

ESTUDIO PERIOPERATORIO DE LAS RESECCIONES PULMONARES. ANÁLISIS DE 443 CASOS

F. Cerezo Madueño, R. Arrabal Sánchez, A. Benítez Doménech, A. Fernández de Rota Avecilla, J. L. Fernández Bermúdez
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario "Carlos Haya" de Málaga.

OBJETIVOS

Comunicar nuestra experiencia en resecciones pulmonares durante los primeros cinco años de trabajo en nuestro Servicio.

METODOLOGÍA

Estudiamos retrospectivamente las resecciones pulmonares realizadas en nuestro Servicio desde enero 1991 a diciembre 1995 en el período perioperatorio (desde ingreso hospitalario hasta los 30 días posteriores a la intervención, o alta hospitalaria en caso de prolongarse), analizando un total de 41 variables.

RESULTADOS

(Expresión de valores en media). Hombres 417 (94,1%); mujeres 26 (5,9%). Edad 58 años. Etiología: cáncer broncogénico 341 (77%); tumor carcinoide 8 (1,8%); metástasis pulmonares 25 (5,6%); aspergilo-

sis 9 (2%); bronquiectasias 12 (2,7%); hamartoma 10 (2,3%); tuberculosis 10 (2,3%); otra 27 (6,1%). Tipo de resección: segmentectomía atípica 77 (17,4%); segmentectomía típica 40 (9%); lobectomía estándar 214 (48,3%); mayor que lobectomía 11 (2,5%); bilobectomía 16 (3,6%); lobectomía "en manguito" 11 (2,5%); neumonectomía 73 (16,5%); neumonectomía "manguito" 1 (0,2%). Complicaciones postoperatorias: neumonía 13 (2,9%); fuga aérea prolongada 16 (3,6%); fístula broncopleurales lobar o de bronquio principal 18 (4,1%); empiema 8 (1,8%); hemorragia 13 (2,9%); arritmias cardíacas 13 (2,9%); otras 11 (2,5%). Reintervención quirúrgica 17 (3,8%). Mortalidad perioperatoria 34 (7,7%).

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia la mortalidad perioperatoria se ha asociado principalmente con el tipo de resección (neumonectomía 16,5%), y la indicación de la cirugía (cáncer broncogénico 9,1% y aspergilosis 11,1%).

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS POSTNEUMONECTOMÍA. VALORACIÓN PREOPERATORIA DEL RIESGO

F. J. Algar, A. Álvarez, J. L. Aranda, C. Baamonde, A. Salvatierra, F. J. López Pujol.
Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVOS

Determinar factores pronósticos en la aparición de complicaciones respiratorias (CR) tras neumonectomía por carcinoma broncogénico (N), estudiando especialmente el impacto que supone la fisioterapia respiratoria previa en su prevención.

MÉTODOS:

Se han revisado los pacientes sometidos a N desde En-1986 hasta En-1998. Se estudiaron 9 v. preoperatorias (edad, tabaquismo, EPOC, cardiopatía, diabetes, neoplasia previa, FEV₁ estimado postN, fisioterapia respiratoria previa, tto neoadyuvante) y 6 v. quirúrgicas

(hemitórax, N ampliada, tipo de sutura bronquial, estado y longitud del muñón bronquial, duración de la cirugía) en un análisis univariante para determinar su asociación pronóstica con el desarrollo de CR tras N. Las variables con $p < 0.25$ fueron incluidas en un estudio múltiple con objeto de identificar su independencia pronóstica en términos de riesgo. Análisis estadístico (SPSS-7,5): estadística descriptiva, regresión logística univariante y multivariante.

RESULTADOS

Un total de 242 pacientes (231 hombres, 11 mujeres) con una edad media de 60 ± 10 (26-79) años fueron sometidos a N. La mortalidad y morbilidad de la serie

fue del 5,4% y 59,1%, respectivamente. Las CR acontecieron en 34 pacientes (14%) (neumonía=3,3%, atelectasia=2,9%, IR global=8,7%, v. mecánica prolongada=1,2% y reventilación mecánica=5,4%), con una

mortalidad asociada del 35,5%. En la tabla se describen las variables pronósticas que fueron independientes en el análisis multivariante.

