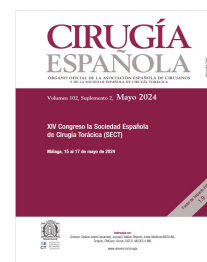




# Cirugía Española



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

## O-008 - CURVA DE APRENDIZAJE EN RESECCIONES SUBLOBARES COMPLEJAS

Leyre Sebastián<sup>1</sup>, Xavier Vaillo<sup>1</sup>, Carlos Gálvez<sup>1</sup>, Sergio Maroto<sup>1</sup>, Francisco Lirio<sup>1</sup>, Sergio Bolufer<sup>1</sup>, Roberto Victorero<sup>1</sup>, Raíssa de Fátima Silva<sup>1</sup>, María Bononad<sup>2</sup> y Jorge Cerezal<sup>1</sup>

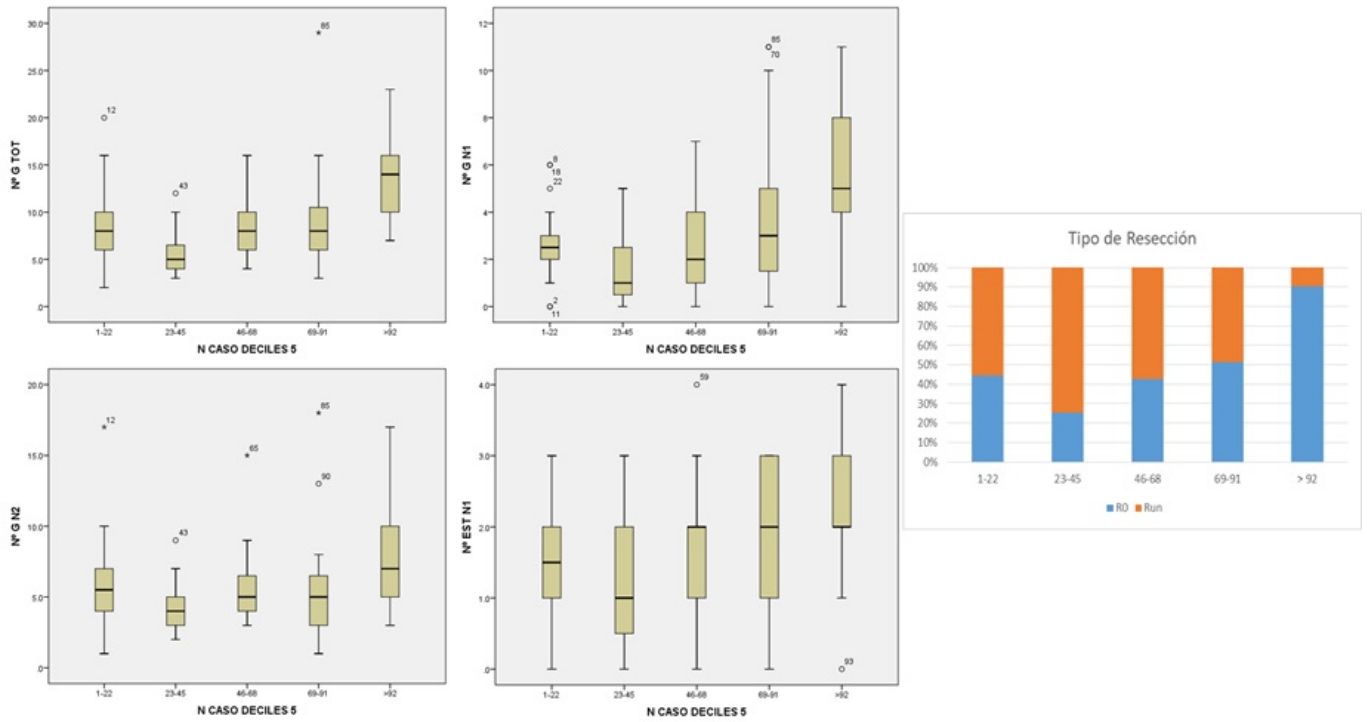
<sup>1</sup>Hospital General Universitario, Alicante; <sup>2</sup>Hospital General Universitario, Elche.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar la puesta en marcha y desarrollo posterior de las resecciones sublobares anatómicas en CPCNP en estadio cIA < 3 cm tras la inclusión de segmentectomías complejas.

