CULMENECTOMÍA VIDEOTORACOSCÓPICA UNIPORTAL

R. Mongil Poce[1], C.R. Pagés Navarrete[2], R.A. Medina Sánchez[2], A. Benítez Doménech[1].

[1]Servicio de Cirugía Torácica. Hospital Quirón Málaga. [2]Servicio de Cirugía Torácica. H. Regional Universitario de Málaga.

Sr. Director:

Desde que en 2011 González Rivas publicara la primera lobectomía videotoracoscópica realizada por un sólo puerto[1], apenas existen cuatro artículos publicados en la literatura sobre segmentectomía videotoracoscópica uniportal, y ninguno publicado en el ámbito de Neumosur. A continuación, describimos un caso de culmenectomía videotoracoscópica uniportal, realizado en nuestro servicio con buenos resultados.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 58 años, fumador y con un carcinoma pulmonar de 1,5 cm de célula no pequeña en lóbulo superior izquierdo, diagnosticado mediante punción transtorácica, con broncoscopia normal y una topografía por emisión de positrones que no reveló otras captaciones (Figura 1).

Ante la reserva funcional limitada del paciente (FEV1 = 57% y DL/VA = 55,8%), se decidió la realización de culmenectomía videotoracoscópica.

Bajo anestesia general e intubación selectiva bronquial, se realizó una minitoracotomía de unos 4 cm en el 5º espacio intercostal, en ausencia de separación costal. Tras introducir la lente de videotoracoscopia de 10 mm y 0º, y mediante videotoracoscopia uniportal, se realizó la culmenectomía reglada con ligadura y sección individualizada con endograpadoras-cortadoras de cada uno de los elementos broncovasculares que dependían del culmen. Se completó la resección del parénquima y se extrajo la pieza protegida con una endobolsa. Por último, se completó la linfadenectomía mediastínica. Tras comprobar que la aerostasia y la hemostasia eran correctas, se dejó un drenaje pleural recto 28F. Posteriormente, se procedió al cierre de la incisión (Figura 2).

El postoperatorio cursó sin incidencias, pudiendo ser retirado el drenaje en el 2º día y siendo dado de alta en el 3º (Figura 2).

La anatomía patológica reveló la presencia de un adenocarcinoma pulmonar bien diferenciado de 1,3 cm, con márgenes quirúrgicos no afectos, T1aN0M0, estadio IA, con un total de 6 ganglios analizados.

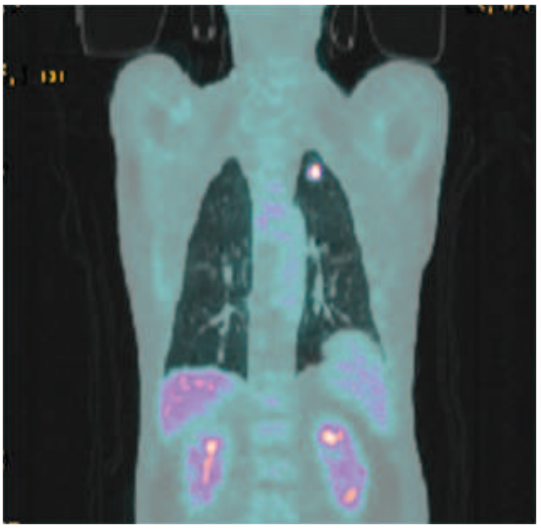

Figura 1. PET-TAC torácico, donde se observa la presencia de nódulo pulmonar hipermetabólico en ápice pulmonar izquierdo.

Figura 2. Herida suturada con drenaje al finalizar la intervención.

Recibido: 4 de mayo de 2015. Aceptado: 2 de agosto de 2015.

R. Mongil Poce
rmongilp@gmail.com

DISCUSIÓN

Se define segmentectomía como aquella resección sublobar de uno o más segmentos pulmonares anatómicos.

Estudios recientes demuestran que, en estadios iniciales de carcinoma pulmonar de célula no pequeña (CPCNP), la segmentectomía puede ser una alternativa segura a la lobectomía en pacientes con reserva funcional limitada y sin suponer una disminución de la supervivencia, sobre todo si el tumor es periférico y de tamaño inferior a 2 cm[2-4].

La segmentectomía toracoscópica se asocia a una menor estancia hospitalaria postoperatoria y a una menor tasa de complicaciones si la comparamos con la realizada de forma abierta[5, 6].

Aunque actualmente aún no están demostrados los beneficios del abordaje videotoracoscópico uniportal con respecto al convencional, parece lógico pensar que al requerir una sóla incisión, las probabilidades de neuralgia intercostal postcirugía sean significativamente menores.

En el caso que nos ocupa, se decidió realizar una segmentectomía por el estadio inicial del tumor y la limitada reserva funcional del paciente ya que, probablemente, éste no hubiera tolerado una lobectomía.

En conclusión, a pesar de la mayor dificultad técnica que supone la segmentectomía frente a la lobectomía videotoracoscópica convencional, ésta puede realizarse de forma segura también mediante videotoracoscopia uniportal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gonzalez D, Paradela M, García J et al. Single-port video-assisted thoracoscopic lobectomy. Interact Cardiovasc Thorac Surg. 2011 Mar; 12 (3): 514-5.
2. Shapiro M, Weiser TS, Wisnivesky JP et al. Thoracoscopy segmentectomy compares favourably with thoracoscopic lobectomy for patients with small stage I lung cancer. J Thorac Cardiovasc Surg 2009; 137 (6): 1388-93.
3. Yamashita S, Chujo M, Kawano Y et al. Clinical impact of segmentectomy compared with lobectomy under completed video-assisted thoracic surgery in the treatment of stage I non-small cell lung cancer. J Surg Res 2011; 166 (1): 46-51.
4. Okada M, Koike T, Higashiyama M et al. Radical sublobar resection for small-sized non-small cell lung cancer: a multicenter study. J Thorac Cardiovasc Surg 2006; 132 (4): 769-75.
5. Atkins BZ, Harpole DH, Mangum JH et al. Pulmonary segmentectomy by thoracotomy or thoracoscopy: reduced hospital length of stay with a minimally-invasive approach. Ann Thorac Surg. 2007; 84 (4): 1107-13.
6. Schuchert MJ, Pettiford BL, Pennathur A et al. Anatomic segmentectomy for stage I non-small cell lung cancer: comparison of video-assisted thoracic surgery versus open approach. J Thorac Cardiovasc Surg 2009; 138 (6): 1318-25.