

A 3D anatomical model of a human torso and shoulder, rendered in blue and gold tones. The model shows the ribcage, spine, and shoulder joint. The background is a dark blue gradient.

SE
CT

**I CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE CIRUGÍA TORÁCICA**

DEL 5 AL 7 DE MAYO DE 2010, MÁLAGA



COMITÉ DE HONOR

Su Majestad el Rey Don Juan Carlos I

Excma. Sra. Ministra de Sanidad y Política Social
Dña. Trinidad Jiménez García-Herrera

Excma. Sra. Consejera de Salud de Andalucía
Dña. María Jesús Montero Cuadrado

Excmo. Sr. Alcalde de Málaga
D. Francisco De La Torre Prados

Excma. Sra. Rectora de la Universidad de Málaga
Dña. Adelaida de la Calle Martín

Sr. Director del Hospital Universitario Carlos Haya Málaga
D. Antonio Pérez Rielo

COMITÉ DE CONGRESOS

Coordinador:

Nicolás Moreno Mata

Vocales:

Javier Aragón Valverde
Antonio Álvarez Kindelán
Carlos E. García Franco
David Saldaña Garrido
Xavier Baldó i Padró

COMITÉ DE CONGRESOS LOCAL

Coordinador:

Agustín Benítez Doménech

Vocales:

Ricardo Arrabal Sánchez
Carlos Pagés Navarrete
Roberto Mongil Poce
Enrique Bermejo Casero
José Antonio Ruiz Navarrete
Javier Roca Fernández
Luís Caparrós Sepúlveda

JUNTA DIRECTIVA

Presidente:

Guillermo Ramos Seisdedos

Secretario:

Federico González Aragonese

Tesorero:

Fernando Sebastián Quetglás

Vocal MIR:

Elena Fernández Martín

COMITÉ CIENTÍFICO

Coordinador:

José Manuel Rodríguez Paniagua

Vocales

Eva García Fontán

Norberto Santana Rodríguez

Carlos Simón Adiego

Emilio Canalís Arrayas

José Marcelo Galbis Caravajal

Madrid, Abril de 2010

Estimados amigos, quiero daros la bienvenida al I Congreso de la Sociedad Española de Cirugía Torácica; y es sin duda una bienvenida especial, porque se trata de nuestro primer Congreso, pensado y organizado con ilusión por parte de un importante número de cirujanos torácicos españoles.

Después de la reunión celebrada en Madrid el pasado año, la Sociedad está dispuesta a afrontar el reto de la organización de un Congreso Nacional. La aportación de sus socios ha sido determinante; las muestras de apoyo incondicional al proyecto han animado a los miembros del Comité de Congresos, Comité Científico y Junta Directiva a liderar este proyecto, sin duda de envergadura.

Hemos trabajado con el objetivo de definir una estructura sólida, que sirva de encuentro y colaboración científica entre los cirujanos torácicos y miembros asociados de la especialidad. El resultado ha sido un ambicioso programa científico que ha encontrado el respaldo tanto de sus socios como de la industria farmacéutica, que decididamente han apostado por nuestra Sociedad.

Os esperamos en Málaga, donde Gibralfaro, en torno al cual los fenicios fundaron la ciudad, domina una ciudad acogedora como pocas, que combina la excelencia de su clima, de su gastronomía y la armonía de sus gentes.

Nicolás Moreno Mata

Coordinador del Comité de Congresos SECT



SE CT

I CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA TORÁCICA

MIÉRCOLES / 5-5-2010

18:30-20:30 Entrega de documentación

20:30-21:00 Acto de bienvenida

JUEVES / 6-5-2010

08:00 - 08:30 Entrega de documentación

08:30 - 10:00

SIMPOSIO: CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA

Patrocinio: Palex

Moderadores:

Carlos Baamonde Laborda. H. Reina Sofía, Córdoba

Jose María Gimferrer Garolera. H. Clinic, Barcelona

Presente y futuro de las resecciones robóticas

Raja Flores. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva York, EEUU

Linfadenectomía mediastínica por VATS

Gaetano Rocco. Pascale Foundation, Nápoles, Italia

Solución de problemas ante una resección pulmonar mayor por VATS

Miguel Congregado Loscertales. H. Virgen Macarena, Sevilla

La docencia y las resecciones por VATS

Juan Moya Amorós. H. de Bellvitge, Barcelona

10:00 - 11:00

COMUNICACIONES ORALES

Sesión D. Miguel Benzo González-Novelles

Moderadores:

David Saldaña Garrido. H. Ramón y Cajal, Madrid
Antonio Álvarez Kindelán. H. Reina Sofía, Córdoba

10:00 - 10:10

O-1. ¿Es útil la nueva clasificación TNM del cáncer broncogénico?

Sandra Martínez Somolinos, Matilde M. Rubio Garay, Edwin E. Mármol Cazas, Xavier Baldó Padró, Juan Carlos Penagos Tafurt, Fernando Sebastián Quetglás, María Del Mar García Gil. H. Universitari
Doctor Josep Trueta, Girona

Comentario: Ángel Carvajal Carrasco. H. Son Dureta, Palma de Mallorca

10:10 - 10:20

O-2. Angioplastias en carcinoma bronquial

Carlos Gálvez Muñoz, Juan Manuel Córcoles Padilla, Sergio Bolufer Nadal, Benno Baschwitz Gómez, Juan José Mafé Madueño, Luis Jorge Cerezal Garrido, Jack Ventura Catalá, José Manuel Rodríguez Paniagua. H. General Universitario, Alicante

Comentario: Miguel Catalán Biel. H. Clinic, Barcelona

10:20 - 10:30

O-3. Análisis de las citocinas HIF-1ALPHA Y VEGF en pacientes operados de carcinoma de pulmón no microcítico

Antonio Francisco Honguero Martínez (1), Pablo León Atance (1), Carlos Alberto Rombolá (1), María Dolores García Jiménez (1), Andrea Cabrera Pastor (2), Rafael Sirera (2), Patricia López Miguel (1), Ana María Del Rosario Núñez Ares (1). (1) Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, (2) H. General Universitario, Valencia.

Comentario: Antonio Torres García. H. Clínico U. San Carlos, Madrid

10:30 - 10:40

O-4. Biopsia ganglionar mediastínica videotoracoscópica: experiencia en 102 casos

Sergio Bernabé Moreno Merino, Gregorio Gallardo Valera, Ana Isabel Triviño Ramírez, Fernando Cozar Bernal, Florencio Quero Valenzuela, Juan Carlos Girón Arjona, Miguel Congregado Loscertales, Rafael Jiménez Merchán, Jesús Loscertales Abril. H. Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

Comentario: Federico González Aragoneses. H.G.U. Gregorio Marañón, Madrid

10:40 - 10:50

O-5. Morbilidad postoperatoria en neumonectomías por carcinoma pulmonar

Carlos Pagés Navarrete, Roberto Mongil Poce, Jose Antonio Ruiz Navarrete, Javier Roca Fernández, Luis Caparrós Sepúlveda, Agustín Benítez Domenech, Enrique Bermejo Casero, Ricardo Arrabal Sánchez. H. Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Comentario: José Miguel Izquierdo Elena. H. Donostia, San Sebastián

- 10:50-11:00** **O-6. La linfadenectomía transcervical mediastínica extendida (TEMLA) en la evaluación preoperatoria de pacientes con carcinoma pulmonar reseccable. Experiencia preliminar**
David Perez Alonso, Jose Ramón Cano García, Santiago Quevedo Losada, Néstor Betancort Rivera, Carmen Camacho, Luis López Rivero. H.G.U., Alicante
Comentario: José Luis Martín de Nicolás Serrahima. H. U. Doce de Octubre, Madrid
- 11:00 - 11:30** **DESCANSO-CAFÉ**
- 11:30 - 12:30** **COMUNICACIONES ORALES**
Sesión D. Antonio Caralps i Massó
Moderadores:
José Marcelo Galbis Caravajal. H.G. de Valencia
Benno Baschwitz Gómez. H. G. U. de Alicante
- 11:30 - 11:40** **O-7. Ventana pericárdica por cirugía videotoracoscópica**
Ana Triviño Ramírez, Fernando Cozar Bernal, Miguel Congregado Loscertales, Gregorio Gallardo Valera, Sergio B. Moreno Merino, Florencio Quero Valenzuela, Jesús Loscertales Abril, Rafael Jiménez Merchán. H. Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla
Comentario: Víctor Calvo Medina. H. U. La Fe, Valencia
- 11:40 - 11:50** **O-8. Resección combinada de metástasis hepáticas y pulmonares de carcinoma colorrectal**
José Ramón Jarabo Sarceda, Elena Fernández Martín, Rosa María Sánchez Muñoz, Lucía Milla Collado, Joaquín Calatayud Gastardí, Ana María Gómez Martínez, Florentino Hernando Trancho, Antonio José Torres Martínez. H. Clínico San Carlos, Madrid
Comentario: José Manuel Rodríguez Paniagua. H.G.U., Alicante
- 11:50 - 12:00** **O-9. Resultados a corto y largo plazo en el manejo quirúrgico-endoscópico con láser y mitomicina C de las estenosis laringo-traqueales idiopáticas: revisión de 12 casos**
Francisco Carracedo Calvo, Johannes Cárdenas Gómez, Ramón Vicente Verdú, Yury Bellido Reyes, José Luis Gil Alonso, Juan Carlos Vázquez Pelillo, Elena Corpa Rodríguez, Joaquín García Sánchez-Girón, Prudencio Díaz-Agero Álvarez. H. Universitario La Paz, Madrid
Comentario: Gaetano Rocco. Pascale Foundation. Nápoles, Italia
- 12:00 - 12:10** **O-10. Estudio comparativo del curso postoperatorio de resecciones pulmonares anatómicas: toracotomía vs VATS**
Roberto Mongil Poce, José Antonio Ruiz Navarrete, Javier Roca Fernández, Luis Caparrós Sepúlveda, Enrique Bermejo Casero, Carlos Pagés Navarrete, Agustín Benítez Doménech, Ricardo Arrabal Sánchez. H. Regional Universitario Carlos Haya, Málaga
Comentario: Raja Flores. Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva Cork, EEUU

12:10-12:20

O-11. Cirugía videotoroscópica de la hiperhidrosis: comparación entre clipaje y simpatectomía

Javier Perez Velez, Carlos Martínez-Barenys, Pedro López De Castro, Alicia Melero, Miguel Mesa Guzmán, Julio Astudillo. H. Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

Comentario: Ricard Ramos Izquierdo. H. de Bellvitge, Barcelona

12:20-12:30

O-12. Los ultrasonidos pulsátiles aceleran la consolidación de las fracturas costales en un modelo experimental: ¿una nueva alternativa terapéutica?

Norberto Santana Rodríguez (1), Elena Fernández Martín (2), Pedro Llontop Santisteban (1), Joaquín Calatayud Gastardi (2), Bernardino Clavo (1), David Pérez (3), Yanira Brito (1), M^a Dolores Fiuza (1). (1) H. Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, (2) H. Clínico San Carlos, Madrid, (3) H. Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Comentario: Antonio Álvarez Kindelán. H. Reina Sofía, Córdoba

12:30 - 13:15

CONFERENCIA

Presentador: Agustín Benítez Doménech. H.U. Carlos Haya, Málaga

El cerebro humano y los sentimientos en la vida del hombre

Dr. José Porta Tovar. Doctor en Psiquiatría

13:15 - 14:00

ACTO INAGURAL-ALOCUCIÓN PRESIDENCIAL

14:00 - 15:30

COMIDA

15:30 - 16:30

SIMPOSIO: INNOVACIÓN Y TECNOLOGÍA EN CIRUGÍA TORÁCICA

Moderadores:

*Antonio Cueto Ladrón de Guevara. H. Virgen de las Nieves, Granada
Félix Heras Gómez. H. Clínico U., Valladolid*

Nuevos materiales en Cirugía Torácica

Felix Heras Gómez. H. Clínico U., Valladolid

Historia de las suturas mecánicas

Fernando Sebastián Quetglás. H. Josep Trueta, Girona

Prevención de la fuga aérea prolongada

Youri Sokolow. Academic Erasme H. Bruselas, Bélgica

16:30 - 17:30

CASOS CLÍNICOS A DEBATE

Moderadores:

*Nicolás LLobregat Poyán. H. de la Defensa, Madrid
Xavier Baldó Padró. H. Josep Trueta, Girona*

Rotura diafragmática traumática

Ángel Francisco Carvajal Carrasco. H. Son Dureta, Palma de Mallorca

Melanoma primario bronquial

Ignacio Escobar Campuzano. H. de Bellvitge, Barcelona

Estadificación mediastínica invasiva mediante TEMPLA

Santiago Quevedo Losada. H. U. Insular, Las Palmas de Gran Canaria

17:30 - 18:00

DESCANSO-CAFÉ

Pase de Pósters: 1-15

Moderadores:

Rafael Jiménez Merchán. H. Virgen Macarena, Sevilla.

Milagros Moldes Rodríguez. Complejo Hospitalario, Santiago de Compostela

P-01. Experiencia en elastofibroma de pared torácica

Dionisio Espinosa Jiménez, Jennifer Illana Wolf, Paula Moreno Casado, Javier Algar Algar, Antonio Álvarez Kindelan, Francisco Cerezo Madueño, Carlos Baamonde Laborda, Angel Salvatierra Velázquez. Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba

P-02. Condrosarcoma de pared torácica

Carlos Gálvez Muñoz, Juan Manuel Córcoles Padilla, Sergio Bolufer Nadal, Juan José Mafé Madueño, Benno Baschwitz Gómez, Luis Jorge Cerezal Garrido, Mario Mella Laborde, Jack Ventura Catalá, José Manuel Rodríguez Paniagua. H. General Universitario, Alicante

P-03. Etiología y tratamiento del quilotórax

Inmaculada Piedra Fernández, Javier Ruiz Zafra, Sebastián Sevilla, Amira Alkourdi, Francisco Hernández, Clara Bayarri, Abel Sánchez-Palencia, Antonio Cueto. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada

P-05. Correlacion de la afectacion mediastínica con la estirpe y localizacion del tumor primario. Análisis de 2228 mediastinoscopias pronosticas en carcinoma bronquial.

José Carlos Meneses Pardo, M. Andrea Mariscal De Alba, Iván Martínez Serna, Fátima Hermoso Alarza, Francisco Pozo Rodríguez, Guillermo Aranda. H. Universitario 12 de Octubre, Madrid. Proyecto financiado por Beca SEPAR

P-06. Recurrencia de tumor carcinoide tras 20 años de una neumonectomía izquierda

Dionisio Espinosa Jiménez, Carlos Baamonde Laborda, Javier Algar Algar, Paula Moreno Casado, Jennifer Illana Wolf, Antonio Álvarez Kindelan, Francisco Cerezo Madueño, Angel Salvatierra Velázquez. Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba

P-07. Utilidad del epiplon mayor en cirugía torácica

Carlos Gálvez Muñoz, Juan Manuel Córcoles Padilla, Sergio Bolufer Nadal, Luis Jorge Cerezal Garrido, Juan José Mafé Madueño, Benno Baschwitz Gómez, Mario Mella Laborde, José Manuel Rodríguez Paniagua. H. General Universitario, Alicante

P-08. Sarcoma sinovial torácico primitivo

Inmaculada Piedra Fernández, Sebastian Sevilla, Amira Alkourdi, Francisco Hernández, Clara Bayarri, Javier Ruiz Zafra, Abel Sánchez-Palencia, Antonio Cueto Ladrón De Guevara. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada

P-09. Utilización de drenajes de silicona en el postoperatorio de cirugía de resección pulmonar

Guillermo González Casaurrán, Leyre Azcárate Perea, Jesus Isea Viña, Rafael Peñalver Pascual, Carlos Simón Adiego, Nicolás Moreno Mata, Federico González Aragoneses. H. General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

P-10. Tratamiento quirúrgico de la hernia diafragmática: nuestra experiencia

Gregorio Gallardo Valera, Sergio Bernabé Moreno Merino, Fernando Cózar Bernal, Ana Isabel Triviño Ramirez, Florencio Quero Valenzuela, Miguel Congregado Loscertales, Rafael Jiménez Merchán, Juan Carlos Girón Arjona, Jesús Loscertales Abril. H. Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla

P-11. Complicaciones y mortalidad de la cirugía por mediastinitis aguda

Jon Zabaleta Jiménez, Borja Aguinagalde Valiente, Marta Fuentes Gago, Nerea Bazterargui Fernández, José Miguel Izquierdo Elena, Carlos Hernández Ortiz, Pedro Martínez Seijas. H. Donostia, San Sebastián

P-12. Tratamiento quirúrgico de la infección esternal de origen iatrogénico

Begoña Gregorio Crespo, Sara De Cabanyes, Ángel Cilleruelo, Ángela Arévalo, Beatriz García-Rico, Manuel Castanedo, Jose Luis Duque, Félix Heras, Jose María Matilla. H. Clínico Universitario, Valladolid

P-13. Resultados y complicaciones de la cirugía del neumotorax espontáneo primario tratado mediante toracoscopia y pleurodesis con talco

Edwin Emilio Mármol Cazas, Sandra Martínez Somolinos, Fernando Sebastián Quetglás, Xavier Baldó Padró, Matilde Magdalena Rubio Garay, Juan Carlos Penagos Tafurt. H. Universitari Doctor Josep Trueta, Girona

P-14. Timectomía en pacientes con miastenia gravis

Félix Heras Gómez, Angela Arévalo Pardal, Cristina García Rico, Begoña Gregorio Crespo, José María Matilla González, Manuel Castanedo Allende, José Luis Duque Medina, Mariano García Yuste. H. Clínico Universitario, Valladolid

P-15. Terapéutica quirúrgica del neumotórax espontáneo secundario. Experiencia con 172 casos consecutivos.

Antonio Cueto Ladrón De Guevara, Javier Ruiz Zafra, Abel Sánchez-Palencia, Clara Bayarri, Inmaculada Piedra, Sebastián Sevilla, Amira Alkourdi, Francisco Hernández. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada

18:00 - 19:00

LA FORMACIÓN DE LOS MÉDICOS RESIDENTES

Moderadores:

*José Luis Martín de Nicolás. H. U. Doce de Octubre, Madrid
Eva María García Fontán. H. Xeral-Cies, Vigo*

Board Europeo. Situación Actual. Requisitos prácticos para el acceso al examen

Carlos E. García Franco. Clínica U. de Navarra, Pamplona

La formación desde el Pregrado

María Rodríguez Pérez. Alumna Interna H. Clínico San Carlos, Madrid

Las rotaciones externas. ¿Realidad o utopía?

Johannes Cárdenas Gómez, H. U. La Paz, Madrid

19:00 - 20:00

ASAMBLEA DE RESIDENTES

VIERNES / 7-5-2010

08:30 - 10:00 **SIMPOSIO: PATOLOGÍA PLEURAL**

08:30 - 09:30 **MESOTELIOMA PLEURAL**

Moderadores:

*Mercedes Canela Cardona. H. Vall D'Hebrón, Barcelona
Juan Lago Viguera. H. Ramón y Cajal, Madrid*

Cirugía radical. Pleuroneumonectomía extrapleuraleal

Raja Flores. Thoracic Service, Department of Surgery, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, Nueva York, EEUU

Pleurectomía-decorticación radical en el mesotelioma pleural

Antonio Martín-Ucar. Department of Thoracic Surgery, Nottingham University Hospitals NHS Trusts, Nottingham, Reino Unido

Puesta al día del tratamiento

Tom Treasure. Clinical Operational Research Unit, University College, Londres, Reino Unido

09:40 - 10:00 **NEUMOTÓRAX**

Moderadores:

*Víctor Calvo Medina. H. U. La Fe, Valencia
Rafael Rojo Marcos. H. de Cruces, Baracaldo*

Tratamiento quirúrgico del neumotórax espontáneo. De la toracotomía a la bullectomía toracoscópica. Encuesta nacional sobre el tipo de tratamiento

Begoña Granell Suárez. H. Central de Asturias, Oviedo

10:00 - 11:00 **COMUNICACIONES ORALES**
Sesión D. Plácido González Duarte

Moderadores:

*Santiago Quevedo Losada. H. U. Insular, Las Palmas de Gran Canaria
Pablo León Atance. Complejo Hospitalario, Albacete*

10:00 - 10:10 **O-13. Tratamiento quirúrgico del neumotórax espontáneo secundario a EPOC: ¿cuál debe ser el abordaje de elección?**

Roberto Mongil Poce, Javier Roca Fernández, José Antonio Ruiz Navarrete, Luis Caparrós Sepúlveda, Enrique Bermejo Casero, Carlos Pagés Navarrete, Agustín Benítez Doménech, Ricardo Arrabal Sánchez. H. Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Comentario: *Rafael Peñalver Pascual. H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid*

- 10:10 - 10:20** **O-14. Punción aspiración versus drenaje torácico en el neumotórax espontáneo: revisión sistemática y metaanálisis**
Borja Aguinalgalde Valiente, Jon Zabaleta Jiménez, Marta Fuentes Gago, Nerea Bazterargui Fernández, José Miguel Izquierdo Elena, Carlos Hernández Ortiz. H. Donostia, San Sebastián
Comentario: Tom Treasure. Clinical Operational Research Unit, University College, Londres, Reino Unido
- 10:20 - 10:30** **O-15. Diferentes formas de manejo del derrame pleural maligno en nuestro medio. Resultados**
José Carlos Meneses Pardo, Oscar Baro Pato, Miguel Muñoz Flores, Juan Antonio Roig Llopis, M. Andrea Mariscal De Alba. H. Universitario 12 de Octubre, Madrid
Comentario: Fernando Sebastián Quetglás. H. Josep Trueta, Girona
- 10:30 - 10:40** **O-16. Análisis de factores pronósticos en la supervivencia y recidiva de derrames pleurales malignos**
Guillermo González Casaurrán, Leyre Azcárate Perea, Jesús Isea Viña, Carlos Simón Adiego, Nicolás Moreno Mata, Rafael Peñalver Pascual, Federico González Aragoneses. H. General Universitario Gregorio Marañón, Madrid
Comentario: Antonio Martin Ucar. Department of Thoracic Surgery, Nottingham University H., Nottingham, Reino Unido
- 10:40 - 10:50** **O-17. Una aproximación al estudio molecular del rechazo crónico en el trasplante pulmonar experimental mediante la tecnología de ADN microarrays**
Norberto Santana Rodríguez, Ricardo García, Pedro Llontop, M^a Dolores Fiuza, Bernardino Clavo, Elena Fernández, Joaquín Calatayud, Yanira Brito, Leandro Fernández. H. Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria
Comentario: Florentino Hernando Trancho. H. Clínico U. San Carlos, Madrid
- 10:50-11:00** **O-18. Nuestra experiencia en el trasplante pulmonar lobar**
Dionisio Espinosa Jiménez, Javier Algar Algar, Paula Moreno Casado, Jennifer Illana Wolf, Antonio Álvarez Kindelán, Francisco Cerezo Madueño, Carlos Baamonde Laborda, Angel Salvatierra Velázquez. Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba
Comentario: Miguel Carbajo Carbajo. H.U. Marqués de Valdecilla, Santander

11:00 - 11:30

DESCANSO-CAFÉ

Pase de Posters: 16-29

Moderadores:

Joaquín Calatayud Gastardi. H. Clínico U. San Carlos, Madrid

Ricardo Arrabal Sánchez. H. U. Carlos Haya, Málaga

P-16. Análisis de la morbimortalidad y supervivencia del trasplante pulmonar en la fibrosis pulmonar idiopática

F. Javier Algar Algar, Dionisio Espinosa Jiménez, Paula Moreno Casado, Jenifer Illana Wolf, Antonio Alvarez Kindelán, Francisco Cerezo Madueño, Carlos Baamonde Laborda, Ángel Salvatierra Velázquez. Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba

P-17. Pleurodesis con talco en el manejo del derrame pleural maligno: ¿aplicación toracoscópica o slurry?

Johannes Cárdenas Gómez, Ramón Vicente Verdú, Yury Bellido Reyes, Francisco Carracedo Calvo, Prudencio Díaz-Agero Álvarez, José Luis Gil Alonso, Elena Corpa Rodríguez, Joaquín García Sánchez-Girón, Juan Carlos Vázquez Pelillo. H. Universitario La Paz, Madrid

P-18. Carcinoma broncopulmonar. Incidencia en Castilla y León y Cantabria en el año 2007

Félix Heras Gómez (1), Jesús Hernández Hernández (2), Rosa Cordovilla Pérez (3), Teresa Antolín García (4), Elena Bollo De Miguel (5), Angel Cilleruelo Ramos (1), Ángela Arévalo Pardal (1), Grupo de Estudio de CB-07 SOCALPAR. (1) H. Clínico Universitario, Valladolid, (2) H. Nuestra Señora de Sonsoles Avila, (3) Complejo Hospitalario, Salamanca, (4) H. Virgen de la Concha Zamora, (5) H. de León, León

P-19. Terapéutica quirúrgica del neumotórax espontáneo primario. Experiencia con 638 casos consecutivos.

Antonio Cueto Ladrón De Guevara, Javier Ruiz Zafra, Abel Sánchez-Palencia, Clara Bayarri Lara, Inmaculada Piedra, Sebastián Sevilla, Amira Alkourdi, Francisco Hernández. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada

P-20. Indicaciones, utilidad y resultados de la circulación extracorpórea en el trasplante pulmonar

F. Javier Algar Algar, Dionisio Espinosa Jiménez, Jenifer Illana Wolf, Paula Moreno Casado, Francisco Cerezo Madueño, Antonio Álvarez Kindelán, Carlos Baamonde Laborda, Angel Salvatierra Velázquez. Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba

P-21. Epidemiología y tratamiento de las heridas torácicas por arma de fuego

Sebastián Sevilla López, Javier Ruiz Zafra, Inmaculada Piedra, Amira Alkourdi, Francisco Hernández, Clara Bayarri, Abel Sánchez-Palencia, Antonio Cueto. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada

P-22. Metástasis abdominales infrecuentes del carcinoma pulmonar no microcítico

Joel Rosado Rodríguez, Iker López Sanz, M^a José Mañas Gómez, M^a Ángeles Montero, G. Alberto Jáuregui Abularach, Amaia Ojanguren Arranz, Maria Deu, Mercedes Canela. H. Vall d'Hebrón, Barcelona

P-23. Tratamiento quirúrgico en pacientes diagnosticados de carcinoma broncopulmonar en Castilla y León y Cantabria durante el año 2007

Félix Heras Gómez (1), Jesús Hernández Hernández (2), Rosa Cordovilla Pérez (3), Teresa Antolín García (4), Elena Bollo De Miguel (5), Sara Cabanyes Candela (1), Cristina García Rico (1), Grupo de Estudio de CB-07 SOCALPAR. (1) H. Clínico Universitario, Valladolid, (2) H. Nuestra Señora de Sonsoles Avila, (3) Complejo Hospitalario, Salamanca, (4) H. Virgen de la Concha Zamora, (5) H. de León, León

P-24. Timoma recidivante: valoración de las opciones terapéuticas

Luis Ángel Hernández Arenas, Pedro Gato, Manuel Vaquero Cacho, Begoña Granell Suárez, Francisco Javier Aragón Valverde, Jesús Rodríguez Rodríguez. H. Central de Asturias, Oviedo

P-25. Cirugía de los quistes pleuro-pericárdicos

Sebastián Sevilla López, Inmaculada Piedra Fernández, Amira Alkourdi Martínez, Francisco Hernández Escobar, Francisco Javier Ruiz Zafra, Clara Isabel Bayarri Lara, Abel Sánchez-Palencia Ramos, Antonio Cueto Ladrón De Guevara. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada

P-26. Cirugía de los bocios endotorácicos

Sebastián Sevilla López, Inmaculada Piedra Fernández, Amira Alkourdi Martínez, Francisco Hernández Escobar, Clara Isabel Bayarri Lara, Francisco Javier Ruiz Zafra, Abel Sánchez-Palencia Ramos, Antonio Cueto Ladrón De Guevara. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada

P-27. Manejo quirúrgico de la hemoptisis amenazante

Sebastian Sevilla López, Inmaculada Piedra Fernández, Amira Alkourdi Martínez, Francisco Hernández Escobar, Clara Isabel Bayarri Lara, Francisco Javier Ruiz Zafra, Abel Sánchez-Palencia Ramos, Antonio Cueto Ladrón De Guevara. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada

P-28. Timectomía en pacientes con miastenia gravis en el Hospital Donostia

Marta G Fuentes Gago, Nerea Baztergi, Jon Zabaleta, Borja Aguinagalde, José Miguel Izquierdo, Carlos Hernández. H. de Guipuzcoa, San Sebastián

P-29. Neumonectomía extendida extrapleural en la cirugía del mesotelioma maligno pleural. Experiencia inicial.