**Resultados:** Estudio retrospectivo de segmentectomía anatómica VATS en CPCNP cIA < 3 cm entre enero'17 y diciembre'23. Se excluyeron: nódulos múltiples, resección ipsilateral previa, resección R1/2, CPCNP o microcítico los 5 años previos, tejido insuficiente o ausencia de información clínica. Se definieron como variables de calidad: tamaño definitivo 1; linfadenectomía según consenso ESTS 2023; resección completa (R0); ganglios totales, N1 y N2 extraídos; estaciones linfáticas totales, N1 y N2 extraídas; lesión accidental estructuras broncovasculares remanentes como causa de conversión a lobectomía; conversión a toracotomía; morbilidad y mortalidad intraoperatoria; reintervención por problemas técnicos; fuga aérea prolongada [FAP] y complicaciones posoperatorias. Se agruparon cronológicamente las intervenciones en grupos de 22 casos. Para estudiar la asociación entre intervenciones, se utilizó la prueba de chi cuadrado para tendencia lineal (nivel de significación estadística:  $p < 0,05$ ).

**Resultados:** 112 pacientes fueron finalmente analizados, con una edad media de 65 años. Un 67% de las segmentectomías fueron complejas, y un 53% combinadas. No hubo conversiones a toracotomía, 1 conversión a lobectomía (0,9%) por sección accidental rama arterial. Hubo 2 complicaciones intraoperatorias en forma de sangrado arterial controlado (1,8%) y no hubo mortalidad intraoperatoria. Un 19% presentaron complicaciones (14% I-II Clavien-Dindo), con un 4,5% de FAP. El tamaño tumoral mediana fue 15 mm (74% < 2 cm). En un 72% se realizó disección ganglionar sistemática, y un 34% se ajustaba a criterios del consenso ESTS. La mediana de ganglios N1, N2 y totales resecados fue de 3, 5 y 8, y la mediana de estaciones ganglionares N1, N2 y totales fue de 2, 3 y 5. La M/T mediana fue de 1,25, y se alcanzó R0 en un 49%. Al analizar la evolución cronológica en grupos de 22 casos, se observó un número significativamente mayor de ganglios totales (mediana inicial 8 vs. 14 final;  $p < 0,05$ ), de ganglios N1 (mediana inicial 2,5 vs. 5 mediana final;  $p < 0,05$ ), de ganglios N2 (mediana inicial 5,5 vs. 7 mediana final;  $p = 0,006$ ) y de estaciones N1 resecadas (mediana inicial 1,5 vs. 2 final;  $p = 0,005$ ), no existiendo diferencias significativas en el número de estaciones N2 (mediana inicial 3,0 vs. 3,0;  $p = 0,722$ ) a lo largo de la evolución de la curva. Se observó un número significativamente superior de R0 a lo largo de la curva ( $p = 0,001$ ). No hubo diferencias significativas en el resto de variables (tamaño 1 [ $p = 0,309$ ]), ajuste a criterios ESTS [ $p = 0,051$ ], lesión estructuras broncovasculares remanentes [ $p = 0,155$ ], morbilidad intraoperatoria [ $p = 0,131$ ], FAP [ $p = 0,182$ ] y complicaciones posoperatorias [ $p = 0,434$ ].



**Conclusiones:** La puesta en marcha de un programa de resecciones sublobares complejas es segura en términos de morbilidad intra y posoperatoria. Se ha observado que a partir de los 92 casos existe una mejoría significativa en el número de ganglios N1, N2 y totales extraídos, las estaciones N1 extraídas, así como del número de resecciones R0 conseguidas, objetivando un perfeccionamiento en el rigor oncológico.