

Publicado en Seclaendosurgery.com (en línea) 2012, nº 40.

Disponible: http://seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=260&Itemid=242

Copyright © Secla Endosurgery. Nº ISSN: 1698-4412

XI CONGRESO NACIONAL SECLA MADRID 2012 RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título:

LA VIDEOTORACOSCOPIA COMO ABORDAJE QUIRÚRGICO EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA BRONCOGÉNICO, ¿SE PUEDE REALIZAR UNA LINFADENECTOMÍA ADECUADA?

Autores:

Autor presentador:

Marta Jiménez Fernández

Resto de autores:

José Luis García Fernández, Yat Wah Pun Tam, Ramón Moreno Balsalobre, María Luisa López Arévalo, Enrique Ovejero Merino

Institución:

Cirugía Torácica, Hospital Universitario de La Princesa, Madrid, España

Resumen de comunicación:

Introducción:

Un adecuado tratamiento quirúrgico del carcinoma de pulmón no células pequeñas en estadios iniciales incluye una resección pulmonar oncológica y una linfadenectomía hiliar y mediastínica definida según los criterios de la IASLC (International Association for the Study of Lung Cancer).

Objetivo:

El propósito del estudio es analizar la experiencia y técnica de la linfadenectomía en resecciones pulmonares regladas oncológicas por cirugía videotoracoscópica (CVT) en el Hospital de la Princesa y determinar si es una técnica equivalente a la toracotomía para la realización de una linfadenectomía reglada

Material y método:

Para ello se incluyen 195 pacientes intervenidos entre noviembre de 2007 y noviembre de 2011 a los que se practicó una resección pulmonar mayor con linfadenectomía hiliar y mediastínica como tratamiento del carcinoma broncogénico, mediante CVT o toracotomía convencional. Se calculó el número de ganglios obtenidos mediante con cada técnica a nivel mediastínico e hiliar. y además se compararon los resultados de ambos abordajes quirúrgicos

Resultados:

De los 195 pacientes intervenidos el 74,9% eran varones, tenían una edad media de 64 años (+10). Se operaron 59 pacientes por CVT y 136 pacientes por toracotomía.

El TNM patológico mostraba que el 32,1% de los pacientes se encontraban en un estadio IA, el

22,8% IB, el 14,5% IIA, el 10,9% IIB, el 16,6% IIIA y 3,1% IV.

La estirpe tumoral fue: carcinoma epidermoide 34,4%, adenocarcinoma 44,6%, tumor carcinoide 6,7%, microcítico 5,1% y carcinoma bronquioloalveolar 3,6%.

De forma global se obtuvieron 10,3 ganglios (+5,1). En cada CVT, se extirparon una media de 8,3 adenopatías (5,9 de niveles mediastínicos y 2,4 de las estaciones pulmonares/hiliares). En cuanto a la resección mediante toracotomía, se extrajeron de media 11,2 ganglios (3,1 en los grupos pulmonares/hiliares y 8,1 mediastínicos). Analizando individualmente el nivel subcarinal se obtuvieron 2 ganglios en la CVT y 3,6 en la toracotomía. En el análisis comparativo entre los resultados de las linfadenectomías de ambas técnicas se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones:

La CVT cumple los requisitos de la IASLC para la realización de una resección tumoral completa en cuanto a la linfadenectomía, pero sus resultados en el momento actual no son equivalentes a la linfadenectomía por toracotomía en nuestra serie. Probablemente por la poca experiencia quirúrgica del grupo en CVT.