Genaro Galán Gil, A. Morcillo Aixellá, R. Wins Biraben, M. Cossa, V. Tarrazona Hervás. H. Clínico Universitario, Valencia

11:30 - 12:30

SIMPOSIO: ANALGESIA EN CIRUGÍA TORÁCICA

Patrocinio: Laboratorios Menarini

Moderadores:

*Wenceslao Torre Buxalleu. Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona
Genaro Galán Gil. H. Clínico U., Valencia*

Analgesia perioperatoria en Cirugía Torácica. Bombas elastoméricas / bombas de infusión continua

Ignacio Garutti Martínez. H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid

Analgesia epidural frente a analgesia paravertebral

Ana Pérez Carbonell. H. G. U., Alicante

Analgesia paravertebral. Experiencia clínica.

Matilde Rubio Garay. H. Dr. Josep Trueta, Girona

12:30 - 13:30

SIMPOSIO: ENFERMERÍA-COMUNICACIONES ORALES ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA

Moderadores:

*Antonio Torres García. H. Clínico U. San Carlos, Madrid
Nicolás Moreno Mata. H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid*

Planes de cuidados de Enfermería en Cirugía Torácica

DUE Tamara Mota Benítez. H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid

La lista de control en Cirugía Torácica

DUE Marta Farró Pascua H. Dr. Josep Trueta, Girona

13:00 - 13:10

COMUNICACIONES ORALES

O-19. Empleo de la válvula de Heimlich como dispositivo para eliminación de secreciones en FR

*Raquel Fernández Blanco (1), Javier Manrique (2), Nicolás Moreno Mata (1),
Carlos Simón Adiego (1), Rafael Peñalver Pascual (1), Carmen Moratalla
Justo (1), Jesús Isea (1), Federico González Aragonés (1).*

(1) H.U. Gregorio Marañón Madrid, (2) Universidad CEU Madrid

Comentario: *Rafael Rojo Marcos. H. de Cruces, Baracaldo*

13:10-13:20

O-20. Estudio comparativo sobre diferentes pautas de curas de heridas quirúrgicas torácicas. Resultados de un estudio preliminar

*Marcelina Regadera Sánchez, Tamara Mota Benítez, Celia Berbel
Martínez, Ana Estefanía Sanz De Luis, Luisa García Moreno, Nicolás
Moreno Mata. H. General Universitario Gregorio Marañón, Madrid*

Comentario: *Mercedes Canela Cardona. H. Vall D'Hebrón, Barcelona*

13:20-13:30

O-21. Importancia de la enfermería en una unidad de cirugía torácica

*Ester Ferreras Castaño, Arancha De Miguel López, Soledad Santiago
Cid, Elena Arribas Cano, Ernesto García Monteavaro, Ana Belén
González Blanco, María Sanz Guijo, María José Velasco Cerrato.*

H. Clínico San Carlos, Madrid

Comentario: *Ricardo Gujjarro Jorge. H. G. U., Valencia*

- 13:30 - 14:00 **REUNIÓN ADMINISTRATIVA DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA TORÁCICA**
- 14:00 - 15:30 **COMIDA**
- 15:30 - 16:30 **COMUNICACIONES VÍDEOS**
Sesión D. Ricardo Lozano Monzón.
Moderadores:
Prudencio Díaz-Agero Álvarez. H. U. La Paz, Madrid
Roberto Mongil Poce. H. U. Carlos Haya, Málaga
- 15:30 - 15:38 **V-1. Reparación mínimamente invasiva de pectus carinatum (MIRPC)**
David Pérez Alonso, José Ramón Cano García, Santiago Quevedo Losada, Néstor Betancort Rivera, Luis López Rivero. H. Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria
Comentario: *Mariano García Yuste. H. Clínico U., Valladolid*
- 15:38 - 15:46 **V-2. Tumor de mediastino posterior en mujer joven embarazada**
Elena Fernández Martín, José Ramón Jarabo Sarceda, Joaquín Calatayud Gastardi, Florentino Hernando Trancho, Ana María Gómez Martínez, Rosa María Sánchez Muñoz, Lucía Milla Collado, Ana Andrade, María Teresa Balado. H. Clínico San Carlos, Madrid
Comentario: *Francisco Javier Algar. H. Reina Sofía, Córdoba*
- 15:46 - 15:54 **V-3. Tumor mediastínico: enfermedad de Castleman localizada en mediastino**
Jon Zabaleta Jiménez, Borja Aguinagalde Valiente, Marta Fuentes Gago, Nerea Bazterargui Fernández, José Miguel Izquierdo Elena, Carlos Hernández Ortiz. H. Donostia, San Sebastián
Comentario: *María Deu Martín. H. Vall d'Hebrón, Barcelona*
- 15:54 - 16:02 **V-4. Cirugía laringotraqueal**
Carlos Gálvez Muñoz, Sergio Bolufer Nadal, Juan Manuel Córcoles Padilla, Juan José Mafé Madueño, Luis Jorge Cerezal Garrido, Benno Baschwitz Gómez, José Manuel Rodríguez Paniagua. H. General Universitario, Alicante
Comentario: *Genaro Galán Gil. H. Clínico U., Valencia*
- 16:02 - 16:10 **V-5. Tumor fibroso solitario maligno de pleura**
Borja Aguinagalde Valiente, Jon Zabaleta Jiménez, Marta Fuentes Gago, Nerea Bazterargui Fernández, José Miguel Izquierdo Elena, Carlos Hernández Ortiz. H. Donostia, San Sebastián
Comentario: *Ignacio Muguruza Trueba. H. Ramón y Cajal, Madrid*
- 16:10 - 16:18 **V-6. Lobectomía inferior derecha por secuestro pulmonar intralobar**
Jon Zabaleta Jiménez, Borja Aguinagalde Valiente, Marta Fuentes Gago, Nerea Bazterargui Fernández, José Miguel Izquierdo Elena, Carlos Hernández Ortiz. H. Donostia, San Sebastián
Comentario: *Emilio Canalís Arrayás. H. Joan XXIII, Tarragona*

16:18 - 16:26

V-7. Cirugía videoasistida en patología pulmonar tumoral.

Experiencia inicial

Carlos Gálvez Muñoz, Sergio Bolufer Nadal, Juan Manuel Córcoles Padilla, Juan José Mafé Madueño, Luis Jorge Cerezal Garrido, Benno Baschwitz Gómez, José Manuel Rodríguez Paniagua. H. General Universitario, Alicante

Comentario: *Miguel Congregado Loscertales. H. Virgen Macarena, Sevilla*

16:30 - 17:30

SIMPOSIO: LA CIRUGÍA TORÁCICA COMO ESPECIALIDAD

Moderadores:

Ricardo Guijarro Jorge. H. G. U., Valencia

Carlos León González. H. Sta. Creu i San Pau, Barcelona

Base de Datos Europea. De la teoría a la práctica

Gonzalo Varela Simó. H. Universitario, Salamanca

Medicina basada en la evidencia y nuevas tecnologías

Tom Treasure. Clinical Operational Research Unit, Department of Mathematics, University College Londres, Reino Unido

Futuro de la Cirugía Torácica General en Europa

¿Dónde vamos?

Gaetano Rocco. Pascale Foundation, Nápoles, Italia

17:30 - 18:00

DESCANSO-CAFÉ

18:00 - 20:00

ASAMBLEA GENERAL

21:30

CENA DE CLAUSURA

INFORMACIÓN GENERAL

Sede del Congreso:

Hotel Barceló Málaga - Calle Héroes de Sostoa, 2 - 29003 Málaga

Horario de Secretaría en Sede:

Miércoles 5 de mayo: de 18.30 a 21.00 h

Jueves 6 de mayo: de 8.00 a 20.00 h

Viernes 7 de mayo: de 8.15 a 20.00 h

Entrega de documentación:

La documentación se entregará exclusivamente al titular de la misma en la Secretaría Técnica. Con la documentación se entregará una tarjeta credencial personalizada, que deberá llevarse puesta de forma visible durante toda la reunión. Su presentación es imprescindible a la entrada en sala.

Créditos de formación continuada:

El congreso ha sido acreditado por la SEAFORMEC con 1,2 créditos.

Es requisito indispensable firmar los listados de control de asistencia antes de la entrada en sala al inicio de cada sesión.

Actividad reconocida de interés sanitario por el Ministerio de Sanidad y Política Social.

Cuotas de inscripción:

	A PARTIR DE 25/03/2010
SOCIOS SECT	400 €
NO SOCIOS SECT	550 €
Residentes y Miembros Asociados ⁽¹⁾	250 €
Enviar justificante de Residente. Miembro asociado: Socios no cirujanos	

7% IVA INCLUIDO

Cena de clausura:

Plaza del Carbón , 2 - 29008 Malaga.
Viernes 7 de Mayo de 2010
Hora: 21:30 h.

Es necesario retirar el ticket de asistencia a la cena de clausura, en la Secretaría Técnica mostrando su acreditación, antes del jueves a las 11.30h.

Los acompañantes deberán retirar el ticket de asistencia a la cena abonando el precio estipulado de la misma antes del jueves a las 11:30 h.



**COMUNICACIONES
ORALES**

POSTERS

VÍDEOS



COMUNICACIONES ORALES

O-01 - ¿ES ÚTIL LA NUEVA CLASIFICACIÓN TNM DEL CÁNCER BRONCOGÉNICO?

Sandra Martínez Somolinos, Matilde M. Rubio Garay, Edwin E. Mármol Cazas, Xavier Baldó Padró, Juan Carlos Penagos Tafurt, Fernando Sebastián Quetglás, María Del Mar García Gil. H. Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

La última revisión del estadiaje del carcinoma broncogénico, realizada por la Internacional Association for the Study of Lung Cancer (IASLC) se ha publicado en la revista Chest en julio de 2009. Los cambios realizados en la T y en los estadios ha conllevado un cambio en las supervivencias.

Cada diciembre calculamos la supervivencia de los enfermos intervenidos por carcinoma broncogénico en nuestro servicio. Hasta ahora, las cifras de nuestra serie eran concordantes con los datos publicados.

OBJETIVOS: 1.Comparar las supervivencias por estadios según el antiguo estadiaje respecto al actual. 2.Establecer la concordancia entre la supervivencia de nuestra serie y la publicada por la IASLC.

MATERIAL Y MÉTODO: Desde 1996 hasta la actualidad, se han introducido en una base de datos tipo ACCES los datos de los 855 pacientes intervenidos por carcinoma broncogénico. Este año, se ha revisado la anatomía patológica de todos los pacientes y se ha re-estadiado el TNM patológico según la actual clasificación.

Se ha calculado la supervivencia según la anterior y la nueva clasificación mediante el programa SPSS, comparándose con la publicada por la IASLC.

RESULTADOS: Supervivencia global (muerte por neoplasia): 80% el primer año, 42% a los 5 y 33,5% a los 10 (mediana de 3,01).
Por estadios:

Supervivencia según la antigua clasificación (Mountain. Chest 1997)

	Mediana (EE)	1 año	5 años	IASLC*
Estadio				
IA	-	95	75.5	67
IB	-	90.5	57	57
IIA	4.16 (1.22)	90	38	55
IIB	2.90 (0.50)	81	40	39
IIIA	1.79 (0.28)	69	22.5	23
IIIB	1.57 (0.14)	67	25	-
IV	1.29 (0.31)	56	13.5	-

Supervivencia según la actual clasificación (Detterbeck. Chest 2009)

	Mediana (EE)	1 año	5 años	IASLC*
Estadio				
IA	-	94	74	73
IB	7.40 (-)	94	56	58
IIA	3.84 (1.00)	86	44.5	46
IIB	2.58 (0.31)	74	39	36
IIIA	1.59 (0.17)	68	23	24
IIIB	0.74 (0.09)	39	6.5	9
IV	1.31 (0.40)	55	5	13

*Supervivencia a los 5 años publicada por la IASLC. No diferencias estadísticamente significativas con nuestra serie.

La supervivencia a los 5 años de los N2 tratados con quimioterapia neoadyuvante es del 39%, lo que es equiparable a los pacientes en estadio IIB.

CONCLUSIONES: No hay diferencias estadísticamente significativas entre la supervivencia por estadios anterior y la actual excepto en los estadios avanzados (IIIB y IV) en que destaca un descenso de la misma con la actual clasificación. Esto hace suponer una supraestadificación en estos estadios con la anterior estadificación que no se adecuaba a la realidad, mientras que evidencia que la actual subclasificación de la T puede no tener un interés en el cálculo de la supervivencia.

La supervivencia de nuestra serie por estadios según la nueva clasificación es comparable a la supervivencia publicada en julio de 2009 por la IASLC.

Destaca el aumento de supervivencia del subgrupo de pacientes N2 clínicos que han realizado tratamiento neoadyuvante respecto a los pacientes N2 patológicos. La supervivencia de este subgrupo es comparable a la del estadio IIB, siendo estadísticamente significativa la diferencia.

O-02 - ANGIOPLASTIAS EN CARCINOMA BRONQUIAL

Carlos Gálvez Muñoz, Juan Manuel Córcoles Padilla, Sergio Bolufer Nadal, Benno Baschwitz Gómez, Juan José Mafé Madueño, Luis Jorge Cerezal Garrido, Jack Ventura Catalá, José Manuel Rodríguez Paniagua. H. General Universitario, Alicante.

OBJETIVO: Los carcinomas de ambos lóbulos superiores en su crecimiento extrabronquial pueden infiltrar la arteria pulmonar principal, precisando para su resección de una neumonectomía. Ocasionalmente, diferentes técnicas angioplásticas permiten realizar una lobectomía con buenos resultados oncológicos funcionales y con una baja morbimortalidad. Queremos presentar nuestra experiencia con este tipo de procedimientos.

MATERIAL Y MÉTODO: Nuestra experiencia se basa en un estudio retrospectivo de 36 pacientes con carcinoma bronquial intervenidos en nuestro hospital desde 1998 hasta 2010 y que precisaron de este tipo de cirugía. 31 pacientes eran varones y 5 mujeres con una edad entre 49 y 78 años (media 63.7 años). Todos los pacientes tenían tumores en los lóbulos superiores (26 en LSI y 10 en LSD). Se realizaron 32 lobectomías y 4 bilobectomías con linfadenectomía completa y angioplastia de la arteria pulmonar principal en todos ellos

(resección tangencial en 22, resección circunferencial con anastomosis termino-terminal en 10 y resección parcial amplia cubriendo el defecto con pericardio en 4 ocasiones). En 6 pacientes se realizó al mismo tiempo una broncoplastia en manguito.

RESULTADOS: Anatomía patológica: carcinoma epidermoide 17, adenocarcinoma 13, carcinoma de células grandes 5, adenoescamoso 1. Estadio anatomopatológico: IB 11, II 11, IIIA 8 y IIIB 6. No hubo mortalidad operatoria. Un paciente falleció en el postoperatorio por insuficiencia respiratoria. Morbilidad: Atelectasia 5, Neumonía 1, Fibrilación auricular 3, Parálisis recurrencia 1, Pérdidas aéreas prolongadas 4. Catorce pacientes han fallecido entre 6 y 92 meses tras la cirugía por diferentes causas: recidiva local 2, metástasis a distancia 7, otras causas sin relación con el tumor 5. En la actualidad viven 22 pacientes con una supervivencia media a los 5 años del 40 %.

CONCLUSIONES: Las técnicas de reconstrucción de la arteria pulmonar permiten conservar parénquima pulmonar, son efectivas desde un punto de vista oncológico (bajo índice de recidivas locales y resultados a largo plazo) con una baja morbimortalidad sobre todo si se comparan con la neumonectomía.

O-03 - ANÁLISIS DE LAS CITOCINAS HIF-1 α Y VEGF EN PACIENTES OPERADOS DE CARCINOMA DE PULMÓN NO MICROCÍTICO

Antonio Francisco Honguero Martínez (1), Pablo León Atance (1), Carlos Alberto Rombolá (1), María Dolores García Jiménez (1), Andrea Cabrera Pastor (2), Rafael Sirera (2), Patricia López Miguel (1), Ana María Del Rosario Núñez Ares (1). (1) Complejo Hospitalario Universitario, Albacete, (2) H. General Universitario, Valencia.

INTRODUCCIÓN: El cáncer de pulmón es el más frecuente en los países desarrollados. La supervivencia global es baja y el tratamiento más efectivo es la cirugía, pero sólo una pequeña parte de los pacientes diagnosticados son candidatos a este tratamiento. El tumor necesita la formación de nuevos vasos que le proporcionen los nutrientes y el oxígeno necesarios para su crecimiento. Las citocinas VEGF (vascular endothelial growth factor) y HIF-1 α (hypoxia inducible factor) participan en la neoangiogénesis tumoral. Analizamos estas moléculas en pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico con intención curativa.

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva de pacientes con NSCLC operados en el Hospital General Universitario de Albacete desde marzo-2006 hasta marzo-2008 y a los que se les recogió muestra tumoral para el banco de tumores. La detección de HIF-1 α y VEGF se llevó a cabo mediante la técnica de reacción en cadena de la polimerasa cuantitativa en tiempo real (PCR-RT) con sondas Taqman®. Análisis estadístico con SPSS v.14 de las variables moleculares y los datos clinicopatológicos.

RESULTADOS:

40 pacientes: varones=37 (92.5%)

Edad media=64.7 años (45-82). Seguimiento mediana=11 meses (1-28).

Cirugía: segmentectomía=3(7.5%), lobectomía=32(80%), bilobectomía=2(5%), neumonectomía=3(7.5%).

Factor Tp: el más frecuente fue T2 (65%)

Factor Np: N0=32(80%), N1=3(7.5%), N2=5(12.5%)

Estadio: el más frecuente fue I-B (57.5%)

Estadio inicial (I-II)=29(72.5%), avanzado(III-IV)=11(27.5%).
Histología: epidermoide=18(45%), adenocarcinoma=16(40%), otros=6(15%).
Recidiva: no=33(82.5%), sí=7(17.5%).
Vivos=82.5%, fallecidos=12.5%, fallecimiento no tumoral =5%.
HIF-1 α más elevado en epidermoides($p=0.13$)
VEGF más elevado en adenocarcinomas ($p=0.35$) y en N2 ($p=0.09$).
No hubo diferencias significativas globalmente respecto al estadio, descriptor T y N.
Sí correlación entre VEGF y HIF-1 α ($p=0.04$).
No correlación respecto al tabaquismo, ni edad ni tamaño tumoral.

Más recidiva:
cuando hubo metástasis ganglionar (N1-2)($p=0.53$),
en estadio III-IV vs I-II (0.67)
en T3 ($p=0.87$)
con HIF-1 α superior a la media($p=0.75$)
con VEGF superior a la media($p=0.18$)

SUPERVIVENCIA: menor con VEGF elevado($p=0.90$), mayor con HIF-1 α elevado($p=0.61$)
Periodo libre enfermedad: es menor con HIF-1 α elevado($p=0.75$), menor con VEGF elevado($p=0.16$) y es menor con metástasis ganglionar($p=0.07$)
En cuanto a los factores pronóstico: No hubo significación estadística sobre la supervivencia, aunque hubo más riesgo con afectación ganglionar y con mayor T.
Pero para el periodo libre de enfermedad, destacan en el análisis univariante VEGF con RR=1.61 ($p=0.08$) y la afectación ganglionar con RR= 2.56($p=0.10$), aunque en el multivariante ninguno fue $p<0.05$.

CONCLUSIÓN: En este estudio piloto (40 pacientes) y durante un seguimiento reducido (mediana 11 meses), aquellos pacientes con mayores valores de VEGF presentaron peor pronóstico (menor supervivencia y mayor metástasis ganglionar). Hay una mayor tendencia a recidivar con valores elevados de HIF-1 α o de VEGF. Sin embargo, el papel de HIF-1 α en la supervivencia global parece que tiende a desempeñar un efecto protector. Ninguno de estos resultados alcanzó significación estadística, probablemente por el tamaño reducido de la muestra y el corto periodo de seguimiento, por lo que son necesarios más estudios con mayor población.

O-04 - BIOPSIA GANGLIONAR MEDIASTÍNICA VIDEOTORACÓSCOPICA: EXPERIENCIA EN 102 CASOS

Sergio Bernabé Moreno Merino, Gregorio Gallardo Valera, Ana Isabel Triviño Ramírez, Fernando Cozar Bernal, Florencio Quero Valenzuela, Juan Carlos Girón Arjona, Miguel Congregado Loscertales, Rafael Jiménez Merchán, Jesús Loscertales Abril. H. Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

OBJETIVOS: La biopsia ganglionar es una intervención realizada por los cirujanos torácicos, en relación con un importante número de patologías benignas y malignas, siendo de gran importancia para el diagnóstico y estadificación respectivamente. El objetivo de este estudio, es valorar los resultados obtenidos en nuestro servicio en la realización de biopsias ganglionares por videotoracoscopia.

MATERIAL Y METODO: Hemos realizado un estudio retrospectivo de 102 pacientes intervenidos mediante videotoracoscopia (VATS), desde octubre de 1992 hasta Enero de 2009. Los pacientes biopsiados tenían una edad media de 49.4 años (12-82), 71 hombres y 31 mujeres, realizando abordaje derecho en 84 casos, tomando muestras en 50 casos de espacio retrocavo, 19 subcarinales, 6 hiliares y 9 retrocavo y subcarinales. El abordaje izquierdo fue realizado en 18 casos, tomando muestras ganglionares en 13 de ellos de la ventana aorto-pulmonar y en 5 de la región hilar. En todos los casos se dejó un drenaje pleural conectado a aspiración.

RESULTADOS: El resultado fue satisfactorio en la totalidad de los pacientes, obteniendo muestra suficiente para el diagnóstico y estadificación. El tiempo quirúrgico fue de media 52 minutos (46-83 minutos), con una estancia postquirúrgica de 3.7 días (1-26 días). Respecto a las complicaciones postoperatorias, se registraron 2 casos de Quilotórax, 2 casos de hemorragia intercostal, que se resolvieron con drenaje pleural sin complicaciones y 1 caso de parálisis frénica derecha. En 7 casos hubo que hacerse conversión a cirugía abierta, ya que aunque la biopsia se inició por videotoracoscopia, fue necesaria la realización de una toracotomía anterior por presentar firmes adherencias pleuropulmonares y pleuromediastínicas. El resultado anatomopatológico obtenido fue: Sarcoidosis en 22 casos, Tuberculosis en 4, Histiocitosis X en 3, Linfoma no Hodgkin en 7, Linfoma Hodgkin en 13, metástasis pulmonar de células no pequeñas en 15, metástasis de carcinoma microcítico en 10, metástasis a distancia en 7 y ausencia de células neoplásicas en 21 casos.

CONCLUSIONES: La cirugía videotoracoscópica es un método seguro y eficaz para la realización de biopsias mediastínicas; presenta una baja morbilidad y nula mortalidad, con mínimas complicaciones postoperatorias, una baja tasa de estancia hospitalaria permitiendo, gracias al material obtenido, un certero diagnóstico definitivo de la patología a estudiar en el 100% de los casos. Permite la exploración y toma de muestras de todas las estaciones ganglionares homolaterales proporcionando un diagnóstico intraoperatorio útil para la estadificación correcta del cáncer de pulmón y de otras neoplasias.

O-05 - MORBILIDAD POSTOPERATORIA EN NEUMONECTOMIAS POR CARCINOMA PULMONAR

Carlos Pagés Navarrete, Roberto Mongil Poce, Jose Antonio Ruiz Navarrete, Javier Roca Fernández, Luis Caparrós Sepúlveda, Agustín Benítez Domenech, Enrique Bermejo Casero, Ricardo Arrabal Sánchez. H. Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

OBJETIVOS: Estudiar y analizar los factores de riesgo más frecuentes que pueden influir en la aparición de morbi-mortalidad en pacientes sometidos a neumonectomía por carcinoma pulmonar.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, retrospectivo de una base de datos prospectiva. Se han incluido los pacientes sometidos a neumonectomía por carcinoma pulmonar entre Mayo de 1999 y Diciembre de 2009. Para la caracterización del grupo se han empleado métodos estadísticos descriptivos, incluyendo medidas de tendencia central y dispersión. Igualmente se han aplicado métodos de estadística inferencial con análisis bi y multivariante para determinar qué factores han presentado mayor influencia en la aparición de complicaciones.

RESULTADOS: Se incluyeron 136 pacientes, la mayoría varones (95,6%). La mediana de edad fue de 63 años (37-80). El 95,6 % eran fumadores o exfumadores. El carcinoma epidermoide fue el tipo histológico más frecuente 72,7% seguido del adenocarcinoma 19.8 %. La incidencia total de complicaciones (leves y graves) fue del 39.7% y la mortalidad perioperatoria del 9.6 %.

La distribución de las mismas se muestran en la tabla 1:

Cardiacas (14 %)	F. Auricular: 14 (10.3%)	Fracaso cardiaco: 4 (3%)	Taponamiento cardiaco:1 (0.7%)	
Respiratorias:11 (8.1%)				
Infecciosas (10.3%)	Empiema : 6 (4.4%)	Neumonía:3 (2.2%)	Infeccion. de Toracotomía: 3 (2.2%)	Sepsis :2 (1.5%)
Fístula bronquial: 11 (8.1%)	Toracostomía: 11 (8.1%)			
Sangrado post-operatorio: 11 (8.1%)	Reintervención: 3 (2.2%)	SóloTransfusión: 8 (5.9 %)		
Renales: 1 (0,7%)				

En el análisis multivariante se contrastó la co-morbilidad más frecuente de los pacientes: diabetes, hipertensión, cardiopatía, enolismo, hepatopatía, patología vascular periférica, tuberculosis, neoadyuvancia, % FEV1 preoperatorio, edad, sexo, fumador activo o exfumador, cifras de Hb. preoperatoria, lado, VO2 max., entre otras covariables.

Presentaron significación estadística la presencia de EPOC (R.R.= 2.7, P=0.01) y la Hipertensión arterial (RR=3.6, P=0.006) como variables predictoras de riesgo para presentar complicaciones tras la neumonectomía, en nuestra serie. Igualmente el % FEV1 inferior al 66% presentó un mayor número de complicaciones que las cifras superiores al 73% P=0.01.

CONCLUSIONES: La neumonectomía es un procedimiento terapéutico con una morbi-mortalidad considerable.

La selección adecuada de los pacientes puede ayudar a reducirla. La presencia de EPOC, Hipertensión arterial y un FEV1 inferior al 66 % se comportan como factores de riesgo para sufrir complicaciones con significación estadística. Dada la probada relación entre Tabaco y EPOC es muy probable que el hábito de fumar influya directa o indirectamente en la aparición de complicaciones algo no objetivable estadísticamente por la prácticamente ausencia de no fumadores de la muestra.

O-06 - LA LINFADENECTOMÍA TRANSCERVICAL MEDIASTÍNICA EXTENDIDA (TEMLA) EN LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA DE PACIENTES CON CARCINOMA PULMONAR RESECABLE. EXPERIENCIA PRELIMINAR

David Perez Alonso, Jose Ramón Cano García, Santiago Quevedo Losada, Néstor Betancort Rivera, Carmen Camacho, Luis López Rivero. H.G.U., Alicante.

OBJETIVOS: La estrategia óptima para la estadificación preoperatoria de los pacientes con carcinoma de pulmón (CP) resecable no está bien definida. Los procedimientos endoscópicos

guiados por ultrasonidos (EBUS, EUS) ofrecen un bajo valor predictivo negativo, mientras que un PET-CT negativo no excluye la enfermedad micrometastásica. La mediastinoscopia es un procedimiento útil y poco invasivo pero no es suficientemente precisa para eliminar la incidencia de enfermedad ganglionar mediastínica operatoria inesperada, la cuál suma a una cirugía con morbimortalidad significativa, una ausencia de beneficio en supervivencia. El objetivo de esta revisión es evaluar el rendimiento diagnóstico del TEMPLA en el estadiaje preoperatorio mediastínico en pacientes con CP resecable seleccionados.

