



V-32 - RESECCIÓN EN BLOQUE DE TUMOR PULMONAR QUE INVADIRÍA VÉRTEBRAS Y PARED TORÁCICA Y RECONSTRUCCIÓN CON PRÓTESIS COSTALES DINÁMICAS

Fra Fernández, S.; Muñoz Molina, G.M.; Cabañero Sánchez, A.; Cavestany García Matres, C.; Serrano Carvajal, P.E.; Cobo Soriano, J.; Gorospe Sarasúa, L.; Saldaña Garrido, D.; Caballero Silva, U.; Moreno Mata, N.

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: El cáncer de pulmón que invade la columna vertebral se consideraba antiguamente como irresecable y fatal, debido a la escasa supervivencia que presentaba a largo plazo. Aunque el tratamiento de estos tumores sigue siendo desafiante, actualmente la cirugía de resección radical de tumores pulmonares que invaden las vértebras se ha convertido en una cirugía factible. Con una selección cuidadosa de los pacientes puede realizarse una cirugía curativa cuyo objetivo es una resección completa. Presentamos el caso de un paciente con un tumor en el lóbulo inferior derecho con invasión vertebral y de pared torácica a nivel de T7, T8 y T9.

Descripción del caso: Se trata de un paciente de 46 años que consulta por dolor de tipo pleurítico en hemitórax derecho. La tomografía computerizada (TC) y la resonancia magnética revelan una masa con infiltración de hemicuerpo vertebral derecho T7-T8, invasión de agujeros de conjunción T7-T8 y T8-T9, afectación de los arcos costales 8^o y 9^a y adenopatías mediastínicas (paratraqueal derecha y subcarinal) e hiliares derechas. La biopsia guiada por TC del tumor es diagnóstica de carcinoma sarcomatoide pleomórfico PDL1 +, ALK -, KRAS mutado. La punción de las adenopatías guiada por ecobroncoscopia descarta afectación ganglionar. Tras tratamiento con quimiorradioterapia concurrente, presenta buena respuesta objetivándose disminución del tamaño de la masa y ausencia de progresión de la enfermedad por lo que se decide rescate quirúrgico. En un primer tiempo a través de una incisión supraespinosa desde región cervical hasta región torácica baja se realiza la fijación de cuerpos vertebrales T4-T12, foraminotomía derecha T6-T7, T7-T8 y T8-T9, laminectomía T7 y T8 y sección de raíces T7 y T8 con extirpación de apófisis transversa y pedículo a dichos niveles. Al día siguiente se comienza realizando una lobectomía inferior derecha videotoracoscópica quedando el tumor colgando de la pared torácica. Se amplía la toracotomía y a través de esta y de la incisión posterior espinal se realizan las hemiorpectomías vertebrales derechas T7-T9 y sección de costillas T7-T9 distal al tumor. Se extirpa la tumoración en bloque por región posterior. Se realiza linfadenectomía mediastínica, enucleación de un nódulo en lóbulo superior derecho y resección en cuña del vértice. Se administra radioterapia intraoperatoria del lecho quirúrgico. A continuación, se realiza la reconstrucción de segmento vertebral resecado mediante la implantación de un dispositivo expansible para corpectomías y de la pared torácica con una prótesis de politetrafluoroetileno y tres prótesis costales dinámicas a medida. La anatomía patológica de la masa describe un carcinoma pleomórfico con componente predominantemente fusocelular y de carcinoma de células gigantes. Los bordes quirúrgicos están libres de infiltración y

en los ganglios linfáticos no hay evidencia de metástasis. Sí se observa metástasis en la cuña del vértice pulmonar y en el nódulo enucleado. No se evidencia infiltración tumoral en las muestras óseas. Actualmente el paciente se encuentra vivo con recidiva de la enfermedad a nivel sistémico.

Discusión: La resección en bloque combinada con cirugía videotoracoscópica es una técnica quirúrgica segura y factible para el cáncer de pulmón que invade vértebras y pared torácica.