

Cirugía torácica

cirugiatoracica@alatorax.org

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS CLÍNICOS

Implementación de test viscoelásticos y consecuencias clínicas en cirugía cardíaca

Isabel Rodríguez Martín¹, Catalina Sánchez Mora², Víctor Sánchez Margalet².

1. UGC Bioquímica Clínica. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España. 2. UGC Bioquímica Clínica. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España.

Introducción

Las pruebas viscoelásticas (tromboelastometría rotacional, ROTEM®), junto con la implementación de un algoritmo específico para el manejo de la coagulación en cirugía cardíaca, permiten un mejor control de la coagulopatía perioperatoria.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo que incluye 675 pacientes que se sometieron a cirugía cardíaca con circulación extracorpórea. Se analizó la incidencia de transfusiones de sangre alogénica y complicaciones clínicas postoperatorias antes y después de la implementación de ROTEM®.

Resultados

Después de la prueba viscoelástica y la implementación de un algoritmo específico para el manejo de la coagulación, la incidencia de cualquier transfusión de sangre alogénica disminuyó (41,4% vs 31,9%, $p = 0,026$) durante el período perioperatorio. En el grupo monitorizado con ROTEM® se observó disminución de la incidencia de transfusión de concentrados de glóbulos rojos (31,3% vs 19,8%, $p=0,002$), plasma fresco congelado (9,8% vs 3,8%, $p=0,008$). Se observaron resultados similares en el período postoperatorio de la UCI. Además, se detectaron reducciones estadísticamente significativas en la incidencia de pericardiocentesis postoperatoria (1,8% vs 0,0%, $p=0,010$), sangrado postoperatorio (9,5% vs 5,3%, $p=0,037$),

reexploración quirúrgica (6,0% vs 2,9%, $p=0,037$). $=0,035$), y duración de la estancia en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) (6,0 días frente a 5,3 días, $p=0,026$). Otras complicaciones también disminuyeron, pero no fueron estadísticamente significativas.

Conclusiones

La monitorización de la hemostasia por ROTEM® en cirugía cardíaca se asoció con una disminución de la incidencia de transfusión de sangre alogénica, complicaciones postoperatorias clínicas, hematológicas y cardíacas y duración de la estancia en la UCI.

TRABAJO CIENTÍFICO - CIENCIAS BÁSICAS (PRE CLÍNICOS/DE LABORATORIO)

Early-stage lung adenocarcinoma in US Latinos express higher driver EGFR mutations and portend a worse prognosis

Villena-Vargas J, Mynard N

Weill Cornell Medicine

Introducción

Activating mutations in Epidermal growth factor receptor (EGFR) occur in approximately 15% White, 40-50% of Asian and 15% of Black patients with lung adenocarcinoma. However, its prevalence in the nearly 60 million U.S. Hispanics has not been well characterized. Herein we evaluate EGFR mutation frequency in U.S. Hispanic patients with lung adenocarcinoma at an academic institute serving a large multi-ethnic area.

Material y Métodos

We queried our prospective database (2015-19) for lung adenocarcinoma patients who underwent resection and had routine mutational analysis by a targeted gene panel. We identified 768 patients and were able to stratify 668 patients by self-identified race/

ethnicity. We compared demographics (chi-square) and survival (Kaplan-Meier).

Resultados

668 patients representing White, Hispanic, Asian and Black patients were identified. 200/668 patients had an activating EGFR mutation. Hispanic patients displayed a higher frequency of EGFR mutations than Whites (35% vs. 20%, $p=0.013$) Table 1. Hispanic patients were less likely to be smokers than White patients (60% vs. 82%, $p=0.015$). Hispanic EGFR mutant patients had worse 3-year overall survival than White and Asian patients (3 year OS: 62% vs. 96% & 90%, respectively $p=0.021$ & 0.075 ; median f/u = 24.4 months) Figure 1A. Hispanic EGFR wild-type patients had a similar 3 year OS to other racial/ethnic groups and had improved 3 year DFS compared to Asian patients (3 year OS: 92% vs 85% and 92%, $p=ns$; and DFS 85% vs 76% and 63%, $p=0.048$) Figure 1B. EGFR mutations were similar across groups Figure 1C.

Conclusiones

Approximately one-third of U.S. Hispanics with lung adenocarcinoma displayed EGFR mutations which were associated with decreased survival compared to White and Asian patients. Increasing mutational analysis and investigation of biological differences of this growing ethnic group is essential for optimal neoadjuvant and adjuvant treatments as well as in the design of future clinical trials.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS CLÍNICOS

Videotoracoscopia por vía subxifoidea para realización de biopsia pulmonar y pleural

John Jairo García, Karline González

Servicio de Cirugía de Tórax, Hospital Universitario de Maracaibo
- Venezuela

Introducción

La práctica de la cirugía torácica ha evolucionado a lo largo del tiempo. Inicialmente se utilizaba la toracotomía como único abordaje para tratar las enfermedades torácicas de indicación quirúrgica. En el último siglo, el avance tecnológico y las nuevas técnicas de video han permitido el progreso de la videotoracoscopia, convirtiéndola en la actualidad en el método estándar para el diagnóstico y tratamiento de un importante número de enfermedades torácicas. Este método permite una recuperación rápida de los pacientes, con disminución del trauma quirúrgico, el estrés metabólico, los analgésicos, el tiempo de hos-

pitalización, y las tasas de morbilidad y mortalidad. La videotoracoscopia uniportal y la videotoracoscopia subxifoidea proponen cambiar el paradigma en técnicas mínimamente invasivas en cirugía torácica, aun en procedimientos mayores como la lobectomía pulmonar. El objetivo de esta investigación fue establecer la utilidad de la videotoracoscopia por vía subxifoidea para la realización de biopsia pulmonar y pleural, Determinar los beneficios del abordaje y Conocer las complicaciones que conlleva la videotoracoscopia por vía subxifoidea para la realización de biopsia intratorácicas.

Material y Métodos

La investigación fue de tipo correlacional, prospectiva y transversal; la población estudiada fue 34 pacientes; mayores de 20 años, ambos sexo, con patología pulmonar y pleural del Hospital Universitario de Maracaibo, desde mayo 2019 a noviembre 2020.

Resultados

Los resultados obtenidos de los pacientes sometidos a videotoracoscopia por vía subxifoidea para la biopsia pulmonar y pleural, fueron antecedentes fumadores 70,5%, edad promedio de 33 años, sexo femenino con 61,7%, síntoma dolor torácico 97%, hallazgo radiológicos derrame pleural 73,5%; diagnóstico en la biopsia TBC pulmonar con 38,4 %; intensidad del dolor, 97% dolor leve (EVA); estancia hospitalaria de 1-2 días con un 97%.

Conclusiones

La Videotoracoscopia por vía subxifoidea, presenta aspectos favorable en un postoperatorio con menor índice de complicaciones, una estancia hospitalaria menor y una recuperación más rápida; precisa de una incisión máximo de 3 cms, con puerto único que resulta por tanto un procedimiento menos traumático y doloroso, ya que no implica la apertura costal. Esta técnica permite cambiar el paradigma de una incisión de 15 cm en la toracotomía a otra de 2 a 3 cm, con puntos intradérmicos y colocación de drenaje torácico por la misma incisión en piel. Este recurso quirúrgico torácico aparece, a priori, como una técnica menos invasiva que la videotoracoscopia convencional o uniportal intercostal y es un desafío en la evolución de la técnica quirúrgica al redefinir el status quo de la cirugía torácica mini invasiva. Por lo tanto el postoperatorio es más corto y con una tasa menor en efectos secundarios.

CASOS CLÍNICOS

Hemoptisis e hidro neumatocele, complicación secundaria a infección por SARS COV2**Olvera P**

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío
Villegas

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Inició el 30.08.21, tos, hemoptoicos, malestar general y dolor precordial. El día 31.08.21 acudió a valoración, e inició tratamiento el día 2.09.21 con antibiótico, antimicótico y antifibrosante. El 03.09.2021 inició requerimiento de oxígeno por puntas nasales, dolor torácico, mayor expectoración hemoptoica, disnea mMRC3, motivo por lo que acudió a valoración de urgencias.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Masculino de 19 años, estudiante de licenciatura, sin enfermedades crónico degenerativas. No vacunado. Infección por SARS COV 2 el día 22.07.21, recibió tratamiento con dexametasona por 5 días y oxígeno, puntas nasales simples, 1 semana. No requirió hospitalización.

