

Lobectomía con broncoplastia videotoracoscópica: primer informe de una serie de casos en la Argentina

VATS lobectomy with bronchoplasty: first report of a series of cases in Argentina

Hernán Pfeiffer, Juan Monzón Osuna

Sanatorio San Gerónimo
y Sección de Cirugía de
Tórax, Servicio de Ciru-
gía General, Hospital J.
B. Iturraspe, Santa Fe,
Argentina

Correspondencia:
jrmo_2@hotmail.com

Desde sus comienzos en la década de los años noventa, las resecciones pulmonares por videotoracoscopia fueron ganando mayor aceptación por parte de los cirujanos de tórax. Se fueron perdiendo "mitos" desde el punto de vista oncológico y de la seguridad para el paciente, y de esta forma sus indicaciones se ampliaron.

La primera resección lobar en manga por videotoracoscopia fue publicada por Santambrogio y cols. en el año 2002, para el tratamiento de un carcinoma mucoepidermoide de bronquio lobar inferior izquierdo.

Presentamos a continuación, tres pacientes con diagnóstico de tumor carcinoide bronquial típico, operados de resecciones lobares en manga por videotoracoscopia.

Entre agosto del año 2013 y marzo de 2014 se operaron tres pacientes de sexo femenino, con edades de 15, 57 y 72 años, que presentaban diagnóstico preoperatorio endoscópico de tumor carcinoide bronquial típico (2 de bronquio lobar superior izquierdo y 1 de bronquio intermedio). En todos los casos no se diagnosticaron síntomas neuroendocrinos; la forma de presentación fue un proceso infeccioso resistente al tratamiento médico, y la estadificación preoperatoria se realizó con PET-TC y SPECT/TC con octreotide Tc-99m.

Se indicó la resección mínimamente invasiva en todos los casos, la cual consistió en

lobectomía asociada a broncoplastia videotoracoscópica: 2 lobectomías en manguito superiores izquierdas, con broncoplastia lobar inferior izquierda (Figs. 1 y 2), y 1 bilobectomía inferior derecha en manguito con broncoplastia lobar superior derecha (Figs. 3 y 4).

Los tres abordajes se realizaron con el paciente en decúbito lateral e intubación selectiva. En las 2 primeras se utilizó una incisión de utilidad de 3 cm y tres puertos de 10 mm más caudales (uno de ellos para la óptica); en la tercera solo dos puertos de 10 mm además de la incisión de utilidad (Fig. 5). Primero se trataron las estructuras vasculares y cisuras con suturas mecánicas, y luego se seccionó el manguito bronquial con bisturí frío y tijeras; los bordes se enviaron a congelación. Finalmente se confeccionó la anastomosis bronquial término-terminal con *surget* de PDS 3 0 en la cara posterior y puntos separados en $\times$ laterales

FIGURA 1

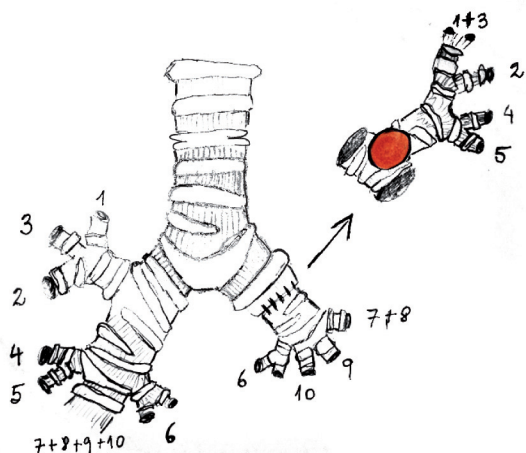
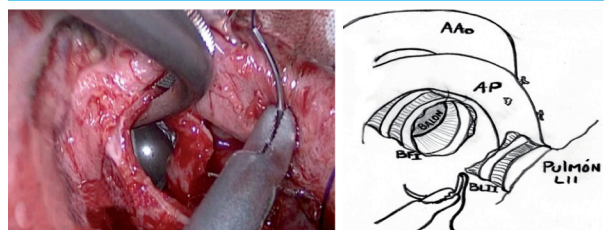


