



V-025 - RESECCIÓN VIDEOTORACOSCÓPICA DE LESIÓN EN MEDIASTINO ANTERIOR SUGERENTE DE TIMOMA

Begoña de las Heras Marqués, Ana María Gómez Gago, Paula García Jiménez, Alberto Évora López, María José Moyano Rodríguez, Francisco Hernández Escobar, Inmaculada Piedra Fernández, Clara Isabel Bayarri Lara, Francisco Javier Ruiz Zafra y Florencio Quero Valenzuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: Las lesiones en mediastino anterior suelen diagnosticarse a menudo de manera incidental en pruebas de imagen, y plantean un diagnóstico diferencial entre las lesiones más frecuentes en esta zona. Para ello, ha de realizarse una correcta anamnesis y examen físico del paciente y las pruebas de imagen pertinentes. El análisis de marcadores tumorales en sangre periférica también puede ser útil para el diagnóstico diferencial de la lesión. Un diagnóstico más certero, requiere biopsia de la lesión, ya sea percutánea, endobronquial o quirúrgica. La elección del abordaje quirúrgico para la resección de estas lesiones dependerá de varios factores: localización, tamaño, sospecha diagnóstica y estado del paciente. Se recomienda optar por técnicas mínimamente invasivas cuando la situación lo permita (videotoracoscopia o cirugía asistida por robot).

Caso clínico: Mujer de 65 años, hipertensa y exfumadora, entre cuyos antecedentes personales destaca estenosis aórtica severa con válvula bicúspide, intervenida en febrero de 2020 sustituyéndose por prótesis biológica Edwards Carpentier mediante esternotomía. Tiroidectomía completa en 2014 por bocio multinodular no tóxico. En estudio por lesión en mediastino anterior, de 12 × 23 centímetros de diámetro bien definido, en íntimo contacto con la aorta ascendente, que presenta contenido quístico/necrótico y que no estaba presente en TAC previo de febrero de 2020. Se sugiere timoma como primera sospecha diagnóstica, sin poder descartar otras opciones como carcinoma tímico o linfoma. Presenta leve captación en PET que, de corresponderse con un timoma, orienta hacia abajo grado. Se llevan a cabo los exámenes preoperatorios pertinentes y se programa a la paciente para timentomía videotoracoscópica. Mediante abordaje videotoracoscópico triportal derecho y, tras insuflación de capnotórax, se identifica la lesión en mediastino anterior, retroesternal, bien delimitada y de consistencia quística. Se realiza disección por planos hasta delimitar la lesión. Habiendo comprobado la independencia del nódulo respecto a los vasos adyacentes, se procede a la apertura de la misma, con salida de material semisólido de color pardo, que impresiona de agente hemostático. Se evacúa por completo el contenido, que se envía para análisis anatomopatológico junto con una biopsia de la pared del quiste. El análisis anatomopatológico indica presencia de material acelular y tejido fibroso, con reacción granulomatosa no necrotizante y cilindros basofílicos, en probable relación con material hemostático utilizado en una intervención previa.

Discusión: El uso de agentes hemostáticos en cirugía está muy extendido como complemento de las técnicas de hemostasia clásicas, tanto en cirugía abierta como en cirugía mínimamente invasiva. A pesar de sus innumerables beneficios, se han descrito reacciones de cuerpo extraño y formación de granulomas secundarios.