Examen físico

FC 116 Sat 92 FiO2 30%, TA: 120/80 mmHg 96 Kg 171 cm Edad aparente a la cronológica, mucosas semihidratadas, Glasgow 15 pts, ruidos cardiacos rítmicos de buen tono e intensidad, sin soplos. Tórax nomólfneo, taquipneico, maniobras de amplexión y amplexación disminuidas, ruidos respiratorios abolidos en hemitórax izquierdo. Llenado capilar inmediato.

Tratamiento

Durante su estancia en urgencias se cuantificaron 300 ml expectoración hemoptoica. Se realizó broncoscopia rígida más flexible en la que se evidenció sangrado activo del segmento pulmonar 6 izquierdo, se procedió a bloquear segmento pulmonar con sangrado activo.

Evolución y/o resolución del caso

Después de la estabilización hemodinámica y control de la hemoptisis, mediante oclusión bronquial, se realizó lobectomía, por VATS, durante, se corroboró hidro neumatocele con de coágulos en su interior. Presentó mejoría clínica y fue egresado.

Discusión / Conclusiones

La hemoptisis se ha documentado en la literatura co-

mo una manifestación atípica de sangrado pulmonar en neumonía por SARS COV 2 (1), no se sabe cual es la prevalencia de la hemoptisis asociada a neumatocele posterior a la infección por SARS COV, se ha descrito con mayor frecuencia la presencia de neumotórax, posterior a la ruptura de un neumatocele (2). El manejo de estos pacientes aun no ha sido estandarizado y la resección quirúrgica podría ser una pauta terapéutica en algunos casos. (3) En conclusión, es importante realizar seguimiento de estos pacientes, aun en neumonía leves o moderadas, y después de la mejoría clínica, se podría considerar realizar tomografía de seguimiento posterior al alta, para poder identificar de manera temprana estas complicaciones y poder llegar a la estandarización del tratamiento.

Referencias

- Lapostolle, F., Schneider, E., Vianu, I. et al. Clinical features of 1487 COVID-19 patients with outpatient management in the Greater Paris: the COVID-call study. *Intern Emerg Med* 15, 813-817 (2020).
Sanivarapu RR, Farraj K, Sayedy N, Anjum F. Rapidly developing large pneumatocele and spontaneous pneumothorax in SARS-CoV-2 infection. *Respir Med Case Rep*. 2020;31:101303. doi: 10.1016/j.rmcr.2020.101303. Epub 2020 Dec 2. PMID: 33294361; PMCID: PMC7709595. DiBardino DJ, Espada R, Seu P, et al. Management of complicated pneumatocele. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2003;126:859-61.

CASOS CLÍNICOS

Tumor filodes de mama derecha Freddy Inocente Bajaña Reyes**Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas**

Paciente con antecedentes patologicos personales de haber sido operada hace varios años sometida a mastectomía y despues de varios años consulta por una nueva tumoración en el mismo lado

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Diabetica controlada con hipoglicemiantes orales, hipertension arterial esencial controlada con losartan de 50 mg

Examen físico

Tórax simétrico, Cicatriz de 10 centímetros, gran masa a nivel de tórax anterior derecho, ya que fue extirpado hace varios años. Campos ventilados y ruidos normales Cicatriz de abdomen infra-media umbilical por su extirpación uterina hace varios años.

Tratamiento

Quirúrgico, debido a la no aceptación de sangre se planifica embolización previa y utilización de la maquina cell-Savers IV, se extirpa gran masa extra toracica e intra toracica con reconstrucción de la pared toracica utilizando placa.

Evolución y/o resolución del caso

Evolución favorable en su post operatorio inmediato y mediato, y posteriormente presenta complicación, diarrea y rectorragia, se realiza colonoscopia y se determina sangre proveniente del colon descendente.

Discusión / Conclusiones

Paciente testigo de Jehová no admitía sangre por lo que fue planificado la embolización previa y la utilización de la maquina cell-Savers IV y la obtención del evento favorable para la paciente. Las formas menos agresivas o benignas presentan un comportamiento similar al de los fibroadenomas, sin embargo las formas malignas suelen presentar un comportamiento más agresivo. El cistosarcoma filodes maligno es una patología muy poco frecuente, con un alto índice de recidiva local y metástasis a distancia.

Referencias

- Schillebeeckx C, Verbeeck G, Daenen G, Servaes D and Bronck-aers M. A Giant Phyllodes Tumor of the Breast. Rare Tumors. 2016 Sep 5; 8(3): 6299. Islam S, Shah J, Harnarayan P, and Naraynsingh V. The largest and neglected giant phyllodes tumor of the breast—A case report and literature review. Int J Surg Case Rep. 2016; 26: 96-100.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS CLÍNICOS

Efecto del pinzamiento de sonda endopleural sobre el riesgo de neumotórax posterior a las 24 horas de retiro

Olivas Melendez P, Díaz Menindez M, Rodríguez Llamazares S, Contreras Marín J

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Introducción

El peso puede estar aumentado o disminuido en pacientes con diagnóstico de Hipertensión Arterial Pulmonar (HAP) o Tromboembólica Crónica (HPTEC), el cual se relaciona con el pronóstico de la enfermedad. El objetivo es identificar la prevalencia de síndrome de bajo o alto peso en pacientes con hipertensión pulmonar (HP), en 7 centros hospitalarios de la HAPredCO.

Material y Métodos

Estudio sociodemográfico y clínico de 371 pacientes con HAP o HPTEC. Se incluyó peso y talla para el cálculo de índice de masa corporal (IMC, kg/m²) en el diagnóstico. Se categorizaron los valores según criterios de la OMS[1] y evaluó su potencial asociación con variables demográficas, funcionales y desenlace.[1] Bajo Peso (IMC>18,5), Normopeso (IMC 18,5-24,99), Sobrepeso (IMC 25-29,9) u Obesidad (IMC>30).

Resultados

Se dispuso de datos de peso y talla en 371 pacientes (47.4%). El peso estuvo afectado en 49,1% de los pacientes. La prevalencia de bajo peso fue de 6,5%, obesidad 10,8% y sobrepeso de 31,8% (Tabla 1). Los pacientes de bajo peso tienen menor edad (mediana, 26,3 vs. 41,4-51,1-51,6 años de los otros grupos), pero muestran mayor RVP (24 uW vs. 11,5 Wood en los demás; p=0,06) (Tabla 2).

Conclusiones

El 49% de los pacientes HP muestra un peso anormal en el diagnóstico. El bajo peso es 2,9 veces más frecuente que en población general, en asociación con menor edad y mayor gravedad (RVP) de la enfermedad.

CASOS CLÍNICOS

Síndrome de Opérculo Torácico de tipo Neurogénico: desde el abordaje quirúrgico hasta la rehabilitación

Vera-Gamboa LC, Chacón Manosalva MA, Carvajal Romero N, Quintero ML, Vera Gamboa RA.

Clínica Medical Duarte.

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente femenina de 23 años consulta por clínica de 1 mes de dolor en miembro superior izquierdo de moderado a severo, acompañado de parestesias de gran intensidad. Paciente refiere haber presentado sintomatología similar desde hace 9 años, acompañado de sensación de masa a nivel supraclavicular izquierdo.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Ninguno

Examen físico

Test de Spurling positivo, triada de Selmonosky positivo 2/3 (debilidad en la abducción, aducción o fatiga

a la movilidad y negativo la oposición del quinto dedo), test de Adson negativo.

Tratamiento

Se realiza procedimiento quirúrgico (Figura 3) con abordaje supraclavicular -incisión de ritcher- con hallazgos intraoperatorios de costilla cervical articulándose con la apófisis transversa de C7 y primer arco costal, que generaba compresión de la arteria subclavia y del plexo braquial en los troncos inferior y medio. Se realiza disección y descompresión del plexo braquial con bisturí frío para evitar lesión del mismo, con posterior división de la fascia del escaleno anterior y medio -escalenotomía-, resección de la costilla cervical (Figura 4 y 5) y descompresión de la arteria subclavia.

Evolución y/o resolución del caso

En el post-operatorio inmediato la paciente presentó un déficit motor importante (fuerza muscular 0/5 según escala de Daniels). Se inició manejo con Metilprednisolona 500mg IV una vez al día y terapia física. A las 48 horas presentó una evolución satisfactoria (fuerza muscular 3/5) y a las 72 horas recuperó su integridad motora en un 75%, con persistencia de debilidad a nivel falángico. Se dio egreso con prednisolona 5mg día, carbamazepina 200mg vía oral cada noche, terapia física 2 veces al día y cita control con resultado de electromiografía y neuroconducción + Ondas F.

