

Seccional: CIRUGÍA TORÁCICA

PECTUS EXCAVATUM Y CARINATUM: 101 CASOS OPERADOS

Drs. C. Suárez, R. Berríos, J. Lemus, F. Suárez, FR. Suárez, L. Rodríguez

(Clínica Santa María, Hospital FACH, Universidad de Chile, Universidad del Desarrollo)

Introducción: Los *Pectus excavatum* y *carinatum* se presentan como la malformación más frecuente de la pared torácica anterior, existe reportes de tratamiento en nuestro país, 21 casos de J. Lemus y cols (Cuad Chil Cir 28:121-125, 1984), 42 casos en el trabajo de ingreso de C. Suárez (Rev Chil Cir 47(6):569-579,1995), tratados con extirpación condroesternal y malla de Márlex la mayoría de ellos. Ahora presentamos la experiencia acumulada por nuestro grupo hasta 2007.

Pacientes y Método: Se analizan 101 pacientes operados por nuestro grupo desde 1990 a 2007, 20 con técnica de Ravitch clásica, 42 con resección esternocondral y reemplazo con malla de polipropileno y los 21 últimos de cirugía abierta con técnica mixta de Ravich modificado y malla como sostén o hamaca. Además realizamos 18 pacientes con técnica de Nuss o barra.

Resultado: Se evaluó resultado cosmético y estabilidad de la pared. Todas las técnicas lograron estabilidad de la pared luego de 3 semanas, sin embargo, las técnicas con malla y barra se hicieron estables en forma inmediata. El resultado estético fue satisfactorio en el 60% de los pacientes sometidos a técnica de Ravich en el largo plazo, y en el 90% de los pacientes operados con malla de polipropileno. Los pacientes con técnica de Nuss lograron satisfacción en un 100%, pero todos están aún con la barra puesta y el tiempo de seguimiento es aun reducido. Complicaciones menores se presentaron en un 5% (dolor intenso, atelectasia, un hematoma de herida operatoria y una infección), no hubo mortalidad.

Discusión: La técnica de Ravich modificada con malla descrita por C Suárez en 1995 estabilidad

resultados cosméticos adecuados y mantenidos en el tiempo con una estabilidad de pared torácica adecuada desde un principio. La barra de Nuss está en evaluación pero los resultados iniciales parecen prometedores.

REPARACIÓN DE PECTUS EXCAVATUM, EXPERIENCIA SEGÚN MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE RAVITCH

Drs. L. Aguilera, G. Cardemil, J. Salguero, M. Alban, R. Loehnert, R. Piña, T. Poblete
(Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: El *Pectus excavatum* corresponde a una malformación de baja prevalencia. El tratamiento está relacionado con la corrección quirúrgica en base a plastias torácicas. El objetivo corresponde a realizar una revisión de la experiencia clínica en la reparación quirúrgica de pacientes con diagnóstico de pectus excavatum según modificación de técnica de Ravitch en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile.

Pacientes y Métodos: Análisis de todos los pacientes sometidos a cirugía reparativa de *Pectus excavatum*, con técnica de Ravitch modificada entre los años 1998 y 2007 en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile. Se revisan motivo de consulta, técnica quirúrgica, evolución postoperatoria, complicaciones y seguimiento de resultados clínicos.

Resultados: Se obtuvo un total de 20 pacientes, todos del sexo masculino. El promedio de edad fue de 19,6 años (16-26). La principal causa de consulta fue estética (100%). Un 33% presentó síntomas respiratorios incidentales al ingreso. El tiempo quirúrgico promedio fue de 3 horas. Todos los pacientes recibieron antibióticos en forma profiláctica, y analgesia peridural. No se requirió pleurostomía ni ventilación mecánica. Dos pacientes necesitaron reinserción del extremo proximal de pieza esternal. El promedio de estadía hospitalaria fue de 4,2 días.

No se registró mortalidad. El promedio de seguimiento fue de 6 meses. La evolución postquirúrgica fue evaluada en forma satisfactoria por todos los pacientes desde el punto de vista estético y funcional.

Discusión: Las alternativas de reparación quirúrgica de *Pectus excavatum* corresponden principalmente, a la técnica de Ravitch y Nuss, con sus diversas modificaciones. El uso de malla de polipropileno y la instalación inversa de a pieza resecada de la pared torácica, constituyen una variación de la técnica de Ravitch original, que ha demostrado resultados satisfactorios. Recomendamos la técnica de Ravitch con las modificaciones propuestas.