Variable	β	P	Odds Ratio
Duración de la cirugía (minutos)	0,0128	0,0062	1,0128
FEV ₁ estimado postN (ml/seg)	-0,0023	0,0159	0,9977
Cardiopatía ^a	1,0651	0,0226	2,9011
Fisioterapia respiratoria previa ^b	0,9562	0,0492	2,6017
EPOC ^a	0,8514	0,0512	2,3430
Estado del muñón bronquial ^c	0,7508	0,0905	2,1187

a. (1=sí, 0=no) b. (1=no, 0=sí) c. (1=no cubierto, 0=cubierto)

CONCLUSIÓN

En nuestra experiencia la N presenta una baja mortalidad (5,4%) y una morbilidad aceptable (59,1%). La cardiopatía, la EPOC, el muñón bronquial no cubierto y las intervenciones prolongadas incrementan el riesgo de

CR. El FEV₁ estimado postN se ha mostrado eficaz para predecir CR, siendo la relación inversa e independiente de las restantes variables del modelo. La fisioterapia respiratoria previa podría ser una medida eficaz para prevenir el desarrollo de CR en todos los pacientes, y no sólo en aquéllos con EPOC o peor reserva funcional.

ESTUDIO PERIOPERATORIO DE LAS RESECCIONES TRAQUEOBRONQUIALES “EN MANGUITO”

F. Cerezo Madueño, R. Arrabal Sánchez, A. Benítez Doménech, A. Fernández de Rota Avecilla, J. L. Fernández Bermúdez Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Universitario “Carlos Haya” de Málaga.

INTRODUCCIÓN

La lobectomía “en manguito” fue descrita por vez primera en 1947 por Price-Thomas. La primera resección y reconstrucción de carina principal se comunicó por Barclay en 1957. Uno de sus principales problemas es la elevada mortalidad postoperatoria: 1,8-11,4% para la primera y 10,9-29% en la segunda.

OBJETIVOS

Comunicar nuestra experiencia en resecciones broncoplásticas.

METODOLOGÍA

Estudiamos retrospectivamente las resecciones broncoplásticas realizadas en nuestro Servicio desde enero 1991 a octubre 2000 en el período perioperatorio

(desde ingreso hospitalario hasta los 30 días posteriores a la intervención, o alta hospitalaria en caso de prolongarse).

RESULTADOS

(Expresión de valores en media). Hombres 23 (95,8%); mujeres 1 (4,2%). Edad 60 años [33-79]. Etiología: cáncer broncogénico 20(83,3%); tumor carcinóide 4 (16,7%). FVC% preoperatorio(pre) 83%; FEV1% pre 71,15. Técnica quirúrgica: lobectomía superior derecha 16 (66,7%); lobectomía superior izquierda 6(25%); neumonectomía derecha 2(8,3%). Complicaciones postoperatorias(post): neumonía 3 (12,5%); hemorragia 1(4,2%); atelectasia 1; edema postneumonectomía 1; fuga aérea prolongada 1; fístula broncoarterial 1. FVC% post 78; FEV1% post 71,15; descenso post FVC% 13; descenso post FEV1% 11,83%. Mortalidad postoperatoria 2 (8,3%).

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia estas técnicas se han mostrado como un procedimiento eficaz con excelentes resultados funcionales. Estadísticamente solamente se ha

correlacionado significativamente con la mortalidad la realización previa de mediastinoscopia, no obstante debemos observar la no homogeneidad de la muestra y su escasa potencia.

COMPLICACIONES PERIOPERATORIAS TRAS TERAPIA NEOADYUVANTE EN EL CÁNCER BRONCOGÉNICO

C. Simón, J.* Valdivia, C. Pagés, J. Ruiz Zafra, C.** Martínez, A. Sánchez-Palencia, A. Cueto.
Servicios de Cirugía Torácica, Oncología Médica* y Radioterapia**. H. U. Virgen de las Nieves. Granada.

OBJETIVO

Determinar la reseabilidad tumoral y las complicaciones quirúrgicas y postoperatorias en pacientes con cáncer broncogénico no microcítico locoregionalmente avanzado (CB-LRA) sometidos a terapia neoadyuvante (TN).

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo de 21 pacientes diagnosticados de CB-LRA e intervenidos tras TN entre diciembre de 1985 y agosto de 2000. La estadificación clínica inicial fue: II-B en 3 pacientes, III-A en 11 y III-B en 7. Se realizó quimioterapia en 14 pacientes, radioterapia en 2 y quimiorradioterapia en 5. Se analiza la reseabilidad quirúrgica, las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias, la estancia postoperatoria y la supervivencia.