MATERIAL Y MÉTODO: Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes sin enfermedad ganglionar mediastínica evidente en las técnicas de imagen, en los que la incidencia de N2 inesperado tendría una repercusión clínica muy desfavorable y que por ello se beneficiarían de una técnica de estadificación de mayor sensibilidad. Se definieron por consenso los siguientes grupos de pacientes: 1) CP estadio M1 resecable o CP con componente T avanzado. 2) CP resecable en pacientes con elevada comorbilidad. 3) CP estadio IIIA-N2 demostrado por mediastinoscopia previa tras terapia de inducción. Se presentan los resultados de los veinte primeros procedimientos consecutivos.

RESULTADOS: Se realizaron mediante TEMPLA catorce primeras estadificaciones y seis reestadificaciones tras terapia de inducción. Se diseccionaron y biopsiaron todas las estaciones mediastínicas altas, incluyendo las estaciones 5 y 6 en los casos de tumores izquierdos, las mediastínicas bajas y las hiliares bilaterales. La media de ganglios linfáticos biopsiados por procedimiento en primeras estadificaciones fue de 28. El tiempo operatorio osciló entre 110 y 180 minutos. No se registraron complicaciones significativas ni mortalidad atribuible al procedimiento. La estancia hospitalaria media fue de 1,8 días (rango: 1-4 días). El estadió ganglionar predicho por el TEMPLA no difirió del obtenido en la toracotomía cuando estuvo indicada. En esta serie preliminar la técnica ofreció una sensibilidad y un valor predictivo negativo del 100%.

CONCLUSIONES: El TEMPLA es una técnica de estadificación invasiva que sin aumentar la morbimortalidad ni la estancia hospitalaria de forma significativa, ofrece una alta precisión para la estadificación mediastínica en el CP lo cual tiene repercusión en la estrategia terapéutica de los pacientes. Esta técnica podría sustituir a la mediastinoscopia en la evaluación de pacientes seleccionados con el objetivo de disminuir el número de cirugías innecesarias o de alto riesgo sin beneficio en términos de supervivencia.

O-07 - VENTANA PERICÁRDICA POR CIRUGÍA VIDEOTORACOSCÓPICA

Ana Triviño Ramírez, Fernando Cozar Bernal, Miguel Congregado Loscertales, Gregorio Gallardo Valera, Sergio B. Moreno Merino, Florencio Quero Valenzuela, Jesús Loscertales Abril, Rafael Jiménez Merchán. H. Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

OBJETIVOS: La realización de una ventana pericárdica (VP) es la opción terapéutica más efectiva en pacientes con patología pericárdica por derrame compresivo y/o crónico resistente a tratamiento médico y a punciones evacuadoras, sobretodo si existe sospecha que riesgo de taponamiento cardíaco. Mostramos nuestra experiencia en la realización de VP por videotoracoscopia.

MATERIAL Y MÉTODO: Desde Enero de 1996 a Diciembre 2009 hemos realizado 56 VP por videotoracoscopia en 20 mujeres y 36 hombres afectados de derrame pericárdico

constrictivo. A todos los pacientes se les realizaron una TAC de tórax y una ecocardiografía. La vía de abordaje izquierda fue utilizada en 45 casos y en la derecha en 11, a través de 3 puntos de entrada. Para la realización de la VP se emplearon bisturí armónico en 12 casos, Endogía (30 2.5mm) en 2 y endotijeras con electrocoagulación en el resto, después de evacuar el derrame y explorar visualmente la cavidad pericárdica. Se dejaron en todos los casos un drenaje pleural.

RESULTADOS: Realizamos la ventana por videotoroscopia en todos los casos con una medida superior a 9 cm². Uno de los pacientes precisó un nuevo drenaje por acceso subxifoideo mientras que el resto obtuvo un beneficio inmediato. Una vez realizada la técnica el tubo de drenaje pleural se retiró a los 2 días en 37 casos y en 3 en el resto. Fallecieron 3 pacientes debido al avanzado estado de la enfermedad neoplásica y 2 por AVC hemorrágico. Los diagnósticos definitivos fueron, Procesos benignos (77%): Idiopáticos 21, Tuberculosos 8, Infecciosos no tuberculosos 7, Amiloidosis 1, Urémico 2, Enfermedad hepática 1, Mononucleosis 1, Sarcoidosis 1, Lupus 1. Procesos malignos (23%): Carcinoma broncogénico 6, Linfoma 3, Sarcoma 1, Mesotelioma 1, Carcinoma de mama 2.

CONCLUSIONES: Creemos que la vía toracoscópica es la adecuada para el drenaje pericárdico ya que da un mejor campo quirúrgico que cualquier otra vía y cuenta con la posibilidad de explorar la cavidad mediante la videopericardioscopia.

O-08 - RESECCIÓN COMBINADA DE METÁSTASIS HEPÁTICAS Y PULMONARES DE CARCINOMA COLORRECTAL

José Ramón Jarabo Sarceda, Elena Fernández Martín, Rosa María Sánchez Muñoz, Lucía Milla Collado, Joaquín Calatayud Gastardi, Ana María Gómez Martínez, Florentino Hernando Trancho, Antonio José Torres Martínez. H. Clínico San Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN: Hasta un 30 % de pacientes con carcinoma colorrectal (CCR) tiene enfermedad a distancia al diagnóstico, sobre todo en hígado y pulmón. Asimismo un 10% de pacientes desarrolla metástasis pulmonares tras la resección del tumor primario. La cirugía de resección metástasis de CCR está demostrando ser una herramienta válida y segura utilizada de forma paralela al tratamiento oncológico. La resección combinada de metástasis hepáticas y pulmonares ha demostrado ser segura y alcanzar aceptables tasas de supervivencia. Presentamos nuestra serie de pacientes sometidos a resección de metástasis pulmonares de CCR con intención curativa y analizamos si el antecedente de resección de metástasis hepáticas constituyó un factor de mal pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyen 101 resecciones en 79 pacientes. Se indicó la cirugía si cumplían los siguientes requisitos: a) lesiones completamente resecables, b) pacientes operables, c) tumor primario controlado sin signos de recidiva local y d) ausencia de enfermedad extratorácica a excepción de lesiones hepáticas siempre que hubieran sido o fueran a ser resecadas. Se realizó un análisis descriptivo de la serie y se analizó la supervivencia desde la cirugía del tumor primario y desde la resección pulmonar. Para ello se utilizó el método de Kaplan-Meier. Además se comparó la supervivencia entre el grupo de pacientes con metástasis hepáticas resecadas y el de pacientes sin metástasis hepáticas (prueba de Mantel-Haenszel). Se utilizó el programa estadístico SPSS 15.0. Se consideró significativa una $p \leq 0,5$.

RESULTADOS: De los 79 pacientes 41 eran varones, con una edad media de 65,05 años (38–85). Un total de 24 pacientes (30,4%) fueron intervenidos de metástasis hepáticas (22 antes de la cirugía pulmonar). En 9 casos el diagnóstico en ambos órganos fue sincrónico. 18 pacientes fueron sometidos a una segunda resección pulmonar, bien por bilateralidad de las lesiones o por recidiva. En 18 resecciones (17,8%) el número de nódulos sospechosos en la TAC preoperatoria fue menor que el de metástasis histológicamente confirmadas. La incisión más frecuente fue la torcotomía posterolateral (84,8%). Lo más habitual fue hacer más de una resección segmentaria atípica. En 8 casos (10,1%) no se tomó ningún tipo de muestra ganglionar mediastínica. Un 85,9% de los estadificados intraoperatoriamente fue pN0. La estancia media fue de 7,78 días. Un 16,5% de los casos presentó algún tipo de morbilidad operatoria. No hubo mortalidad. La supervivencia a 5 años fue de 53,3% (IC 95%:38,6%-68%) desde la resección del tumor primario y de 60,7% (IC 95%:46,6%-74,8%) desde la primera metastasectomía pulmonar. La mediana de supervivencia fue de 102 y 83 meses respectivamente. No se encontraron diferencias en la supervivencia de pacientes con metástasis hepáticas resecaadas ($p=0,72$). Los pacientes sometidos a más de una cirugía de resección pulmonar presentaron un pronóstico más favorable ($p=0,027$).

CONCLUSIÓN: La cirugía de metástasis pulmonares de CCR es un procedimiento seguro que permite alcanzar supervivencias notables. La historia de metastasectomía pulmonar previa o la enfermedad metastásica hepática resecaada o resecaable no contraindican una nueva resección pulmonar siempre y cuando no haya evidencia de enfermedad a otro nivel.

O-09 - RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO EN EL MANEJO QUIRÚRGICO-ENDOSCÓPICO CON LÁSER Y MITOMICINA C DE LAS ESTENOSIS LARINGO-TRAQUEALES IDIOPÁTICAS: REVISIÓN DE 12 CASOS

Francisco Carracedo Calvo, Johannes Cárdenas Gómez, Ramón Vicente Verdú, Yury Bellido Reyes, José Luis Gil Alonso, Juan Carlos Vázquez Pelillo, Elena Corpa Rodríguez, Joaquín García Sánchez-Girón, Prudencio Díaz-Agero Álvarez. H. Universitario La Paz, Madrid.

INTRODUCCIÓN: Las estenosis laringo-traqueales idiopáticas son una patología rara, constituídas por tejido colagenoso denso, localizadas en la laringe subglótica y la tráquea superior. Los pacientes que la padecen no tiene antecedentes de intubación o trauma de la vía aérea. Es más frecuente en mujeres, entre la tercera y la quinta décadas de la vida. El tratamiento habitual consiste en la resección de la estenosis seguida de la reconstrucción laringo-traqueal. Hay una limitada experiencia en su manejo con resección con láser y Mitomicina C. Nuestra hipótesis es que la Mitomicina C aplicada tras la resección con láser puede mejorar el resultado del manejo endoscópico y prevenir las recurrencias. El objetivo de esta revisión es analizar los resultados de nuestra serie de estenosis laringo-traqueales resecaadas endoscópicamente con láser Nd:YAG más Mitomicina C con un seguimiento a corto y largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se llevó a cabo un estudio retrospectivo entre Enero'00 y Noviembre'09 de 12 casos de estenosis laringo-traqueal idiopática tratados con láser Nd:YAG más Mitomicina C. Se establecieron criterios de inclusión que fueron: estenosis laringo-traqueales sintomáticas sin historia de intubación, cirugía previa, trauma, infecciones y/o enfermedades específicas como Amiloidosis o policondritis. La fibrosis afectaba la luz traqueal a expensas, principalmente, de engrosamiento de la mucosa y la submucosa, pero

con cartílago preservado. Aquellas clasificadas con grado IV de Cotton fueron excluidas. El seguimiento incluyó escala de síntomas, fibrobroncoscopia y espirometría.

Bajo anestesia general y con ventilación en jet, se realizó broncoscopia rígida. El protocolo de aplicación de láser fue: 50 watts, 0.1/0.05 s para minimizar el daño térmico. Se realizó incisión en la mucosa en el punto de mayor tensión. Posteriormente se aplicó Mitomicina C 0.1 mg/mL durante 2 minutos. Si la estenosis recurría se realizó una nueva intervención aumentando la dosis de Mitomicina a 1 mg/mL durante 2 min. Se realizaron revisiones por fibrobroncoscopia tras 1, 3, 6 y 12 meses después del procedimiento y posteriormente anuales.

RESULTADOS: La media de edad fue de 64 ± 24 años. El 100% fueron mujeres y el síntoma principal fue disnea de esfuerzo. La longitud media de la lesión fue de 12 mm con una luz de 5,1 mm, y una distancia de 8 mm a cuerdas vocales. Un 33 % de los casos se asoció a reflujo gastroesofágico.

Después del tratamiento se obtuvo una completa remisión clínica, broncoscópica y espirométrica en 10 de las pacientes (84%). Diez pacientes (84%) presentaron mucositis y laringitis postintervención. En 7 de los casos (58%), hubo recurrencia, con un tiempo libre de enfermedad medio de 52 ± 12 meses. Estos pacientes respondieron completamente tras una segunda intervención endoscópica.

CONCLUSIONES: La adición al láser Nd:YAG de mitomicina C a dosis de 0.1 mg/mL durante 2 minutos ha demostrado ser efectiva en el tratamiento de la estenosis laringotraqueal idiopática, permitiendo su control a largo plazo.



O-10 - ESTUDIO COMPARATIVO DEL CURSO POSTOPERATORIO DE RESECCIONES PULMONARES ANATÓMICAS: TORACOTOMÍA VS VATS

Roberto Mongil Poce, José Antonio Ruiz Navarrete, Javier Roca Fernández, Luis Caparrós Sepúlveda, Enrique Bermejo Casero, Carlos Pagés Navarrete, Agustín Benítez Doménech, Ricardo Arrabal Sánchez. H. Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

OBJETIVO: Determinar si existen diferencias significativas en la evolución postoperatoria de las resecciones pulmonares anatómicas (RPA) realizadas mediante toracotomía o VATS para el tratamiento del carcinoma broncogénico o sospecha del mismo.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo sobre una base de datos prospectiva de todos aquellos casos de RPA con linfadenectomía mediastínica realizadas ante la sospecha de carcinoma broncogénico desde el 1 de Mayo de 2008 al 30 de Noviembre de 2009, según protocolo: tumores en estadio I clínico, periféricos y de menos de 5 cm. Variables preoperatorias: edad, porcentaje de FEV1, comorbilidad (sí/no) y vía de abordaje (Toracotomía o VATS: 2 ó 3 puertos más minitoracotomía en ausencia de separación costal); Variables postoperatorias: tiempo de permanencia de drenajes, complicaciones (sí/no) y estancia postoperatoria. Para la estadística inferencial, se empleó la prueba de Mann-Whitney, Chi-cuadrado con estadístico exacto de Fisher y regresión lineal. El análisis estadístico se realizó mediante la versión 11.5 del SPSS.

RESULTADOS: Se intervinieron 47 pacientes, realizándose 20 toracotomías, 20 VATS y 7 reconversiones (tasa de reconversión: 26%). Causas de reconversión: Adherencias (4), cisuras incompletas (2) y fugas aéreas (1). En el grupo toracotomía se realizaron 15 lobectomías y 5 segmentectomías regladas, mientras que en el grupo VATS sólo se realizaron lobectomías. En ambos grupos se realizó la correspondiente linfadenectomía mediastínica. Los pacientes de ambos grupos presentaban características similares en cuanto a las variables preoperatorias analizadas (Tabla 1).

En el análisis bivalente, no existieron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto al tiempo de permanencia de drenajes ni en la presencia de complicaciones [grupo toracotomía: fuga aérea prolongada (FAP) (1), Neumotórax que precisó inserción de drenaje pleural (1), hemotórax diferido que precisó transfusión y posterior reintervención (1) y Insuficiencia respiratoria (IR) y cardíaca que precisó ventilación mecánica (VM) (1); Grupo VATS: FAP (1), Fibrilación auricular (1), quilotórax tratado de forma conservadora (1) e IR que no precisó VM y posterior reintervención por hernia pulmonar (1)]. Donde sí existieron diferencias significativas entre ambos grupos fue en el tiempo de estancia postoperatoria que fue menor en el grupo VATS ($p=0'01$). La edad y la comorbilidad también influyeron de forma significativa en la estancia postoperatoria ($p=0'01$, en ambos casos). La edad también influyó significativamente en la presencia de complicaciones ($p=0'048$).

CONCLUSIONES: La realización de RPA videoasistidas para el tratamiento del carcinoma broncogénico o sospecha del mismo supone un procedimiento al menos tan seguro como la toracotomía en términos de morbimortalidad, aunque con una reducción significativa de la estancia postoperatoria.

Tabla 1: Resultados del análisis bivalente.

VARIABLE	TORACOTOMÍA	VATS	SIGNIFICACIÓN ESTADÍSTICA
Edad media (años)	65'6 (51-79)	54'8 (50-78)	P=0'7
Sexo	15 H y 5 M	10 H y 10 M	P=0'1
FEV1% medio	76'7% (47-144)	83'3% (51-117)	P=0'1
Comorbilidad%	16/20 pac. (80%)	15/20 pac. (75%)	P=1
Tiempo drenaje (días)	Media: 4 Mediana: 3	Media: 4'2 Mediana: 3	P=0'6
Complicaciones%	4/20 pac. (20%)	4/20 pac. (20%)	P=1
Estancia post-op. (días)	Media: 7'9 Mediana: 7'5	Media: 6'8 Mediana: 5	P=0'01

O-11 - CIRUGÍA VIDEOTORACOSCÓPICA DE LA HIPERHIDROSIS: COMPARACIÓN ENTRE CLIPAJE Y SIMPATICOTOMÍA

Javier Perez Velez, Carlos Martínez-Barenys, Pedro López De Castro, Alicia Melero, Miguel Mesa Guzmán, Julio Astudillo. H. Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

OBJETIVOS: El objetivo del presente trabajo es realizar un estudio descriptivo-comparativo entre las 2 técnicas mayoritarias en el tratamiento de la hiperhidrosis-rubor facial: simpatectomía y clipaje del nervio simpático

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos incluido 82 pacientes (163 procedimientos) intervenidos en nuestro centro entre 2007-2009 en régimen de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA). Paciente semi-sentado, anestesia general y ventilación unipulmonar. Se registran los cambios de temperatura a nivel del dedo medio de las 2 manos (indicador de un correcto bloqueo del impulso nervioso un incremento de temperatura $\geq 0,5^{\circ}\text{C}$). La técnica quirúrgica fue mediante VATS usando 2 puertos de entrada: uno de 5mm a nivel de 3 eic línea axilar anterior y otro de 10mm a nivel de 5 eic línea axilar media. La disección de la cadena simpática se realiza mediante bisturí armónico (Ethicon Endo-surgery®) o electrocauterio según los casos. Finalmente se procede a sección o clipaje (clips titanio Acuclip, Tyco®) de la cadena simpática al/los niveles seleccionados. En todos los casos se procede a sección sistemática del nervio de Kuntz (nivel R2-R3). Se realiza seguimiento de los pacientes a las 2 semanas, 4 12 y 24 meses tras la IQ.

RESULTADOS: Se han intervenido 25 hombres y 57 mujeres. Edad media de 29,6 años (14-72). Se han realizado 72 clipajes y 91 simpatectomías. El tiempo quirúrgico medio ha sido de $78,11 \pm 21,6$ minutos. El 82,7% de los pacientes altados el mismo día de la IQ (tiempo medio fin IQ-alta: 294 ± 21 min). El 18,3% de los casos precisaron ingreso debido a complicaciones menores (10 casos de neumotórax y 5 casos dolor mal controlado). El seguimiento oscila entre 3 y 24 meses con una incidencia de sudoración compensadora (SC) del 73,2% (80% leve, 18,3% moderada y 1,7% severa). Respecto al grado de satisfacción; el 86,6% de los pacientes lo clasifican de "bueno-muy bueno", un 12,2% "regular" y sólo un 1,2% "malo".

En la tabla 1 se muestra el estudio comparativo entre las 2 técnicas empleadas destacando el hecho de que sólo hayamos diferencias estadísticamente significativas en el tiempo quirúrgico y el incremento de temperatura en la mano derecha sin que ello tenga repercusión en la aparición de SC y/o grado de satisfacción.

	Sympatectomía	Clipaje	Sig. Estadística (p)
Tiempo IQ (min)	70,98 ($\pm 18,1$)	87,22 ($\pm 22,4$)	0,001*
Tiempo alta (min)	296 (± 84)	291,4 ($\pm 58,3$)	0,78
Temp derecha (aumento °C)	1,404	0,883	0,037*
Temp izquierda (aumento °C)	1,082	0,819	0,17
Recidiva	1/46 (2,2%)	2/36 (5,6%)	0,57
Complicaciones	12/46 (26,1%)	4/36 (11,1%)	0,089
Sud compensadora	76,1%	69,4%	0,50
Satisfacción Buena-muy buena	87%	86,1%	0,911
Satisfacción regular-mala	13%	13,9%	

CONCLUSIONES: La cirugía videotoroscópica del simpático en régimen de CMA es una técnica segura y con buenos resultados. Ambas técnicas son equiparables en complicaciones y grado de satisfacción del paciente. Hemos detectado una menor elevación de la temperatura tras bloqueo del impulso nervioso que podría estar relacionada con la mayor tasa de recidivas del clipaje aunque no se han evidenciado diferencias estadísticamente significativas. Creemos necesarios más estudios para valora si existe relación entre el menor ascenso de temperatura en el clipaje y la tasa de recidivas.

O-12 - LOS ULTRASONIDOS PULSÁTILES ACELERAN LA CONSOLIDACIÓN DE LAS FRACTURAS COSTALES EN UN MODELO EXPERIMENTAL: ¿UNA NUEVA ALTERNATIVA TERAPÉUTICA?

Norberto Santana Rodríguez (1), Elena Fernández Martín (2), Pedro Llontop Santisteban (1), Joaquín Calatayud Gastardi (2), Bernardino Clavo (1), David Pérez (3), Yanira Brito (1), M^a Dolores Fiuza (1). (1) H. Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, (2) H. Clínico San Carlos, Madrid, (3) H. Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

OBJETIVOS: Las fracturas costales (FC) son una patología frecuente que se asocia a una importante morbilidad con un alto coste sanitario y laboral. En la actualidad su tratamiento es sintomático. Por otro lado, los ultrasonidos pulsátiles (PUS) se han mostrado eficaces para consolidar las fracturas de extremidades, aunque hasta el momento no se había valorado su efecto en otro tipo de fracturas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se diseñó un estudio experimental para valorar el efecto de los PUS sobre la consolidación de las FC en 136 ratas macho Sprague-Dawley. 88 se destinaron a estudio histológico y radiológico (Fase I) y 48 a estudio genómico (Fase II). A los animales se les extrajo un fragmento de 0,5 cm de longitud de 2 arcos costales, y se les trató con 50, 100 y 250 mW/cm² de intensidad, durante 3 minutos/día hasta el momento del sacrificio, a los 2, 10, 20 y 28 días. Se realizaron estudios histológicos y radiológicos del callo óseo y se extrajo el RNA mensajero del mismo para análisis génico.

RESULTADOS: La consolidación histológica y radiológica se incrementó significativamente cuando se aplicó PUS durante más de 10 días (hasta 5 y 4 veces más respectivamente). La dosis de 50 mW/cm² fue la más efectiva, y la de 250 mW/cm² la menos efectiva. En los grupos de 100 y 250 mW/cm² se incrementó de forma significativa la expresión de IGF1, SOCS2, SOCS3 y VEGF, y disminuyeron la de MCP-1 y COL2a1.

CONCLUSIONES: Estos hallazgos indican que los PUS aceleran la consolidación de las FC. La dosis más baja (50 mW/cm²) es la más eficaz. Dosis más altas inducen cambios en la expresión de genes proliferativos y antiinflamatorios in vivo. Desde un punto de vista traslacional, su eficacia para favorecer la consolidación de las FC, unido a su facilidad de aplicación y bajo coste, hacen que se plantee su uso como alternativa terapéutica, lo que permitiría reducir el coste personal, sanitario, laboral y social derivado de las mismas.

O-13 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO SECUNDARIO A EPOC: ¿CUÁL DEBE SER EL ABORDAJE DE ELECCIÓN?

Roberto Mongil Poce, Javier Roca Fernández, José Antonio Ruiz Navarrete, Luis Caparrós Sepúlveda, Enrique Bermejo Casero, Carlos Pagés Navarrete, Agustín Benítez Doménech, Ricardo Arrabal Sánchez. H. Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

OBJETIVO: Determinar qué vía de abordaje debe ser de elección para el tratamiento quirúrgico del neumotórax espontáneo secundario (NES) a EPOC.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de todos los casos de NES a EPOC tratados quirúrgicamente en nuestro servicio desde Enero de 2000 hasta Noviembre de 2009. Variables preoperatorias: edad, comorbilidad, localización, adherencias radiológicas, fuga persistente y vía de abordaje (toracotomía o VATS). Variables postoperatorias: tiempo de drenajes, complicaciones, fuga aérea, estancia, recidiva y exitus. Se empleó la U de Mann-Whitney y Chi-cuadrado para la comparación de ambos grupos (toracotomía/VATS). Para el análisis multivariante se empleó la regresión lineal múltiple y logística binaria para variables dependientes cuantitativas y cualitativas, respectivamente. El análisis estadístico se realizó mediante la versión 11.5 del SPSS.

RESULTADOS: Se intervinieron 59 pacientes (2 mujeres). Seguimiento medio: 55'38 meses (4-109). Edad media: 65'57 años (50-85). Localización: 41 derechos y 18 izquierdos. Comorbilidad: 55'9% de pacientes. El 62'7% presentaban adherencias pleuropulmonares visibles radiológicamente. El 81'4% mantenía fuga aérea en el momento de la cirugía. Se realizaron 41 toracotomías y 18 VATS, con resección de bullas mediante grapadoras y abrasión mecánica de pleura parietal. Ambos grupos de pacientes (Toracotomía/VATS) presentaban características preoperatorias similares. Análisis bivariante: el tiempo de permanencia de drenajes, la presencia de complicaciones y el tiempo de estancia postoperatoria fueron significativamente inferiores en el grupo VATS ($p=0'000$, $p=0'049$ y $p=0'000$, respectivamente), no existiendo diferencias significativas entre ambos grupos respecto al resto de variables postoperatorias (Tabla 1). Análisis multivariante: la única variable que influyó significativamente en el tiempo de permanencia de drenajes y en la estancia postoperatoria fue la vía de abordaje ($p=0'005$ y $p=0'005$, respectivamente). La VATS disminuye el tiempo de drenajes una media de 2'75 días (0'9-4'7) y la estancia postoperatoria en 3'7 días (1'17-6'2). El neumotórax izquierdo y la VATS se asociaron a una disminución de complicaciones ($p=0'039$ y $p=0'048$, respectivamente). El resto de variables postoperatorias no se vieron influidas de forma significativa por ninguna de las variables preoperatorias estudiadas.

CONCLUSIONES: La VATS debe ser la vía de abordaje de elección para tratar quirúrgicamente a los pacientes con NES a EPOC.

VARIABLE	TORACOTOMÍA	VATS	SIGNIFICACIÓN
Edad (años)	66'66	62'94	$P=0'062$
Localización	26D. 15 lzq	15D. 3 lzq	$P=0'1$
Comorbilidad	24 pac.(58'5%)	9 pac. (50%)	$P=0'5$
Adherencias	28 pac.(68'3%)	9 pac.(50%)	$P=0'1$
Fuga Pre-op.	36 pac.(87'8%)	12 pac.(66'7%)	$P=0'074$
Tiempo Drenajes (días)	5'34 (1-17)	2'71 (1-5)	$P=0'000$
Complicaciones	12 pac.(29'3%)	1 pac.(5'6%)	$P=0'049$

Fuga Post-op.	8 pac.(19'5%)	1 pac.(5'6%)	P=0'24
Estancia Post-op (días)	8'47 (4-25)	4'8 (2-13)	P=0'000
Reintervención	1/40 pac.(2'5%)	1/18 pac.(5'5%)	P=0'5
Exitus	3/41 pac.(7'3%)	0/18 pac.(0%)	P=0'5
Recidiva	0/39 pac.(0%)	1/18 pac.(5'5%)	P=0'3

Tabla 1: Resultados del análisis bivariante.

O-14 - PUNCIÓN ASPIRACIÓN VERSUS DRENAJE TORÁCICO EN EL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

Borja Aguinagalde Valiente, Jon Zabaleta Jiménez, Marta Fuentes Gago, Nerea Bazterargui Fernández, José Miguel Izquierdo Elena, Carlos Hernández Ortiz. H. Donostia, San Sebastián.

OBJETIVO: Obtener un estimador mediante revisión sistemática y metaanálisis de la eficacia de la Punción-aspiración frente al tubo de drenaje en el tratamiento del neumotórax espontáneo idiopático.

MÉTODOS: Seleccionamos ensayos clínicos controlados y aleatorizados en los que se compara la eficacia de la punción-aspiración frente al tubo de drenaje pleural en cuanto a resolución del neumotórax, recurrencia e ingreso hospitalario.

La búsqueda se ha realizado en bases electrónicas: (Medline, EMBASE, CENTRAL, mRCT, Pascal) y en la referencias de los artículos recuperados, hasta Abril de 2009. Evaluación de la calidad por 2 evaluadores independientes utilizando la plantilla CASPe de ensayo clínico. Resultados: Seleccionamos 4 ensayos de muestra pequeña (entre 60 y 137 pacientes) y de calidad media. Incluyen pacientes adultos jóvenes (edad media entre 23 y 34 años) con predominio de varones (83%), fumadores (78%) y de lado derecho (63%). La resolución inicial del NEI es mayor con el tubo de drenaje (RR=0,83; 0,70 a 0,98). La eficacia a la semana no muestra diferencia entre los dos procedimientos. Más de la mitad (62%) de los pacientes tratados con punción aspiración no precisan ingreso hospitalario. No hay diferencia en la proporción de pacientes con recurrencia al año (RR=0,94; 0,65 a 1,37) entre los dos procedimientos.

