



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-24 - RESECCIÓN TUMORAL EN BLOQUE DE LÓBULO SUPERIOR IZQUIERDO Y PARED COSTAL POR UNIPORTAL VATS SIN INCISIÓN AUXILIAR

Anna Minasyan, Ignacio Alfonso Sánchez Valenzuela, Alejandro García Pérez, Héctor Manuel Onofre Tovar Duran y Marina Paradela de la Morena

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Resumen

Introducción: La técnica quirúrgica de elección para el tratamiento de carcinomas pulmonares no célula pequeña que infiltran pared torácica es la resección tumoral en bloque del parénquima pulmonar y los arcos costales afectados. Se han descrito abordajes híbridos que combinan la videotoracoscopia con toracotomías limitadas que permiten la disección de los pedículos intercostales y la sección costal. En este vídeo, presentamos un caso de resección tumoral en bloque de lóbulo superior izquierdo y pared costal por Uniportal VATS sin incisión auxiliar.

Caso clínico: Mujer de 58 años, fumadora activa con consumo acumulado de 40 PA e IMC de 20. Consulta por dolor de características pleuríticas en hemitórax izquierdo. En la TAC TAP se objetiva una lesión seudonodular espiculada de 40 × 20 mm con base pleural amplia a nivel ápico-posterior izquierdo y otra lesión nodular adyacente de 12 × 16 mm, así como enfisema bulloso de predominio en lóbulos superiores. La RMN confirma la infiltración de la pared torácica a nivel de 3^{er} y 4^o arcos costales izquierdos. El PET/TAC muestra hipermetabolismo de ambas lesiones con un SUV_{máx} 15,80 y 8,77 respectivamente sin otros focos hipermetabólicos patológicos. La TAC craneal descarta enfermedad metastásica cerebral. Se realiza BAG guiada por TAC con diagnóstico de adenocarcinoma de origen pulmonar. En las pruebas funcionales respiratorias presenta VEMS de 86% y DLCO de 92%. Bajo anestesia general e intubación orotraqueal selectiva, se posiciona a la paciente en decúbito lateral derecho y se realiza incisión de 3 cm a nivel de 5^o espacio intercostal izquierdo y línea axilar media. En un primer tiempo se procede a la resección de los segmentos posteriores de 3-4-5^o arcos costales justo por delante de la escapula desde el interior de la cavidad torácica. La sección de los pedículos intercostales se realiza con dispositivo de alta energía. Posteriormente, se seccionan los extremos anterior y posterior de 3-4-5^o arcos costales con costotomo de primera costilla y se separan de las partes blandas con la ayuda de un movilizador de cabeza de fémur. Después, se realiza lobectomía superior izquierda reglada tunelizando la cisura y linfadenectomía con exploración sistémica del mediastino. Se realiza hemostasia y aerostasia y se coloca el DET por orificio independiente a nivel del 7^o espacio intercostal. Se cierra el 5^o espacio intercostal con un solo punto de doble-*loop* reabsorbible. El posoperatorio transcurre sin incidencias. Se retira el DET a las 72h y la paciente es dada de alta a domicilio el 4^o día posquirugía. El resultado de anatomía patológica es compatible con dos adenocarcinomas de 4 cm y 1,7 cm con un patrón de predominio acinar G3 pT3N0MO. El estudio molecular muestra expresión IHQ de PDL-1 débil. Tras presentar el caso en comité de tumores se decide incluir en ensayo clínico NADIM-

adyuvante. Actualmente la paciente no presenta recidiva.

Discusión: El Uniportal VATS es una técnica mínimamente invasiva que permite la realización de cirugías complejas y en determinados casos evita la utilización de incisiones accesorias para la resección de la pared torácica.