Discusión / Conclusiones

El síndrome del opérculo torácico (SOT) es causada por la compresión de elementos neurovasculares a nivel de la zona de transición cervicobraquial (1). Su principal causa es la costilla cervical accesoria la cual tiene una incidencia relativamente baja, mejor del 0,5% (2). En este caso el diagnóstico se comprende de un abordaje clínico y ayudas imagenológicas, y el tratamiento es quirúrgico basándose en el retiro de la costilla que comprime el paquete neurovascular. A pesar de las precauciones, la manipulación del paquete neurovascular genera una inflamación del plexo, por lo cual es imprescindible realizar manejo postoperatorio con corticoides, carbamazepina y rehabilitación con terapia física.

CASOS CLÍNICOS

Hematocele en paciente con COVID 19

Gamboa, C; Guido, W; Mata, A; Bolaños, A; Mainieri, J.

Hospital Calderón Guardia, Caja Costarricense del Seguro Social.

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Masculino de 33 años, infección por COVID 19, que desarrolla síntomas de disnea, cefalea, tos seca y malestar general, progresivo.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Obesidad grado 1, no consume alcohol, ex tabaquista, con una única inmunización contra COVID 19.

Examen físico

Oximetría 65% y taquipnea. Consciente, orientado, alerta, acianótico, sin uso de músculos accesorios, frecuencia respiratoria en 17 rpm, murmullo vesicular audible bilateral, sin ruidos agregados.

Tratamiento

Se inicia tratamiento con Dexametasona, Albendazol, Ivermectina, omeprazol y heparina. Requiere intubación endotraqueal e infusión de óxido nítrico. Asocia bronconeumonía e inicia terapia antibiótica. Persiste deterioro ventilatorio, por lo que se decide colocar en ECMO veno-venoso. Se decide llevar a sala de operaciones para VATS uniportal derecho evidenciando un hematocele de gran tamaño. El manejo inicial fue conservador, esperando su reabsorción.

Evolución y/o resolución del caso

Se decide llevar nuevamente a sala de operaciones de nuevo, y debido al tamaño del hematocele y compromiso del lóbulo inferior, se decide realizar lobectomía inferior derecha. El paciente presenta adecuada evolución, sin disnea, se suspende la sonda de tórax al segundo día postoperatorio. El paciente es luego egresado.

Discusión / Conclusiones

El hematoma pulmonar ocurre como consecuencia de la ruptura vascular y posterior hemorragia hacia el parénquima pulmonar debido a un traumatismo torácico, como causa más frecuente. El hematoma espontáneo es poco frecuente y favorecerse por la anticoagulación, trombocitopenia o trastornos del tejido conectivo. En el caso del paciente, factores como la enfermedad por COVID 19 que ocasiona daño alveolar difuso y congestión vascular, asociado a co-

agulopatía de la terapia ECMO, podrían ser los principales causales. Tomográficamente se observa una masa de bordes indefinidos, que evoluciona a bordes circunscritos. Pueden cavitarse y sobreinfectarse, conllevando a la formación de un absceso pulmonar. El tratamiento suele ser conservador en ausencia de complicaciones. El tratamiento en este paciente fue quirúrgico, y la justificación que sustentaba la resección del lóbulo inferior derecho, fue el grado de afectación lobular y el posible riesgo de complicación infecciosa del mismo. El VATS uniportal, al ser un procedimiento mínimamente invasivo, permitió además su pronta recuperación y egreso temprano postquirúrgico.

Referencias

- C. Lozano, A. González, M. Andreu et al., Hematoma pulmonar espontáneo en pacientes con COVID-19, Radiología, <https://doi.org/10.1016/j.rx.2021.10.005> Ribeiro L, et al. Spontaneous Pulmonary Hematoma as a Complication of Anticoagulant Therapy. Arch Bronconeumol. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.arbres.2018.02.010> Lewis BT, Herr KD, Hamlin SA, Henry T, Little BP, Naeger DM, Hanna TN. Imaging Manifestations of Chest Trauma. RadioGraphics. 2021; 41:0000–0000.

CASOS CLÍNICOS

Secuestro pulmonar Intralobar en adulto complicado con empiema

Colunche Narvaez C, Zavaleta Nuñez L

Hospital Regional Docente de Trujillo, Clínica Sánchez Ferrer

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Mujer de 49 años quien refiere TE 13 días con hemoptisis moderada asociado a fiebre, malestar general, baja de peso no cuantificado, dorsalgia y disnea al esfuerzo.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Antecedente de 2 hospitalizaciones por Neumonía en 2015 y 2020, COVID19 leve en junio 2021, vacunada para COVID19 con 3 dosis, niega otros antecedentes.

Examen físico

Hemodinamicamente estable, lúcida, febril, sin soporte O₂, sato₂ 98% FC 110x, AR: disminución de MV en base HTI.

Tratamiento

Se administro antibioticoterapia días antes de intervención quirúrgica. Se realizó una Lobectomía pul-

monar inferior izquierda encontrándose una arteria pulmonar anómala procedente de aorta torácica descendente distal de paredes ligeramente calcificadas y friable de diámetro aprox. 8mm insertada en segmentos basales (FIGURA 2). Patología de pieza quirúrgica informada como secuestro pulmonar intralobar infectado.

Evolución y/o resolución del caso

Paciente con evolución post quirúrgica y clínica favorable.

Discusión / Conclusiones

El secuestro pulmonar es una rara anomalía congénita donde un segmento o lóbulo de pulmón no presenta comunicación con el resto del árbol traqueobronquial, recibiendo su irrigación arterial por uno o más vasos de la circulación sistémica. Puede tener su propia envoltura pleural (extralobar) como compartir la envoltura pleural con el pulmón normal (intralobar), esta última es más común con una incidencia reportada de 75% a 86%, predominantemente en el lóbulo inferior izquierdo, con mayor afectación en el segmento basal posterior, hallazgos similares a lo encontrado con nuestro paciente. La clínica puede cursar de forma asintomática, pero en otros la sospecha diagnóstica se basa en tos persistente asociada con hemoptisis, además teniendo como antecedente infecciones pulmonares recurrentes. El diagnóstico se realiza con angiotomografía de tórax con contraste y el tratamiento es quirúrgico en la mayoría de los casos. En el caso de nuestro paciente la clínica, las infecciones recurrentes y los hallazgos en imágenes nos llevaron al diagnóstico, la sobreinfección de esta lesión le conllevó a complicarse con tratamiento quirúrgico.

Referencias

- Chakraborty RK, Modi P, Sharma S. Pulmonary Sequestration. 2021 Jul 26. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. PMID: 30335347. Gabelloni M, Fagioni L, Accogli S, Aringhieri G, Neri E. Pulmonary sequestration: What the radiologist should know. Clin Imaging. 2021 May;73:61-72. doi: 10.1016/j.clinimag.2020.11.040. Epub 2020 Dec 3. PMID: 33310586.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS CLÍNICOS

Efectividad y seguridad de las biopsias transtorácicas eco guiada

Peraza J, Ariscain O, Atala C

Hospital Las Higueras

Introducción

Las modalidades de diagnóstico para las lesiones torácicas incluyen biopsias quirúrgicas y procedimientos mínimamente invasivos. el abordaje quirúrgico es un método confiable para diagnosticar enfermedades malignas y obtener una cantidad adecuada de tejido. Sin embargo, es invasivo, requiere anestesia general y no está exento de complicaciones asociadas. Por otro lado, los procedimientos mínimamente invasivos se clasifican en broncoscópicos (biopsia transbronquial guiada por ultrasonido endobronquial y la aspiración por aguja transbronquial convencional) y no broncoscópicos (biopsia transtorácica guiada por ultrasonido o por TC). Estos procedimientos resultan costo-efectivos para el diagnóstico de masas torácicas en comparación a los procedimientos quirúrgicos

Material y Métodos

Durante el periodo comprendido de enero 2018 a febrero 2022 se seleccionaron los pacientes a los que se punción transtorácicas ecodirigidas como meto diagnóstico. Se realizaron un total de 44 punciones con sus respectivas muestras evaluadas por anatomía patológica. El procedimiento se realizó en pabellón ambulatorio previo rastreo ecográfico de las lesiones con transductor convex de 5 MHz, con técnica de antisepsia, anestesia local, incisión con bisturí N11 y biopsia con aguja tipo trucut semiautomática de 16 G. se obtuvieron de 4 a 6 muestras. Todos los pacientes se controlaron con rastreo ecográfico global y radiografía de tórax evaluados por un segundo operador.