CONCLUSIÓN: La punción aspiración se muestra tan eficaz como el tubo de drenaje torácico en la resolución a medio plazo del neumotórax con una disminución muy importante del número de ingresos, y sin aumento de las recurrencias al año.

O-15 - DIFERENTES FORMAS DE MANEJO DEL DERRAME PLEURAL MALIGNO EN NUESTRO MEDIO. RESULTADOS

José Carlos Meneses Pardo, Oscar Baro Pato, Miguel Muñoz Flores, Juan Antonio Roig Llopis, M. Andrea Mariscal De Alba. H. Universitario 12 de Octubre, Madrid.

OBJETIVOS: Conocer los factores pronósticos de éxito y las posibles complicaciones, en las diferentes formas de tratamiento del derrame pleural maligno (DPM).

PACIENTES Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de 224 pacientes, ingresados y tratados en nuestro Servicio por DPM (1998-2009). Se estudiaron edad, sexo, características del derrame, tratamiento, y resultados a medio plazo. Se define DPM aquel con presencia de células malignas en pleura o en líquido pleural.

RESULTADOS: N=224, (49,6% hombres vs 50,4% mujeres), edad media de 63 años. En mujeres, el origen más frecuente fue el cáncer de mama (53,15%), en hombres carcinomas broncogénicos (42,6%). El 74,1% se diagnosticaron con citología del LP. En el 84% de casos se realizó toracocentesis evacuadora previa al ingreso, con reexpansión pulmonar radiológica en 83,8% de los mismos. Hasta en un 67,9% se practicó pleurodesis química a través del drenaje torácico (DT), siendo los agentes más usados talco slurry (TS) (33,5%) y bleomicina (33%). Se realizó pleurodesis por VATS con talco spray a un 6,3% de los pacientes. No se realizó pleurodesis química al 25,9% de los ingresos, siendo la causa fundamental la no reexpansión pulmonar radiológica (16,1% del total). De estos pacientes el 37,7% fueron tratados con DT grueso permanente, el 11,4% con DT permanente fino, y hasta el 47% fueron tratados con un DT que fue retirado en el mismo ingreso sin otro tratamiento añadido. Tras pleurodesis, se objetivó empiema en un 5%, distrés respiratorio en un 4% y dolor severo en un 7%. Tras 1 mes de la pleurodesis química, se observó ausencia de recidiva en el 84,3% de los casos. De los recidivados, el 59% fueron tratados con bleomicina (17,5% de todos los tratados con bleomicina), mientras que el 31,8% fueron tratados con TS (9,45% de todos los tratados con TS) y el 9% fueron tratados con talco spray mediante VATS (14% de los mismos). No se demostraron diferencias en al comparar las distintos estirpes, ni tampoco si la reexpansión radiológica fue total o subtotal (15% y 10% respectivamente). De todos los pacientes tratados con TS el 5,5% desarrollaron empiema (40% del total), y en el 2,7% de los tratados con bleomicina (20%). Acaeció distrés respiratorio al 4,1% de los tratados con TS (37,5% del total). La edad no demostró ser factor pronóstico de distrés. Hasta el 64,28% de los pacientes con dolor severo tras la pleurodesis fueron tratados con talco. Al 38,5% de los pacientes tratados con DT permanente, se les retiró el mismo sin demostrarse recidiva posterior del derrame.

CONCLUSIONES: En nuestro medio, la pleurodesis a través del DT ha sido la modalidad terapéutica más habitual, dedicado el DT permanente a aquellos casos sin reexpansión pulmonar o con contraindicación de pleurodesis. Los agentes pleurodésicos más usados han sido el talco y la bleomicina. El talco se relaciona con menor porcentaje de recidiva, pero con mayor tendencia a producir empiema, distrés respiratorio, y especialmente dolor severo. Finalmente, en más de un tercio de los pacientes con drenaje permanente se retiró dicho drenaje sin recidiva posterior.

O-16 - ANÁLISIS DE FACTORES PRONÓSTICOS EN LA SUPERVIVENCIA Y RECIDIVA DE DERRAMES PLEURALES MALIGNOS

Guillermo González Casaurrán, Leyre Azcárate Perea, Jesús Isea Viña, Carlos Simón Adiego, Nicolás Moreno Mata, Rafael Peñalver Pascual, Federico González Aragoneses. H. General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN: Podemos encontrar multitud de artículos en la literatura médica sobre factores pronósticos de recurrencia y supervivencia de los derrames pleurales malignos (DPM) (cantidad de derrame pleural, reexpansión pulmonar tras drenaje, bioquímica del líquido pleural...). El objetivo del estudio es identificarlos y validarlos en nuestra serie quirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes a los que se realizó videotoroscopia y biopsia pleural en el periodo 01/01/2005–01/01/2007 con el diagnóstico de derrame pleural maligno en el HGUGM. En el análisis descriptivo se utilizaron medianas, y porcentajes. Se utilizó el test Chi-cuadrado en el análisis de variables categóricas, y las curvas de Kaplan-Meier y la regresión de Cox en el análisis de supervivencia. Se utilizó el programa estadístico SPSS 13.0.

RESULTADOS: La serie consta de 59 pacientes con una mediana de edad de 66 años (18-85). El 56% son mujeres. Las neoplasias subyacentes a los DPM son: Carcinoma no microcítico de pulmón 27,1%, Cáncer de mama 23,7%, Carcinoma de origen desconocido (COD) 11,9%, Mesotelioma 8,5%, Cáncer de ovario 5,1%, otros 23,7%. Se realiza pleurodesis con talco en el 61%, y recidivaron el 33%. Recibieron quimioterapia tras la toroscopia el 64,4%.

Mediana de seguimiento 168 días. Mortalidad a 30 días: 7,6%. Esta se relaciona con la presencia de pulmón atrapado ($p=0,008$), y la no administración de quimioterapia ($p=0,003$). La mediana de supervivencia es de 5,6 meses (0-44 meses). En la Tabla 1, aparece la supervivencia en función del tipo histológico. En el análisis univariable de la supervivencia global, el sexo femenino, el tipo histológico cáncer de mama, la ausencia de implantes pleurales radiológicos, y el tratamiento con quimioterapia se asocian a mayor supervivencia. La tabla 2 muestra el resultado del análisis univariable de los pacientes con CBNCP y cáncer de mama respectivamente. En el análisis multivariable sólo la administración de quimioterapia se asoció a un mejor pronóstico (HR 0,45 IC 95% 0,23-0,87).

Tabla 1. Supervivencia según histología

Tipo Histológico	Mediana Supervivencia
Cáncer Mama	15,5 meses
CBNCP	5,6 meses
COD	5 meses
Mesotelioma	20 meses
Ovario	9,8 meses

Tabla 2. Supervivencia en CBNCP

Variables	Mediana Supervivencia	P valor
Edad < 60 ^a / > 60a	12 m vs 4 m	P=0,014
Linfangitis Si / No	6,5 m vs 1 m	P=0,008
LDH < 600 / > 600	11 m vs 5 m	P=0,022
QT adyuvante Si / No	9 m vs 1 m	P=0,001

CONCLUSIONES: En general, la administración de quimioterapia se mostró como factor pronóstico independiente de la supervivencia de los pacientes con DPM. La presencia de pulmón atrapado y la no administración posterior de quimioterapia se asociaron con una mayor tasa de mortalidad a 30 días.

O-17 - UNA APROXIMACIÓN AL ESTUDIO MOLECULAR DEL RECHAZO CRÓNICO EN EL TRASPLANTE PULMONAR EXPERIMENTAL MEDIANTE LA TECNOLOGÍA DE ADN MICROARRAYS

Norberto Santana Rodríguez, Ricardo García, Pedro Llantop, M^a Dolores Fiuza, Bernardino Clavo, Elena Fernández, Joaquín Calatayud, Yanira Brito, Leandro Fernández. H. Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria.

Una aproximación al estudio molecular del rechazo crónico en el trasplante pulmonar experimental mediante la tecnología de ADN microarrays

INTRODUCCIÓN: el trasplante pulmonar es una opción terapéutica aplicable en el estadio final de la patología pulmonar no maligna. Desde la década de los 80 se han realizado más de 21.000 trasplantes y aunque la mayoría de los pacientes mejoran su calidad de vida, la supervivencia global se ha estancado en un 53% a los 5 años. Esto se debe en gran parte a las complicaciones y a la escasa repercusión clínica de los trabajos experimentales sobre las mismas, de forma que la incidencia del rechazo apenas se ha modificado en los 10 últimos años. De hecho, el rechazo crónico, proceso fibroproliferativo que conduce a la fibrosis del injerto, continúa siendo el talón de Aquiles del trasplante. Estas evidencias clínicas demandan un esfuerzo en la investigación experimental básica dirigido al conocimiento de los genes y mecanismos moleculares involucrados en el rechazo crónico.

MATERIAL Y MÉTODO: se ha diseñado un estudio de experimentación animal con un total de 25 ratas Sprague Dawley. Los animales se han distribuido en 2 grupos: a) grupo control (n=5) b) grupo problema (n= 20; 10 donantes y 10 receptores) al que se le realizó un trasplante unilateral izquierdo. Se ha valorado: a) evolución clínica, b) estudio histológico) apoptosis y d) determinaciones genéticas mediante microarrays y PCR a tiempo real.

RESULTADOS: los hallazgos histológicos demostraron cambios característicos de la respuesta al rechazo crónico con desaparición del parénquima pulmonar e infiltración por células linfoplasmocitarias. El estudio inmunohistoquímico mostró una elevada positividad tanto para marcadores anti-apoptóticos (Bcl2) como para proapoptóticos (Bax, Caspasa3). El uso de la técnica de microarrays ha permitido identificar 326 genes que incrementaron su nivel de expresión en más de un 50% , mientras que 387 lo reducían en la misma intensidad. Los genes regulados en respuesta al rechazo crónico están significativamente representados por las respuestas biológicas relevantes para este modelo: "Regulación de la apoptosis", "actividades de ribosomas", "presentación y procedimiento de antígeno", "respuesta inmune", y "respuesta al estrés celular". Se ha observado un incremento de los niveles de MCP1, TGFB1 e IGF1 en el pulmón trasplantado asociados al rechazo crónico.

CONCLUSIONES: nuestro estudio ha aportado un análisis genómico básico al estudio de trasplante pulmonar experimental y ha demostrado que la técnica de microarrays resulta muy eficaz para analizar los cambios genómicos asociados al rechazo crónico. Esto muestra el poder potencial de los microarrays de ADN para identificar nuevas dianas moleculares relacionadas con los cambios fisiopatológicos que sufre el pulmón trasplantado. Estas dianas podrían ser manipuladas para regular la respuesta inmune/inflamatoria exacerbada o para contribuir al desarrollo de tratamientos más selectivos capaces de proteger al pulmón trasplantado del rechazo.

O-18 - NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRASPLANTE PULMONAR LOBAR

Dionisio Espinosa Jiménez, Javier Algar Algar, Paula Moreno Casado, Jennifer Illana Wolf, Antonio Álvarez Kindelán, Francisco Cerezo Madueño, Carlos Baamonde Laborda, Angel Salvatierra Velázquez. Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

OBJETIVOS: Describir nuestra experiencia del trasplante pulmonar lobar de donante cadáver.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de los casos de trasplante lobar de donante cadáver realizados entre enero de 2003 y diciembre de 2009. Se han recogido variables del donante, receptor, intraoperatoria y la supervivencia.

RESULTADOS: En este periodo de los 155 trasplantes pulmonares realizados en este periodo, han sido trasplantes lobares de cadáver un total de 6 pacientes. Fueron 2 hombres y 4 mujeres, edad media: $19 \pm 4,48$ (4.28) años. La edad media de los donantes fue de 30 años. Situación previa: 2 UCI, 2 hospitalizados, 2 ambulatorios. En el 33.3% de los casos se realizó un trasplante lobar en situación de código urgente. Respecto a la patología de indicación de trasplante un 66,7% tenían Fibrosis Quística y un 33,3% Fibrosis pulmonar idiopática. Respecto al tipo de trasplante un 66.7% fueron bilobares, un caso unilobar derecho y en otro caso unilobar izquierdo. La técnica quirúrgica consistió en realizar la lobectomía inferior anatómica en banco, e implante posterior en el receptor. Tiempo de isquemia: primer injerto 300 ± 25 (235-364) minutos, segundo injerto 430 ± 22 (373-486) minutos. Se realizó bypass cardiopulmonar(CEC) en el 100% de los casos, con un tiempo medio de 121 ± 59 minutos. El índice de oxigenación al llegar a la UCI fue de 310 ± 100 mmHg. El tiempo medio de intubación fue de 62 ± 35 horas. Hubo complicaciones quirúrgicas en el 33% de los casos. Se observó una mejoría significativa en los valores de la paO_2 , $paCO_2$, FVC% y FEV1% con respecto a la situación basal pretrasplante. La mortalidad perioperatoria fue del 16,7 % debida a fallo primario del injerto. No exitus intraoperatorio. La supervivencia al año fue del 50% y a los 2 años del 33,3%.

CONCLUSIONES: El número de pacientes en lista de espera de trasplante de pulmón ha ido aumentando considerablemente en los últimos años, pero el número de donantes se ha mantenido relativamente estable. Por tanto en casos debidamente seleccionados este tipo de trasplante es una opción válida electiva, para rentabilizar al máximo el número de donantes, pudiendo salvar las discrepancias de tamaño entre donante y receptor.

O-19 - EMPLEO DE LA VÁLVULA DE HEIMLICH COMO DISPOSITIVO PARA ELIMINACIÓN DE SECRECIONES EN FR

Raquel Fernández Blanco (1), Javier Manrique (2), Nicolás Moreno Mata (1), Carlos Simón Adiego (1), Rafael Peñalver Pascual (1), Carmen Moratalla Justo (1), Jesús Isea (1), Federico González Aragonese (1). (1) H.U. Gregorio Marañón Madrid, (2) Universidad CEU Madrid.

OBJETIVOS: Una de las técnicas de fisioterapia respiratoria es la vibración endógena a través de dispositivos tipo flutter/corner. El diseño de la válvula de Heimlich (VH), con una fibra de caucho que puede vibrar con el paso del aire a su través recuerda al de estos dispositivos. Nuestro objetivo es demostrar que el uso de la VH en fisioterapia respiratoria facilita la eliminación de secreciones y es útil como técnica de fisioterapia respiratoria, sin morbilidad asociada así como establecer una hipótesis de su mecanismo de acción.

MATERIAL Y MÉTODOS : Estudio descriptivo y observacional realizado entre enero y junio de 2009 en el que se incluyen 10 pacientes sometidos a una resección pulmonar, 10 pacientes sometidos a otras cirugías mayores y 20 personas voluntarias sanas.

Se mide el pico-tos antes y después de utilizar la válvula de Heimlich con un peak-flow con el objeto de conocer la capacidad tusígena antes y después de emplearla. Se realiza una evaluación del dolor mediante una escala visual antes y después del uso de la válvula. Se mide la frecuencia de la vibración obtenida al soplar por la VH mediante un osciloscopio. En el análisis descriptivo se utilizaron la mediana y el rango. Las diferencias entre las variables cuantitativas se analizaron mediante el test de Wilcoxon. Se consideró significativa una diferencia entre grupos si $p < 0.05$.

RESULTADOS: La mediana del pico tos antes y después de usar la VH es de 60 l/min, y 120 l/min respectivamente ($p = 0,001$). La mediana del dolor al generar una tos efectiva antes del empleo de la válvula y después es respectivamente de 9/10 y 3/10 ($p = 0,001$). No se asociaron complicaciones al empleo de la válvula en ninguno de los pacientes ni voluntarios sanos. La frecuencia mediana de la vibración obtenida al soplar por la VH es de 260 Hz, rango 180 Hz a 300 Hz.

CONCLUSIÓN: En nuestra experiencia, el uso de la VH facilita la eliminación de secreciones. Genera un aumento del flujo espiratorio lo cual conlleva la realización de una menor fuerza tusígena para lograr la expectoración; así, los pacientes presentan menor dolor para lograr una tos efectiva. El mecanismo de acción no parece ser la vibración porque la generada por la VH es muy alta y está alejada de la producida por el dispositivo corner, 30-60 Hz, similar a la de la movilidad ciliar. El aumento del flujo espiratorio y el desplazamiento proximal en la vía aérea del punto de igual presión podrían explicar el beneficio conseguido en la movilización de secreciones.

O-20 - ESTUDIO COMPARATIVO SOBRE DIFERENTES PAUTAS DE CURAS DE HERIDAS QUIRÚRGICAS TORÁCICAS. RESULTADOS DE UN ESTUDIO PRELIMINAR

Marcelina Regadera Sánchez, Tamara Mota Benítez, Cella Berbel Martínez, Ana Estefanía Sanz De Luis, Luisa García Moreno, Nicolás Moreno Mata. H. General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

OBJETIVOS: Las curas de las heridas quirúrgicas se realizan para mantener y favorecer la asepsia, y conseguir la correcta cicatrización de los tejidos. La vigilancia diaria nos ayuda a detectar complicaciones de manera precoz; sin embargo, no está demostrado cual es la frecuencia idónea para dichas curas. Por otro lado, los diferentes materiales empleados en las curas pueden causar diversas lesiones en la piel próxima a la herida quirúrgica.

LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO SON:

1. Identificar la incidencia de lesiones cutáneas y su relación con el número de curas realizadas.
2. Evaluar cuatro tipos diferentes de curas: cada 24h o cada 48h, con o sin la aplicación del apósito plástico Nobecutan® sobre la piel en la que se fija el esparadrapo tanto de incisión quirúrgica, como de los drenajes torácicos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo, aleatorio, descriptivo y observacional realizado entre octubre/09 y enero/10. Los pacientes se distribuyen en cuatro grupos en función de la frecuencia de la cura y la aplicación del apósito plástico Nobecutan®. Grupo A: cada 24h. Grupo B: cada 24h con Nobecutan®. Grupo C: cada 48h. Nobecutan® Grupo D: cada 48h con Nobecutan®. Se recogieron los siguientes datos: variables demográficas del paciente, tipo de intervención realizada, número de curas y complicaciones detectadas. En el análisis descriptivo se emplean medianas y porcentajes. El test Chi-cuadrado se utiliza para el análisis de variables categóricas. La diferencia de las variables cuantitativas entre grupos se valora con el test de Mann-Whitney. Se consideró significativa una diferencia entre grupos si $p < 0,05$.

RESULTADOS: La muestra consta de 43 pacientes, 73% varones con una mediana de edad de 55 años. Los procedimientos quirúrgicos fueron: toracotomía 44%; videotoracoscopia 30%; drenajes torácicos por diversas indicaciones 26%. La distribución por grupos A, B, C y D: 40%, 20%, 20% y 20% respectivamente. La mediana de curas / paciente fue de 2, rango 1-5; la mediana de duración de los drenajes torácicos fue de tres días, rango 1-8 días. Presentaron flictenas en la epidermis alrededor de herida quirúrgica o de los drenajes torácicos el 39,5% de los pacientes; no encontramos diferencias significativas entre los grupos estudiados. Los pacientes que desarrollaron lesiones cutáneas se les curó una mediana de 3 veces, frente a las 1,5 curas de mediana en los pacientes que no las desarrollaron ($p=0,02$). No se produjeron mas efectos adversos en los grupos que se curaron cada 48h.

CONCLUSIÓN:

1. Existe una relación entre el mayor número de curas y la incidencia de flictenas en la piel próxima a la herida.
2. En el estudio preliminar el uso de Nobecutan® no reduce el número de lesiones, por lo que no hemos demostrado que sirva como protector de la piel.
3. La cura cada 48h de la herida quirúrgica no se ha asociado a un incremento de las complicaciones locales.

O-21 - IMPORTANCIA DE LA ENFERMERÍA EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA TORÁCICA

Ester Ferreras Castaño, Arancha De Miguel López, Soledad Santiago Cid, Elena Arribas Cano, Ernesto García Monteavaro, Ana Belén González Blanco, María Sanz Guijo, María José Velasco Cerrato. H. Clínico San Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN: La cirugía torácica es una cirugía de alto riesgo que requiere de unos cuidados de enfermería cualificados desempeñados por personal con formación específica y que sepa afrontar con habilidad todas las situaciones que puedan presentarse durante el pre y postoperatorio.

En esta situación, la labor del personal de enfermería es de vital importancia tanto en las actividades cotidianas como en la vigilancia frente a la aparición de complicaciones reales y en la prevención de las complicaciones potenciales.

Para que los cuidados de enfermería alcancen un nivel elevado de calidad y así asegurar el máximo bienestar del paciente, es necesaria una unificación de los criterios en la práctica de las intervenciones de enfermería.

OBJETIVOS: Describir los procedimientos habituales en la práctica enfermera de los pacientes en el pre y post operatorio de los pacientes de cirugía torácica:

- Oxigenoterapia
- Ejercicios respiratorios
- Curas y control de drenaje torácico
- Control del constantes vitales
- Control del dolor
- Dieta
- Apoyo emocional
- Reconocer signos y síntomas de complicaciones reales y potenciales.
- Unificación de criterios en los cuidados de enfermería dentro de una unidad de hospitalización.

METODOLOGÍA: Revisión bibliográfica de la literatura acerca de los cuidados de enfermería en pacientes intervenidos de cirugía torácica, utilizando como herramientas de búsqueda los recursos de la red Cuiden, Dialnet, Index, Medline y literatura impresa sobre el tema. Las palabras clave de la búsqueda han sido: Cirugía torácica, Pleurevac, oxigenoterapia, enfermería quirúrgica, seguridad del paciente y calidad en los cuidados.

CONCLUSIONES: Como aspectos más relevantes de nuestra revisión bibliográfica hemos desprendido que el paciente torácico reúne una serie de condiciones que hacen que los cuidados que reciban éstos durante el postoperatorio deben de ser realizados de una manera eficaz y bajo unos criterios de actuación unificados.

La enfermera dentro del equipo multidisciplinar, tiene una enorme responsabilidad ya que lleva a cabo actuaciones que ayudan a mejorar el bienestar del paciente, aumentando la calidad de los cuidados recibidos y provocando una mayor implicación del paciente en su proceso.

Concluimos por tanto que el personal de enfermería de una unidad de cirugía torácica debe ser entrenado de forma específica, y llevar a cabo sus cuidados con eficacia y precisión, siempre teniendo en cuenta un criterio común seguido por todo el equipo responsable del paciente.

POSTERS

P-01 - EXPERIENCIA EN ELASTOFIBROMA DE PARED TORÁCICA

Dionisio Espinosa Jiménez, Jennifer Illana Wolf, Paula Moreno Casado, Javier Algar Algar, Antonio Álvarez Kindelan, Francisco Cerezo Madueño, Carlos Baamonde Laborda, Angel Salvatierra Velázquez. Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN: El objetivo es describir nuestra experiencia en el tratamiento de 17 pacientes con elastofibroma dorsi.

Material y Métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes intervenidos en nuestro servicio desde enero -1995 hasta diciembre - 2009 con resultado Anatómo- Patológico de elastofibroma dorsi.

RESULTADOS: Se han intervenido 17 pacientes, 10 (58,8%) mujeres y 7 (42,2%) varones. La edad media fueron $58,2 \pm 9,17$ años (35-72). La localización fue en 10 de los casos derecha y en 7 casos izquierda. Se ha presentado bilateralmente en 3 ocasiones. La sintomatología de presentación fue de dolor en un 6 de los casos, el resto presentaba tumoración de tamaño considerable que le producía pequeña limitación funcional. En 4 casos se descubrió como hallazgo incidental. El diagnóstico se llevó a cabo en la mayoría de los casos por Resonancia Magnética, en dos casos la Ecografía fue altamente sugestiva. El tamaño medio fue de $7,3 \pm 1,4$ (5-9,3) cm. Como complicaciones se detectaron en dos casos seroma de la herida que se manejaron con drenaje y control ambulatorio.

CONCLUSIONES: A pesar de su escasa manifestación clínica es fundamental realizar un diagnóstico correcto, teniendo una adecuada actitud clínico-radiológica, para distinguirlo de otras patologías como sarcomas, metástasis subcutáneas, etc. La resección quirúrgica es el tratamiento de elección en tumores de gran tamaño y pacientes sintomáticos, presentando bajas tasas de morbilidad y la recurrencia postquirúrgica es inusual.

P-02 - CONDROSARCOMA DE PARED TORÁCICA

Carlos Gálvez Muñoz, Juan Manuel Córcoles Padilla, Sergio Bolufer Nadal, Juan José Mafé Madueño, Benno Baschwitz Gómez, Luis Jorge Cerezal Garrido, Mario Mella Laborde, Jack Ventura Catalá, José Manuel Rodríguez Paniagua. H. General Universitario, Alicante.

OBJETIVO: El condrosarcoma es el tumor maligno más frecuente de la pared torácica, presentándose habitualmente como una lesión solitaria, de crecimiento progresivo, localizado con frecuencia en las cuatro primeras costillas, esternón y uniones condrocostales. El tratamiento quirúrgico es la mejor opción terapéutica, precisando de amplios márgenes quirúrgicos que casi siempre conlleva una reconstrucción con diferentes técnicas quirúrgicas. Presentamos nuestra experiencia quirúrgica con este tipo de patología.

MATERIAL Y MÉTODOS: Entre 1995 y 2009, hemos intervenido 15 pacientes con condrosarcoma de pared torácica. Cuatro pacientes eran mujeres y 11 varones con una edad comprendida entre 28 y 71 años (media 52,7 años). En cuatro pacientes el tumor tenía una

localización condroesternal. En cinco se localizaban en la región costochondral y seis tenían solamente afectación costal. Todos ellos se presentaron como una masa visible y palpable de diferente tamaño de crecimiento progresivo, asociándose en nueve ocasiones dolor torácico de distinta intensidad. Todos ellos tenían diagnóstico histológico preoperatorio, 4 por PAAF y el resto por biopsia incisional. Los estudios de imagen (radiología convencional, TAC y gammagrafía ósea) definieron la extensión de la enfermedad y permitieron establecer el tipo de cirugía y las posibilidades de reconstrucción.

En todos los pacientes se realizó una resección amplia de la tumoración, incluyendo una resección condroesternal parcial en siete pacientes y una resección condrocostal o costal amplia en ocho pacientes. Asimismo se asoció resección clavicular en seis, resección atípica pulmonar en 4, resección tangencial de vena cava superior en uno y resección pericárdica en dos. Para la reconstrucción parietal se utilizaron dos prótesis rígidas de Marlex Metil Metacrilato y ocho prótesis de Goretex. Once pacientes precisaron cobertura del defecto con diferentes colgajos: epiplon (3) , pectoral mayor(4) , dorsal ancho (4) y recto anterior (3).

RESULTADOS: No hubo mortalidad operatoria, ni postoperatoria. Dos pacientes fueron reintervenidos, uno por sangrado del colgajo muscular y otro por decúbito y exteriorización del extremo clavicular de la resección. Dos pacientes precisaron de ventilación mecánica postoperatoria durante varios días. Hubo 2 hemotórax que necesitaron drenaje pleural, 4 seromas en los colgajos y 2 fibrilaciones auriculares. Dos pacientes han fallecido por extensión a distancia de su enfermedad (hueso y pulmón). Tres pacientes han tenido una recidiva local, siendo reintervenidos con resección tumoral completa. Trece pacientes viven en la actualidad entre 9 y 159 m , con una supervivencia media de 88 meses (desviación estándar:12), sin evidencia de recidiva tumoral.

CONCLUSIONES: La resección tumoral con amplios márgenes quirúrgicos es la mejor opción de tratamiento en este tipo de tumores consiguiendo supervivencias a largo plazo con una baja morbimortalidad así como buenos resultados funcionales y estéticos.