FIGURA 2



Recibido el
25 de febrero de 2015
Aceptado el
15 de julio de 2015

FIGURA 3

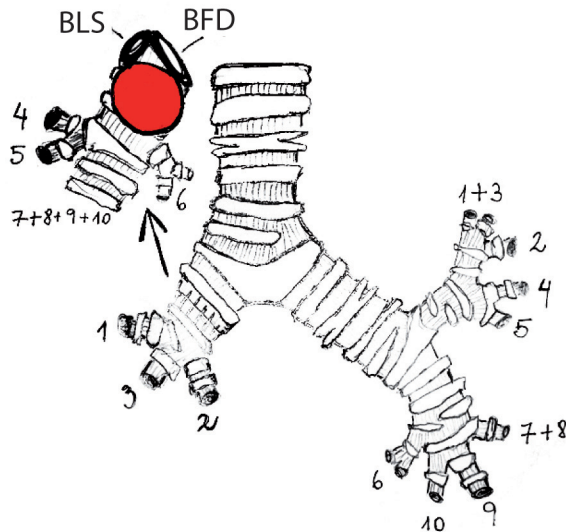


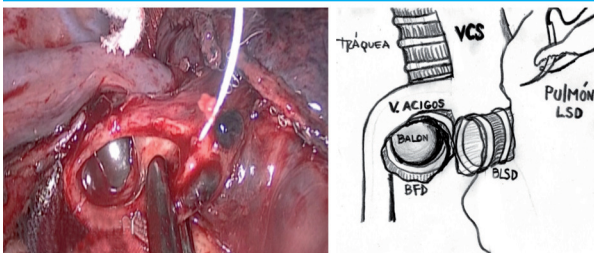
FIGURA 5



FIGURA 6



FIGURA 4



y anteriores; además se protegió con grasa pericárdica en 1 caso y con músculo intercostal en otro. Se realizaron controles de neumostasia satisfactorios y endoscopia intraoperatoria, para aspirar coágulos y evaluar la anastomosis, en los tres casos. Los procedimientos finalizaron con vaciamiento ganglionar sistematizado. En todos los casos se avenó el tórax con dos drenajes tipo K225.

Los tres pacientes evolucionaron sin complicaciones intraoperatorias ni posoperatorias. El posoperatorio inmediato fue de 12 horas en Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y la estadía hospitalaria en total se prolongó 4 días en promedio (3,3 y 7 días).

El grado de satisfacción de los pacientes fue notorio, no solo por referir menor dolor que el que esperaban, sino por la rápida reincorporación a sus actividades y el tamaño de las cicatrices.

Se realizaron controles endoscópicos al mes aproximadamente; todos resultaron satisfactorios (Fig. 6).

Los tumores carcinoides son poco frecuentes, y, al igual que el carcinoma mucoepidermoide, el carcinoma adenoide quístico y los tumores mixoides, se catalogan como neoplasias de lento crecimiento, con bajo grado de malignidad.

Esto lleva a que, en la cirugía, sea beneficiosa la conservación de parénquima con márgenes libres, sin que ello modifique la supervivencia^{1,4}.

Clásicamente, las resecciones en manga se realizan por vía abierta, a través de toracotomías.

Con el advenimiento de las técnicas mínimamente invasivas y el desarrollo de la tecnología, las resecciones pulmonares por videotoroscopia se fueron realizando con mayor seguridad, al tiempo que se lograban menor morbilidad y mayores ventajas para el paciente, tal como lo expresan McKenna y cols.³.

En el año 2002, Santambrogio y cols.⁵ refieren el primer caso exitoso de lobectomía en manga por videotoroscopia para el tratamiento de un carcinoma mucoepidermoide de bronquio lobar inferior izquierdo. Seis años más tarde, Mahtabifard, del grupo de McKenna², informa 13 casos operados exitosamente sin necesidad de conversión, ni transfusiones sanguíneas. Desde entonces este tipo de resección fue desarrollada por pocos grupos de cirujanos torácicos a nivel mundial, y algunos de ellos con modificaciones en el número de puertos.

De acuerdo con la búsqueda bibliográfica realizada, creemos humildemente que este es el primer

informe de lobectomía con broncoplastia videotorascópica en nuestro medio.

Las resecciones lobares con broncoplastia se pueden realizar por cirugía mínimamente invasiva; para ello es necesario, además de tecnología, el desarrollo de habilidades y destrezas del equipo quirúrgico.

Con este tipo de abordaje, el paciente se beneficia de todos los atributos de la videotorascopia: menor dolor, menor consumo de analgésicos, menor estadía hospitalaria, rápida reinserción laboral y mejor efecto cosmético.

Referencias bibliográficas

1. Esteva H, Núñez T, Cejas C, Portas T, Alsinet J. Tumores carcinoides broncopulmonares. Rev Argent Cirug. 2011; 100(5-6):109-13.
2. Mahtabifard A, Fuller C, McKenna R Jr. Video-Assisted Thoracic Surgery Sleeve Lobectomy: A Case Series. Ann Thorac Surg. 2008;85:S729-32.
3. McKenna R Jr, Houck W, Beeman Fuller C. Video-Assisted Thoracic Surgery Lobectomy: Experience With 1,100 Cases. Ann Thorac Surg. 2006;81:421-6.
4. Predina J, Kunkala M, Aliperti L, Singhal A, Singhal S. Sleeve Lobectomy: Current Indications and Future Directions. Ann Thorac Cardiovasc Surg. 2010; 16:310-8.
5. Santambrogio L, Cioffi U, De Simone M, Rosso L, Ferrero S, Giunta A. Video-Assisted Sleeve Lobectomy for Mucoepidermoid Carcinoma of the left Lower Lobar Bronchus. Chest. 2002; 121:635-6.