Resultados

De un total 44 paciente se logró resultados en 43 pacientes lo que corresponde al 97% con una tasa de complicaciones que no supera el 6% siendo esta tos con expectoración hemoptoica que se autolimito.

Conclusiones

Las punciones transtorácicas ecodirigidas han demostrado ser procedimientos seguros y con una alta tasa de efectividad diagnostica. Fácilmente replicables con la experticia adecuada del operador. Por lo tanto, lo recomendamos como procedimiento diagnostico en caso de lesiones torácicas.

CASOS CLÍNICOS

Tumor fibroso solitario pulmonar

Moya E, Lopez C, Pijal F, Villacres L

SOLCA NUCLEO DE QUITO

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Varón de 47 años, que acude a facultativo en julio del 2021 por presentar dolor torácico acompañado de insuficiencia respiratoria leve.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Masculino de 47 años sin antecedentes de importancia.

Examen físico

Respiratorio: murmullo vesicular abolido en todo el campo pulmonar derecho.

Tratamiento

Toracotomía derecha + resección de masa tumoral

Evolución y/o resolución del caso

Paciente asintomático con buena evolución posquirúrgica, pendiente evolución con controles de imagen para decidir tratamiento con radioterapia.

Discusión / Conclusiones

DISCUSIÓN: El SFT suele presentarse como una masa solitaria, de superficie lisa y cápsula brillante adherida a la pleura, del 60 al 80% se originan en la pleura visceral. Solo se describen en la literatura algunos casos de SFT gigantes que cubren casi todo el espacio pleural, en la que se realiza procedimientos quirúrgicos radicales. En el caso de nuestro paciente se trata de un tumor solitario en cavidad pleural derecha que mide 28 x20 cm en diámetro CC y AP respectivamente, en el que fue necesario realizar toracotomía derecha. CONCLUSIONES: Los tumores fibrosos solitarios pleurales son patologías raras que se encuentran de forma incidental en pacientes adultos por sintomatología respiratoria a causa de la compresión por la masa tumoral. El caso se trata de un adulto que presentó sintomatología respiratoria encontrando una masa tumoral en TAC. Se realizó cirugía logrando reseca el tumor en su totalidad, tumor de 28x20cm de 3kg, con evolución postquirúrgica favorable, tomando en cuenta que la recurrencia es del 18,2% con tasa de mortalidad del 10% se mantiene en controles para evaluar la necesidad de radioterapia.

Referencias

- Ichiki, Y., Kakizoe, K., Hamatsu, T., Matsuyama, A., Suehiro, T., Tanaka, F., ... Sugimachi, K. (2017). Solitary fibrous tumor of the lung: a case report. *Surgical Case Reports*, 3(1).doi:10.1186/s40792-016-0286-7 Saynak, M., Veeramachaneni, NK, Hubbs, JL, Okumuş, D. y Marks, LB (2017). Tumores fibrosos solitarios de tórax: otra mirada desde la perspectiva oncológica. *Revista médica balcánica*, 34(3), 188-199. doi:10.4274/balkanmedj.2017.0350 Ershadi, R., Rahim, M., Abbasi, M., & Erfanian, R. (2018). Giant solitary fibrous tumor of the pleura. *Journal of Surgical Case Reports*, 2018(11).doi:10.1093/jscr/rjy270 Zuo, Z., Zhou, H., Sun, Y., Mao, Q., Zhang, Y. y Gao, X. (2020). Tumores fibrosos solitarios de rápido crecimiento de la pleura: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Annals of Translational Medicine*, 8(14), 890-890. doi:10.21037/atm-20-4974.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS CLÍNICOS

Outcomes of chest tube drainage for pneumothorax in congenital heart disease children

Minamoto F, Rocha Junio E, Mariani A, Barcelos R, Minamoto H, Terra R, Fernandes P.

Instituto do Coração - INCOR- FMUSP.

Introducción

The objective of this study is to evaluate outcomes of pleural drainage in children with the diagnosis of pneumothorax in a tertiary hospital focused on the treatment of cardiovascular diseases.

Material y Métodos

Cases series with all patients under 12 years old with the diagnosis of pneumothorax, who undergone pleural drainage in the period of 17 months at a single tertiary teaching hospital focused in cardiothoracic pathologies. Patients were collected in the institutional prospective database of pleural drainage and the outcomes were obtained through retrospective analysis of the medical records.

Resultados

32 patients were evaluated. The mean and the median age were 714 and 192 days, respectively. The most common type of tube used was the conventional chest tube (73%), with 16Fr diameter (92%). The procedure was effective in 94% of the cases and post chest tube insertion complications were minor, such as extrapleural positioning (6%) and tube displacement (6%). There were no cases of major bleeding or intrathoracic organs perforations. The mean and median drainage length time were 10 and 7 days, re-

spectively. Most of the procedures were performed by first-year thoracic surgery residents under supervision (70%). There was no statistical association between the surgeon's training level and occurrence of complications (OR=4.6; p=0.32), nor the presence of cardiomegaly (88%) or left laterality (OR=14.5; p=0.08). 27 patients had undergone previous cardiac surgery through median sternotomy and 85% still had the mediastinal tube placed by time of the pneumothorax. 6 patients had cardiac arrest former to pleural drainage due to the pneumothorax and the 30-day mortality was of 6%.

Conclusiones

Pleural drainage in children is a safe procedure with a high-resolution rate even performed by less experienced professionals, regardless of age, tube type or cardiomegaly. Mediastinal tube drainage has shown to be an ineffective measure to drain the pleural space after pleural violation through sternotomy.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS CLÍNICOS

Impacto da mudança da plataforma Si para o Xi na diminuição do tempo cirúrgico de lobectomias pulmonares robóticas: estudo retrospectivo brasileiro

Brandão de Rezende B, Roque Assumpção L, Haddad R, Mingarini Terra R, Garcia Marques R

Hospital Israelita Albert Einstein, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Universidade de São Paulo.

Introducción

Neste trabalho vamos avaliar o impacto da plataforma robótica Da Vinci Xi no tempo de console e verificar se plataformas cirúrgicas mais modernas influenciam na diminuição do tempo operatório. Há associação da mudança da plataforma Si para Xi na diminuição do tempo de console controlado para outros fatores?

Material y Métodos

Estudo observacional retrospectivo multicêntrico RJ x SP, março de 2015 a agosto de 2021, com 291 submetidos a lobectomia pulmonar robótica. Variáveis de distribuição não paramétricas foram comparadas com teste não paramétrico com ranqueamento de Wilcoxon, nas categóricas, usamos teste de Chi-quadrado. Regressão de Poisson uni e multivariada para verificar associação entre fatores clínicos e cirúrgicos, e o tempo de console. Variáveis independentes: idade, sexo, complicação, equipe cirúrgica (cirur-

gia SP x RJ), tamaño da lesão, malignidade, dias de dreno, dias de CTI, tempo de internação e tipo de robô. Xi: introdução caso 100 (2017). Relação tempo de console e volume cirúrgico foi avaliada pela técnica Lowess. Escolhemos variáveis independentes para o modelo multivariado de regressão pela metodologia Backwise.

Resultados

Comparando variáveis demográficas dos casos Si e Xi, houve diferença relativa a idade, sexo, complicação, equipe cirúrgica (SP x RJ), tamanho, malignidade, dias de dreno, CTI, e internação, e tipo de robô. Usamos análise univariada nos cofatores preditores de tempo de console: idade, malignidade, cirurgia SP x RJ, dias de dreno, CTI, internação e tempo cirúrgico. Porém, ao serem avaliados por regressão multivariada, mantiveram-se cofatores independentes de tempo de console: dias de dreno, dias de CTI, volume cirúrgico, cirurgia SP x RJ, além de troca para Xi. Controlando variáveis significativamente relevantes, houve redução de 16% do tempo de console com o Xi, independente de outros cofatores. A curva LOWESS relaciona tempo de console e volume cirúrgico, considerando introdução da plataforma Xi em torno do caso 100.