P-03 - ETIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DEL QUILOTÓRAX

Inmaculada Piedra Fernández, Javier Ruiz Zafra, Sebastián Sevilla, Amira Alkourdi, Francisco Hernández, Clara Bayarri, Abel Sánchez-Palencia, Antonio Cueto. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

INTRODUCCIÓN: El quilotórax (QT) es una patología poco frecuente, en la que se produce el acúmulo de quilo (líquido de aspecto lechoso con gran contenido en grasas, que resulta de la digestión de los alimentos en el intestino delgado) en la cavidad pleural, secundario a la lesión, obstrucción o compresión extrínseca del conducto torácico o alguna de sus divisiones. Se describen cuatro grupos etiológicos: neoplasias, traumatismos, idiopáticos y miscelánea. El tratamiento quirúrgico está indicado en aquellos pacientes que no responden a medidas conservadoras tales como el drenaje de la cavidad pleural y nutrición parenteral total (NPT), especialmente cuando existe un evidente deterioro nutricional e inmunológico del paciente.

OBJETIVO: Analizar las variables demográficas y etiológicas, así como la respuesta al tratamiento conservador y quirúrgico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes con quilotórax tratados en la unidad desde enero de 1998 hasta febrero de 2010.

Se han recogido las variables edad, sexo, lado afecto, respuesta al tratamiento conservador, tratamiento y técnica quirúrgica empleada, así como la evolución.

RESULTADOS: Se diagnosticaron un total de 17 pacientes en este período, 10 varones y 7 mujeres con una edad media de 49,1 años (25-78). Las causas más frecuentes fueron: 8 casos postquirúrgicos, 6 miscelánea y 3 neoplásicos (2 linfomas y 1 carcinoma microcítico). Dentro del quilotórax postoperatorio encontramos: 1 neumonectomía dcha., 1 bilobectomía inferior, 1 lobectomía inferior izquierda, 1 esplenicectomía, 1 resección atípica y linfadenectomía de los grupos G5 y G6, 1 resección bocio intratorácico, 1 linfadenectomía cervical por carcinoma de tiroides y 1 biopsia grupo ganglionar 4L mediante mediastinoscopia. Dentro del grupo miscelánea encontramos: 1 tras canalizar vena subclavia izquierda, 1 bocio endotorácico, 1 linfangioleiomiomatosis, 1 linfangiomas quísticos múltiples abdominales, 1 obstrucción vena cava superior y 1 paniculitis mesentérica. En 9 casos fue izquierdo, en 3 derecho y en 5 bilateral. Asociaban ascitis quilosa 2 casos y quilomediastino en 2. El tratamiento conservador (drenaje pleural y NPT, seguido de dieta con ácidos grasos de cadena media) fue suficiente en 10 casos. En 7 pacientes hubo que recurrir al tratamiento quirúrgico: 2 toracoscopias y 5 toracotomías. En 2 casos se realizó ligadura-sutura conducto torácico, en 2 casos ligadura y pleurodesis con talco estéril, en 1 sólo pleurodesis con talco y en otro con adhesivo de fibrina. A 1 paciente se le realizó una decorticación para favorecer la reexpansión pulmonar.

CONCLUSIÓN:

1. El QT es una patología poco frecuente, que afecta por igual a ambos sexos y que se presenta a cualquier edad. La causa más frecuente fue el QT postquirúrgico.
2. El tratamiento conservador consiguió la resolución en más de la mitad de los casos.
3. El tratamiento quirúrgico fue satisfactorio y se realizó a pacientes con persistencia de altos débitos a través del drenaje y que experimentaron un importante deterioro nutricional, pese a mantenerlos con NPT.

P-05 - CORRELACIÓN DE LA AFECTACIÓN MEDIASTÍNICA CON LA ESTIRPE Y LOCALIZACIÓN DEL TUMOR PRIMARIO. ANÁLISIS DE 2228 MEDIASTINOSCOPIAS PRONÓSTICAS EN CARCINOMA BRONQUIAL

José Carlos Meneses Pardo, M. Andrea Mariscal De Alba, Iván Martínez Serna, Fátima Hermoso Alarza, Francisco Pozo Rodríguez, Guillermo Aranda. H. Universitario 12 de Octubre, Madrid. Proyecto financiado por Beca SEPAR.

Proyecto financiado por Beca SEPAR

OBJETIVOS: Conocer la relación existente entre el tipo y localización del carcinoma broncogénico con los hallazgos cénicos y anatomopatológicos obtenidos tras mediastinoscopia pronóstica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio analítico retrospectivo de los casos de 2228 pacientes, ingresados en nuestro Servicio con diagnóstico de carcinoma broncogénicos, a los que se realizó mediastinoscopia y mediastinotomía pronóstica. Se estudió edad, sexo estudios de imagen y fibrobroncoscópicos prequirúrgicos, hallazgos durante la exploración, hallazgos quirúrgicos durante la resección pulmonar, y resultados anatomopatológicos pre y postquirúrgicos.

RESULTADOS: El 94,84% de los pacientes fueron hombres (N=2113), y el 5,16% mujeres (N= 115), con edades comprendidas entre 24 y 84 años. La edad media en hombres fue 62,2 años, mientras que en mujeres 59,1 años. El 47,67% de las tumoraciones fueron de localización izquierda (N=1062), siendo derechas el 52,33% (N=1166). De todas ellas, se consideraron centrales el 37,48% (N=835). El diagnóstico anatomopatológico tumoral más frecuente fue Carcinoma Epidermoide (62,9%, N=1401), seguido de Adenocarcinoma (20,5%, N=456). Globalmente, fueron positivas el 25,67% de las mediastinoscopia/tomias (N=572), siendo dicha positividad ganglionar en el 23,07% de los pacientes (N=514). De estas últimas, el 12,88% fueron positivas para una sola región ipsilateral (N=287), mientras que el 5,78% lo fueron para más de una región, también ipsilateral (N=128), y el 4,44% se consideraron contralaterales (N=99). Al comparar aquellas exploraciones positivas, con la localización radiológica previa, mediante Método Chi Cuadrado, se objetivó que se produjeron en el 26% de lo tumores centrales y el 21% de los parenquimatosos, siendo $p<0,062$. El mismo análisis, mediante el método de regresión logística multivariable, demostró positividad en el 29% de las lesiones Centrales, y en el 22% de las periféricas, siendo $OR=1,3$ (1,1-1,6) y $p<0,0021$. Por otro lado se correlacionaron estos resultados con la lateralidad, demostrándose positivos para mediastinoscopia el 20% de las tumoraciones izquierdas y el 26% de las derechas, siendo en este caso $OR=1,4$ (1,6-1,7) y $p<0,0006$. De igual manera, se valoró la relación existente entre la anatomía patológica tumoral definitiva y la positividad ganglionar (Método Chi Cuadrado Mantel-Haenszel). En este caso, quedó patente como tumor que más frecuentemente afectaba el mediastino el Carcinoma (52,3%), seguido del Carcinoma Indiferenciado de Células Grandes (35,3%), del Adenocarcinoma (24,6%), y, por último, del Carcinoma Epidermoide (18,6%), con $p<0,0001$ para Chi Cuadrado y $p<0,01$ para Chi Cuadrado Mantel-Haenszel.

CONCLUSIONES: La Mediastinoscopia, a día de hoy, sigue siendo la exploración que más información aporta para la estadificación clínica de la N, y, aunque la PET y la EBUS harán disminuir considerablemente su indicación, su aportación seguirá siendo imprescindible en casos seleccionados. En nuestra serie parece existir mayor tendencia a la positividad mediastínica en tumores centrales, derechos, y con diagnóstico de carcinoma, seguidos de carcinomas de células grandes.

P-06 - RECURRENCIA DE TUMOR CARCINOIDE TRAS 20 AÑOS DE UNA NEUMONECTOMÍA IZQUIERDA

Dionisio Espinosa Jiménez, Carlos Baamonde Laborda, Javier Algar Algar, Paula Moreno Casado, Jennifer Illana Wolf, Antonio Álvarez Kindelán, Francisco Cerezo Madueño, Angel Salvatierra Velázquez. Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN: Describir un caso de recurrencia de tumor carcinoide en cavidad de neumonectomía, tras 20 años de la realización de ésta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trataba de una paciente de 65 años de edad, a la que se le había realizado 20 años antes una Neumonectomía izquierda, por un carcinoide típico localizado en el bronquio principal izquierdo.

La paciente presentaba dolor torácico, así como disfagia de varios meses de evolución, por lo que se realizó un estudio diagnóstico, realizando TAC torácico que mostraba una gran masa (15x 8 x 12 cm) hipervascularizada situada en la encrucijada toraco-abdominal,

progresando en reloj de arena hacia el abdomen. Comprimía desde la aurícula izquierda, hasta el tronco celiaco el cual rodeaba prácticamente, a los que no infiltraba. Posteriormente se realiza PAAF de la lesión, siendo diagnosticada de Tumor Carcinoide coincidiendo con el diagnóstico previo de la lesión endobronquial. Tras la realización de una embolización de la rama de la arteria diafragmática izquierda que "alimentaba" la tumoración, se procedió a la resección quirúrgica de la misma.

RESULTADOS: La Intervención quirúrgica consistió en la extirpación de la tumoración, una vez localizada la cavidad postneumonectomía, encontrándose íntimamente adherida a la aurícula izquierda, en su componente torácico, y al esófago y tronco celiaco en su componente abdominal. Tras la Intervención la paciente presentó una evolución favorable, siendo dada de alta al sexto día postoperatorio. Se confirmó la histología de carcinoide típico en el estudio anatomopatológico.

DISCUSIÓN: Se trata del segundo caso descrito en la literatura de recurrencia de un tumor carcinoide en la cavidad de una neumonectomía y siendo en este caso el tamaño significativamente mayor.

A pesar del buen pronóstico de los tumores carcinoides pulmonares, se han descrito series con tasas de recurrencia entre el 1% y el 5%.

Pese al alto riesgo quirúrgico, debido a las alteraciones anatómicas en la cavidad de la neumonectomía, pensamos que en casos seleccionados sin evidencia de enfermedad a distancia, el tratamiento quirúrgico, en la recurrencia del tumor carcinoide, es el de elección.

P-07 - UTILIDAD DEL EPIPLON MAYOR EN CIRUGÍA TORÁCICA

Carlos Gálvez Muñoz, Juan Manuel Córcoles Padilla, Sergio Bolufer Nadal, Luis Jorge Cerezal Garrido, Juan José Mafé Madueño, Benno Baschwitz Gómez, Mario Mella Laborde, José Manuel Rodríguez Paniagua. H. General Universitario, Alicante.

OBJETIVO: Presentamos nuestra experiencia con colgajos de epiplon mayor, así como sus indicaciones y resultados en cirugía torácica. **MATERIAL Y METODOS:** En los últimos 10 años hemos utilizado este tipo de colgajo en 14 pacientes por distintas causas. 9 eran varones (%) y 5 mujeres (%) con edades comprendidas entre 48 y 74 años (media 51 años). En 6 pacientes se utilizó para la reconstrucción de la pared torácica (protección del mediastino en 4 tumores resecaos, cobertura de una radionecrosis postradiación de un carcinoma de mama y en una mediastinitis postcirugía transesternal. En 3 pacientes se utilizó para proteger el muñón bronquial después de una resección pulmonar por carcinoma bronquial que habían recibido neoadyuvancia con quimio-radioterapia. En 2 pacientes se empleó para el cierre de una fístula bronquial postneumonectomía derecha después del tratamiento con técnica de Clagett. En dos ocasiones se utilizó como técnica de relleno de una cavidad de toracostomía con fístula broncopleural. Finalmente en un paciente se utilizó para cubrir una rotura traqueal extensa. En 10 pacientes se realizó una laparotomía media para la preparación del colgajo a expensas de la arteria gastroepiploica derecha. En 4 se practicó una frenotomía amplia con ascensión del epiplon sin dificultad. En la cirugía reconstructora de la pared torácica y en el relleno de la cavidad de neumonectomía se utilizaron en 5 ocasiones colgajos musculocutáneos de pectoral mayor y en 3 ocasiones de recto anterior del abdomen.

RESULTADOS: No hubo mortalidad postoperatoria. Tres pacientes precisaron ventilación mecánica prolongada, siendo reintervenido uno de ellos a los 9 días por presentar inestabilidad de la pared torácica, sustituyéndole una prótesis blanda (Goretex) por una rígida (Sándwich de Marlex-Metilmelacrilato). Otra paciente con una resección esternal presentó un distrés respiratorio precisando ventilación mecánica prolongada, falleciendo a los 45 post-cirugía. Otras complicaciones: fibrilación auricular (2), retención de secreciones (2), seromas en la herida tratados con drenaje (3), infección superficial (1) y hernia abdominal (1). Once pacientes continúan vivos entre 16 meses y 10 años tras la cirugía, dos de ellos con recidiva tumoral.

CONCLUSIONES: El epiplon mayor es un colgajo muy útil para el cirujano torácico con diversas indicaciones: Reconstrucción de grandes defectos de pared torácica generalmente colocado debajo de una prótesis rígidas para proteger estructuras mediastínicas; protección del muñón bronquial en pacientes con alto riesgo de presentar fistulas postresección (neoadyuvancia); cierre de fistulas crónicas postpneumonectomía rellenando la cavidad residual; reparación de radionecrosis parietal y en la cirugía de las mediastinitis.

P-08 - SARCOMA SINOVIAL TORÁCICO PRIMITIVO

Inmaculada Piedra Fernández, Sebastian Sevilla, Amira Alkourdi, Francisco Hernández, Clara Bayarri, Javier Ruiz Zafra, Abel Sánchez-Palencia, Antonio Cueto Ladrón De Guevara. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: El sarcoma sinovial (SS), es un tumor poco frecuente, agresivo y con gran tendencia a la recidiva local, que puede aparecer en cualquier localización, siendo extremadamente raro que asiente a nivel pulmonar (como tumor primitivo), en mediastino o en pared torácica. Son tumores derivados de células madre pluripotenciales que se diferencian en mesenquimales.

El objetivo es analizar las características clínicas e histológicas, así como el tratamiento quirúrgico y la evolución de este tipo de tumores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados de SS torácico tratados en la unidad desde enero de 1998 hasta diciembre de 2009.

Se han recogido las variables edad, sexo, manifestaciones clínicas iniciales, localización, resección quirúrgica efectuada, necesidad de tratamiento adyuvante, recidiva así como la evolución.

RESULTADOS: Se intervinieron 4 pacientes, 2 varones y 2 mujeres, con una edad media de 43,7 años (25-69). El dolor torácico fue el síntoma más frecuente de presentación (3), seguido de la disnea (2). En 1 caso fue un hallazgo radiológico casual. Localización: 2 primitivos de pulmón (LSI y LID), 1 pared torácica y 1 en mediastino. Se realizaron 2 toracotomías izquierdas, 1 derecha y 1 mediastinotomía anterior. En cuanto al tipo de resección, se practicó 1 lobectomía superior izquierda ampliada a pared con resección de cabos de 3 arcos costales, 1 bilobectomía inferior, 1 resección de tumor extrapleural y cabos de 2 arcos costales y 1 biopsia diagnóstica. Complicaciones postquirúrgicas: 1 quilotórax. La anatomía patológica fue: SS monofásico primitivo de pulmón en 2 casos, SS bifásico de

pared y SS bifásico mediastínico. Inmunohistoquímica: expresaban con más frecuencia CK y vimentina. Todos los pacientes fueron sometidos a tratamiento adyuvante (2 RT, 1 QT y 1 RT + QT). Tres de los pacientes presentaron metástasis, cerebral (a los 3 meses), torácicas y abdominales (en el momento del diagnóstico), pulmonares y vertebrales (al año). Éxitus: 3 casos (al mes, a los 3 meses y a los 3 años).

CONCLUSIÓN:

1. El SS torácico primitivo es muy raro, especialmente el pulmonar.
2. El dolor torácico, acompañado de disnea suele ser su forma de presentación, aunque puede ser asintomático.
3. Es un tumor muy agresivo y con gran tendencia a la recidiva precoz, en el que la resección quirúrgica completa asociada a tratamiento adyuvante se considera el tratamiento de elección.

P-09 - UTILIZACIÓN DE DRENAJES DE SILICONA EN EL POSTOPERATORIO DE CIRUGÍA DE RESECCIÓN PULMONAR

Guillermo González Casaurrán, Leyre Azcárate Perea, Jesus Isea Viña, Rafael Peñalver Pascual, Carlos Simón Adiego, Nicolás Moreno Mata, Federico González Aragonese. H. General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: La utilización de tubos de tórax semirrígidos (Argyle®) no está exenta de efectos secundarios, sobre todo dolor. Algunos equipos han pretendido superar dichas limitaciones utilizando drenajes flexibles de silicona (Prim®). El presente estudio pretende comparar la eficacia de ambos tipos de catéteres en cuanto a drenaje de la cavidad pleural.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de pacientes intervenidos de cirugía de resección pulmonar en el periodo 01/06/2009 – 01/11/2009 de forma consecutiva excluyendo neumonectomías. En el análisis descriptivo se utilizaron medianas y porcentajes. En el análisis de variables categóricas se utilizó el test Chi-cuadrado y el análisis de regresión multinomial, y el Test U de Mann-Whitney en el de variables cuantitativas. Se utilizó el programa estadístico SPSS 13.0.

RESULTADOS: Se intervinieron 45 pacientes, 29 varones y 16 mujeres, con una mediana de edad de 55 años. En el grupo A (drenaje semirrígido) se realizaron **23** resecciones en cuña y **10** lobectomías, a través de **20** toracotomías y **13** VATS. En el grupo B (drenaje de silicona) se realizaron **8** resecciones en cuña y **4** lobectomías, a través de **6** toracotomías y **6** VATS. La patología intervenida fue similar en ambos grupos.

El tubo de tórax de silicona se utilizó en 12 pacientes, el resto fueron semirrígidos. La mediana de retirada del tubo fue de 3 días: Argyle® 3 días, Prim® 2 días. Presentaron cámara residual de neumotórax 4 pacientes (8,9%) (Tabla I) y derrame pleural 2 (4,4%), no requiriendo drenaje en ningún caso. La mediana de estancia postoperatoria fue de 5 días (misma mediana en ambos grupos).

TIPO RESECCIÓN			ARGYLE	SILICONA	TOTAL
RESECCIÓN EN CUÑA	CÁMARA NEUMOTÓRAX $p=0,085$	NO	23	7	30
		SI	0	1	1
	Total		23	8	31
LOBECTOMÍA	CÁMARA NEUMOTÓRAX $p=0,837$	NO	8	3	11
		SI	2	1	3
	Total		10	4	14

Tabla I.

La presencia de **cámara residual de neumotórax** se asoció en el análisis de regresión multinomial a: presencia de enfisema pulmonar radiológico ($p<0,001$), tipo de resección ($p=0,003$) (más frecuente en lobectomías), y tipo de drenaje ($p=0,009$) (más frecuente con drenajes de silicona). Hay que destacar que ningún paciente con cámara residual de neumotórax requirió colocación de nuevo drenaje endotorácico.

No hallamos diferencias significativas en la presencia de derrame pleural residual. El número de días de estancia postoperatoria, y el número de días con drenaje endotorácico no se relacionaron con el tipo de drenaje utilizado, ($p=0,080$).

CONCLUSIÓN: Con las limitaciones por el número de pacientes, podemos decir que en cuanto a eficacia, los drenajes de silicona funcionan de forma similar a los semirrígidos. Aunque el análisis de regresión muestra significación en la presencia de cámaras residuales al utilizar drenajes de silicona en las resecciones en cuña, no en las lobectomías, creemos no tiene gran valor al tratarse de una cámara en ocho pacientes y que no requirió drenaje.

P-10 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA: NUESTRA EXPERIENCIA

Gregorio Gallardo Valera, Sergio Bernabé Moreno Merino, Fernando Cózar Bernal, Ana Isabel Triviño Ramírez, Florencio Quero Valenzuela, Miguel Congregado Loscertales, Rafael Jiménez Merchán, Juan Carlos Girón Arjona, Jesús Loscertales Abril. H. Universitario Virgen de la Macarena, Sevilla.

OBJETIVOS: La hernia diafragmática es una enfermedad poco frecuente, fácilmente puede no ser detectada y ocasionar así una morbilidad y mortalidad significativas. Los cirujanos torácicos deberían estar familiarizados con estos procesos y ser capaces de poder reparar estos procesos por cualquier vía de abordaje (abdominal o torácica). El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia en la reparación quirúrgica de la hernia diafragmática.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos realizado un análisis retrospectivo de todos los pacientes intervenidos de hernia diafragmática en nuestro hospital entre Junio de 2000 y Diciembre de 2009. Se analizaron el tipo de hernia, las lesiones asociadas, la reparación quirúrgica y el enfoque así como el resultado obtenido.

RESULTADOS: Hemos estudiado un total de 22 pacientes. Sexo: 12 varones y 10 mujeres. La edad media: 51 años (rango 23-74). Etiología: hernia de Morgagni (congénita) en 4 casos, traumatismo cerrado en 14, traumatismo penetrante en 3 y postlaparotomía

en 1. Lateralidad: izquierda en 16 pacientes y derecha en 6. Las lesiones asociadas estuvieron presentes en 14 pacientes (63,6% de los casos): fracturas costales (9), hemotórax (4), neumotórax (2), hemoneumotórax (3) y fracturas de miembros superiores (2). En orden de frecuencia la vía de abordaje para la reparación fue toracotomía (13), laparotomía (6) y laparoscopia (3). La técnica quirúrgica realizada fue colocación de parche protésico (8), técnica de refuerzo muscular (8) y sutura directa (6). Existieron complicaciones postoperatorias pulmonares en el 18,1% (4 pacientes). Un paciente con comorbilidad cardiaca asociada falleció (4,5%) por infarto agudo de miocardio.

CONCLUSIONES: La hernia diafragmática es una patología de fácil reparación. La etiología más frecuente son las hernias postraumáticas y las dos vías de abordaje a realizar para la reparación de la misma (tanto abdominal como torácica) obtienen buenos resultados con bajas tasas de morbilidad y mortalidad asociadas.

P-11 - COMPLICACIONES Y MORTALIDAD DE LA CIRUGÍA POR MEDIASTINITIS AGUDA

Jon Zabaleta Jiménez, Borja Aguinagalde Valiente, Marta Fuentes Gago, Nerea Bazterargui Fernández, José Miguel Izquierdo Elena, Carlos Hernández Ortiz, Pedro Martínez Seijas. H. Donostia, San Sebastián.

OBJETIVOS: La mediastinitis es una situación de riesgo vital, que en ocasiones puede ser difícil de manejar, que se encuentra asociada a una alta tasa de morbimortalidad. Hemos analizado los resultados de la cirugía de la mediastinitis aguda con la intención de identificar las diferencias entre diferentes tipos de mediastinitis y cuantificar los resultados de la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO: Hemos analizado todos los pacientes intervenidos quirúrgicamente de forma urgente con el diagnóstico de mediastinitis aguda entre el 1 de enero del 2000 y el 1 de enero del 2010. Se han recogido los datos demográficos, etiológicos, el tiempo de ingreso y de estancia en CMI, las complicaciones y mortalidad de forma retrospectiva y se han analizado utilizando el paquete estadístico SPSS 15.0.

RESULTADOS: Durante este periodo se han intervenido 33 pacientes, 23 hombres (69,7%) y 10 mujeres (30,3%), con una edad media de 55,27 años (mediana 29,80). Etiología: 9 (27,3%) mediastinitis aguda necrotizante (MAN), 21 casos (63,6%) de perforación esofágica, 1 (3%) mediastinitis espontánea y 2 (6,1%) mediastinitis tras cirugía esofágica programada. En nuestra serie no presentamos pacientes con mediastinitis como complicación de cirugía cardiaca ya que no existe dicha especialidad en nuestro hospital y los pacientes son remitidos al hospital de referencia para el tratamiento de las complicaciones postoperatorias. El índice de reintervención es del 24,2% y la mortalidad del 30,3% (10 casos). Se observaron complicaciones en 27 pacientes (75,8%), la duración del ingreso como media fue de 56 días y todos los pacientes excepto dos permanecieron ingresados en la unidad de cuidados médicos intensivos. En el 91% de los casos el diagnóstico se ha realizado 24 horas más tarde del inicio de la clínica.

Comparando los dos grandes grupos MAN y perforación esofágica, no hemos observado diferencias estadísticamente significativas en el número de complicaciones ni en la mortalidad, aunque en el grupo de las perforaciones hemos apreciado mayor mortalidad

(11,11% vs 38,09%). La edad media de los pacientes con mediastinitis descendente ha sido menor que en el grupo de las perforaciones (34,44 años vs. 61,33 años; $p < 0.03$) y el número de reintervenciones ha sido mayor en el grupo de MAN ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES: La cirugía de la mediastinitis aguda es una cirugía con una tasa alta de morbi-mortalidad, que afecta a gente joven y el diagnóstico suele ser tardío. A pesar de requerir mayor número de reintervenciones en el grupo las mediastinitis agudas necrotizantes la mortalidad es menor que en el grupo de las perforaciones de esófago.

P-12 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA INFECCIÓN ESTERNAL DE ORIGEN IATROGÉNICO

Begoña Gregorio Crespo, Sara De Cabanyes, Ángel Cilleruelo, Ángela Arévalo, Beatriz García-Rico, Manuel Castanedo, Jose Luis Duque, Félix Heras, Jose María Matilla. H. Clínico Universitario, Valladolid.

OBJETIVOS: Valorar el resultado del tratamiento quirúrgico de la infección esternal de origen iatrogénico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 11 pacientes intervenidos en los últimos nueve años por infección esternal asociada o no a mediastinitis anterior.

RESULTADOS: 11 pacientes 8 hombres y 3 mujeres. Edad: 15 a 80 años, media: 59. Etiología: 1.- Esternotomía previa para tratamiento de patología cardiaca: coronaria isquémica en 5 pacientes, congénita en 1, valvular en 1. 2.- Radionecrosis esternal tras tratamiento de carcinoma mamario y tumor germinal mediastínico en 2 y 1 paciente respectivamente. 3.- Cirugía de pared torácica por síndrome de Poland. Asociación de mediastinitis anterior en 6 de los pacientes intervenidos de patología cardiaca, en los 5 restantes presencia de supuración crónica esternal intermitente. Tratamiento previo antibiótico y eliminación mecánica de exudado (lavados y/o sistema vacuum) en todos los casos. Procedimiento quirúrgico: 1.- Esternectomía parcial en todos asociada a extirpación de cartílagos costales adyacentes en 3 casos. 2.- Instauración de sistema de drenaje-lavado. 3.- Mioplastia (músculos pectorales) en 7 y omentoplastia (epiplon mayor) en los 4 restantes. Evolución: Satisfactoria en 6 casos. Reintervención (extirpación de esfacelo residual necrótico) en 2 (etiología radionecrótica). Cierre definitivo por segunda intención en 1. Éxito en 2 secundario a insuficiencia cardiaca refractaria a tratamiento.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia la infección esternal iatrogénica reconoce como etiología más común la esternotomía para tratamiento de patología cardiaca y la radionecrosis. La cronicidad y gravedad del proceso son difícilmente controlables con tratamiento médico o mínimamente invasivo en algunos casos. La eliminación de esfacelo necrótico, de la afectación ósea, instauración de sistema de drenaje-lavado y realización de plastia complementaria con tejidos autólogos vascularizados, constituye un tratamiento eficaz en un importante número de casos.

P-13 - RESULTADOS Y COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DEL NEUMOTORAX ESPONTÁNEO PRIMARIO TRATADO MEDIANTE TORACOSCOPIA Y PLEURODESIS CON TALCO

Edwin Emilio Mármol Cazas, Sandra Martínez Somolinos, Fernando Sebastián Quetglás, Xavier Baldó Padró, Matilde Magdalena Rubio Garay, Juan Carlos Penagos Tafurt. H. Universitari Doctor Josep Trueta, Girona.

OBJETIVO: Conocer la tasa de recidivas del tratamiento quirúrgico del Neumotórax espontáneo primario, las complicaciones generales y específicas debidas a la pleurodesis con talco

MATERIAL Y MÉTODO: Se recogen los datos de una serie que comprende 97 pacientes y 108 casos de Neumotórax espontáneo primario tratados mediante toracoscopía con o sin resección parenquimatosa y pleurodesis con 4 g de talco de partícula gruesa libre de asbesto (Luzenac). La pleurodesis con talco se realiza sobre la pleura visceral respetando los vasos mediastínicos y el interior de las cisuras. Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo donde se recogen datos epidemiológicos, el método diagnóstico y sus hallazgos, el hemitorax afecto, la indicación quirúrgica, tipo de cirugía, los hallazgos endoscópicos, complicaciones generales y específicas de la pleurodesis con talco, el tiempo de estancia hospitalaria, el tiempo de permanencia de los drenajes, las recidivas y su tratamiento, y el tiempo medio del seguimiento.