LESIONES BENIGNAS EN NÓDULOS PULMONARES INDETERMINADOS RESECADOS POR SOSPECHA DE NEOPLASIAS MALIGNAS

Drs. *J.R. Lucena Olavarrieta*
(Universidad Central de Venezuela)

En el despistaje de cáncer del pulmón, la diferenciación entre lesiones benignas y malignas es fundamental. En este estudio se describe la experiencia con los nódulos pulmonares indeterminados sugestivos por clínica e imagenología de malignidad, que resultaron ser benignos al estudio histopatológico de la pieza resecada. Se analizan retrospectivamente 780 pacientes con patología nodular del pulmón resecados en nuestra institución entre octubre de 1979 a agosto 1999. Se revisaron los estudios radiológicos, tomografía computarizada, informes de anastomía patológica. La tomografía por emisión de positrones fue ejecutada en 43. En relación a la técnica quirúrgica realizada, se dividieron en dos grupos, A cirugía abierta, B a videotoracoscopia.

Las neoplasias benignas se diagnosticaron en 140 nódulos (17,94%). La tomografía mediante emisión de positrones fue sugestiva de malignidad en 12, lesión benigna en 30; un estudio fue ininterpretable, 50 pacientes fueron sometidos a mediastinoscopia cervical, cervical y mediastinotomía anterior, y video-mediastinoscopia, 38 pacientes fueron sometidos a biopsia, 29 resultaron no diagnósticas, 5 negativas, y cuatro positivas para malignidad. El diagnóstico histológico detectó: granuloma infeccioso en el (65%), hamartomas en (12%), neumonía o neumonitis en (10%), fibrosis (4%), fístula arteriovenosa y otros en un (9%). La valoración clínica, junto a la avanzada tecnología de imágenes, y la biopsia por aspiración, son los estudios esenciales en los nódulos pulmonares indeterminados donde

se sospecha malignidad. Han de realizarse agresivos intentos para establecer el diagnóstico y tratamiento temprano en el cáncer pulmonar.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CÁNCER PULMONAR NO CÉLULAS PEQUEÑAS (CPNCP) ETAPA I

Drs. *C. Suárez, Ints. F. Suárez, L. Rodríguez, Als. FR. Suárez, S. Vogt, P. Valentin*

(Clínica Santa María, Universidad de Chile, Universidad del Desarrollo, Universidad Austral de Chile)

Introducción: El cáncer pulmonar es un problema de salud pública, con tasa de letalidad cercana a 90%. Al diagnóstico 80% son inoperables y menos del 10% etapa I.

Objetivos: Analizar las tasas de sobrevida e intervalo libre de enfermedad logradas en etapas precoces de CPNCP con tratamiento quirúrgico exclusivo y comparar estos resultados con los obtenidos por otros grupos.

Material y Método: Se seleccionó a los pacientes portadores de CPNCP etapa I que fueron diagnosticados y tratados desde enero de 1998 a marzo de 2006. Se registraron los datos en base excel. Se analizó tratamiento realizado, seguimiento, período libre de enfermedad y sobrevida. El análisis estadístico se realizó con programa computacional Minitab 13 utilizando el método de Kaplan Meier y la sobrevida actuarial.

Resultados: Se analizó a un total de 116 pacientes, de los cuales eran 59% varones y 31% mujeres. Tenían una edad promedio 64 años, fueron T1 el 61% y T2 el 39%, eran adenocarcinomas el 68% de la serie, 13% tenía antecedentes de otro primario. Resultaron fumadores 115 pacientes y la mitad sigue fumando. Fueron sometidos a lobectomía 84 pacientes (73%) y se asoció linfadenectomía mediastínica en 77%. La sobrevida global se mantiene en 89% a 5 años como en el reporte previo del año 2005. No hubo diferencia significativa en la sobrevida entre T1 y T2. Tampoco hubo diferencia significativa en la sobrevida entre lobectomía y resección económica. Estaban libres de enfermedad a 5 años el 79%. Fallecieron 15 pacientes, 6 de ellos por cáncer pulmonar diseminado.

Conclusión: Este grupo de pacientes con cáncer pulmonar Etapa I presenta tasas de sobrevida e intervalo libre de enfermedad comparables con los obtenidos por el grupo del NCC de Tokio y a los reportados previamente en nuestro grupo. La distribución epidemiológica es similar a las otras series nacionales publicadas.

