



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## V-07 - PERICARDIOSCOPIA VATS EN PACIENTE CON NEOPLASIA TÍMICA: ¿CUÁL ES EL LÍMITE?

Rombolá, C.; Sampedro Salinas, C.A.; Fraile Olivero, C.A.; Montesinos Encalada, M.E.; Enríquez Bargallo, S.; Sneyers Closa, M.; Gatiús Caldero, S.

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

### Resumen

**Introducción:** Las neoplasias epiteliales tímicas (NET) son responsables de menos del 1% de los cánceres en el adulto. Su comportamiento biológico es variable, desde las lesiones benignas bien diferenciadas (timoma encapsulado), hasta las formas invasivas y las pobremente diferenciadas, de comportamiento maligno (carcinoma tímico). La resección quirúrgica completa es el “gold standard” para cualquier estadio tumoral. Sin embargo, hasta un 40% de las NET son invasoras, y en estos casos se debe considerar la cirugía con un enfoque multimodal que incluya inducción y terapia adyuvante. Las neoplasias tímicas con extensión a órganos vecinos (estadio III de Masaoka) a menudo requieren una resección en bloque de las estructuras involucradas (pericardio o vena cava superior, por ejemplo), aunque en este estadio solo el 50% de las lesiones puede ser completamente resecadas. Cuando existe sospecha no confirmada por las imágenes de la infiltración del miocardio, una exploración intrapericárdica por VATS puede ser útil para confirmarla, evitando riesgos mayores. Para los estadios III y IV de Masaoka, la resección citorreductora, aun siendo incompleta parece ser preferible.

**Descripción del caso:** Paciente de 67 años, con antecedentes de DM, HTA, esquizofrenia paranoide, exenolista. Ingresa en UCO por insuficiencia cardíaca refractaria, con disnea CF IIB y anasarca. El ecocardiograma objetiva un derrame pericárdico grave con colapso de cavidades derechas, que es drenado con catéter percutáneo. TC de tórax y el PET-TC: TEP bilateral, y masa polilobulada de aspecto sólida en mediastino anterosuperior de 8 cm, hipermetabólica que se extiende hasta el receso pericárdico aórtico superior y adenopatía subcarinal normometabólica que protruye en la aurícula izquierda, sin clara invasión de grandes vasos ni miocardio. BAG: neoplasia epitelial tímica. Inicia tratamiento anticoagulante por su TEP y neoadyuvancia con 3 ciclos de carboplatino y etopósido sin respuesta radiológica. Se decide exploración quirúrgica VATS que evidencia un tumor en la celda tímica con infiltración del segmento anterior del LSD, el nervio frénico derecho, la vena innominada y parcialmente la VCS (estadio III de Masaoka). Durante el mismo procedimiento se valora el componente tumoral intrapericárdico mediante pericardiotomía y visión directa con el toracoscopio. Se liberan múltiples adherencias cardiopericárdicas relacionadas con drenaje pericárdico previo. A nivel del infundíbulo de la arteria pulmonar se observa un coágulo firmemente adherido y tejido de aspecto tumoral cuyo análisis anatomopatológico fue positivo para malignidad por lo que se dio por finalizada la intervención, previo cierre parcial pericárdico. Evoluciona sin incidencias y es dado de alta al 2º día posoperatorio. La anatomía patológica

definitiva indica una neoplasia tímica B3 (“timoma atípico” o “carcinoma tímico bien diferenciado”).

**Discusión:** En aquellos casos en que las imágenes no pueden descartar una lesión miocárdica, la pericardioscopia VATS es una técnica factible y bien tolerada por el paciente; aún con adherencias cardiopericárdicas. Constituye una herramienta útil para determinar un límite para la resección completa; evitando así toracotomías o esternotomías innecesarias en los casos irresecables, sin desestimar de inicio los casos dudosos. Por otra parte, la sumatoria de otras lesiones puede indicar incluso el límite para la resección citorreductora.