RESULTADOS: Se estudiaron 83 hombres y 14 mujeres, con una edad media de 26.5 años, 70 pacientes tenían hábito tabáquico, todos se diagnosticaron por radiología simple, y a 25 pacientes se realizó una TC (tomografía computarizada) de tórax, en 14 la TC era normal, en 9 se encontró presencia de bullas subpleurales, en 1 bridas pleurales y en 1 se diagnóstico de hemo-neumotórax. Afectó al hemitórax derecho en el 51% y el izquierdo 49%, y en un 18,5% bilaterales no simultáneos. En 81 casos se indicó cirugía por recidiva, en 20 por fuga aérea, en 6 por bilateralidad y uno por hemo-neumotórax. En 88 se realizó Toracoscopía, resección y pleurodesis con talco, en 20 se realizó pleurodesis simple con talco. Los hallazgos endoscópicos describen según el estadio de Vanderschueren's: I en 18; II en 13; III en 55 y IV en 22. Se tuvo que reconvertir a toracotomía en un caso por fallo de la sutura mecánica. En 9 pacientes se presentó alguna complicación, siendo la más frecuente la fuga aérea en 5 casos, 2 cámaras aéreas, una neumonía y un hemotórax, no registramos ningún caso de mortalidad. El hemotórax requirió toracotomía y solo una fuga aérea se reintervino (toracoscopía), las demás complicaciones se trataron mediante drenaje pleural y la neumonía se resolvió con tratamiento médico. No registramos ninguna complicación específica debida al talco, como el distress respiratorio, infecciones o empiemas, en el seguimiento a largo plazo con una media de 11.2 meses, no se registró alteraciones de la funcionalidad respiratoria. Se constató una media de estancia hospitalaria de 2.4 días, con una media del tiempo de permanencia de los drenajes de 2.3 días. Se documentaron 3 recidivas, que representan el 2.7 %, en dos casos se trató con un drenaje pleural y uno requirió toracoscopía.

CONCLUSIONES: El tratamiento del neumotórax espontáneo mediante pleurodesis con talco es una técnica muy segura con baja morbilidad general (8.3%), y una tasa nula de complicaciones específicas por el talco y una tasa muy baja de recidivas (2.7%). Con una estancia hospitalaria media de 2.4 días.

P-14 - TIMECTOMÍA EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS

Félix Heras Gómez, Ángela Arévalo Pardal, Cristina García Rico, Begoña Gregorio Crespo, José María Matilla González, Manuel Castanedo Allende, José Luis Duque Medina, Mariano García Yuste. H. Clínico Universitario, Valladolid.

OBJETIVO: La timectomía es un tratamiento efectivo en los pacientes con miastenia gravis (MG). Permite la remisión o desaparición de los síntomas en la mayoría de los casos, aunque los resultados varían en función de la patología del timo. El objetivo es evaluar la situación clínica previa y posterior a la realización de timectomía en un grupo aleatorio de 50 pacientes con MG.

PACIENTES Y MÉTODO: Se han estudiado las características preoperatorias, evolución postoperatoria y estado clínico actual de un grupo aleatorizado de 50 pacientes diagnosticados de MG e intervenidos quirúrgicamente mediante timectomía.

RESULTADOS: Se han estudiado 50 pacientes (37,3% varones, 62,7% mujeres). Edad media 41,42 años, rango 13-76 años. Tiempo medio de evolución de la clínica 14,7 meses; estadio clínico según Myastenia Gravis Foundation of America (MGFA): I 20%; IIa 42%; IIb 26%; IIIa 6%; IIIb 2%; IV 4%. Tratamiento preoperatorio sólo con anticolinesterásicos (42,9%) o asociados a esteroides (30,6%). Diagnóstico mediante pruebas de imagen (TAC, RM) con presencia de patología tímica en 51,1% de los casos. Abordaje quirúrgico mediante esternotomía en 90,2% de los pacientes. Resultados anatomopatológicos: hiperplasia tímica 50,8%; timo normal 9,8%; timolipoma 2%; timoma 37,4%. Complicaciones postoperatorias globales 16,3%; crisis miasténica postoperatoria 10% (en relación con hiperplasia tímica 62,5%), precisando intubación prolongada 33,4%. Exitus 2%, relacionado con el proceso miasténico. Situación clínica actual según MGFA: CSR 13,3%; MM-1 6,6%; MM-2 17,7%; MM-3 62,4% (10,7% de éstos con empeoramiento clínico).

CONCLUSIONES: La timectomía aporta mejoría en la sintomatología clínica con disminución de la necesidad de medicación postoperatoria. A pesar de la timectomía el 10,7% de los pacientes presentan empeoramiento de su sintomatología.

P-15 - TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO SECUNDARIO. EXPERIENCIA CON 172 CASOS CONSECUTIVOS

Antonio Cueto Ladrón De Guevara, Javier Ruiz Zafra, Abel Sánchez-Palencia, Clara Bayarri, Inmaculada Piedra, Sebastián Sevilla, Amira Alkourdi, Francisco Hernández. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

INTRODUCCION: El neumotórax espontáneo es una de las patologías más frecuentes que requieren atención quirúrgica por Cirugía Torácica. Se considera secundario (NES) cuando existen signos o síntomas de enfermedad pleuropulmonar previa al episodio de neumotórax que pueda ser el origen o causa del mismo. Su terapéutica más eficaz es la quirúrgica, habiéndose utilizado varias técnicas con unos resultados diferentes y con las indicaciones más ampliamente usadas: recidiva del neumotórax, neumotórax bilateral simultáneo, neumotórax contralateral primer episodio, fugas aéreas mantenidas más de 5 días, hemoneumotorax, neumotórax hipertensivo, criterios sociales de profesión o residencia (pilotos aviación, buceadores, paracaidistas, alpinistas, camioneros, que vivan lejos de un centro sanitario o mal comunicado). Presentamos nuestra experiencia sobre

todos los casos de NES operados en la Unidad de Cirugía Torácica del H.U. Virgen de las Nieves de Granada con la intención de valorar las indicaciones y eficacia de las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas.

MATERIAL Y METODO: Estudio retrospectivo de todos los neumotórax espontáneos secundarios operados entre septiembre de 1985 y diciembre de 2009, recogiendo datos de: genero, edad, lado, diagnósticos etiológicos, técnica quirúrgica, necesidad de reintervención por recidiva.

RESULTADOS: 172 c, 21'22% del total de 810 neumotórax espontáneos operados en ese periodo 158 hombres (91'86%) y 14 mujeres (8'14%). Edad entre 16 y 99 años. Edad media: 59'55 años. Edad media hombres: 62'89. mujeres: 31'6. 96 D. 102 Derechos (59'30%). 69 Izquierdos (40'12%). 1 bilateral simultáneo (0'58%)

Diagnósticos etiológicos: Enfisema 155 casos. Histiocitosis X: 8 c. Neumopatía difusa: 3 c. Linfangioleiomiomatosis: 2 c. Sarcoidosis: 1 c. Fibrosis quística: 1 c. Tbc antigua: 1 c. Poliserositis: 1 c. Se operaron por toracotomía 59 c (34'3%). Videotoracoscopia 37c (21'51%). Toracoscopia simple 76 c (44'18%). Se convirtieron 15c de videotoracoscopia a toracotomía (40'54%). Se operaron por recidiva tardía 16 c. 1 de videotoracoscopia, 1 toracotomía y 14 toracoscopias simples (18'42%). En 5 se realizó videotoracoscopia, 1 toracoscopia simple y 10 toracotomías.

3 de los casos recibieron técnicas de reducción de volumen, 2 por videotoracoscopia y 1 por toracotomía. Hemos tenido 2 casos de mortalidad postoperatoria, ambos N.E. secundarios a enfisema con comorbilidad y avanzada edad.

CONCLUSIONES: El NES puede tener mortalidad postoperatoria y/o requerir técnicas de reducción de volumen. La toracoscopia simple solo puede tener escasas indicaciones en pacientes con muy alto riesgo. La videotoracoscopia se debe intentar en todos los casos aunque la tasa de reconversión sea elevada. La toracotomía es la técnica de última opción que permite un mejor control de posibles complicaciones.

P-16 - ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA DEL TRASPLANTE PULMONAR EN LA FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA

F. Javier Algar Algar, Dionisio Espinosa Jiménez, Paula Moreno Casado, Jenifer Illana Wolf, Antonio Alvarez Kindelán, Francisco Cerezo Madueño, Carlos Baamonde Laborda, Ángel Salvatierra Velázquez. Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

OBJETIVO: Describir los resultados del trasplante pulmonar (TP) en pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI). Analizar la morbimortalidad y la supervivencia, determinando variables asociadas a la misma.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo-analítico realizado a partir de los datos de los pacientes sometidos a TP entre oct-1993 y dic-2009 (Grupo de estudio: 89 pacientes sometidos a TO por FPI. Se recogieron variables del donante, receptor, intra-postoperatorias y la supervivencia. Estudio estadístico: estadística descriptiva y analítica (test χ^2 , t Student), supervivencia (Kaplan-Meier y test log-rank, Regresión de Cox).

RESULTADOS: Se han realizado 310 TP, siendo 89 por FPI (25 mujeres y 64 hombres, edad media: 51 ± 11 [13-67] años). Situación previa: 80 ambulatorios, 5 hospitalizados, 4 en UCI. En el 4,5% se realizó un TP bilateral en situación de código urgente (CU). Tipo de TP: 82% unilateral (dcho: 51,7%; izdo: 30,3%), 18% bilateral. Tiempo de isquemia: primer injerto (324 ± 64 [175-520] minutos), segundo injerto (489 ± 62 [345-570] minutos). Hubo necesidad de bypass cardiopulmonar (CEC) en el 9% (25% bipulmonar vs 5,5% unipulmonar; $p=0.013$). La mortalidad precoz (24 h) y perioperatoria (30 días) fueron 5,6% y 28,1% (56,3% bipulmonar vs 21,9% unipulmonar; $p=0.006$), respectivamente. El índice de oxigenación (IO) inmediato postTP fue de 286 ± 133 [63-565] mm Hg y el tiempo medio de IOT fue de 120 ± 262 [3-1296] horas. El promedio de rechazos agudos fue de $1,09 \pm 1,12$ [0-4] y en el 12,4% de los casos se desarrolló SBO. Se observó una mejoría significativa en los valores de la paO_2 , $paCO_2$, FVC% y FEV1% a los 6, 12 y 36 meses con respecto a la situación basal preTP. La supervivencia global (media: 1804 [ES=244] días) fue de 52,62%, 46,42%, 39,70%, 32,55% y 29,20% al año, 2 años, 3 años, 5 años y 12 años, respectivamente. Las variables asociadas con peor supervivencia en el estudio uni y multivariante han sido: donantes mayores de 50 años ($p=0.0332$, OR:1.92), necesidad de CEC ($p<0.001$, OR:8.13) y TP en CU ($p=0.0367$, OR:2.75). No hemos observado diferencias en la supervivencia en relación con la edad del receptor ($p=0.1286$), tiempo de isquemia y tipo de TP realizado ($p=0.2861$), aunque cuando hemos considerado los TP con donantes mayores de 50 años, el TP bilateral sí ha tenido una peor supervivencia ($p=0.0005$).

CONCLUSIONES: El TP es un procedimiento válido para pacientes con FPI, aunque asociado a una alta mortalidad precoz y perioperatoria. El TP bilateral presenta una mayor mortalidad perioperatoria (atribuible al TP en CU y a la mayor necesidad de CEC), siendo la supervivencia a largo plazo similar al TP unilateral. Se deben evitar los donantes de edad avanzada (mayores de 50 años) para este tipo de patología, sobretudo si el TP previsto es bilateral. El TP en CU debe desaconsejarse en la FPI.

P-17 - PLEURODESIS CON TALCO EN EL MANEJO DEL DERRAME PLEURAL MALIGNO: ¿APLICACIÓN TORACOSCÓPICA O SLURRY?

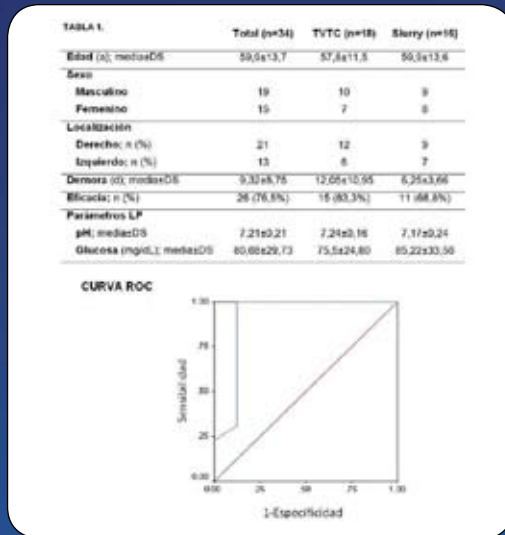
Johannes Cárdenas Gómez, Ramón Vicente Verdú, Yury Bellido Reyes, Francisco Carracedo Calvo, Prudencio Díaz-Agero Álvarez, José Luis Gil Alonso, Elena Corpa Rodríguez, Joaquín García Sánchez-Girón, Juan Carlos Vázquez Pellillo. H. Universitario La Paz, Madrid

OBJETIVOS: El derrame pleural maligno (DPM) es una patología frecuente en pacientes con enfermedad oncológica. Cualquier tipo de cáncer puede presentarlo, aunque el carcinoma broncopulmonar (adenocarcinoma) es uno de los que con mayor frecuencia lo desarrolla. Una vez establecido el diagnóstico el objetivo del manejo es paliativo. Se han descrito diferentes estrategias en el manejo. La pleurodesis con talco es la que ha demostrado ser más efectiva, aunque la vía de administración óptima aún no está del todo definida; así mismo se han estudiado múltiples factores que intentan predecir el éxito de la misma, y los más consistentes incluyen el pH y la glucosa. Sin embargo, algunos autores consideran que tienen una precisión inadecuada y que han de ser motivo de estudio en el futuro

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio prospectivo entre Dic 07-Oct 09, en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados de DPM. Aleatoriamente fueron incluidos en el grupo de aplicación de talco por toracoscopia (TVTC) o slurry. Se recogieron datos clínicos de los pacientes, de la técnica, así como valores de pH y glucosa en líquido pleural (LP). Se comparó la eficacia de ambas técnicas (definida como ausencia de derrame pleural). Se

analizó la asociación entre los parámetros de LP y se intentó establecer un punto de corte en el valor de pH que predijera eficacia.

RESULTADOS: Se realizaron 34 pleurodesis para el manejo del DPM. Las características clínicas de los pacientes figuran en la tabla 1. En 18 pacientes se realizó TVTC (52.9%) y en 16 slurry (47.1%). La eficacia del procedimiento fue de 83,3% y de 68,8 % respectivamente, no siendo significativa ($p=0.429$).



El valor medio de pH fue de $7,28\pm 0,14$ en el grupo de pacientes en que el procedimiento fue eficaz frente a $6,96\pm 0,18$ en el grupo de pacientes en que el procedimiento no fue eficaz. La diferencia fue estadísticamente significativa ($p=0.001$). El valor medio de glucosa fue de $64,13\pm 27,22$ mg/dL y de $85,77\pm 29,06$ respectivamente, no habiendo diferencia estadísticamente significativa ($p=0,071$).

Se construyó una curva ROC con los valores de pH (figura 1). Se obtuvo un área bajo la curva (AUC) de 0,909 (95%IC, 0,739-1,079, $p=0.001$).

Se ha calculado un punto de corte de pH para predecir eficacia con máxima sensibilidad y especificidad, siendo de 7,07 (S=100% y E=87,5%). Se calcularon los valores diagnósticos del pH con este punto de corte resultado un valor predictivo positivo (VPP) de 96,29% y un valor predictivo negativo (VPN) del 100%.

CONCLUSIONES: No encontramos diferencias significativas entre el uso de una u otra técnica para el manejo del DPM.

La cuantificación del pH mostró diferencia con peso estadístico ($p=0,001$) entre el grupo de eficaces y no eficaces, así mismo, resultó ser un parámetro del líquido pleural predictor de eficacia situándose como límite un valor de 7,07 para aquellos procedimientos que fueron efectivos.

P-18 - CARCINOMA BRONCOPULMONAR. INCIDENCIA EN CASTILLA Y LEÓN Y CANTABRIA EN EL AÑO 2007

Félix Heras Gómez (1), Jesús Hernández Hernández (2), Rosa Cordovilla Pérez (3), Teresa Antolín García (4), Elena Bollo De Miguel (5), Angel Cilleruelo Ramos (1), Ángela Arévalo Pardal (1), Grupo de Estudio de CB-07 SOCALPAR. (1) H. Clínico Universitario, Valladolid, (2) H. Nuestra Señora de Sonsoles Avila, (3) Complejo Hospitalario, Salamanca, (4) H. Virgen de la Concha Zamora, (5) H. de León, León.

OBJETIVOS: El carcinoma broncopulmonar es el tumor maligno más frecuentemente diagnosticado y constituye la primera causa de mortalidad por cáncer en el mundo. En los últimos años su incidencia ha aumentado de forma progresiva, principalmente en mujeres. Conocer su incidencia es muy importante para realizar su correcto diagnóstico y tratamiento. Estudiar la incidencia y las características del carcinoma broncopulmonar en estas dos comunidades autónomas y comparar los datos obtenidos con los de un estudio similar realizado en el año 1997 en la comunidad de Castilla y León.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo multicéntrico. Incluye a todos los pacientes diagnosticados de carcinoma broncopulmonar en Castilla y León y Cantabria durante el año 2007. Se han estudiado datos de edad, sexo, tabaquismo, histología, etc.

RESULTADOS: Durante el año 2007 se han diagnosticado 1.486 pacientes, 1.295 varones (87,1%) y 191 mujeres (12,9%) con una edad media de $67,86 \pm 11,93$ años. La proporción varón/mujer ha sido 6,8/1 en el total de la serie (7,5/1 en Castilla y León y 5,1/1 en Cantabria). Las tasas de incidencia por 100.000 habitantes ajustadas a la población mundial estándar han sido significativamente superiores en Cantabria (29,53; varones: 52,90; mujeres: 9,76) que en Castilla y León (21,35; varones: 38,31; mujeres: 5,58). Fumadores: 90,24% (varones: 96,12%; mujeres: 49,17%). Los principales tipos histológicos han sido: escamoso: 32,82%; adenocarcinoma: 28,74% y carcinoma de células pequeñas: 18,33%. El carcinoma escamoso es el tumor más frecuente, principalmente en Castilla y León, mientras el adenocarcinoma es más frecuente en Cantabria y en las mujeres fumadoras. En Castilla y León en el periodo de 1997 a 2007 las tasas de incidencia bruta han aumentado 10,5% en varones y 43% en mujeres. Se ha comprobado un incremento en el número de adenocarcinomas y un descenso de carcinomas escamosos.

CONCLUSIONES: Las tasas de incidencia de carcinoma broncopulmonar en Castilla y León han aumentado respecto a los datos del año 1997, principalmente en las mujeres. Las tasas de incidencia son significativamente mayores en Cantabria que en Castilla y León. La incidencia está en relación con el consumo de tabaco.

P-19 - TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA DEL NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO PRIMARIO. EXPERIENCIA CON 638 CASOS CONSECUTIVOS

Antonio Cueto Ladrón De Guevara, Javier Ruiz Zafra, Abel Sánchez-Palencia, Clara Bayarri Lara, Inmaculada Piedra, Sebastián Sevilla, Amira Alkourdi, Francisco Hernández. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada

INTRODUCCION: El neumotórax espontaneo es una de las patologías mas frecuentes que requieren atención quirúrgica por Cirugía Torácica. Se considera primario (NEP) cuando

no existen signos o síntomas de enfermedad previa que pueda ser origen del neumotórax. Su terapéutica más eficaz es la quirúrgica, habiéndose utilizado varias técnicas con unos resultados diferentes y con las indicaciones mas ampliamente usadas: recidiva del neumotórax, neumotórax bilateral simultáneo, neumotórax contralateral primer episodio, fugas aéreas mantenidas mas de 5 días, hemoneumotorax, neumotórax hipertensivo, criterios sociales de profesión o residencia (pilotos aviación, buceadores, paracaidistas, alpinistas, camioneros, que vivan lejos de un centro sanitario o mal comunicados). Presentamos nuestra experiencia sobre todos los casos de NEP operados en la Unidad de Cirugía Torácica del H.U. Virgen de las Nieves de Granada con la intención de valorar las indicaciones y eficacia de las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de todos los neumotórax espontáneos primarios operados entre septiembre de 1985 y diciembre de 2009, recogiendo datos de: genero, edad, lado, técnica quirúrgica, necesidad de reintervención por recidiva.

RESULTADOS: 638 c, 78'78% del total de 810 neumotórax espontáneos operados en ese periodo. 521 varones (81'66%) y 117 mujeres (18'34%). Edad entre 14 y 62 años. Edad media: 28'40 años. 351 Derechos (55'01%), 281 Izquierdos (44'04%). 6 bilateral simultaneo (0'94%). 123 c. (19'28%) se operaron por toracotomía (primera época antes de la videotoracoscopia), 473 por Videotoracoscopia (74'14%) y 42 por toracoscopia simple (6'58%). Se reconvirtieron 23 c. a toracotomía (3'60%) 19 videotoracoscopias y 4 toracoscopias simples. Se reintervinieron por recidiva tardía 14 c.(2'19%) 7 c. de videotoracoscopia (1'48%) y 7 de toracoscopia simple (16'66%). 13 por toracotomía y 1 por videotoracoscopia.

CONCLUSIONES: La videotoracoscopia es la técnica quirúrgica de elección del Neumotórax primario. La toracoscopia simple no tiene indicación hoy día. La toracotomía es la técnica con menor índice de recidivas.

P-20 - INDICACIONES, UTILIDAD Y RESULTADOS DE LA CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA EN EL TRASPLANTE PULMONAR

F. Javier Algar Algar, Dionisio Espinosa Jiménez, Jenifer Illana Wolf, Paula Moreno Casado, Francisco Cerezo Madueño, Antonio Álvarez Kindelán, Carlos Baamonde Laborda, Angel Salvatierra Velázquez. Complejo Hospitalario Reina Sofia, Córdoba.

OBJETIVO: Describir las indicaciones y utilidad de la circulación extracorpórea (CEC) en el trasplante pulmonar (TP). Comparar las características, morbimortalidad y supervivencia de los TP realizados con CEC (grupo A) con respecto al resto de TP realizados sin CEC (grupo B)

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo-analítico realizado a partir de los datos de 292 pacientes sometidos a TP entre oct-1993 y dic-2009 (grupo A: 56 casos; grupo B: 236 casos). Se recogieron variables del donante, receptor, intra-postoperatorias y la supervivencia. Estudio estadístico: estadística descriptiva y analítica (test χ^2 , t Student), supervivencia (Kaplan-Meier y test log-rank).

RESULTADOS: Se han realizado 292 TP, requiriéndose en 56(19.2%) CEC (29 mujeres y 27 hombres, edad media: 29 \pm 17[4-36] años). Situación previa: 35 ambulatorios y 21 hospitalizados (13 en UCI). Patología de base: obstructiva séptica 33(58.9%), restrictiva 8

(14.3%), obstructiva no séptica 6(10.7%), HTP 4(7.1%), otras 5(8.9%). En 14(25%) casos el TP se realizó en situación de código urgente (CU). Tipo de TP: 43(76.8%) bipulmonar, 9(16.1%) unipulmonar, 3(5.4%) bilobular de cadáver, 1(1.8%) hepatobipulmonar. Tiempo de isquemia: primer injerto (350±63[240-520] minutos), segundo injerto (493±77[340-660] minutos). El índice de oxigenación (IO) inmediato postTP fue de 268±151[68-569] mm Hg y el tiempo medio de IOT fueron 197±436[6-1848] horas. La mortalidad precoz (24 h) y perioperatoria (30 días) fueron 21.4% y 46.4%, respectivamente. La supervivencia global (media: 1106[ES=242] días) fue de 39.92%, 26.40% y 23.76% al año, 3 años y 10 años, respectivamente. Hemos encontrado diferencias significativas entre ambos grupos (A y B) en función de las siguientes variables: edad ($p<0.001$) y sexo ($p=0.001$) del receptor, IO2 ($p=0.014$) y sexo del donante ($p=0.026$), TP pediátrico ($p<0.001$), enfermedad de base ($p<0.001$), tipo de TP ($p<0.001$), TP en CU ($p<0.001$), tiempo de isquemia del primer ($p=0.024$) y segundo injerto ($p=0.025$), estancia en UCI ($p=0.05$) y postoperatoria ($p=0.036$). Hemos observado mayor incidencia de complicaciones quirúrgicas ($p<0.001$), neumonías ($p=0.010$) y rechazos agudos ($p=0.005$) en el primer mes y mayor necesidad de hemodiálisis ($p=0.007$) en el grupo A. La necesidad de CEC (grupo A) se ha asociado a una mayor mortalidad precoz ($p<0.001$) y perioperatoria ($p<0.001$), así como a una peor supervivencia a largo plazo ($p<0.001$).

CONCLUSIONES: La necesidad de CEC se asocia con mayor frecuencia a patología de base obstructiva séptica (FQ), al TP bilateral, al TP pediátrico y al TP en CU. La CEC predispone a una mayor incidencia de complicaciones quirúrgicas, neumonías y rechazos agudos en el primer mes, así como a mayor necesidad de hemodiálisis. La alta mortalidad precoz y perioperatoria asociada al TP con CEC condiciona la mala supervivencia a largo plazo observada.

P-21 - EPIDEMIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS TORÁCICAS POR ARMA DE FUEGO

Sebastián Sevilla López, Javier Ruiz Zafra, Inmaculada Piedra, Amira Alkourdi, Francisco Hernández, Clara Bayarri, Abel Sánchez-Palencia, Antonio Cueto. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

INTRODUCCIÓN: La importancia de las heridas torácicas viene determinada por su gravedad y potencial mortalidad, circunstancias que suelen ser agravadas cuando son producidas por un arma de fuego.

OBJETIVOS: Establecer los aspectos epidemiológicos y terapéuticos en las heridas torácicas por arma de fuego (HTAF).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en el servicio entre 1986 y enero 2010 con HTAF analizando las siguientes variables: edad, sexo, etiología, lesiones intra y extratorácicas, localización del orificio de entrada, tratamiento, estancia media (EM) y mortalidad.

RESULTADOS: 28 casos: 27 hombres (96.5%). Etiología: 23 agresiones (edad media 36.3 años), 3 autolisis (62.7 años) y 2 accidentales (25.5 años). La edad media de los pacientes que se autolesionan es superior a la del resto de etiologías, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.012$). Lesiones torácicas: la más frecuente fue la

afectación parenquimatosa pulmonar (16 casos) seguida del hemo-neumotórax (8 casos) y del hemotórax aislado (7 casos). Lesiones extratorácicas: en 14 casos, siendo en abdomen y extremidades las más frecuentes. Localización del orificio de entrada: 17 en hemitórax derecho y 11 izquierdo, 23 anteriores y 5 posteriores. En todos los casos de autólisis el orificio de entrada fue anterior izquierdo ($p=0.064$). Tratamiento: 15 toracotomías, 7 drenajes torácicos, 1 videotoracoscopía y en el resto conservador. Por localización, el 94.1 % de las heridas en el lado derecho necesitaron de cirugía mientras que en el lado izquierdo fueron el 63.6% ($p=0.062$). EM: 15.5 días. Mortalidad: 2 casos (7.1%).

CONCLUSIONES: Las HTAF son más frecuentes en varones jóvenes como resultado de agresiones.

Las autólisis por HTAF son características de varones mayores en hemitórax anterior izquierdo.

La cirugía es el tratamiento más frecuente, siendo el hemotórax su principal indicación y la toracotomía la vía de abordaje más utilizada.

P-22 - METÁSTASIS ABDOMINALES INFRECIENTES DEL CARCINOMA PULMONAR NO MICROCÍTICO

Joel Rosado Rodríguez, Iker López Sanz, M^a José Mañas Gómez, M^a Ángeles Montero, G. Alberto Jáuregui Abularach, Amaia Ojangueren Arranz, María Deu, Mercedes Canela. H. Vall d'Hebrón, Barcelona.