TIMECTOMÍA TRANSESTERNAL EN MIASTENIA GRAVIS

Drs. C. Espinola, M. Bernal, C. Farina, G. Machain, O. Pizurno
(Clínica Quirúrgica Hospital de Clínicas. Paraguay)

Introducción: La *Miastenia gravis* es una enfermedad autoinmune que afecta los músculos voluntarios. La timectomía es una importante herramienta en su tratamiento. La vía transesternal permite reseca todo el tejido tímico y grasa del mediastino anterior, visualizando adecuadamente las estructuras vasculares.

Objetivo: Analizar los resultados de la timectomía en pacientes con *Miastenia gravis* y estudiar la morbimortalidad.

Material y Método: Estudio retrospectivo, observacional de corte transversal de pacientes con diagnóstico de *Miastenia gravis* sometidos a timectomía transesternal, durante el período de 10 años.

Resultados: Hubo predominio del sexo femenino 75%. El promedio de edad de 26,48 años. El tiempo de evolución de enfermedad fue 2,24 años. Según la clasificación de Osserman 7 pacientes se encontraron en etapa IIIB. El riesgo operatorio se realizó según la escala ASA; predominio ASA II: 6 casos; todos se sometieron a timectomía transesternal, con duración media de la intervención de 155 minutos.

En el 75% se produjeron lesión pleural uni o bilateral, las complicaciones postoperatoria fueron: 1 caso de neumonía intrahospitalaria, 2 infecciones de herida operatoria.

Durante el seguimiento postoperatorio 1 de ellos se encuentra en remisión completa, 1 paciente sin mejoría clínica y el resto de los pacientes se encuentran con mejoría clínica con descenso de la dosis de la medicación.

Conclusión: La timectomía transesternal es un procedimiento seguro que proporciona un alto índice de respuestas clínicas satisfactorias en pacientes con MG, con pocas complicaciones intra y postoperatorias.

1042 SIMPATECTOMÍAS (SVT) PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERHIDROSIS (HH)

Drs. C. Suárez, Ints. F. Suárez, L. Rodríguez, Als. FR. Suárez, S. Vogt, P. Valentin
(Clínica Santa María, Universidad de Chile, Universidad del Desarrollo, Universidad Austral de Chile)

Introducción: Se realiza SVT hace 17 años para el tratamiento de HH, logrando satisfacción entre 90

y 99% de los pacientes. La reinervación simpática (3-18%), el síndrome de Horner (1-8%), la sudoración compensatoria severa (3-30%) y las complicaciones pleurales (1-4%) son los problemas o complicaciones de la técnica. Hace 4 años presentamos nuestra experiencia inicial con 100 SVT, y hace uno 720. El objetivo del presente trabajo es evaluar los resultados después de 1042 SVT.

Material y Método: Se estudian 1042 SVT consecutivas, realizadas en 521 pacientes entre diciembre 2002 y agosto 2007. En todos los casos se operó bilateralmente con anestesia general y tubo doble lumen. La SVT se efectuó por dos canales de trabajo axilares de 5 mm. Se mantuvo la técnica descrita en el trabajo previo con uso de bisturí ultrasónico, resección de T3 y T4 para hiperhidrosis axilar y palmar, y de T2 exclusivamente para hiperhidrosis facial. Mantenemos un registro prospectivo en base de datos excel de la satisfacción, complicaciones y sudoración compensatoria.

Resultados: La satisfacción global de los pacientes fue 99,8%. Morbilidad: un síndrome de Horner (0,096%), una lesión de arteria intercostal (0,096%), dos neumotórax residuales (0,19%), un derrame pleural leve (0,096%), cuatro pacientes con sudoración compensatoria severa (0,77%), una paciente con persistencia de la sudoración en ambas palmas (0,19%) y tres reinervaciones (0,58%). Todos estos resultados son mejores que los reportados por nosotros previamente con 100 y 720 simpatectomía, ya que no ha habido nuevas complicaciones. No fue necesario convertir en ninguna operación. No hubo mortalidad.

Conclusión: La SVT demuestra ser un procedimiento prácticamente sin morbilidad y altamente satisfactorio para el tratamiento de la HH, donde la experiencia del grupo tratante mejora los resultados y disminuye las complicaciones. La aparición de sudoración compensatoria puede ser predecida y evitada en grupos con experiencia.