Conclusiones

Concluimos que no modelo proposto, considerando os grupos SP e RJ, houve associação de redução do tempo de console com a mudança da plataforma Si para Xi, como preditor independente. A troca das plataformas parece acarretar tempos cirúrgicos menores em cirurgia torácica, considerando a lobectomia como o procedimento cirúrgico mais frequente.

CASOS CLÍNICOS

A propósito de un caso: Hernia diafragmática complicada con fistula colopleural

Cedeño Gutierrez A, Barba Pacheco J, Polit Zambrano F, Zurita Aguirre G, Daccach Plaza A

Universidad de Especialidades Espíritu Santo, Hospital Luis Ver-naza.

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Mujer de 48 años admitida por el área de emergencia tras ser derivada desde otra casa de salud bajo el diagnóstico de piotórax. Afebril 36°C, tos seca, algica, con un IMC de 31.1.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

hipertensión arterial y trauma penetrante de tórax a los 3 años a nivel de 8vo espacio intercostal izquierdo

Examen físico

Auscultación abolición del murmullo vesicular en hemitórax izquierdo, contubo torácico izquierdo con producción fecaloide

Tratamiento

toracotomía mayor donde observamos: coprotorax, paquipleuritis, hernia diafragmática con contenido de colon transverso y ángulo esplénico y epiplón mayor, fistula colopleural, múltiples adherencias frenoepi-ploicas y frenopleurales, abundantes sinequias. En conjunto con el servicio de cirugía general se realizó enterolisis y fistulectomía con entero rafia, logrando resolver la parte intestinal sin requerimiento de laparotomía exploratoria

Evolución y/o resolución del caso

Adecuada evolución postquirúrgica y pronta recuperación.

Discusión / Conclusiones

Las fistulas colopleurales son condiciones patológicas poco frecuentes que ponen en riesgo la vida los pacientes que las padecen. (1) En este caso en particular su formación se atribuye a un origen traumático producto de la colocación de tubo torácico ante el diagnóstico de hidroneumotorax tabicado. Es importante realizar un interrogatorio y examen físico exhaustivos a fin de obtener la mayor información posible de cada paciente ante imágenes aparentemente compatibles con hidroneumotorax tabicado. (2) (3)

Referencias

1. Haleem A. Colopleural fistula: Case report and review of the literature. *Annals of Thoracic Medicine*. 2008 Julio; 3(3): p. 108-109.
2. Barišič G, Krivokapič Z, Adžič T, Pavlovič A, Popovič M, Gojnič M. Fecopneumothorax and colopleural fistula – uncommon complications of Crohn's disease. *BMC Gastroenterology*. 2006 Junio 6; 6(17).
3. Hoch J, Pelichovská M, Janík V. [Fecothorax, gangrene and the diaphragm loss—a case review]. *Rozhl Chir*. 2004 Julio; 83(7).

CASOS CLÍNICOS

Resección de tumor tiroideo con extensión intratorácica asistido con circulación extracorpórea

Barba Pacheco J, Cedeño Gutierrez G, Zurita Aguirre G, Polit Zambrano F, Alcántaro Montoya M;

HOSPITAL LUIS VERNAZA

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente de sexo masculino de 54 años de ocupación arquitecto, con cuadro clínico de 6 meses de evolución caracterizado por masa palpable indurada e indolora en región cervical, con diagnóstico citológico obtenido por PAAF de carcinoma papilar de tiroides, con tiroidectomía total incompleta por extensión intratorácica del lobulo tiroideo izquierdo.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Hipertensión arterial controlada con losartán 50 mg cada día, actualmente con tratamiento de reemplazo hormonal por hipotiroidismo post quirúrgico con levotiroxina 150 ug cada día.

Examen físico

Cuello: masa indurada central con mayor volumen palpable en región cervical izquierda y cicatriz de cervicotomía previa.

Tratamiento

El tratamiento quirúrgico fue exitoso con remoción completa del tumor tiroideo asistido con circulación extracorpórea por el difícil control del sangrado transoperatorio que ocurrió durante la disección.

Evolución y/o resolución del caso

Evolución post operatoria favorable. El reporte final fue bocio multinodular con carcinoma papilar de tiroides multifocal encapsulado bien delimitado, que no rebasa la capsula, y tiroiditis. Con un tamaño tumoral de 12 x 8 x 6.5 cm, sin evidencia de malignidad en los linfonodos obtenidos. Estadío patológico pT3bN0M0.

Discusión / Conclusiones

Para nosotros este fue un caso desafiante que merece ser publicado debido a que existen pocas publicaciones en la literatura médica sobre la exéresis de carcinomas tiroideos con extensión intratorácica asistido con circulación extracorpórea. La reconstrucción 3D preoperatoria del tumor tiroideo intratorácico y la cir-

culación extracorpórea fueron claves para la resolución exitosa del caso.

Referencias

- Tsilivigkos C, et al. Substernal Thyroidectomy. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Cherian VK, et al. Excision of a Complicated Posterior Mediastinal Goiter Using CPB. December 2021. Nervi, M., et al. Thyroid carcinoma in intrathoracic goiter. Langenbeck's Arch Surg 383, 337-339 (1998).

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS CLÍNICOS

Fatores associados a curva de aprendizado em Cirurgia Torácica Robótica: análise retrospectiva inicial de dois grupos brasileiros

Brandão de Rezende B, Roque Assumpção L, Haddad R, Mingarini Terra R, Garcia Marques R

Universidade de São Paulo, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Hospital Israelita Albert Einstein.

Introducción

Vamos avaliar quais fatores podem impactar na curva de aprendizado de cirurgias em cirurgia torácica robótica. Há associação entre o tempo cirúrgico, complexidade de casos, tipo de plataforma robótica e proctoria durante a curva de aprendizado inicial? (primeiros 60 casos)

Material y Métodos

Estudo observacional retrospectivo multicêntrico RJ x SP, março de 2015 a setembro de 2020, com primeiros 58 casos de cada grupo, considerando curva de aprendizado entre 20°-40° casos. Variáveis de distribuição não paramétricas foram comparadas com teste não paramétrico e ranqueamento de Wilcoxon. Plotagem pela Análise CUSUM e plotagem do tempo de console pelos casos consecutivos utilizando Média atenuada -Lowess -para investigar o comportamento não paramétrico do tempo operatório. Regressão de Poisson uni e multivariada para estabelecer associação entre fatores clínicos/cirúrgicos e tempo de console. Variáveis independentes: idade, sexo, complicação, equipe (SP x RJ), tamanho, malignidade, dias de dreno, CTI e internação, e tipo de robô. Variáveis independentes para modelo multivariado de regressão pelo método Backwise. Grupo SP: todos os casos feitos com Si, e por ser um dos primeiros em Cirurgia Torácica, foi proctorado por um Cirurgião Geral. Grupo RJ: todos os casos realizados com Xi e proctorado pelo Grupo SP.

Resultados

Comparando variáveis demográficas clínicas e cirúrgicas dos casos RJ x SP encontramos diferenças significativas: tamanho do tumor, tipo de robô (Xi/Si), complicação, dias de dreno, CTI e internação. Utilizamos análise univariada nos cofatores preditores de tempo de console: tipo de robô, dias de dreno, tamanho, complicações, dias de CTI e internação. Porém ao serem avaliados por regressão multivariada mantiveram-se como cofatores independentes de tempo de console: dias de dreno, complicações, cirurgia SP x RJ e mudança do tipo de robô. Apesar da curva CUSUM e análise univariada demonstrarem curva de aprendizado mais rápida no grupo RJ em relação ao SP, a análise multivariada mostrou inversão do ângulo da curva de aprendizado com fatores independentes considerando coeficiente beta

Conclusiones

O estudo sugere que houve interferência de fatores como complexidade de casos cirúrgicos, proctoria realizada por cirurgião experiente e plataforma cirúrgica utilizada, considerando estes facilitadores relevantes no momento da implementação da formação do cirurgião torácico robótico.

CASOS CLÍNICOS

Manejo conservador del trauma traqueo-bronquial: Reporte de un caso y revisión de la literatura

Quintero M, Vera R, Carvajal J, Olivera D, Hernandez D

Cap. Futuros cirujanos - Asocolcirugía, Hospital Erasmo Meoz,

INTORAX

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Femenina de 23 años de edad quien ingresó remitida de un hospital de primer nivel con cuadro clínico menor a 24 horas, dado por caída de 9 metros de altura con secundario trauma cerrado de tórax. Al ingreso presenta disnea, taquipnea y desaturación a oxígeno ambiente.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Paciente con antecedente de asma desde la infancia, sin otros antecedentes de importancia.

