F. Heras Gómez, M. García-Yuste Martín, J.M. Matilla Hernández, M. Castanedo Allende, J.L. Duque Medina y G. Ramos Seisdedos
Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Objetivos: Estudiar la incidencia de las lesiones diafragmáticas secundarias a traumatismos y tipo de abordaje quirúrgico realizado en el tratamiento de las mismas, así como las características de las lesiones concomitantes y mortalidad en este tipo de patología.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de los casos de lesión diafragmática postraumática registrados entre las fechas 01/01/2000 y 31/12/2005. En todos los casos se valoraron: edad, sexo, características del traumatismo, hemidiafragma afectado, pruebas que llevaron al diagnóstico, tipo de abordaje quirúrgico realizado, tipo de lesiones asociadas, estancia en unidades de reanimación o UVI y mortalidad intrahospitalaria.

Resultados: Se registraron 14 casos en total que presentaron las siguientes características: Sexo: 11 varones – 3 mujeres. Edad media: 40 años, rango (16-79). Tipo de traumatismo: cerrado en 12 casos y abierto en 2. Prueba diagnóstica sugestiva de la patología: Radiología simple de tórax en 6 casos, ecografía abdominal en 5 casos y TAC tóraco-abdominal en 9 (diagnóstico intraoperatorio en 1 caso). Lesiones concomitantes: traumatismo craneoencefálico y facial en 2 casos, fractura y/o luxación de extremidades superiores en 7 casos e inferiores en 8, fracturas costales múltiples en 7, neumotórax en 5, contusión pulmonar en 6, hemotórax en 6, lesión de vía aérea principal en 1, laceración parénquima pulmonar en 1, herniación y/o laceración de bazo de 2 casos, de estómago en 4, de colon en 3, de hígado en 4, de riñón, vesícula biliar, epíplón, mesenterio e intestino delgado en 1 caso. La reparación quirúrgica se realizó mediante laparotomía media en 3 casos, laparotomía subcostal bilateral en 1 caso, toracotomía en 7 casos y con abordaje mixto (toracotomía y laparotomía) en los 3 casos restantes. Fue necesario tratamiento quirúrgico de las lesiones traumáticas asociadas en 3 casos, de las faciales en 1 y de las abdominales en 9. La estancia media en UVI y/o Reanimación postquirúrgica fue de 8 días (2 hs - 27 días). 2 pacientes fallecieron, 1 en quirófano y otro en UVI.

Conclusiones: Las lesiones diafragmáticas son poco frecuentes y pueden relacionarse con traumatismos toracoabdominales de alta energía o con traumas penetrantes. Su diagnóstico precoz es en ocasiones difícil y la vía de abordaje quirúrgico puede variar dependiendo del caso. Se trata de una entidad que en sí misma no compromete la vida del paciente, dependiendo el pronóstico principalmente del tipo de lesiones asociadas.

P-076

UTILIZACIÓN DE MATERIAL BIOABSORBIBLE EN EL CIERRE ESTERNAL

J.A. Maestre Alcácer, L. Romero Vielva, M. Canela Cardona, J. Solé Montserrat, J. Teixidor Sureda, M. Deu Martín, I. López Sanz, A. Jáuregui Abularach y M.I. Rochera Villach
Hospital Universitario Vall D'Hebron, Barcelona.

Introducción: La esternotomía media, esternotomía transversa (Clam-shell) o esternotomía parcial (incisión de Grillo) se cierra habitualmente con material no absorbible (alambre) que proporciona un cierre seguro. La aparición de nuevas suturas bioabsorbibles con resistencia similar al alambre y la misma aguja, apta para atravesar el hueso, permite el cierre esternal con la misma seguridad. Este tipo de suturas son cada vez más aceptadas en el cierre esternal en los niños y son las mismas que se utilizan en la actualidad en nuestro Servicio para el cierre de todas las toracotomías. La experiencia con este material es todavía corta, pero los resultados iniciales son satisfactorios y eliminan los problemas que ocasionalmente presenta el alambre y que obliga a su retirada.

Material y métodos: Presentamos nuestra experiencia en el cierre esternal con material bioabsorbible realizado en 40 pacientes a los que se practicó esternotomía transversa tipo Clam-shell y 8 pacientes adultos a los que se practicó esternotomía media. La sutura se realizó con Polydioxanone (PDS, Ethicon, Inc, Somerville. NJ), cerrando el nudo con doble nudo corredizo y ejerciendo una fuerte tracción en la sutura todavía no anudada para aproximar los bordes esternales.

Resultados: No se presentó ningún tipo de complicación en los 8 pacientes a los que se practicó esternotomía media. En 1 de los 40 pacientes a los que se practicó esternotomía transversa se observó una dehiscencia esternal. Esta complicación fue atribuible a la mala calidad del hueso, ya que era un paciente osteoporótico debido al tratamiento prolongado con corticosteroides. El porcentaje de fallos (2,5%) en la esternotomía transversa con este tipo de sutura es el mismo que se obtiene habitualmente si el cierre se realiza con alambre, ya que no depende tanto del tipo de material utilizado como de la resistencia del hueso.

Conclusiones: La utilización de suturas bioabsorbibles de alta resistencia para el cierre de los distintos tipos de esternotomía presenta ciertas ventajas frente al habitual cierre con alambre. Aunque el número de casos es todavía corto y faltan estudios amplios, la experiencia inicial es muy satisfactoria y permite su utilización sin riesgos añadidos para el paciente.