TORACOSCOPIA VIDEOASISTIDA EN EL MANEJO DE LOS QUISTES BRONCOGÉNICOS MEDIASTINALES EN LOS ADULTOS

Drs. J.R. Lucena Olavarrieta
(Universidad Central de Venezuela Cátedra de Técnica Quirúrgica)

Los quistes broncogénicos mediastinales son raramente diagnosticados en los adultos, así que, la experiencia es limitada particularmente con relación a su manejo por cirugía torácica video asistida. El propósito de este estudio es describir la expe-

riencia con esta rara entidad. Entre julio 1992 y diciembre 1999, una serie no seleccionada de 24 pacientes en los que se estableció el diagnóstico de quiste broncogénico. Por clínica, radiología, tomografía axial computarizada y resonancia magnética nuclear fueron sometidos a cirugía torácica video asistida. El 50% tenían diagnóstico previo entre 4 y 22 años antes de la operación, seis llegaron a presentar sintomatología. En los pacientes asintomáticas en catorce la cirugía fue realizada motivado al aumento de tamaño en 6, a solicitud del paciente en 6, o sospecha de malignidad en 3. Los quistes mediastinales fueron correctamente diagnosticados por tomografía computada en el 83% y por resonancia magnética nuclear en el 100%. La toracoscopia fue realizada exitosamente utilizando tres trocares en el 92% de los casos. En un paciente fue necesaria la conversión a cirugía abierta debido a las extensas adherencias pleurales. En todos los pacientes se logró la resección completa del quiste. Los pacientes sometidos a resección toracoscópica experimentaron menor dolor, y la permanencia en las salas de hospitalización tuvo un promedio de 4,5 días con un rango entre 3 y siete. No se presentaron recurrencias o complicaciones durante el seguimiento promedio de 30 meses. Tomando en consideración los bajos porcentajes de conversión y complicaciones en nuestra serie, la cirugía torácica video asistida es la primera elección terapéutica en los adultos con quiste broncogénicos sintomáticos. La intervención en pacientes con quiste asintomático y sin complicaciones debería ser considerada por sus ventajas innegables.

TRATAMIENTO DEL QUILOTÓRAX MEDIANTE VIDEOTORACOSCOPIA

Drs. J.L. Rocabado, Int. C. Derosas, R. Zuleta, G. Hurtado

(Servicio de Cirugía Hospital San José, Universidad de Santiago de Chile)

Introducción: La etiología del quilotorax es múltiple, entre las más frecuentes encontramos las secundarias a neoplasias, traumatismos quirúrgicos y no quirúrgicos, idiopáticas, etc. Es preciso realizar un diagnóstico y tratamiento precoces, para prevenir la potencial morbilidad y mortalidad que acarrea dicha patología. Se proponen diferentes formas de tratamiento que van desde una terapia conservadora hasta el tratamiento quirúrgico.

Objetivo: Presentar la experiencia del tratamiento videotoracoscópico del quilotorax, efec-

tuando ligadura Supradiafragmática del conducto torácico.

Pacientes y Métodos: El estudio considera cinco pacientes no consecutivos que ingresaron al servicio de cirugía, 3 provenientes del servicio de Urgencia y 2 desde policlínico de cirugía. Los diagnósticos de ingreso fueron diversos teniendo en común como procedimiento la pleurotomía. La sospecha fue clínica por débito aumentado de líquido lechoso al primer y segundo día post pleurotomía y se confirmó fístula quillosa por estudio fisicoquímico del líquido.

Técnica operatoria: A través de sonda nasogástrica se administra crema de leche mezclada con 200 gr de azul de metileno una hora antes de la intervención. Intubación doble lumen con exclusión del pulmón derecho, paciente en decúbito lateral izquierdo, se instalan tres trocares. Se procede a disecar la pleura mediastínica y buscar el conducto inmediatamente sobre el diafragma a la derecha de la aorta descendente entre el esófago por delante y la vena ácigos por detrás. Se individualiza el conducto atribuido directamente a la sustancia grasa teñida, se liga el conducto con dos clips metálicos incluyendo pleura mediastínica.

Resultados: Se obtuvo resolución inmediata en todos los casos. En el seguimiento a un año de los cinco pacientes no se observaron complicaciones relacionadas con el procedimiento.

Conclusión: Dado los excelentes resultados de esta técnica, preconizamos la realización de ésta en forma precoz para así evitar el deterioro inmunológico-nutricional del paciente, y lograr hospitalización de corta estadía.