Examen físico

A su ingreso presentó intolerancia al decúbito supino, con enfisema subcutáneo en hemitórax derecho que

se extiende a cuello y cara ipsilateral, a la auscultación con estertores y crepitantes bibasales de predominio izquierdo. Se requirió de ventilación mecánica invasiva ante desarrollo de falla ventilatoria.

Tratamiento

Paciente desde su ingreso con necesidad de soporte vasopresor y ventilatorio invasivo, se llevó a broncoscopia, evidencia de contusión de todo el árbol bronquial, mucosa lacerada, edematizada en ambos bronquios fuente, y con hematoma y sangrado que no permite acceso a bronquio segmentario.

Evolución y/o resolución del caso

Toracostomía cerrada con fistula broncopleurales de bajo gasto, se logra extubación 4 días posteriores a broncoscopia. Control médico al día 21 de su ingreso, toracostomía cerrada con baja producción serosa sin evidencia de fistula broncopleurales, control broncoscópico sin evidencia de lesiones en vía aérea, al día siguiente se decide retiro de toracostomía cerrada. Se da egreso al día 28.

Discusión / Conclusiones

Las lesiones de la vía aérea tienen un alto compromiso de la vida de los pacientes, son entidades de muy baja incidencia y que tienen poca relación con los traumas cerrados de tórax, sin embargo, es la presentación con peor pronóstico de este tipo de traumatismo.¹ Por lo general, en este tipo de pacientes, lo esperado es el enfoque quirúrgico, no obstante, existen condiciones en las que las medidas invasivas pueden generar aún más complicaciones dada la agresión quirúrgica. Un manejo quirúrgico, ofrece la oportunidad de valorar y reparar la lesión de forma inmediata, sin embargo, en pacientes muy selectos, existen condiciones que permiten optar por un enfoque conservador, al permitir, asegurar la vía aérea y la estabilización hemodinámica de los pacientes, sin embargo, las lesiones que complementen la integridad de la pared traqueo-bronquial pueden suponer un obstáculo en este tipo de abordaje. Aunque la literatura no cuenta aún con protocolos específicos para el tratamiento de estas lesiones, es necesario caracterizar los pacientes. Finalmente, concluimos que el manejo conservador puede ser opción de manejo en pacientes con lesiones traumáticas del árbol bronquial. El uso de la ventilación mecánica y la toracostomía, facilitaron la re-expansión pulmonar.

Referencias

Grewal HS, Dangayach NS, Ahmad U, Ghosh S, Gildea T, Mehta AC. Treatment of Tracheobronchial Injuries: A Contemporary Review. Chest. 2019 Mar;155(3):595-604. doi: 10.1016/j.chest.2018.07.018. Epub 2018 Jul 27. PMID: 30059680; PMCID: PMC6435900.

CASOS CLÍNICOS

Torsión pulmonar posterior a lobectomía, una complicación infrecuente: Reporte de un caso

Guerrero Serrano P, Avellaneda D, Carmona E

Hospital Universitario Nacional de Colombia

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente masculino en seguimiento ambulatorio por cáncer papilar de tiroides, se documentó en tomografía de tórax nódulo pulmonar sólido de 10mm sospechoso, fue llevado a resección presentando sangrado mayor que requirió conversión a cirugía abierta y lobectomía inferior derecha.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Diabetes tipo 2

Examen físico

Paciente con evolución favorable, se logró retiro de soporte vasopresor y extubación, con disminución de producción por toracostomía derecha por lo que se retiró. Al cuarto día presentó evolución tórpida, con deterioro ventilatorio, desaturación con requerimiento de oxígeno suplementario e hipoventilación del hemitórax derecho.

Tratamiento

Paciente sometido a revisión quirúrgica con evidencia de torsión del lóbulo medio con cambios isquémicos reversibles posterior a detorsión, mucosa bronquial con mejoría de perfusión y luz permeable en fibrobroncoscopia intraoperatoria.

Evolución y/o resolución del caso

Paciente tolera extubación en postoperatorio inmediato. Al cuarto día postoperatorio tuvo empeoramiento clínico y radiológico considerando edema pulmonar unilateral por síndrome de reperfusión, con trombosis venosa segmentaria pulmonar, manejada con anticoagulación y ventilación mecánica no invasiva con mejoría, toleró retiro de oxígeno con resolución de síntomas y egreso.

Discusión / Conclusiones

La torsión pulmonar es una complicación infrecuente pero con una elevada morbimortalidad. Los estudios más usados para el diagnóstico precoz son la broncoscopia y la tomografía. Dai et al, describen que la mayor incidencia de torsión se da posterior a resección pulmonar, siendo más frecuente en hombres y documentada principalmente al 4 día postoperatorio, como lo reportado en el presente caso. Es fundamental el diagnóstico precoz y la alta sospecha de torsión pulmonar en pacientes llevados a cirugía torácica con un deterioro rápido y progresivo de la función pulmonar, donde la intervención temprana disminuye la necesidad de resecciones pulmonares adicionales.

Referencias

Grewal HS, Dangayach NS, Ahmad U, Ghosh S, Gildea T, Mehta AC. Treatment of Tracheobronchial Injuries: A Contemporary Review. Chest. 2019 Mar;155(3):595-604. doi: 10.1016/j.chest.2018.07.018. Epub 2018 Jul 27. PMID: 30059680; PMCID: PMC6435900.

CASOS CLÍNICOS

Hemangioma cavernoso intramuscular del serratus major: Diagnóstico diferencial posquirúrgico

Quintero Contreras M, Rubiano Pedroza J, Barrera Zapa L

Comite Departamental de Cancer de Pulmon Norte de Santander, Universidad de Pamplona

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente masculino de 28 años, valorado por cirugía general con tres meses de evolución, presenta masa en pared torácica región subescapular derecha, móvil, normo térmica y dolorosa a la palpación, no refiere antecedentes de interés, por lo que se ordena (RM) de pared torácica lateral contrastada, diagnóstico tumor de tejidos blandos en pared de tórax.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Los tumores primarios de la pared torácica, incluidos los tumores óseos y de tejidos blandos, representan aproximadamente el 2% de los tumores primarios, dentro de este gran grupo se encuentran los hemangiomas, que son clasificados como neoplasias benignas

Examen físico

Radiología intervencionista reporta biopsia percutánea no conclusiva. patología resaltan hallazgo de un

pequeño foco con una proliferación fusocelular con ligera atipia

Tratamiento

El servicio de cirugía de tórax programa para resección de tumor en la pared del tórax y reconstrucción de pared,

Evolución y/o resolución del caso

Patología informa reporte compatible con hemangioma cavernoso intramuscular

Discusión / Conclusiones

Los hemangiomas intramusculares son relativamente raros (0,8% de los hemangiomas),.Algunos estudios señalan la RM como la mejor prueba complementaria actual para el diagnóstico y el estudio de extensión, resaltando el diagnóstico inicial preoperatorio y las conclusiones diagnósticas de patología postquirúrgica.

Referencias

- Boye E, Yu Y, Paranya G, Mulliken JB, Olsen BR, Bischoff J. Clonality and altered behavior of endothelial cells from hemangiomas. *J Clin Invest* 2001; 107: 745-752. Saad DF, Shehata BM, Patrick E, Gow KW. Intramuscular hemangioma of the abdominal wall. *J Pediatr Surg.* 2006 Mar;41(3):601-2. doi: 10.1016/j.jpedsurg.2005.11.086. PMID: 16516647. Takehiro Okumura, Hisao Asamura, Haruhiko Kondo, Yoshihiro Matsuno, Ryosuke Tsuchiya, Hemangioma of the Rib: a Case Report, *Japanese Journal of Clinical Oncology*, volumen 30, número 8, agosto de 2000, páginas 354-357, <https://doi.org/10.1093/jjco/hyd097>.

TRABAJO CIENTÍFICO - ESTUDIOS CLÍNICOS

Parálisis diafragmática unilateral tratada mediante plicatura diafragmática

Vargas J, Vargas V, Rivas A, Fernandez E

Hospital Metropolitano de Santiago - HOMS.