P-077

ADRENALECTOMÍA EN LAS METÁSTASIS DEL CÁNCER DE PULMÓN

L. Romero Vielva, M. Deu Martín, I. López Sanz, J.A. Baena, J. Teixidor Sureda, J. Solé Montserrat, M. Canela Cardona, A. Jáuregui Abularach y J.A. Maestre Alcácer
Hospital Universitario Vall D'Hebron, Barcelona.

Introducción: El tratamiento de elección en el cáncer de pulmón es la cirugía. En los casos con metástasis suprarrenales únicas la resección quirúrgica consigue mejores supervivencias que el tratamiento quimioterápico.

Material y métodos: Revisamos 14 pacientes operados en nuestro Servicio por cáncer de pulmón y metástasis suprarrenales entre octubre de 1996 y abril de 2006. En 10 casos las metástasis suprarrenales fueron metacrónicas y uno de ellos presentó metástasis bilaterales metacrónicas.

Resultados: El 85% de los casos eran adenocarcinoma. La mayoría de los pacientes presentaron metástasis suprarrenales izquierdas. La supervivencia al año fue del 60% y a los 3 años del 45%.

Conclusión: el tratamiento quirúrgico de los pacientes con cáncer de pulmón y metástasis suprarrenal única mejora la supervivencia. Es una cirugía que presenta muy pocas complicaciones. Sólo está indicada en casos seleccionados en los que no existe enfermedad metastásica en otras localizaciones.

P-078

TUMOR DESMOIDE DE PARED TORÁCICA

P.A. Ruiz Navarro, J. Plata Rosales, S. Fuentes Molina, F. Ramos Cejudo, J. Castilla Cabezas, F. del Río Lafuente, R. del Rosal Palomeque, C. Soria Álvarez, J.L. Martínez de Dueñas y M. Sanz Chinesta
Hospital Infanta Margarita, Córdoba.

Objetivos: Los tumores desmoides o fibromatosis agresivas son formaciones infrecuentes con una incidencia de 2 a 4 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. Tienen una predominancia femenina con una ratio de 2 a 1 y afectan a adultos jóvenes con edades comprendidas entre los 20 y 40 años. La mayoría de los casos ocurren de manera esporádica, un 2% tienen un origen genético asociados al síndrome de Gardner y en su patogenia hay implicados factores como traumatismos y cicatrices previas y el embarazo. Aunque histológicamente son considerados

como benignos sin tendencia a metastatizar tienen un comportamiento agresivo local con frecuentes recidivas tras la cirugía. La mayoría se localiza en la aponeurosis de los músculos de la pared abdominal o mesenterio siendo más raras las formas extra-abdominales, son estas últimas el objetivo de revisión de nuestro trabajo.

Material y métodos: Presentamos un caso clínico tratado en nuestro servicio de un tumor desmoide, localizado en la pared toracica, aparecido con relación a un episodio traumático.

Resultados: Varón de 64 años de edad, hipertenso, diabético y con hepatopatía etílica, que presenta una tumoración de 12 cm de tamaño localizada en pared torácica en región retrromamaria derecha de 2 años de evolución la cual ha tenido un crecimiento progresivo. El paciente refiere un traumatismo 1 año antes de la aparición de la lesión con fractura de clavícula y olecranon derechas. En la exploración la tumoración es dura, indolora de contorno liso y no móvil adherida a planos profundos sin inflamación cutánea. En la ecografía se aprecia una masa anecogénica, encapsulada con ecos en su interior de 10 cm de diámetro mayor.

La TAC se confirma dicha tumoración encapsulada y adherida a los arcos costales subyacentes. Se realiza punción con aguja gruesa tipo trucut informada como cilindros de tejido mamario constituidos por fibrosis estromal y focos de inflamación crónica.

Con estos hallazgos se interviene quirúrgicamente. Se realiza una incisión torácica antero lateral derecha sobre la tumoración. Se aprecia una masa dura retropectoral firmemente adherida a séptimo y octavo arco costal. Se realiza resección completa de la tumoración con amplios márgenes y resección de porción de arcos costal 7º y 8º. La anatomía patológica es informada como tumor desmoide que alcanza al periostio costal, fragmentos de hueso y médula ósea sin alteraciones histológicas significativas.

En la revisión anual no se aprecian signos clínicos ni radiológicos de recidiva.

Conclusiones:

- La localización extra-abdominales es más infrecuente y ocurre hasta en un 40% de los tumores desmoides. Raramente son multicéntricos y se localizan en pared torácica, cuello y muslo.
- En su anatomía patológica hay que distinguirlos del fibrosarcoma (que muestra atipia celular y más contingente colágeno) y la reacción fibroblástica postraumática (que se suele localizar en planos vasculares y presenta fenómeno hemorrágicos focales).
- El tratamiento de referencia es el quirúrgico presentando presentando unos índices de recidiva local hasta del 35% y 90% de supervivencia tras 5 años de cirugía radical.
- La radioterapia es recomendada para los casos con infiltración macro o microscópica de los márgenes de resección o para los tumores irresecables.
- En casos de tumores inoperables o recidivantes el tratamiento médico con hormonoterapia (antiestrogénica), anti-inflamatorios no esteroideos (inhibidores de la COX2), quimioterapia (antraciclinas) e inmunoterapia (interferon gamma o TNF), tiene un papel terapéutico muy limitado.