MANEJO AMBULATORIO DEL DERRAME PLEURAL NEOPLÁSICO

Drs. J.L. Rocabado, Int. C. Derosas, R. Zuleta, G. Hurtado

(Servicio de Cirugía Hospital San José, Universidad de Santiago de Chile)

Introducción: Los pacientes con ciertos tipos de cáncer en etapas avanzadas pueden presentar derrames pleurales, y en este caso el tratamiento frecuentemente es la toracocentesis o la pleurotomía, hecho que los obliga a permanecer hospitalizados, trayendo consecuencias emocionales e impacto en la administración de recursos hospitalarios.

Objetivos: Buscando mejorar la calidad de vida de personas con este problema, que en su mayoría son terminales, se presenta el manejo ambulatorio del derrame pleural neoplásico (DPN) mediante la

implementación el uso de la Válvula de Heimlich (VH) y los resultados obtenidos.

Pacientes y Métodos: El grupo de estudio corresponde a 17 pacientes de los cuales el 35% eran hombres y el 65% mujeres. Las etiologías correspondieron a cáncer de mama (41%), de Pulmón (23%), mesotelioma (12%) y metástasis (18%). Utilizando elementos de uso corriente en nuestro hospital se buscó manejar esta patología de forma ambulatoria. Previo consentimiento informado y utilizando un protocolo estricto de inclusión, a todos se les realiza pleurotomía, drenaje e instalación de VH y posterior pleurodesis. El seguimiento se realizó semanalmente en Policlínico.

Resultados: El débito inicial en las primeras 24 hr fue 0,8 litros promedio. La duración del drenaje fue 5 a 30 días con un promedio de 12 días. Se efectuó pleurodesis con talco al 100%. Se rehospitalizaron 3 pacientes por distintas causas. Por lo que el manejo fue estrictamente ambulatorio en el 70,5 % de los casos. No se reportó mortalidad asociada al procedimiento.

Conclusión: Se observa que es una técnica segura y efectiva para el manejo del DPN, con la cual se puede evitar la hospitalización logrando el objetivo propuesto de mejorar la calidad de vida del paciente, y de manera indirecta optimizar el recurso de camas y de personal en el manejo de esta patología.

SÍNDROME DE HAMMAN: UNA ENFERMEDAD BENIGNA MAL DIAGNOSTICADA

Drs. C. Alvarez, A. Jadue, F. Rojas, C. Cerda, M. Ramírez, P. Riveros, C. Cornejo
(Equipo de Cirugía de Tórax CABL, Int. Medicina USACH)

Introducción: El síndrome de Hamman o neumomediastino espontáneo (NME) es una entidad poco habitual. Las manifestaciones más frecuentes son el dolor torácico, la disnea y el enfisema subcutáneo torácico y cervical. Generalmente mal diagnosticado y de favorable evolución.

Objetivo: Presentar los NME atendidos por el Equipo de Cirugía Torácica desde enero de 2002 hasta marzo de 2007 y realizar una revisión actualizada.

Material y Método: De los registros del Equipo se seleccionaron los casos cuyo diagnóstico de egreso fue NME. Se realizó una búsqueda en Catálogo Bello, LILACS, PubMed y SciELO.

Resultados: Se identificaron 8 pacientes, y hombres. La edad promedio fue 25 años. Siete pacientes presentaban algún factor predisponente.

Cuatro pacientes presentaron factores desencadenantes. El síntoma y signo más frecuente fue el dolor torácico y el enfisema subcutáneo respectivamente. Todos los pacientes fueron estudiados con radiografía de tórax. En 7 se efectuó además TC de tórax. Sólo uno presentó como diagnóstico de ingreso NME. En 7 se efectuó además TC de tórax. Todos fueron manejados en forma conservadora y sin cirugía con evolución favorable. Se pesquisó sólo una recidiva al año del alta.

Discusión: Existe escasa literatura, sólo se han publicado pequeñas series respecto a las características epidemiológicas y las formas de presentación. En Chile se han reportado solo dos casos. Se presenta de preferencia en jóvenes. Sin embargo, es frecuente que no sea reconocido al ingreso y su presentación cause alarma. Habitualmente su manejo es médico y su evolución benigna.

Conclusiones: Nuestra serie confirma el manejo conservador y su favorable evolución. El cuadro debe ser diagnóstico diferencial del dolor torácico en pacientes jóvenes.