Introducción

La parálisis diafragmática es causada generalmente por una disfunción o lesión iatrogénica del nervio frénico homolateral, la cual interviene con la función normal del diafragma es por esto que a los pacientes que cursan con disnea sintomática y dependencia ventilatoria, se le debe realizar una plicatura quirúrgica para estabilizar el diafragma previniendo a los movimientos paradójicos durante la inspiración, lo que mejora la mecánica ventilatoria.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de recolección de la base de datos en el sistema TELVENT del Hospital Metropolitano de Santiago-HOMS, en pacientes con parálisis diafragmática unilateral adquirida.

Resultados

Evaluamos objetivamente nuestros resultados (paciente con seguimiento estricto por consulta externa) donde notamos que después del manejo quirúrgico (plicatura diafragmática) en estos casos por parálisis al parecer por iatrogénica por cirugías previas que al practicarles pruebas de función pulmonar posterior a la intervención, se encontró significativa mejoría. Brindándoles así, una gran mejoría de su calidad de vida.

Conclusiones

La plicatura quirúrgica diafragmática se realiza en casos de eventraciones y parálisis, la primera es secundaria a la ausencia congénita de musculatura diafragmática funcional y lo mencionamos porque estos son dos procesos diferentes sin embargo se corrigen con técnicas quirúrgicas similares. Aunque la mayoría de los casos de parálisis del nervio frénico no requieren cirugía las mayorías de las eventraciones sí, sin embargo los estudios indican que hasta ahora no existe mejor abordaje para tratar esta patología, considerando la frenoplicatura como la mejor opción terapéutica para los pacientes sintomáticos (8). Esto se puede demostrar con los resultados, donde se ofrecen mejoras significativas en la calidad de vida respiratoria y la función pulmonar así como menor estadía hospitalaria y menos complicaciones postoperatorias.(4-5).

CASOS CLÍNICOS

Hallazgo incidental de secuestro pulmonar en paciente con empiema

Gamboa C, Guido W, Mata A, Bolaños A, Mainieri J

Hospital Calderón Guardia

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Se trata de un paciente masculino de 66 años, con antecedente de haberse precipitado de un segundo piso, sufriendo trauma de tórax cerrado de 2 meses de evolución, quien asocia disnea de moderados esfuerzos, progresiva, malestar general, sensación febril y pérdida de peso no cuantificada.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Padece de hipertensión arterial, dislipidemia, antecedente de cardiopatía isquémica con doble stent coronario y en tratamiento con antiagregantes plaquetarios y antihipertensivos.

Examen físico

Normotenso, taquicárdico, afebril. Ruidos cardíacos rítmicos, auscultación de campos pulmonares con murmullo vesicular abolido en hemitórax izquierdo.

Tratamiento

Se coloca sonda de drenaje pleural de 10 Fr, obteniendo alrededor de 700cc de líquido serohemático. Se decide llevar a sala de operaciones para toracoscopia, drenaje y decorticación pulmonar por sospecha de empiema. Se realiza VATS uniportal izquierdo, encontrando gran cantidad de coágulos y natas de fibrina, el pulmón presentaba una coraza que lo atrapaba en toda su extensión, el lóbulo inferior impresionaba tener adherencias duras hacia la aorta y la pared torácica, se evidenciaron al menos 4 ramas arteriales provenientes de la aorta que irrigan el pulmón, denotando un secuestro pulmonar. Por lo anterior, se procede a realizar una lobectomía inferior izquierda, drenaje y decorticación del lóbulo superior izquierdo.

Evolución y/o resolución del caso

El cultivo resultó positivo por pseudomonas aeruginosa multisensible, recibiendo terapia antibiótica endovenosa y posteriormente egresado con tratamiento oral dado buena evolución clínica.

Discusión / Conclusiones

El secuestro pulmonar es una masa de tejido pulmonar que no se comunica con la vía respiratoria central y que recibe su aporte sanguíneo a través de la circulación sistémica. El diagnóstico se fundamenta en la detección de la irrigación anómala a través de un vaso de la circulación sistémica, usualmente proveniente de la aorta descendente hacia tejido pulmonar no funcional, generalmente aislado del árbol traqueo-bronquial. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección y su realización mediante cirugía videoasistida es muy segura; hacer el diagnóstico preoperatorio permite conocer la localización del vaso anómalo previamente y evitar accidentes quirúrgicos que pueden ser fatales; esto es cada vez más fácil con el desarrollo de las imágenes, sin embargo es necesario conocer esta patología para sospecharla.

Referencias

1. Mayoral-Campos V, Carro-Alonso B, Guirola-Ortiz JA, Benito-Arévalo JL. Pulmonary sequestration. Arch Bronconeumol [Internet]. 2013;49(3):129-30.
2. Vázquez Sánchez V, Pascual Pérez S, Lorenzo Dorta C, Camacho Romero J, Díaz Mallo L. Secuestro pulmonar en radiografía simple de tórax. Cuándo sospecharlo y por qué. Semergen. 2015;41(5):e39-40. .

CASOS CLÍNICOS

Lobectomía superior izquierda por rats de tumor carcinoide atípico con invasión a la arteria pulmonar

Terra R, Rocha E, Chirichela I, Sepafora A, Zurita G

INCOR-HC-FMUSP

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Paciente de 38 años, con antecedente de COVID, acude a control por disnea de un mes de evolución

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Tabaco: niega COVID: abril 2021

Examen físico

KARNOFSKY: 90% Sat: 96% aa Tórax simétrico, expansibilidad conservada Pulmones murmullo vesicular conservados bilateralmente

Tratamiento

Lobectomía superior izquierda por RATS: tumor en íntimo contacto con la arteria pulmonar principal se decide heparinizar y mediante control vascular se logra disección de la arteria pulmonar izquierda con disección de los ramos arteriales para el lóbulo inferior, resección de la pared arterial infiltrada con resultado histológico de congelación negativo se realiza arterografía * Estadificación anatomopatológico (AJCC 8a edición): pT2b N2

Evolución y/o resolución del caso

Lobectomía superior izquierda y rafia de arteria pulmonar izquierda por RATS, evolución satisfactoria; estadio pT4N2MO, sin adyuvancia ni radioterapia

Discusión / Conclusiones

Los tumores carcinoideos son raros, de crecimiento lento, afectan entre 40 a 50 años, asintomáticos (1), de localización central, la cirugía es la única opción curativa, los carcinoideos atípicos tienden a producir

recurrencia local (2) Mujer de 38 años, antecedente de COVID con “disnea”, lesión tumoral en Rx de tórax; TAC de tórax lesión en el LSI de 5cm que envuelve al bronquio y arteria pulmonar izquierda, sin infiltración bronquial. Lobectomía superior izquierda con planeamiento pre-quirúrgico y abordaje por RATS, resección de pared lateral de la arteria pulmonar izquierda y rafia. Estadio T4N2MO, sin adyuvancia ni radioterapia.

Referencias

Medina F., Mendoza D., Andrade O., Carcinoid crisis in the post-operative period in a patient with carcinoid cardiac disease. Acta colombiana de cuidado intensivo. ScienceDirect (4) (2019) pp. 263-270 - Morán C., et al, Typical and atypical carcinoid tumors of the lung: a clinicopathological correlation of 783 cases with emphasis on histological features. Human Pathology, ELSEVIER, (98) (2020) pp. 98-109

CASOS CLÍNICOS

Linfangioleiomiomatosis pulmonar: una entidad pulmonar poco frecuente

Chaparro G, Guggiari R, Acosta L, **Guggiari B**, Benitez B

Sanatorio Adventista

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Femenino de 41 años, del área rural que consulta por disnea de 30 días de evolución, de inicio insidioso, progresivo, inicialmente a grandes esfuerzos y luego a medianos esfuerzos, 7 días antes del ingreso se agrega sensación de opresión en el hemitorax lado izquierdo por lo que acude con facultativo donde se le realiza una TAC de tórax.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Sin patología de base, con alergia a la dipirona. Niega hábitos tóxicos. Refiere cuadro previo de neumonía a Sars-Cov 2 en febrero 2022. Antecedente de oclusión tubérgica bilateral en el 2018.

Examen físico

La paciente ingresa en regular estado general, eupneica, sin requerimiento de oxígeno. Aparato respiratorio murmullo vesicular disminuido en hemitorax del lado izquierdo. Resto de la exploración física normal.

