



# Cirugía Española

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



## V-20 - SEGMENTECTOMÍA S2 DERECHA EN PACIENTE CON CPNCP METASTÁSICO

*Monge Blanco, S.; Gómez Tabales, J.; Sánchez Matas, C.; Andrades Sardiña, D.; García Gómez, F.; López Villalobos, J.L.; Barroso Peñalver, R.; de la Cruz Lozano, F.J.; Blanco Orozco, A.I.*

*Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.*

### Resumen

**Introducción:** Actualmente, se considera la lobectomía como la cirugía de resección pulmonar estándar para el tratamiento quirúrgico del cáncer de pulmón. Sin embargo, en casos seleccionados, la resección anatómica sublobar videotoracoscópica es una técnica segura y menos invasiva, con mejores resultados en cuanto a morbilidad y mortalidad postoperatorias. Los pacientes que más se benefician de esta técnica son aquellos cuya función pulmonar esté deteriorada, aquellos con lesión metastásica donde prima la preservación del parénquima pulmonar y, aunque actualmente disponemos de pocos estudios acerca de ellos, los pacientes con CPNCP estadio IA y lesiones pseudonodulares, entre otros.

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 68 años que es estudiada por una lesión pulmonar en segmento posterior del lóbulo superior derecho de tipo pseudonodular, con características de malignidad, con múltiples metástasis óseas. Debido a la baja rentabilidad de las técnicas diagnósticas realizadas para la filiación histológica de las lesiones, se remite a la paciente a nuestro servicio de Cirugía Torácica para valorar intervención quirúrgica, proponiéndose una segmentectomía típica videotoracoscópica del segmento II del lóbulo superior derecho. Técnica: se realiza una minitoracotomía a nivel de quinto espacio intercostal en línea axilar anterior, con puerto para óptica en séptimo espacio intercostal, línea axilar media. Primero se procede a la exploración de la cavidad torácica y liberación de adherencias. Se identifica la lesión a nivel del segmento posterior del lóbulo superior derecho. Tras ello, se procede a la disección distal del bronquio principal hasta la carina entre el bronquio lobar superior derecho y el bronquio intermediario. Se identifica la arteria lobar superior derecha en la cisura. Tras ello, se procede al tallado posterior de la cisura mayor con dos cargas de endograpadora, y a la disección sutura mecánica y sección de la arteria ascendente cisural y vena del segmento posterior. Posteriormente, se procede a disección, sutura mecánica y sección del bronquio segmentario posterior del lóbulo superior (B2), previa comprobación de correcta ventilación de los segmentos I y III. Se realiza tallado final del parénquima con cuatro cargas de endograpadora y linfadenectomía 11R. La paciente fue extubada en el posoperatorio inmediato, recuperándose del procedimiento anestésico sin dificultad. El drenaje endotorácico fue retirado a las 48 horas y fue dada de alta a domicilio al tercer día, sin incidencias reseñables durante en posoperatorio. La anatomía patológica de la lesión se correspondió con un adenocarcinoma de tipo sólido, poco diferenciado e infiltrante de 1,2 cm de diámetro, sin afectar a pleura visceral ni a margen de resección pulmonar (con inmunohistoquímica positiva para expresión

de CK7 y TTF1).

**Discusión:** La segmentectomía típica videotoracoscópica es una técnica quirúrgica segura y eficaz, que cuenta con resultados prometedores en comparación con la lobectomía. En pacientes seleccionados, esta técnica reduce la disminución de los parámetros de funcionalidad respiratoria y mejora la calidad de vida posoperatoria, aunque son necesarios estudios aleatorizados más sólidos que asienten los resultados.