TUMOR MIOFIBROBLÁSTICO INFLAMATORIO INTRATORÁCICO. PRESENTACIÓN COMO SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR EN UN NIÑO

Drs. G. Cardemil, A. Campos, J.C. Díaz, M. C. Sarmiento, S. Osorio, G. Inostroza, A.M. Herrera, J. Pilassi, Int. T. Ramírez
(Hospital Clínico Universidad de Chile)

Introducción: El tumor miofibroblástico inflamatorio (TMI) es una neoplasia poco frecuente, se origina en tejidos blandos, más frecuente en niños o adultos jóvenes. Su presentación como síndrome de vena cava superior (SVCS) es extremadamente rara. Nuestro objetivo es reportar un caso de TMI en mediastino con SVCS secundario en una niña de 6 años.

Material y Método: Paciente de 6 años, sexo femenino, presenta cuadro de aumento de volumen cervical y supraclavicular asociado a compromiso de estado general, disnea progresiva y poliadenopatías. Consulta en hospital pediátrico realizándose Tac de Tórax abdomen y pelvis que muestra masa mediastínica anterior de carácter infiltrativo, con obstrucción 2º de VCS. Biopsia por toracoscopia no concluyente y de ganglio supraclavicular que descarta linfoma. Se presenta caso en el Departamento de Cirugía del HCUCH, complementando estudio con Angiotac Helicoidal

de tórax abdomen y pelvis: extenso proceso infiltrativo en mediastino y retroperitoneo hasta pelvis, con compromiso 2º de la VCS. Se decide tratamiento quirúrgico.

Resultados: Se realiza resección completa de masa mediastínica, bypass con vena colónica entre vena ácigos y vena cava superior, bypass venoso tronco braquiocefálico izquierdo a aurícula derecha, resección de intestino delgado (íleon), más biopsia de tumor retroperitoneal. Las biopsias confirman TMI. Angiografía a los 14 días postoperatorio con adecuado flujo del bypass derecho sin permeabilidad a izquierda. Evoluciona favorablemente, permanece anticoagulada.

Discusión: Los TMI han sido descritos en prácticamente todos los órganos, sin embargo es poca la experiencia reconocida para su tratamiento, los síntomas son por compresión de órganos vecinos y no existen métodos de detección temprana. Reportes en la literatura con series de casos muy limitados demuestran que es un tumor benigno con proliferación de miofibroblastos no metastásica con potencial de recurrencia y persistencia de crecimiento local, por lo que la resección quirúrgica parece ser esencial para un buen pronóstico.

LINFANGIOMATOSIS PULMONAR DIFUSA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Drs. V. Fonseca, A. Baquerizo, W. Muñoz, F. Barrientos, C. Jarpa

(Departamento de Cirugía, Hospital Dr. H. H. Aravena, Universidad de La Frontera. Temuco)

Introducción: La linfangiomatosis pulmonar es una infrecuente entidad clínico-patológica, que afecta a los linfáticos pulmonares. Se considera histopatológicamente benigna; pero en la mayoría de los casos su curso es progresivo, apareciendo variada morbimortalidad. El quilotórax es una manifestación de la enfermedad. En su presentación localizada se utiliza cirugía, pero en las formas difusas se ha utilizado la radioterapia como terapéutica, quedándole a la cirugía un rol diagnóstico y tratamiento de complicaciones. Se presenta el caso clínico, estudio diagnóstico, tratamiento y evolución de una paciente con Linfangiomatosis pulmonar difusa.

Observación clínica: Mujer, 27 años, previamente sana. En Junio de 2005 presenta cuadro catalogado como neumonía y tratado con antibióticos orales. Persisten cuadros respiratorios a repetición, compromiso del estado general persistente y

disnea progresiva. Seis meses después con mayor dificultad respiratoria, dolor torácico con tope inspiratorio y baja de peso. Estudio demuestra derrame pleural derecho. Toracocentesis evidencia quilotórax, siendo derivada a nuestro servicio por esta causa. TAC de tórax demuestra: derrame pleural derecho, imágenes centrolobulillares y "en brote" pulmonares izquierdas. Sin otros hallazgos en su estudio. Por compromiso parenquimatoso se decide biopsia pulmonar por videotoracoscopia que diagnostica: Linfangiomatosis pulmonar difusa. Durante su estudio aumenta el quilotórax derecho, apareciendo luego a izquierda; se instalan drenajes pleurales bilaterales. Dado su compromiso difuso y bilateral se plantea radioterapia en ambos campos fraccionada a bajas dosis. Evoluciona post-tratamiento con desaparición casi completa de los derrames, requirió de corticoides orales e inhalatorias transitoriamente, recuperando actividad normal, con significativa mejoría clínica y moderada de sus parámetros espirométricos.

