



## V-021 - LOBECTOMÍA INFERIOR IZQUIERDA, LINGUELECTOMÍA Y RECORTE PERICÁRDICO CON RECONSTRUCCIÓN DEL DEFECTO CON MALLA POR VIDEOTORACOSCOPIA

*Inmaculada Sabariego Arenas, Cristina Carrera Rivero, Rafael López Cano, Fernando Cózar Bernal, Patricia Carmona Soto y Rafael Jiménez Merchán*

*Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.*

### Resumen

**Introducción:** El cáncer de pulmón no célula pequeña (CPNCP) se diagnostica mayormente en estadios avanzados (80%), siendo las neoplasias localmente avanzadas hasta un 30%. Este grupo de pacientes con enfermedad localmente avanzada son candidatos a cirugía junto con tratamiento adyuvante o neoadyuvante. Actualmente, gracias al avance en material quirúrgico y la mayor experiencia del cirujano, estas cirugías pueden realizarse por técnicas mínimamente invasivas.

**Caso clínico:** Mujer de 61 años con antecedente de cáncer de mama. En los controles radiológicos, se objetivó una tumoración de 52 × 35 mm en lóbulo que contactaba con la cisura y la pleura mediastínica sin signos de infiltración. La tomografía por emisión de positrones confirmó su actividad metabólica (SUV máximo: 11,9) y descartó la afectación ganglionar y metástasis a distancia. La biopsia con aguja gruesa fue negativa. Tras valorar la reseccabilidad y operabilidad (FEV1 81%, DLCO/ SB 36%, VO2 máx 14,7), se presentó en el comité de tumores y se decidió tratamiento quirúrgico. El abordaje quirúrgico fue videotoracoscopia biportal. Al explorar la cavidad, se observó que la tumoración dependía del lóbulo inferior izquierdo, traspasaba la cisura, comprometía la lóbula e infiltraba el pericardio. Ante la ausencia de diagnóstico, se realizó una biopsia incisional, informada intraoperatoriamente como CPNCP. Tras los hallazgos descritos y el diagnóstico emitido, se decidió realizar una lobectomía inferior izquierda, linguelectomía y recorte pericárdico. Primeramente, la infiltración de la vena lingular fue descartada. A continuación, se localizó en la cisura, el tronco de las basales y la arteria lingular, esta última se selló con energía bipolar. La liberación de la tumoración de la infiltración pericárdica se realizó a nivel antero-caudal con energía bipolar y en su aspecto craneal con endograpadora. Tras ello, sección y sutura de la vena lobar inferior, tronco de las basales y arteria del segmento 6 (estas dos últimas de manera conjunta). Se identificó, el bronquio lingular comprobándose previamente a su sección, la insuflación del culmen y del lóbulo inferior. Para completar la lobectomía inferior se seccionó y suturó el bronquio lobar inferior; y, para la linguelectomía, la vena lingular. Se exploraron las estaciones ganglionares con su linfadenectomía correspondiente. Por último, en la reconstrucción del pericardio se combinaron puntos sueltos de prolene del 0 para la aproximación del defecto y colocación de una malla de goretex de 1 mm (fijación sin tensión). En el posoperatorio, la paciente presentó una atelectasia del culmen que mejoró con fibrobroncoscopia de limpieza y fisioterapia respiratoria, siendo alta al 9º día posquirúrgico. El diagnóstico definitivo fue carcinoma pleomórfico

(7,2 cm) con infiltración de la fascia pericárdica sin contactar con el borde quirúrgico (T4 N0 M0, IIIA, R0). Inició quimioterapia adyuvante, presentando una recidiva local irresecable (tumoración mediastínica) a los 8 meses de la cirugía que fue tratada con radioterapia radical. Actualmente, la paciente presenta estabilidad radiológica a los 2 años de la intervención quirúrgica.

**Discusión:** El CPNCP localmente avanzado puede ser resecado por cirugía mínimamente invasiva, por lo que la infiltración pericárdica y su reconstrucción no tienen por qué descartar esta vía de abordaje.