Tratamiento

Con fines diagnóstico y terapéutico se decide realizar una toractomía exploradora izquierda limitada, detectándose un pulmón sembrado de dilataciones aé-

reas distribuidas en forma difusa. Se practica resección de parte de la llingula para biopsia pulmonar. Así mismo se realiza abrasión y biopsia de la pleura parietal. Las características histopatológicas mostraron un patrón poliúístico representados por estructuras linfáticas con una pared fina muscular que comprometían el parénquima pulmonar alveolar, bronquiolo alveolar y bronquial concordante con Linfangioleiomiomatosis Pulmonar.

Evolución y/o resolución del caso

En el periodo post operatorio se mantuvo extubada sin requerimiento de ARM. Se procedió de a la ablación del tubo de drenaje pleural y obtuvo una recuperación favorable con indicación de alta sin complicaciones postoperatorias en planes de control y seguimiento por consultorio, prueba de función pulmonar y TAC de control. Se inicia tratamiento médico con Sirolimus 2mg/día.

Discusión / Conclusiones

La Linfangioleiomiomatosis (LAM) es una enfermedad pulmonar inusual, sobre todo en el sexo femenino en edad reproductiva. La característica de esta patología es la proliferación anormal de las células musculares lisas que de forma progresiva ocluyen las paredes de los vasos sanguíneos, linfáticos y bronquios. El gold standard para el diagnóstico final es la biopsia pulmonar donde la identificación precoz de la LAM determinará el pronóstico y calidad de vida.

Referencias

1. López-Romero, Stephanie & Barrera-Pérez, Hirian & Vargas, Gary & Cortés-Télles, Arturo. (2020). Linfangioleiomiomatosis pulmonar. No olvidar la importancia del neumotórax como expresión clínica inicial. REVISTA BIOMÉDICA. 31. 10.32776/revbiomed. v31i3.739.
2. Sathirareuangchai S, Shimizu D, Vierkoetter KR. Pulmonary lymphangioleiomyomatosis: A case report and literature review. Hawaii J Health Soc Welf. 2020;79(7):224-9.
3. McCormack FX, Gupta N, Finlay GR, Young LR, Taveira-DaSilva AM, Glasgow CG, et al. Official American thoracic society/Japanese respiratory society clinical practice guidelines: Lymphangioleiomyomatosis diagnosis and management. Am J Respir Crit Care Med [Internet]. 2016 [citado el 30 de marzo de 2022];194(6):748-61.

CASOS CLÍNICOS

Secuestro pulmonar extralobar y pectus carinatum, asociación poco frecuente

Espinal Martínez A, Medina Lozano L, Gil F, Carvajal J, Rodríguez C

Hospital Militar Central

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Motivo de consulta: "Pecho de paloma" Enfermedad actual: Paciente de 15 años de edad natural y procedente del departamento del Tolima; asiste a consulta externa de cirugía de tórax por presencia de deformidad de la pared torácica consistente con Pectus Carinatum asociada a hiperlaxitud y estrias en región dorsal del tórax. Durante estudios de extensión se realiza CT de tórax que revela lesión hiperdensa en lóbulo inferior izquierdo.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Paciente sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de importancia Revisión por sistemas: tos ocasional, sin pérdida de peso o infecciones respiratorias en infancia o adolescencia.

Examen físico

Signos vitales normales Aumento del diámetro anteroposterior del tórax con protrusión de la pared anterior. Presencia de estrias cutáneas en región dorso-lumbar e hiperlaxitud.

Tratamiento

Chaleco de compresión dinámica para pectus carinatum. En relación al secuestro pulmonar se decidió llevar resección quirúrgica del mismo por videotoracoscopia.

Evolución y/o resolución del caso

Paciente asintomático, tolerando chaleco de compresión dinámica, con adecuada evolución clínica.

Discusión / Conclusiones

De las deformidades congénitas de la pared torácica el pectus carinatum es la menos frecuente, presentándose 1 en cada 1500 nacidos vivos. En niños y adolescente puede ofrecerse el chaleco de compresión dinámica para el tratamiento definitivo y no quirúrgico en casos seleccionados. El secuestro pulmonar es la segunda anomalía pulmonar congénita más frecuente, presentándose hasta en el 6% de la población general; siendo la presentación extralobar una presentación poco usual. Para establecer el diagnós-

tico de secuestro pulmonar es necesario confirmar la presencia irrigación arterial sistémica anormal. El suministro arterial es más común desde la aorta torácica descendente, y el drenaje venoso es más frecuente desde la vena pulmonar. En los pacientes jóvenes, los síntomas son inespecíficos, desde tos seca ocasional hasta hemoptisis y las infecciones respiratorias y neumonías son frecuentes. El tratamiento quirúrgico es curativo. Hasta la fecha no hay casos reportados en la literatura de coexistencia de pectus carinatum y secuestro pulmonar extralobar.

Referencias

- Corbett HJ, Humphrey GM. Pulmonary sequestration. Paediatr Respir Rev. 2004 Mar;5(1):59-68. Wei Y, Li F. Pulmonary sequestration: a retrospective analysis of 2625 cases in China. Eur J Cardiothorac Surg. 2011 Jul;40(1):e39-42

CASOS CLÍNICOS

Seminoma mediastinal primario: a propósito de un caso

Espinal Martínez A, Medina Lozano L, Gil F, Carvajal J, Rodríguez C

Hospital Militar Central

Historia actual del caso: motivo de consulta, síntomas

Masculino de 22 años, acude por dolor en hemitorax izquierdo de 15 días de evolución, que irradia región posterior dorsal baja y anterior, de inicio insidioso, tipo puntada, con toque inspiratorio, presentándose de forma intermitente. Acude con facultativo quien le solicita una TAC de tórax.

Antecedentes mórbidos y epidemiológicos

Paciente sin comorbilidades ni datos epidemiológicos relevantes, refiere alergia a la dipirona, niega cuadro previo de Neumonía a Sars-Cov2

Examen físico

La paciente ingresa en regular estado general, Aparato Respiratorio: MV disminuido en ambos campos pulmonares, predominio del lado izquierdo, no rales, no sibilancias. Resto de exploración física sin particularidades.

Tratamiento

Se decide intervención quirúrgica realizándose Toracotomía axilar izquierda más colocación de DCT, en la cual el hallazgo fue de un tumor a nivel de mediastino anterior de consistencia sólida elástica de aproxima-

damente 6 cm sin adherencias firmes a estructuras adyacentes por lo que se logra la excéresis completa de dicha tumoración sin complicaciones. Se envía material para estudio de Anatomía Patológica de la pieza quirúrgica.

Evolución y/o resolución del caso

El paciente presenta buena evolución postoperatoria siendo dado de alta al 8 día post quirúrgico, con el diagnóstico anatomopatológico de tumor seminal maligno tipo seminoma, confirmado por inmunomarcación, clasificado como primario mediastinal no habiéndose detectado foco primario en gónadas. Actualmente en seguimiento por oncología iniciando el esquema de PEB, con la utilización de drogas de cisplatino, etoposido y bleomicina.

Discusión / Conclusiones

El dolor torácico es uno de los signos más frecuentes en la neumología, en donde el médico se ve obligado a descartar las posibles causas del mismo. Los tumores mediastinales que se originan por una anomalía a nivel de origen embriológico, los extragonadales son alrededor del 50-75 % y 10-15 % corresponden a las masas mediastinales anteriores. La sospecha de este tipo de patologías es primordial para el diagnóstico correcto y eficaz, para realizar una conducta terapéutica adecuada que para disminuir la mortalidad de esta enfermedad.

Referencias

1. Hernández-Benedicto R, Pila-Pérez R, Rosales-Torres P. Tumor de células germinales primario de mediastino (seminoma de mediastino). AMC. 2019;23(1):95-103.
2. Ruiz-Morales, J. J., Paredes-Cortés, E. D., Marín-Rincón, H. A., Barrios-Arroyave, F. A., & Grisales-Gutiérrez, C. E. (2019). Seminoma clásico extragonadal en estadio III. CES Medicina, 33(3), 231-240. <https://doi.org/10.21615/cesmedicina.33.3.9>.
3. Keita IK, Nazario-Dolz AM, Falcón-Vilariño GC, Castillo-Toledo L, Rodríguez-Fernández Z, Romero-García LI. Consideraciones en torno a los tumores del mediastino. Rev Colomb Cir. 2020;35:472-82. <https://doi.org/10.30944/20117582.460>