Comentario: El diagnóstico de certeza de esta patología debe ser histológico. Evidenciamos en este caso la favorable respuesta clínica y radiológica con incipiente mejoría de sus parámetros espirométricos. Aunque debemos mantener controles a largo plazo para evaluar evolución de la función pulmonar.

MANEJO DE QUISTE PERICÁRDICO POR VIDEOTORACOSCOPIA

Drs. H. Alvarez M., J. Armijo H., F. Benavides A., M. Castillo R.

(Equipo de Cirugía Torácica, Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios, Departamento de Cirugía Occidente. Universidad de Chile)

Introducción: Los quistes pericárdicos constituyen una anomalía poco frecuente del mediastino medio. Se presenta un caso clínico manejado por videotoracoscopia y se revisa la experiencia internacional.

Caso Clínico: Hombre de 60 años, asintomático respiratorio. Portador de cáncer de próstata quien en estudio de diseminación se realizó una radiografía de tórax que mostró una masa radiodensa paracardiaca derecha. Estudio complementario con Tomografía Computada de tórax mostró un quiste de paredes delgadas y homogéneas que no refuerza con medio de contraste.

Se realiza cirugía resectiva asistida con videotoracoscopia. El paciente se colocó en decúbito dorsal con ventilación monopolmonar. Se utilizó un

trocax de 10 mm en 6 EIC LAM y dos trocaxes de 5 mm, uno periareolar y otro en 5 EIC LAA.

El paciente es dado de alta a los 5 días. No se presentaron complicaciones en el perioperatorio. Se encuentra en excelentes condiciones a un mes de la intervención.

Biopsia confirma sospecha clínica de quiste pericárdico.

Discusión: El manejo de los quistes pericárdicos aun es controversial. Se ha planteado manejo mediante observación, punciones a repetición y resección quirúrgica completa.

Conclusiones: La resección de quiste pericárdicos por VATS es factible y es una técnica segura y efectiva.

LESIONES CARDÍACAS INADVERTIDAS: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS

Drs. J. Armijo H., H. Alvarez M., F. Benavides A., M. Castillo R.

(Equipo de Cirugía Torácica, Servicio de Cirugía, Hospital San Juan de Dios, Departamento de Cirugía Occidente Universidad de Chile)

Introducción: Clásicamente las lesiones penetrantes cardíacas son sospechadas en pacientes con heridas en la región precordial e inestabilidad hemodinámica requiriendo manejo con toracotomía de urgencia. Algunos pacientes no presentan inestabilidad hemodinámica, lo que puede llevar a que lesiones cardíacas pasen inadvertidas.

Casos Clínicos: Ambos pacientes ingresaron al servicio de urgencia con heridas torácicas izquierdas, compromiso hemodinámico que se recupera con aporte de volumen y hemotórax izquierdo manejado con pleurostomía. Los pacientes fueron estudiados con Radiografía de tórax seriada, ECG y Ecocardiografía. Evolucionan estables desde el punto de vista hemodinámico y son dados de alta. El primero de ellos reingresa por cuadro de pericarditis purulenta y el segundo por hemotórax masivo; ambos fueron intervenidos por toracotomía anterior izquierda y evolucionan favorablemente.

Discusión: En el primero de los pacientes solo se realizó seguimiento con radiografías de tórax, y en su reingreso se estudió con Ecocardiografía que demostró derrame pericárdico, lo cual motiva la cirugía. El segundo de los pacientes fue estudiado desde su ingreso con Radiografía de Tórax, ECG que muestra extrasístoles ventriculares frecuentes y se le realizaron un total de cuatro Ecocardiogramas que no fueron concluyentes en demostrar

derrame pericárdico, siendo este último un elemento distractor para el diagnóstico.

Conclusiones: Si bien existen exámenes que ayudan en el diagnóstico de lesiones cardíacas (Rx de tórax, troponina, electrocardiograma, ecocardiograma), lo más importante sigue siendo la sospecha clínica.