INTRODUCCIÓN: Aproximadamente el 50% de los casos de carcinoma pulmonar no microcítico, son metastásicos al momento del diagnóstico. Las metástasis más frecuentes suelen ser óseas, hepáticas y suprarrenales. La presencia de enfermedad metastásica en páncreas y en intestino, es un hallazgo infrecuente que generalmente se diagnostica en estudios post-mortem. Presentamos dos casos clínicos de metástasis sincrónicas de carcinoma pulmonar no microcítico, una pancreática y otra intestinal, en las que se realizó tratamiento quirúrgico.

Caso 1. Mujer de 49 años de edad, fumadora, con antecedente de neumonía adquirida en la comunidad, que 6 meses después presenta expectoración hemoptoica, por lo que se inicia el estudio. El PET TC objetiva una masa pulmonar, asociada a una lesión pancreática, ambos hallazgos hipermetabólicos SUVmax 47g/ml y Suvmax 12g/ml respectivamente. Se diagnostica de carcinoma no microcítico del lóbulo superior derecho, asociado a metástasis sincrónica, localizada en cola de páncreas, se confirma el diagnóstico histológico por biopsia transtorácica y biopsia por punción ecoendoscópica, respectivamente. En un primer tiempo quirúrgico se realiza lobectomía superior derecha, con resección de pared costal, y linfadenectomía mediastínica, por toracotomía. Anatomía patológica compatible con carcinoma indiferenciado de célula grande (pT3N0M1). En un segundo tiempo se realiza pancreatectomía corporo-caudal con esplenectomía por vía laparoscópica. Anatomía patológica compatible con adenocarcinoma de origen pulmonar. Curso postoperatorio favorable, sin evidencia de recidiva tras 2 meses de seguimiento.

Caso 2. Hombre de 64 años, fumador, que consulta urgencias por hemoptisis, asociada a una anemia severa. Se realiza TC toraco-abdominal, que evidencia masa en el lóbulo

superior derecho, asociada a tumoración en intestino delgado. Ambas lesiones se mostraron hipermetabólicas en el PET TC, con SUVmax 9.5g/ml en lóbulo superior derecho, y SUVmax 8.8 g/ml en intestino. Se diagnosticó de carcinoma no microcítico pulmonar, por punción transtorácica, y metástasis sincrónica de intestino delgado. Debido a la presencia de hemorragia digestiva, se realiza en un primer tiempo quirúrgico, resección y anastomosis yeyuno-yeyunal por vía laparoscópica. Anatomía patológica compatible con metástasis de adenocarcinoma pobremente diferenciado (TTF-1+). Recibió quimioterapia neoadyuvante. En un segundo tiempo quirúrgico, se realizó una lobectomía superior derecha, con resección de pared costal. Anatomía patológica compatible con adenocarcinoma poco diferenciado (pT3N0M1). El paciente recibió quimioterapia y radioterapia adyuvante. Tras dos años de seguimiento, una TC de torác evidencia un nódulo contralateral, en el lóbulo superior izquierdo, que resulto hipermetabólico en el PET TC SUVmax 11g/ml. Se realiza una resección segmentaria. Anatomía patológica compatible con metástasis de origen pulmonar. Actualmente el paciente se encuentra en tratamiento con quimioterapia.

CONCLUSIÓN: Las metástasis abdominales del carcinoma pulmonar no microcítico son muy poco frecuentes. Los casos deben ser valorados y tratados de forma individual. En pacientes seleccionados el tratamiento de elección es quirúrgico. Se requiere de estudios multicéntricos, con potencia estadística suficiente para protocolizar actitudes terapéuticas.

P-23 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CARCINOMA BRONCOPULMONAR EN CASTILLA Y LEÓN Y CANTABRIA DURANTE EL AÑO 2007

Félix Heras Gómez (1), Jesús Hernández Hernández (2), Rosa Cordovilla Pérez (3), Teresa Antolín García (4), Elena Bollo De Miguel (5), Sara Cabanyes Candela (1), Cristina García Rico (1), Grupo de Estudio de CB-07 SOCALPAR. (1) H. Clínico Universitario, Valladolid, (2) H. Nuestra Señora de Sonsoles Avila, (3) Complejo Hospitalario, Salamanca, (4) H. Virgen de la Concha Zamora, (5) H. de León, León.

OBJETIVO: La cirugía con intención curativa es el tratamiento de elección en los pacientes con carcinoma broncopulmonar. El objetivo es conocer las características de un grupo aleatorizado de pacientes diagnosticados de carcinoma broncopulmonar en Castilla y León y Cantabria durante el año 2007 a los que se ha realizado tratamiento quirúrgico de exéresis.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo multicéntrico. Incluye a todos los pacientes diagnosticados de carcinoma broncopulmonar en Castilla y León y Cantabria durante el año 2007. Se han estudiado las características de un grupo aleatorizado de pacientes a los que se ha realizado tratamiento quirúrgico con intención curativa. Se han comparado estos datos con los obtenidos en un estudio similar realizado en el año 1997 en Castilla y León.

RESULTADOS: Durante el año 2007 se han diagnosticado de carcinoma broncopulmonar en Castilla y León y Cantabria 1.486 pacientes: 1.295 varones (87,15%) y 191 mujeres (12,85%) con una edad media total de 68 años. Se han estudiado las características de un grupo de 159 pacientes (10,69%) a los que se ha realizado exéresis con intención curativa. Corresponden a 129 varones y 30 mujeres con edad media de 65 años (varones 67 años; mujeres 59 años). Fumadores: varones 99%, mujeres 55%. Estadificación clínica (TNM-2002): Ia: 29,75%; Ib: 35,53%; IIa: 1,65%; IIb: 9,91%; IIIa: 9,91%; IIIb: 8,26% y IV:

4,95%. Estadificación patológica: Ia: 24,29%; Ib: 37,38%; IIa: 3,73%; IIb: 6,54%; IIIa: 14,01%; IIIb: 8,41% y IV: 5,60%. Tipos histológicos: Escamoso: 35,76%; Adenocarcinoma: 27,81%; Carcinoma de célula grande: 16,55%; Carcinoma de célula pequeña: 4,63%; otros tipos histológicos: 15,23%. Se ha producido un incremento significativo de adenocarcinomas y un descenso de carcinomas escamosos respecto al estudio realizado en Castilla y León en el año 1997.

CONCLUSIONES: Dos tercios de los pacientes intervenidos se encontraban en estadio clínico I (TNM-2002). El estadio patológico ha sido menor que el clínico en los pacientes Ia (5,46%) y IIb (3,37%) El tipo histológico más frecuente ha sido el escamoso. Presentaban carcinomas de células pequeñas el 4,63% de los pacientes intervenidos.

P-24 - TIMOMA RECIDIVANTE: VALORACIÓN DE LAS OPCIONES TERAPEÚTICAS

Luis Ángel Hernández Arenas, Pedro Gato, Manuel Vaquero Cacho, Begoña Granell Suárez, Francisco Javier Aragón Valverde, Jesús Rodríguez Rodríguez. H. Central de Asturias, Oviedo.

OBJETIVOS: Presentar el caso clínico de un timoma que ha recidivado en dos ocasiones, valorando la importancia de la resección quirúrgica en las recidivas y el tratamiento adyuvante, así como su influencia en el pronóstico de supervivencia y el intervalo libre de enfermedad

MATERIAL Y MÉTODOS: La tomografía axial computarizada (TAC) muestra una masa mediastínica anterosuperior. Punción-aspiración con aguja fina (PAAF) no concluyente. Mediastinostomía que evidencia timoma de predominio cortical. Se realiza timectomía vía esternotomía media con resección de timoma encapsulado (febrero 1997)

Primera recidiva (noviembre 2002), se realiza una resección completa por esternotomía media de timoma recidivante que se extendía a troncos supraaórticos, infiltrando nervio frénico y recurrente izquierdo con extensión directa a lóbulo pulmonar superior con implantes en pericardio. Se realiza tratamiento adyuvante con radioterapia (60 Gy) y quimioterapia (cisplatino, vp16 y ciclofosfamida).

Segunda recidiva (diciembre de 2007), en TAC se aprecia una imagen nodular en el seno costofrénico izquierdo, se realiza toracofrenolaparotomía izquierda resecando tumoración fija a pleura parietal que resulta metástasis de timoma invasivo.

CONCLUSIONES: El timoma es un tumor que puede recidivar con cierta frecuencia (10 -30%) a pesar de haber realizado una resección quirúrgica completa incluso en estadios iniciales.

En general se recomienda la resección quirúrgica en los pacientes que sufren recidivas tumorales ya sean a nivel local o a distancia.

El intervalo libre de enfermedad y el pronóstico de supervivencia tiende a mejorar si la resección quirúrgica fue completa. Sin embargo, no está claro aún el beneficio que aporta el tratamiento adyuvante (radioterapia o quimioterapia) en la incidencia de la recurrencia tumoral y el intervalo libre de la enfermedad.

P-25 - CIRUGÍA DE LOS QUISTES PLEURO-PERICÁRDICOS

Sebastián Sevilla López, Inmaculada Piedra Fernández, Amira Alkourdi Martínez, Francisco Hernández Escobar, Francisco Javier Ruiz Zafra, Clara Isabel Bayarri Lara, Abel Sánchez-Palencia Ramos, Antonio Cueto Ladrón De Guevara. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

INTRODUCCIÓN: Los quistes pericárdicos son raros, la mayoría de origen congénito, originados por la persistencia del hueco embrionario ventral parietal del pericardio ó por un defecto en la fusión de sus láminas en periodo embrionario. Normalmente se localizan en los ángulos cardiofrénicos, principalmente en el lado derecho. A pesar de que ser usualmente asintomáticos y de pronóstico benigno, se han descrito importantes complicaciones.

OBJETIVO: Describir las características médico-quirúrgicas y terapéuticas de los QPP, así como los resultados según vía de abordaje.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de todos los QPP intervenidos en el servicio entre 1986 y enero 2010. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, etiología, lado, compartimento mediastínico, presentación clínica, abordaje quirúrgico, recidiva y estancia hospitalaria (EH).

RESULTADOS: 26 casos: 16 mujeres y 10 hombres. Edad media: 49.1 años (rango 21-70). Etiología: Un caso por pericarditis recurrente, en el resto no hay evidencia de causa desencadenante y los catalogamos congénitos. Lado: 20 derechos, 6 izquierdos. Mediastino: 23 anterior, 1 medio y 2 en el posterior. Presentación clínica: 15 sintomáticos, principalmente dolor y molestias (9 casos). Abordaje: 14 toracotomías, 8 videotorascopias, 3 reconversiones a toracotomía y 1 mediastinoscopia. Recidiva: 2 casos, uno reapareció a los 8 y otro a los 3 años. Ambos asentaron sobre el mismo lugar de origen del primer quiste, mediastino anterior derecho, y fueron reintervenidos por toracotomía. EH: debido a la dispersión de los datos se utilizó la mediana como medida de tendencia central. Toracotomía = 9 días (7, 10); videotorascopia = 4 días (3.5, 8.5), siendo ésta diferencia estadísticamente significativa ($p=0.020$).

CONCLUSIONES: Los QPP son poco frecuentes, siendo su principal localización en mediastino anterior derecho.

Pueden aparecer tras pericarditis, aunque en su mayoría son congénitos.

El abordaje por videotorascopia obtiene los mismos resultados que por toracotomía con menor estancia hospitalaria.

P-26 - CIRUGÍA DE LOS BOCIOS ENDOTORÁDICOS

Sebastián Sevilla López, Inmaculada Piedra Fernández, Amira Alkourdi Martínez, Francisco Hernández Escobar, Clara Isabel Bayarri Lara, Francisco Javier Ruiz Zafra, Abel Sánchez-Palencia Ramos, Antonio Cueto Ladrón De Guevara. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

INTRODUCCIÓN: La patología endotorácica por crecimiento de la glándula tiroidea presenta una baja prevalencia en nuestro medio aunque pueden provocar sintomatología compresiva local grave y en ocasiones se requiere un acceso cervical y mediastínico para su resección.

OBJETIVOS: Analizar las variables demográficas, clínicas, quirúrgicas y resultados del tratamiento quirúrgico del Bocio Endotorácico (BE).

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo retrospectivo de 45 pacientes intervenidos de BE entre 1986 y 2009. Variables: edad y sexo, presencia de cirugía tiroidea previa, presentación clínica, carácter electivo o urgente de la cirugía, abordaje quirúrgico, tipo de resección, complicaciones y anatomía patológica.

RESULTADOS: 45 casos: 27 mujeres (60%) y 18 hombres (40%). La edad media de los pacientes fue de 57.9 años (30-85). Clasificamos el BE según el porcentaje de localización intratorácica tipo A menor 50% (14 casos), tipo B superior al 50% (26 casos) y tipo C 100% intratorácico (5 casos). Cirugía tiroidea previa: en 8 casos (17.7%). Clínica: la más frecuente fue la disnea, masa cervical palpable, tos irritativa y disfagia. El 15.5% presentaba hipertiroidismo. Se realizó fibrobroncoscopia a 11 pacientes (compresión extrínseca y estenosis moderada en 8 casos y severa en 3). Cirugía urgente: en 3 pacientes, siendo electiva en el resto. Abordaje quirúrgico: el más frecuente fue la cervicotomía 30 casos (66.6%), 5 cervico-esternotomía parcial, 1 esternotomía media completa, 6 toracotomía, 1 caso cervico-toracotomía y 2 cervico-esterno-toracotomía. Tipo de resección: 33 tiroidectomías subtotales, 4 tiroidectomías totales, 4 hemitiroidectomías izquierdas, 4 hemitiroidectomías derechas. Complicaciones: las más frecuentes fueron la hipocalcemia transitoria 11.1%, parálisis recurrencial unilateral 6.6% y fibrilación auricular 4.4%. Anatomía patológica: benigna 93% (el más frecuente bocio coloide multinodular) y maligna 7% (dos casos carcinoma anaplásico de tiroides y un caso carcinoma medular). Tamaño medio de la pieza 8.1 cm. rango (4-17). Ausencia de recidiva en la patología benigna entre un periodo de seguimiento mínimo de un año y máximo de 10 años.

CONCLUSIONES: Los BE son más frecuentes en mujeres de edad media. En la clínica destacan los síntomas respiratorios derivados de la compresión local.

El abordaje quirúrgico más frecuente realizado fue la cervicotomía que permite el acceso al mediastino anterior y superior.

Los resultados obtenidos son buenos con un porcentaje de complicaciones aceptables y similares a otras series.

P-27 - MANEJO QUIRÚRGICO DE LA HEMOPTISIS AMENAZANTE

Sebastian Sevilla López, Inmaculada Piedra Fernández, Amira Alkourdi Martínez, Francisco Hernández Escobar, Clara Isabel Bayarri Lara, Francisco Javier Ruiz Zafra, Abel Sánchez-Palencia Ramos, Antonio Cueto Ladrón De Guevara. H. Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

INTRODUCCIÓN: La hemoptisis amenazante (HA) se define por el riesgo que representa para la vida del paciente un determinado volumen de expectoración hemática más que por su cantidad en ml. Para su manejo requiere una rápida actuación así como un abordaje multidisciplinar en el que están implicados Neumólogos, Intensivistas, Radiólogos y Cirujanos Torácicos.

Es fundamental el mantenimiento de constantes proporcionando el tiempo necesario para la localización del sangrado, orientación del diagnóstico y la elección del tratamiento más adecuado en cada situación.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados por H.A. que fueron tratados quirúrgicamente entre agosto 1986 - enero 2010. Variables: edad, sexo, antecedentes personales de hemoptisis, etiología, broncoscopia, tratamiento endovascular, tiempo hasta cirugía, tratamiento quirúrgico, recidiva, complicaciones y supervivencia.

RESULTADOS: 9 casos: 3 mujeres (51.6 años de edad media) y 6 hombres (57.6 años). 4 pacientes no tenían antecedentes de hemoptisis, y 3 de estos evolucionaron rápidamente a H.A. Etiología: 2 aspergilomas, 2 casos de bronquiectasias, 2 casos de TBC, 2 ca. broncogénicos (indiferenciado T3N2M1 y adenocarcinoma T2N0M0) y 1 caso por aspergiloma y bronquiectasias concurrentes. En todos ellos se realizó broncoscopia flexible. Tratamiento endovascular: entre 1986 y 1994 (fecha de implantación de Radiología Intervencionista en nuestro hospital) se intervinieron 5 casos de H.A. (0.63 casos/año) mientras que desde entonces se han operado sólo 4 pacientes (0.26 casos/año). Estos 4 pacientes habían sido tratados con embolizaciones previamente a la intervención recidivando la hemoptisis a corto plazo y quedando como única opción la cirugía. En todos ellos las arterias bronquiales fueron las responsables del sangrado. Tiempo hasta cirugía: mediana de 4 días (rango 0-20 días). Tratamiento quirúrgico: 3 LSD, 2 neumonectomías izquierdas, 1 LID, 1 neumonectomía derecha, 1 resección atípica LSD y 1 lingulectomía. Recidiva de hemoptisis tras cirugía: 1 caso, en el 10º día posoperatorio de LID por ca. indiferenciado T3N2M1. Complicaciones posoperatorias: en 6 pacientes, 2 atelectasias, 2 cámaras pleurales, 1 neumonía que condujo a shock séptico y 1 empiema en cámara de neumonectomía que precisó de toracostomía. Supervivencia: en 7 casos. 2 éxitos (22.2%) uno por recidiva de la hemoptisis y fallo multiorgánico tras LID por ca. indiferenciado T3N2M1 y el otro por shock séptico tras LSD por aspergiloma, a los 15 y 3 días respectivamente. Ambos casos recibieron tratamiento endovascular previo a la cirugía por lo que la mortalidad de la cirugía tras fracaso de la embolización fue del 50%.

CONCLUSIONES: La cirugía por hemoptisis es poco frecuente, suele necesitar de resecciones pulmonares mayores y presenta alta morbi-mortalidad post-operatoria. El tratamiento endovascular constituye el pilar básico del manejo de la H.A. evitando la cirugía en la mayoría de los casos. En todos los casos en los que se realizaron embolizaciones las arterias responsables del sangrado fueron las bronquiales.

P-28 - TIMECTOMÍA EN PACIENTES CON MIASTENIA GRAVIS EN EL HOSPITAL DONOSTIA

Marta G Fuentes Gago, Nerea Bazterargi, Jon Zabaleta, Borja Aguinagalde, José Miguel Izquierdo, Carlos Hernández. H. de Guipuzcoa, San Sebastián.

OBJETIVOS: Según está descrito, la Miastenia Gravis (MG) se asocia a timoma en un 10-15% de los casos y a hiperplasia tímica en un 60-70%, sin hallarse alteraciones en el timo en el resto de los pacientes. La timectomía se recomienda en aquellos pacientes con diagnóstico radiológico de timoma, o con clínica generalizada aún en ausencia del mismo. En este estudio revisamos los casos de MG tratados con timectomía en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los casos de MG timectomizados en el Hospital Donostia entre 1997 y 2009. Las variables estudiadas son: sexo, edad,

diagnóstico anatomopatológico, tratamiento pre y postoperatorio, variaciones subjetivas de la sintomatología, crisis miasténica tras la cirugía, complicaciones postoperatorias y supervivencia.

RESULTADOS: En el periodo estudiado se intervinieron 29 pacientes, con una edad media de 41,86 (rango 20-73), 19 de los cuales (65.5%) eran mujeres. De los casos intervenidos, 9 de ellos (31.03%) correspondieron a timomas en el análisis anatomopatológico. 19 (65.5%) disminuyeron la necesidad de fármacos para controlar la clínica, entre los que estaban 5 (26.3%) con diagnóstico de timoma. Un 72.4% (21) notaron mejoría clínica. 9 (31%) sufrieron nuevas crisis miasténicas tras la cirugía, de los cuales 3 (33.3%) correspondían a timomas; en pacientes con timoma, la timectomía reducía las crisis miasténicas de forma significativa (p 0,041). Como única complicación postoperatoria apareció derrame pleural en uno de los pacientes (3.4%). 2 pacientes (6.9%) fallecieron a causa de crisis mediastínica tras la timectomía.

CONCLUSIONES: En los pacientes con MG, la timectomía puede ayudar a reducir el tratamiento farmacológico y el número de crisis mediastínicas.

P-29 - NEUMONECTOMÍA EXTENDIDA EXTRAPLEURAL EN LA CIRUGÍA DEL MESOTELIOMA MALIGNO PLEURAL. EXPERIENCIA INICIAL

Genaro Galán Gil, A. Morcillo Aixellá, R. Wins Biraben, M. Cossa, V. Tarrazona Hervás. H. Clínico Universitario, Valencia.

Los mesoteliomas pleurales difusos son tumores malignos que derivan de las células mesoteliales y que pueden diferenciarse en un patrón epitelial (50%), mixto (34%) o sarcomatoide (16%). Son tumores con mala o nula respuesta al tratamiento con quimioterapia con/sin radioterapia. El tratamiento quirúrgico hasta finales de los años ochenta entrañaba una mortalidad postoperatoria que superaba en algunas ocasiones a la supervivencia a dos años de estos pacientes. La publicación de los trabajos de Sugarbaker con mortalidad del 6% y supervivencias a los 2 años del 38% han animado a diversos grupos a abordar esta cirugía tan agresiva. Presentamos nuestra experiencia en el manejo quirúrgico y la aparición de complicaciones de esta patología.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han intervenido 20 pacientes en nuestro Servicio desde Octubre del año 2000 hasta Diciembre de 2009. La media de edad fue de 54 años (43-67). 19 pacientes presentaban mesotelioma de tipo epitelial y dos de tipo sarcomatoso. En un paciente se confirmó el diagnóstico postoperatorio de Adenocarcinoma. Doce pacientes de la serie fueron tratados con quimioterapia neoadyuvante y uno de ellos también recibió radioterapia. En todos los casos, salvo en un paciente, se realizó neumonectomía extrapleural con resección de pericardio, diafragma y posterior colocación de malla de Goretex.

Hubo 4 casos con mortalidad postoperatoria antes de 3 meses. Las complicaciones postoperatorias estuvieron presentes en 5 casos. Un paciente sufrió una bradicardia intraoperatoria por la colocación de la prótesis excesivamente ajustada que cedió con la realización de una incisión de descarga. Dos pacientes padecieron episodios de fibrilación auricular tratados con amiodarona. Un paciente sufrió una alteración del segmento ST con descenso del mismo sin movlización enzimática que se achacó a la manipulación del pericardio. Un paciente cursó con empiema postneumonectomía tardío que fue tratado con toracostomía. Posteriormente desarrolló recaída a nivel mediastínico precoz y no se realizó

mioplastia de reconstrucción. En un paciente apareció un seroma en la zona postero-inferior de la toracotomía que se resolvió con evacuación y compresión.

CONCLUSIONES: El mesotelioma pleural maligno está aumentando su presencia sobre todo en los trabajadores expuestos al asbesto. La cirugía del mesotelioma debe incluir la realización de una pleuroneumectomía con resección de pericardio y de diafragma. La morbimortalidad de este tipo de cirugía es mayor que la de la neumonectomía estándar clásica. Se trata de operaciones técnicamente complejas que sólo deberían realizarse en centros con alta experiencia.



VÍDEOS

V-01 - REPARACIÓN MINIMAMENTE INVASIVA DE PECTUS CARINATUM (MIRPC)

David Pérez Alonso, José Ramón Cano García, Santiago Quevedo Losada, Néstor Betancort Rivera, Luis López Rivero. H. Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

OBJETIVOS: Describimos un nuevo procedimiento videotoracoscópico para la corrección del Pectus Carinatum basado en la técnica de Nuss modificada por nuestro equipo.

MATERIAL Y MÉTODO: Se requirieron cambios significativos en el tamaño y modelado de la barra con el objetivo de facilitar su introducción y emplazamiento intratorácico a través de incisiones mínimas en la piel así como para permitir una fácil retirada de la barra en el futuro, si fuera preciso. Todas las maniobras se realizan bajo visión directa a través del único puerto para óptica e instrumental que se realiza en cada hemitórax. El emplazamiento definitivo de la barra es intrapleural en toda su extensión salvo a nivel del extremo lateral de fijación costal y a nivel mediastínico donde discurre en el plano preesternal.

RESULTADOS: La corrección de la deformidad se alcanza de forma inmediata y es en sí misma estable, de manera que sólo se precisa la fijación unilateral de la barra obviando los estabilizadores laterales. Esta nueva técnica de corrección mínimamente invasiva del pectus carinatum (MIRPC) permite una adecuada corrección de la deformidad en ausencia de cicatrices postoperatorias significativas.

CONCLUSIÓN: Por ello consideramos que ésta podría convertirse en la técnica de elección para pacientes adultos jóvenes o niños con deformidades simétricas y depresibles, reservando el procedimiento clásico de Ravicht para los pacientes con tórax rígidos o deformidades complejas.

V-02 - TUMOR DE MEDIASTINO POSTERIOR EN MUJER JOVEN EMBARAZADA

Elena Fernández Martín, José Ramón Jarabo Sarceda, Joaquín Calatayud Gastardí, Florentino Hernando Trancho, Ana María Gómez Martínez, Rosa María Sánchez Muñoz, Lucía Milla Collado, Ana Andrade, María Teresa Balado. H. Clínico San Carlos, Madrid.

INTRODUCCIÓN: Los tumores de mediastino posterior constituyen la cuarta parte del total de tumores mediastínicos. Los de estirpe nerviosa son los más frecuentes, predominantemente benignos, por encima de lesiones quísticas, segundas en frecuencia, y de tumores mesenquimatosos y endocrinos, mucho menos frecuentes. Presentamos el caso de una paciente joven con un tumor de mediastino posterior de gran tamaño descubierto de forma casual en una radiografía de tórax.

MATERIAL Y MÉTODOS: Mujer de 27 años de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés, a quien en el contexto de un proceso catarral se le realiza una radiografía simple posteroanterior y lateral de tórax, donde se aprecia un ensanchamiento

mediastínico a expensas de la región posterior y sobre todo en el lado derecho, compatible con una masa en esa localización. Se realiza una tomografía computarizada (TAC) de tórax donde se aprecia una masa extrapleural paravertebral de 13 cm de longitud cráneo caudal por 6,6 cm en su eje transversal. Se descarta hipertensión arterial y la producción de derivados catecolaminérgicos. Con juicio clínico de tumor en mediastino posterior se indica tratamiento quirúrgico. Durante el preoperatorio la paciente refiere estar embarazada de aproximadamente un mes. Se aplaza la intervención y la paciente es valorada por el servicio de Ginecología y Obstetricia, así como por el servicio de Física Médica, para evaluar el riesgo fetal sobre todo derivado de la exposición a radiaciones ionizantes de la TAC. Se confirma bajo riesgo de malformación fetal, por lo que decide seguir adelante con la gestación y se programa la intervención quirúrgica.

RESULTADOS: Bajo anestesia general con intubación orotraqueal selectiva controlada por fibrobroncoscopia se realiza toracoscopia derecha con pequeña toracotomía de asistencia. Se aprecia masa extrapulmonar en región paravertebral que depende de tercera, cuarta y quinta raíces nerviosas, desde su salida por los respectivos agujeros de conjunción. Se realiza resección completa desde el punto de vista macroscópico, con sección de dichas raíces nerviosas. El resultado histológico definitivo es de tumor de estirpe neurogénica con escasas células de aspecto fusiforme, compatible con diagnóstico de ganglioneuroma. No hay signos de malignidad. El postoperatorio transcurre sin incidencias, retirándose el drenaje a las 48 horas y siendo dada de alta a las 72 horas. No ha habido complicaciones en su gestación.

DISCUSIÓN: Los ganglioneuromas son tumores benignos derivados del sistema nervioso autónomo, y constituyen su forma más diferenciada. Suelen ser asintomáticos y su tratamiento es la resección quirúrgica. La toracoscopia es la vía de elección para la resección de este tipo de tumores cuando se localizan en el mediastino. La cirugía en la paciente gestante ha de ser programada dentro de lo posible en el momento de menor riesgo de daño materno-fetal.

V-03 - TUMOR MEDIASTÍNICO: ENFERMEDAD DE CASTLEMAN LOCALIZADA EN MEDIASTINO

Jon Zabaleta Jiménez, Borja Aguinagalde Valiente, Marta Fuentes Gago, Nerea Bazterargui Fernández, José Miguel Izquierdo Elena, Carlos Hernández Ortiz, H. Donostia, San Sebastián.