RESULTADOS:

Se intervino a 21 pacientes, todos varones, con edad media de 56,8 años. La reseabilidad quirúrgica

fue del 76,2% (10 neumonectomías, 5 lobectomías, 5 toracotomías exploradoras, 1 resección atípica). La mortalidad perioperatoria fue nula. Se produjeron 3 complicaciones intraoperatorias graves (14,3%) por lesión vascular. La morbilidad en el postoperatorio inmediato fue del 28,6% (3 atelectasias, 1 fibrilación auricular, 1 dehiscencia de toracotomía, 1 neuralgia). La estancia media postoperatoria fue de 12,4 días. Se observaron 4 fístulas bronquiales postneumonectomía (40% de las neumonectomías) que obligaron a realización de toracostomía. La supervivencia media actuarial fue de 35,1 meses para el conjunto de los pacientes (43,2 meses tras cirugía resectiva; 10,4 meses tras toracotomía exploradora).

CONCLUSIONES

En nuestro medio, la reseabilidad quirúrgica de los pacientes con CB-LRA que presentaron remisión clínica tras TN es elevada. La morbilidad quirúrgica y postoperatoria es alta, destacando el riesgo de fístula broncopulmonar tras neumonectomía.

INCISIÓN "CLAMSHELL": ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

J. L. Aranda, A. Álvarez, F. J. Algar, F. Santos*, A. Salvatierra, C. Baamonde, R. Lama*, F. J. López Pujol.
Servicios de Cirugía Torácica y *Neumología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

OBJETIVO

Evaluar las indicaciones de la toracotomía anterolateral bilateral transesternal (incisión "clamshell") en nuestro Servicio, así como sus posibles complicaciones y resultados.

MÉTODO

Entre junio de 1995 y septiembre del 2000, 62 pacientes (29 h, 33 m; edad 5-60 años) fueron intervenidos mediante esta vía de abordaje. Indicaciones: trasplante bipulmonar (57 casos); metastasectomía

bilateral (2) ; neumonectomía izquierda por histiocitoma fibroso maligno de gran tamaño (1) ; neumonectomía izquierda por carcinoma más bullectomía derecha por enfisema (1) y tumorectomía derecha por mesotelioma fibroso gigante (1). Recogimos datos epidemiológicos y sobre tratamiento esteroideo prequirúrgico (> 3 mg/kg/día), tipo de fijación esternal (alambres vs alambres con agujas o clavos), tiempo de intubación y dolor de la toracotomía (primer mes y primer trimestre), así como de las complicaciones incisionales aparecidas hasta 3 meses después de la intervención (infección o dehiscencia, acabalgamiento o pseudoartrosis de los fragmentos esternales y migración del material de osteosíntesis). Análisis estadístico: SPSS 8.0. Chi², t de Student.

RESULTADOS

El tiempo de intubación osciló entre cero (extubado en quirófano) y 6 horas ($1,2 \pm 2,6$) para los no trasplantados y entre 10 y 624 horas ($131,4 \pm 167$) para los injertados. El tipo de fijación esternal (alambre en 27 casos -46%- y alambres con agujas o clavos en otros 32 -54%-) arrojó resultados no significativos al relacionarla con las complicaciones de la incisión:

DOLOR leve o moderado en 9 pacientes, 7 de ellos en el primer mes (11%) y sólo 2 tras el primer trimestre (3%), con $p= 0,1$ y $p= 0,4$ para 1 y 3 meses, respectivamente; ACABALGAMIENTO ÓSEO: 8 casos (15%), $p= 0,2$; MIGRACIÓN DEL MATERIAL DE SÍNTESIS ESTERNAL 8% (5 casos), $p=0,1$; INFECCIÓN 4 casos (7%), $p=0,6$; DEHISCENCIA: 2 enfermos (3%), $p=0,1$. No hubo ningún caso de pseudoartrosis esternal. Los sujetos con acabalgamiento tuvieron un peso medio de 67 ± 9 kg, significativamente mayor al del resto de pacientes ($p=0,02$). La corticoterapia previa (13 enfermos, 21%) no incrementó la incidencia de infección ($p=1$) ni de migración del material de osteosíntesis ($p= 0,27$), aunque sí se vinculó con la dehiscencia de la toracotomía ($p= 0,041$). La mortalidad registrada no se relacionó con las complicaciones de la herida quirúrgica.

CONCLUSIONES

La toracotomía “clamshell” permite un abordaje quirúrgico polivalente. Presenta escaso número de complicaciones y consigue excelentes resultados en lo que al dolor postoperatorio se refiere, con independencia del tipo de osteosíntesis practicada.