LINFANGIOMA CERVICOMEDIÁSTÍNICO GIGANTE: CASO CLÍNICO

Drs. R. Berrios, C. Suárez, J. Lemus, J. I. Fernández
(Equipo de Cirugía de Tórax Clínica Santa María, Universidad de Valparaíso)

Introducción: Los linfangiomas de mediastino son una afección poco frecuente, presentándose principalmente en población pediátrica; su diagnóstico suele ser en la infancia, al igual que su tratamiento, por lo que su presentación en adultos es rara y principalmente sintomática. En adultos el tratamiento es casi siempre quirúrgico, existiendo alternativas como la radioterapia y el uso de sustancias esclerosantes como el OK42, principalmente en niños. El objetivo de este trabajo es reportar el manejo quirúrgico de un caso de linfangioma mediastínico en un paciente adulto.

Materiales y Métodos: Se presenta el caso de una mujer de 27 años de edad cursando un embarazo de 10 semanas, que consulta por tos y disfagia, la radiografía de tórax y TAC muestran una masa cervicomedial derecha, quística y multilobulada de 15 x 10 cm; la RNM no muestra compromiso vascular y se realiza una punción bajo TAC, obteniéndose componente linfático. Se decide en conjunto con la paciente diferir su tratamiento posterior al parto. Controlada a los dos meses del parto con nuevo Angio TAC y reconstrucción se evidencia un aumento de un 40% de la lesión. Se decide la resolución quirúrgica.

Resultados: La lesión es abordada por una cervico-esternotomía parcial, con resección completa de la lesión y timectomía parcial derecha; logrando una disección completa y cuidadosa de los grandes vasos. La paciente presenta una buena evolución, siendo dada de alta a los cinco días. Actualmente con 6 meses de seguimiento postoperatorio, sin evidencias de recidiva.

Discusión: Los linfangiomas son principalmente quísticos, en adultos son raros y su mejor opción de tratamiento es la resección quirúrgica, sin embargo, se debe considerar el uso de radioterapia localizada en bajas dosis para lesiones pequeñas o post cirugía para evitar las recidivas o el uso de esclerosantes en lesiones quísticas simples.

**SIMPATECTOMÍA POR VIDEOTORACOSCOPIA:
TUBO SIMPLE CON INSUFLACIÓN CON CO₂,
PLEURA V/S TUBO DOBLE LUMEN**

Drs. R. Berrios, R. Vega, J. Farías, C. Polanco
(Equipo de Cirugía de Tórax Clínica Santa María, Servicios de Cirugía Torácica, Cardiovascular y Anestesiología. Hospital FACH, Santiago)

Introducción: La hiperhidrosis axilopalmar afecta un 0,75% de la población, pudiendo afectar en forma importante la calidad de vida. La simpatectomía por videotoracoscopia (VTC) es una técnica que soluciona en forma definitiva este problema. Para visualizar la cadena simpática torácica se requiere una caída adecuada del pulmón, mediante ventilación monopulmonar (VMP) con tubo de doble lumen; pudiendo ser dificultosa con eventuales períodos de desaturación, además de tener mayor costo.

Objetivo: Comparar el uso de tubo simple e insuflación pleural (IP) de CO₂ con el uso de tubo de doble lumen para realizar la Simpatectomía.

Material y Métodos: Análisis prospectivo de pacientes propuestos para simpatectomía desde Diciembre de 2006 a Julio de 2007. Se utilizó tubo

simple e insuflación de CO₂ a 5 mmHg en 15 pacientes y tubo de doble lumen en otros 10, según tabla de randomización. Se evaluaron cambios en SO₂, hemodinamia, presión de vía aérea (PVA), y visibilidad del campo quirúrgico.

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes en total, edad promedio 20 años, todos ASA I. En 15 pacientes se usó la técnica con IP y en 10 con VMP, 5 pacientes presentaron desaturación con VMP, mientras que no hubo desaturación con IP. La presión arterial sistólica presentó una caída máxima de 17% en el grupo de VMP y de 21% en el grupo de IP. La PVA promedio fue de 25,3 en la VMP y 15,5 en el grupo de IP. La visibilidad fue muy buena en todos los casos, excepto en 3 pacientes operados con VMP.

Conclusiones: La técnica de simpatectomía por VTC con tubo simple e IP resultó ser al menos igual que con el uso de VMP, siendo más fácil y menos traumática la intubaciones, teniendo muy buena visibilidad.

Discusión: La intubación endotraqueal con tubo simple, e IP con CO₂, parece ser una técnica segura, simple, económica y efectiva para esta cirugía.