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Castleman (EC) es un trastorno linfoproliferativo poco frecuente y del cual se desconocen varios aspectos. La enfermedad fue descrita por Benjamín Castleman en 1956 y clásicamente se diferencian la forma clínica localizada y la forma clínica multicéntrica (con pronósticos muy distintos) y desde el punto de vista anatomopatológico en hialino-vascular, plasmocelular o mixto. En las formas localizadas pueden situarse en el mediastino o en el pulmón. El **objetivo** de nuestro trabajo es presentar el video de una resección de un tumor localizado en mediastino posterior.

MATERIAL Y MÉTODO: Presentamos el caso de una mujer de 36 años, sin antecedentes de interés, que tras la realización de una RX torácica por presentar disnea postparto es diagnosticada de un tumor torácico.

RESULTADOS: Se realiza una TAC torácica donde se aprecia un gran tumor en lóbulo superior izquierdo, con calcificación en su interior y una gran vascularización: se aprecia una arteria nutricia sistémica (desde subclavia izquierda) y un gran conglomerado venoso que drena al sistema hemiácigos. Diagnóstico diferencial: hemangiopericitoma, tumor de Castleman, secuestro extrapulmonar. La fibrobroncoscopia es normal y no se realiza PAAF transtorácica por peligro de sangrado debido a la vascularización de la masa. Se procede a toracotomía posterolateral y resección del tumor.

CONCLUSIONES: La enfermedad de Castleman (EC) es un trastorno linfoproliferativo también conocido como linforeticuloma folicular, hiperplasia ganglionar angiofolicular, hiperplasia ganglionar de células gigantes, hamartoma linfoide o linfoma gigante benigno. Aunque la etiopatogenia no está clara del todo, esta enfermedad parece basarse en una alteración inmunológica en la cuál existe una sobreproducción de interleukina-6 y ésta sería la causante de la sobreproducción de células plasmáticas y linfocitos B en los ganglios linfáticos. Asimismo, la IL-6 se ha relacionado con los síntomas sistémicos de la enfermedad unicéntrica de Castleman. La **enfermedad localizada** suele observarse en adultos jóvenes (edad media 35 años), no suele asociarse a infecciones por HHV-8 y es más frecuente que se asocie a la variedad anatomopatológica hialino-vascular (80-90%). En cambio, el 10-20 % pertenecen a la variante plasmocelular observándose en la mitad de estos pacientes anemia, VSG elevada, hipergammaglobulinemia o plasmocitosis. La **enfermedad multicéntrica**, en cambio, se presenta en adultos mayores que la enfermedad unicéntrica (edad media 64 años) y con afectación sistémica (fiebre, sudoración nocturna, pérdida de peso, astenia, adelgazamiento). También suele acompañarse de adenopatías generalizadas y en la mitad de los casos se asocian hepatomegalia y/o esplenomegalia. En cuanto al tratamiento la cirugía con resección completa suele ser curativa en la forma unicéntrica desapareciendo incluso los síntomas sistémicos si éstas estaban presentes. Si la resección completa no es posible el tratamiento debe acompañarse con radioterapia o rituximab. En cambio, el tratamiento de la EC multicéntrica incluye cirugía aunque casi siempre requieren terapia sistémica ya sea con glucocorticoides, agentes quimioterápicos, talidomida, anticuerpos monoclonales (Rituximab, Tacilizumab) o antivirales (anti HHV-8).

V-04 - CIRUGÍA LARINGOTRAQUEAL

Carlos Gálvez Muñoz, Sergio Bolufer Nadal, Juan Manuel Córcoles Padilla, Juan José Mafé Madueño, Luis Jorge Cerezal Garrido, Benno Baschwitz Gómez, José Manuel Rodríguez Paniagua. H. General Universitario, Alicante.

INTRODUCCIÓN: La cirugía laringotraqueal sigue siendo uno de los principales retos para el cirujano torácico tanto por la valoración y preparación preoperatorias, la complejidad de la técnica quirúrgica, como por la posibilidad de complicaciones durante el postoperatorio inmediato y tardío.

OBJETIVO: Presentamos nuestra experiencia con la operación de Pearson.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos realizado un estudio descriptivo y retrospectivo revisando los pacientes intervenidos en el servicio los dos últimos años (2008 y 2009), en el que incluimos 6 pacientes operados mediante esta técnica (2 mujeres y 4 hombres) con edades comprendidas entre los 18 y los 68 años. En todos los casos se trataba de estenosis postintubación salvo en uno, secundaria al cierre de un traqueostoma permanente, siendo

siempre la localización subglótica sin sobrepasar el anillo cricoideo. Se realizó valoración preoperatoria mediante estudio radiológico (TAC), endoscópico y funcional, así como maduración de la estenosis mediante tratamiento médico en los casos precisos.

Se llevó a cabo en todos los pacientes la operación de Pearson, con resección del anillo cricoideo y de primeros anillos traqueales, con puesta a plano del sello de cara a la anastomosis término – terminal. Una paciente presentaba un traqueostoma en el momento de la cirugía, que se incluyó en la resección. En todos los casos se mantuvo intubación nasotraqueal un tiempo variable durante el postoperatorio.

RESULTADOS: No hubo mortalidad intra ni durante el postoperatorio inmediato. Las complicaciones han estado en relación con granulomas en la línea de sutura que precisaron laserización en un paciente, parálisis de cuerdas vocales en la tercera semana del postoperatorio que precisó cordotomía posterior en otro y un cuadro obstructivo de vía aérea en el momento de la extubación que precisó traqueotomía emergente y posterior colocación de tubo en T por encima de las cuerdas.

La evolución posterior en cuatro pacientes ha sido muy buena en lo referente a la fonación, deglución y permeabilidad de la vía aérea. Una paciente presenta disfonía que mejora progresivamente con rehabilitación foniátrica y en otro secundaria a la cordotomía con buena progresión.

CONCLUSIONES: La operación de Pearson es la técnica de elección para el tratamiento de las estenosis subglóticas que no sobrepasan el anillo cricoideo.

Se trata de una intervención compleja, con un postoperatorio largo y a veces difícil para los pacientes, con posibilidad de complicaciones importantes pero con buenos resultados a largo plazo en nuestra experiencia.

V-05 - TUMOR FIBROSO SOLITARIO MALIGNO DE PLEURA

Borja Aguinagalde Valiente, Jon Zabaleta Jiménez, Marta Fuentes Gago, Nerea Bazterargui Fernández, José Miguel Izquierdo Elena, Carlos Hernández Ortiz. H. Donostia, San Sebastián.

INTRODUCCIÓN: El tumor fibroso solitario pleural es una neoplasia infrecuente, originado probablemente en el tejido conectivo submesotelial. La mayoría tienen un comportamiento benigno aunque potencialmente pueden malignizar tendiendo a la recurrencia e incluso metastatizando. Plantean dudas diagnósticas con patologías pleuropulmonares y el diagnóstico definitivo es siempre anatomopatológico, siendo necesaria la realización de técnicas inmunohistoquímicas. El tratamiento se basa en la cirugía resectiva.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un varón de 73 años en el que se halló casualmente en una Rx torácica (preoperatoria) una masa en hemitórax derecho.

Antecedentes personales y familiares: sin interés

Enfermedad actual: hallazgo casual. Asintomático.

Exploraciones complementarias:

TAC: tumoración de probable origen pleural en base derecha

PET-TAC: masa hipermetabólica (SUV max. 6.4) en LID adenopatías hipermetabólicas en región supraclavicular izquierda (SUV 4.3), espacio 6 (SUV 5), espacio 5 (SUV 4.2), espacio 4L (SUV 6.3), espacio 7 (SUV 5.3) y en tronco celíaco (SUV 6).

ECO cervical: no se visualiza adenopatía

EBUS: punción 4L negativa

PAAF masa : probable sarcoma (vimentina +) pero necesaria mayor muestra

PFR: FEV1 2970 (107%), FVC 3360 (85%)

Intervención quirúrgica (video): Resección atípica del segmento posterior de LSD+resección parcial de 6º y 7º arco costal y reconstrucción con malla de Prolene.

AP: tumoración de 9,5x7x4.5 cm con crecimiento fusocelular con áreas arremolinadas y núcleos elongados con escaso citoplasma acintado; Áreas de celularidad muy pleomórfica. Actividad mitótica elevada (13 mitosis por 10 campos de gran aumento). Necrosis afectando al 15% del tumor. IHQ: Vimentina +. CK, Actina, Desmina, Caldesmon, CD34, CD31, s100, CD68, calretinina, WT1 y CK5/6 negativos. No afectación del parénquima pulmonar. A pesar de no presentar positividad para CD34 algunos rasgos morfológicos sugieren el diagnóstico de tumor fibroso maligno de pleura.

DISCUSIÓN y CONCLUSIONES: Los tumores fibrosos solitarios son neoplasias poco frecuentes a pesar de lo cual constituyen el 5% de los tumores pleurales (2º tumor primario más frecuente tras mesotelioma). Aparecen a cualquier edad y en igual incidencia en ambos sexos. No se asocian a exposiciones de asbesto u otros carcinógenos.

La mayoría son asintomáticos y son hallados casualmente tal y como ha sucedido en nuestro caso clínico. Cuando aparecen, los síntomas más frecuente son tos, disnea y dolor torácico aunque también se describen cuadros paraneoplásicos como hipoglucemia u osteoartropatía hipertrófica.

A pesar de que las imágenes radiológicas pueden sugerir patología pleural, el diagnóstico definitivo ha de ser anatomopatológico. En dicho estudio se observan áreas de proliferación fusocelular con áreas hiper e hipocelulares. Es de gran utilidad el estudio inmunohistoquímico para el diagnóstico diferencial con otros tumores mesenquimales. Dicho tumor presenta una positividad invariable y uniforme a vimentina y una positividad en el 80% de los casos a CD34 (típica la negatividad de dicho marcador en zona de transformación maligna). Se consideran criterios de malignidad la hiper celularidad, el pleomorfismo nuclear y la presencia de más de 4 mitosis por 10 campos de gran aumento.

El tratamiento debe ser quirúrgico tras el cual es necesario el seguimiento a largo plazo ya que se describen recurrencias a largo plazo.

V-06 - LOBECTOMÍA INFERIOR DERECHA POR SEQUESTRO PULMONAR INTRALOBAR

Jon Zabaleta Jiménez, Borja Aguinagalde Valiente, Marta Fuentes Gago, Nerea Bazterangui Fernández, José Miguel Izquierdo Elena, Carlos Hernández Ortiz. H. Donostia, San Sebastián.

INTRODUCCIÓN: El sequestro pulmonar es una malformación congénita caracterizada por tejido pulmonar embrionario quístico no funcionante con vascularización de una arteria sistémica anómala. Representa entre el 1-6% de las malformaciones congénitas pulmonares

y se clasifican en intralobares (75%) y extralobares(25%). El tratamiento del secuestro pulmonar es la resección quirúrgica. pcaracteriza por ser tejido pulmonar sin comunicación con el árbol traqueobronquial, presentar aporte directo de circulación sistémica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos el caso de un paciente diagnosticado de secuestro pulmonar intralobar en lóbulo inferior derecho. Los secuestros intralobares se caracterizan por no tener revestimiento de pleura propia a diferencia de los extralobares y típicamente el drenaje venoso se realiza a través de vena pulmonar a aurícula izquierda (los extralobares suelen drenar a aurícula derecha a través de la vena ácigos).

RESULTADOS: Se realizó una TAC antes de la intervención quirúrgica donde se identifico una rama arterial desde la aorta descendente hasta el secuestro y se confirmó el drenaje venoso a través de la vena pulmonar inferior derecha.

En el vídeo se muestra la lobectomía inferior derecha a través de toracotomía posterolateral derecha realizada, con identificación, disección y sección de arteria accesoria.

CONCLUSIONES: El secuetro pulmonar es una patología congénita de baja incidencia, cuyo tratamiento es quirúrgico. En el acto quirúrgico hay que se especialmente cuidadoso con la identificación y ligadura de la arteria accesoria.

V-07 - CIRUGÍA VIDEOASISTIDA EN PATOLOGÍA PULMONAR TUMORAL. EXPERIENCIA INICIAL

Carlos Gálvez Muñoz, Sergio Bolufer Nadal, Juan Manuel Córcoles Padilla, Juan José Mafé Madueño, Luis Jorge Cereza Garrido, Benno Baschwitz Gómez, José Manuel Rodríguez Paniagua. H. General Universitario, Alicante.

INTRODUCCIÓN: El término Cirugía Videoasistida incluye procedimientos encaminados a disminuir la agresión quirúrgica en el paciente intervenido de neoplasias pulmonares, con el fin de obtener una temprana reincorporación a las sus actividades. OBJETIVOS Presentamos nuestra experiencia inicial con este tipo de cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo en el que incluimos los pacientes intervenidos de resecciones pulmonares anatómicas por patología tumoral maligna mediante cirugía videoasistida. En todos los casos se trataba de lesiones tumorales periféricas, sin visión endobronquial, sin adenopatías patológicas y con operabilidad funcional favorable.

RESULTADOS: El periodo de estudio comprende 4 meses (Octubre 2009 hasta Enero 2010) en los que intervenimos a 12 pacientes, 4 mujeres y 8 hombres, con una edad media de 61,3 años. En todos los pacientes se llevaron a cabo procedimientos quirúrgicos de resección pulmonar anatómica mediante cirugía videoasistida, realizando 11 lobectomías (3 reconversiones) y 1 bilobectomía. Se asoció linfadenectomía hiliomediastínica en todos los casos. No hubo mortalidad intra ni postoperatoria. Las complicaciones han estado en relación con una fístula de muñón bronquial de pequeño tamaño tras una lobectomía LID resuelta de forma conservadora, una fuga aérea prolongada (6 días) y un episodio de broncoconstricción. Los pacientes han experimentado menos dolor postoperatorio, con una tolerancia y deambulación más precoces, acortando los días de ingreso en los pacientes no

complicados comparados con los intervenidos mediante toracotomía estándar.

CONCLUSIONES: La cirugía videoasistida ha resultado factible técnicamente en nuestra experiencia inicial en tumores periféricos sin ganglios patológicos, sin incremento en la morbimortalidad. Será necesario progresar en la curva de aprendizaje aumentando la casuística, analizando objetivamente parámetros relacionados con la repercusión de esta técnica en los pacientes y en último término su efectividad oncológica.



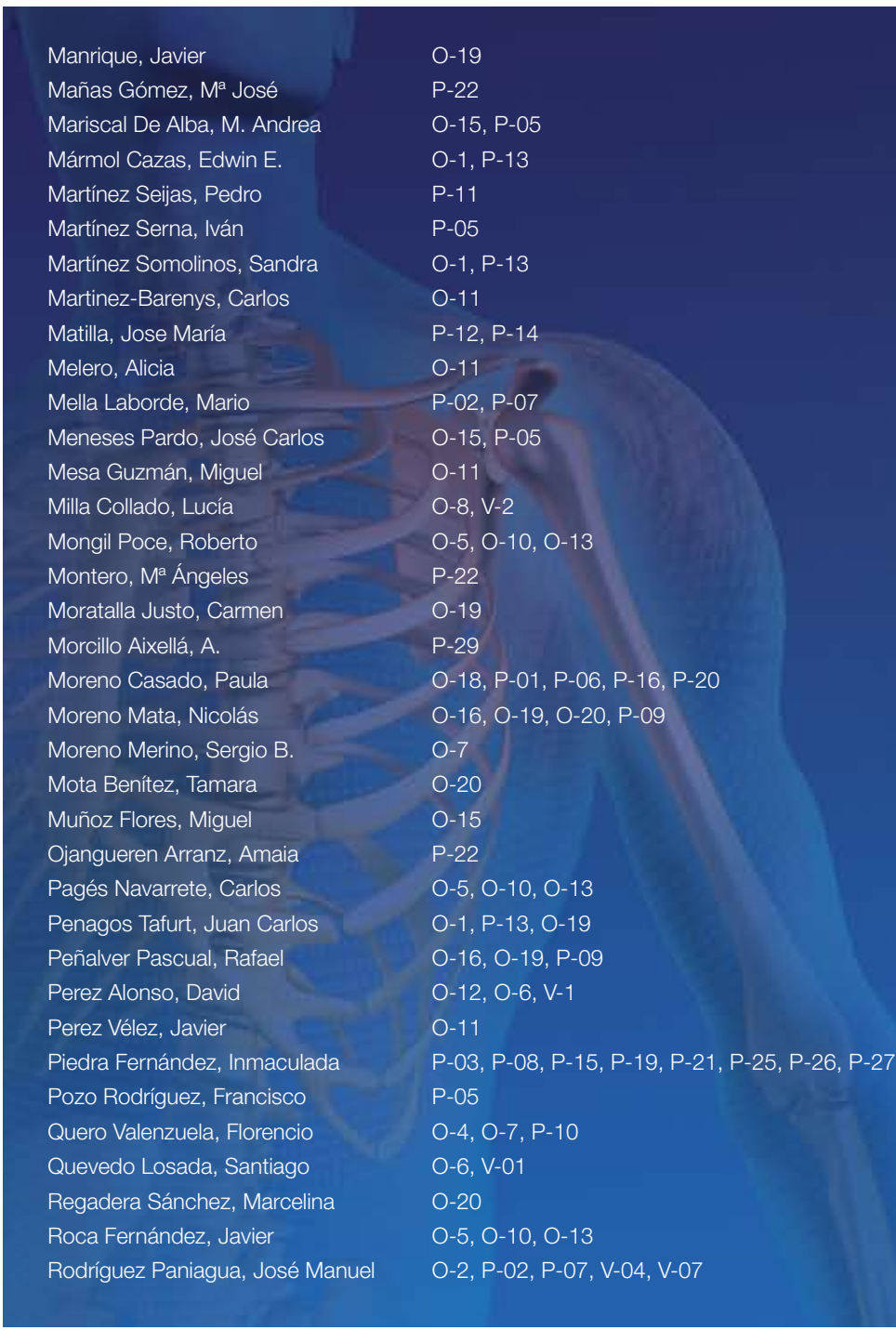
ÍNDICE AUTORES



Aguinagalde Valiente, Borja	O-14, P-11, P-28, V-3, V-5, V-6
Algar Algar, Javier	O-18, P-01, P-06, P-16, P-20, P-27
Alkourdi Amira	P-03, P-08, P-15, P-19, P-21, P-25, P-26, P-27
Álvarez Kindelán, Antonio	O-18, P-01, P-06, P-16, P-20
Andrade, Ana	V-02
Antolín García, Teresa	P-18, P-23
Aragón Valverde, Francisco Javier	P-24
Aranda, Guillermo	P-05
Arévalo Pardal, Ángela	P-12, P-14, P-18
Arrabal Sánchez, Ricardo	O-5, O-10, O-13
Arribas Cano, Elena	O-21
Astudillo, Julio	O-11
Azcárate Perea, Leyre	O-16, P-09
Baamonde Laborda, Carlos	O-18, P-01, P-06, P-16, P-20
Balado, María Teresa	V-02
Baldó Padró, Xavier	O-1, P-13
Baro Pato, Oscar	O-15
Baschwitz Gómez, Benno	O-2, P-02, P-07, V-04, V-07
Bayarri Lara, Clara Isabel	P-03, P-08, P-15, P-19, P-21, P-25, P-26, P-27
Bazterargui Fernández, Nerea	O-14, P-11, P-28, V-5, V-6, V-3
Bellido Reyes, Yury	O-9, P-17
Benítez Domenech, Agustín	O-5, O-10, O-13, V-3
Berbel Martínez, Celia	O-20
Bermejo Casero, Enrique	O-5, O-10, O-13
Bernabé Moreno Merino, Sergio	O-4, P-10
Betancort Rivera, Néstor	O-6, V-01
Bollo De Miguel, Elena	P-18, P-23
Bolufer Nadal, Sergio	O-2, P-02, P-07, V-04, V-07
Brito, Yanira	O-12, O-17
Cabanyes Candela, Sara	P-23
Cabrera Pastor, Andrea	O-3
Calatayud Gastardi, Joaquín	O-8, O-12, O-17, V-2
Camacho, Carmen	O-6
Canela, Mercedes	P-22
Cano García, Jose Ramón	O-6, V-01
Caparrós Sepúlveda, Luis	O-5, O-10, O-13

Cárdenas Gómez, Johannes	O-9, P-17
Carracedo Calvo, Francisco	O-9, P-17
Castanedo Allende, Manuel	P-12, P-14
Cerezal Garrido, Luis Jorge	O-2, P-02, P-07, V-04, V-07
Cerezo Madueño, Francisco	O-18, P-01, P-06, P-16, P-20
Cilleruelo, Ángel	P-12, P-18
Cilleruelo Ramos, Ángel	P-18
Clavo, Bernardino	O-12, O-17
Congregado Loscertales, Miguel	O-4, O-7, P-10, V-07
Córcoles Padilla, Juan Manuel	O-2, P-02, P-07, V-04, V-07
Cordovilla Pérez, Rosa	P-18, P-23
Corpa Rodríguez, Elena	O-9, P-17
Cossa, M.	P-29
Cozar Bernal, Fernando	O-4, O-7, P-10
Cueto Ladrón De Guevara, Antonio	P-03, P-08, P-15, P-19, P-21, P-25, P-26, P-27
De Cabanyes, Sara	P-12
De Miguel López, Arancha	O-21
Del Rosario Núñez Ares, Ana María	O-3
Deu, María	P-22
Díaz-Agero Álvarez, Prudencio	O-9, P-17
Duque Medina, José Luis	P-12, P-14
Espinosa Jiménez, Dionisio	O-18, P-01, P-06, P-16, P-20
Fernández, Leandro	O-17
Fernández Blanco, Raquel	O-19
Fernández Martín, Elena	O-8, O-12, V-2, O-17
Ferreras Castaño, Ester	O-21
Fiuzza, M ^a Dolores	O-12, O-17
Fuentes Gago, Marta	O-14, P-11, P-28, V-3, V-5, V-6
Galán Gil, Genaro	P-29
Gallardo Valera, Gregorio	O-4, O-7, P-10
Gálvez Muñoz, Carlos	O-2, P-02, P-07, V-04, V-07
García, Ricardo	O-17
García Gil, María Del Mar	O-1
García Jiménez, María Dolores	O-3
García Monteavaro, Ernesto	O-21
García Moreno, Luisa	O-20

García Rico, Cristina	P-14, P-23
García Sánchez-Girón, Joaquín	O-9, P-17
García Yuste, Mariano	P-14
García-Rico, Beatriz	P-12
Gato, Pedro	P-24
Gil Alonso, José Luis	O-9, P-17
Girón Arjona, Juan Carlos	O-4, P-10
Gómez Martínez, Ana María	O-8, V-2
González Aragonese, Federico	O-16, O-19, P-09
González Blanco, Ana Belén	O-21
González Casaurrán, Guillermo	O-16, P-09
Granell Suárez, Begoña	P-24
Gregorio Crespo, Begoña	P-12, P-14
Heras Gómez, Félix	P-12, P-14, P-18, P-23
Hermoso Alarza, Fátima	P-05
Hernández, Francisco	P-03, P-08, P-15, P-19, P-21, P-25, P-26, P-27
Hernández Arenas, Luis Ángel	P-24
Hernández Escobar, Francisco	P-25, P-26, P-27
Hernández Hernández, Jesús	P-18, P-23
Hernández Ortiz, Carlos	O-14, P-11, P-28, V-3, V-5, V-6
Hernando Trancho, Florentino	O-8, V-2
Honguero Martínez, Antonio Francisco	O-2, P-02, P-07, V-04, V-07
Illana Wolf, Jennifer	O-18, P-01, P-06, P-16, P-20
Isea Viña, Jesús	O-16, O-19, P-09
Izquierdo Elena, José Miguel	O-14, P-11, P-28, V-3, V-5, V-6
Jarabo Sarceda, José Ramón	O-8, V-2
Jáuregui Abularach, G. Alberto	P-22
Jiménez Merchán, Rafael	O-4, O-7, P-10
León Atance, Pablo	O-3
Llontop Santisteban, Pedro	O-12, O-17
López De Castro, Pedro	O-11
López Miguel, Patricia	O-3
López Rivero, Luis	O-6, V-01
López Sanz, Iker	P-22
Loscertales Abril, Jesús	O-4, O-7, P-10
Mafé Madueño, Juan José	O-2, P-02, P-07, V-04, V-07



Manrique, Javier	O-19
Mañas Gómez, M ^a José	P-22
Mariscal De Alba, M. Andrea	O-15, P-05
Mármol Cazas, Edwin E.	O-1, P-13
Martínez Seijas, Pedro	P-11
Martínez Serna, Iván	P-05
Martínez Somolinos, Sandra	O-1, P-13
Martínez-Barenys, Carlos	O-11
Matilla, Jose María	P-12, P-14
Melero, Alicia	O-11
Mella Laborde, Mario	P-02, P-07
Meneses Pardo, José Carlos	O-15, P-05
Mesa Guzmán, Miguel	O-11
Milla Collado, Lucía	O-8, V-2
Mongil Poce, Roberto	O-5, O-10, O-13
Montero, M ^a Ángeles	P-22
Moratalla Justo, Carmen	O-19
Morcillo Aixellá, A.	P-29
Moreno Casado, Paula	O-18, P-01, P-06, P-16, P-20
Moreno Mata, Nicolás	O-16, O-19, O-20, P-09
Moreno Merino, Sergio B.	O-7
Mota Benítez, Tamara	O-20
Muñoz Flores, Miguel	O-15
Ojanguren Arranz, Amaia	P-22
Pagés Navarrete, Carlos	O-5, O-10, O-13
Penagos Tafurt, Juan Carlos	O-1, P-13, O-19
Peñalver Pascual, Rafael	O-16, O-19, P-09
Perez Alonso, David	O-12, O-6, V-1
Perez Vélez, Javier	O-11
Piedra Fernández, Inmaculada	P-03, P-08, P-15, P-19, P-21, P-25, P-26, P-27
Pozo Rodríguez, Francisco	P-05
Quero Valenzuela, Florencio	O-4, O-7, P-10
Quevedo Losada, Santiago	O-6, V-01
Regadera Sánchez, Marcelina	O-20
Roca Fernández, Javier	O-5, O-10, O-13
Rodríguez Paniagua, José Manuel	O-2, P-02, P-07, V-04, V-07

Rodríguez Rodríguez, Jesús	P-24
Roig Llopis, Juan Antonio	O-15
Rombolá Carlos, Alberto	O-3
Rosado Rodríguez, Joel	P-22
Rubio Garay, Matilde M.	O-1, P-13
Ruiz Navarrete, José Antonio	O-5, O-10, O-13
Ruiz Zafra, Javier	P-03, P-08, P-15, P-19, P-21, P-25, P-26, P-27
Salvatierra Velázquez, Ángel	O-18, P-01, P-06, P-16, P-20
Sánchez Muñoz, Rosa María	O-8, V-2
Sánchez-Palencia Ramos, Abel	P-03, P-08, P-15, P-19, P-21, P-25, P-26, P-27
Santana Rodríguez, Norberto	O-12, O-17
Santiago Cid, Soledad	O-21
Sanz De Luis, Ana Estefanía	O-20
Sanz Guijo, María	O-21
Sebastián Quetglás, Fernando	O-1, P-13
Sevilla López, Sebastián	P-03, P-08, P-15, P-19, P-21, P-25, P-26, P-27
Simón Adiego, Carlos	O-16, P-09, O-19, O-16
Sirera, Rafael	O-3
Tarrazona Hervás,	P-29
Torres Martínez, Antonio José	O-8
Triviño Ramírez, Ana Isabel	O-4, O-7, P-10
Vaquero Cacho, Manuel	P-24
Vázquez Pelillo, Juan Carlos	O-9, P-17
Velasco Cerrato, María José	O-21
Ventura Catalá, Jack	O-2, P-02
Vicente Verdú, Ramón	O-9, P-17
Wins Biraben, R.	P-29
Zabaleta Jiménez, Jon	O-14, P-11, P-28, V-3, V-5, V-6

PATROCINADORES



Ethicon Endo-Surgery

Baxter
Covidien

Boehringer-Ingelheim
Cardiolink
Izasa

Laboratorios Menarini
Medicalinn
Nycomed
Palex

Productos Medicinales Medela
Suministros Hospitalarios
Synthes – Stratec

AGRADECIMIENTOS



Baxter

Secretaría Técnica del Congreso



GRUPO PACÍFICO

Paseo del General Martínez Campos, 44 - 1º
28010 Madrid
T. 913 836 000 - F. 913 023 926
e-mail: sect2010@pacifico-meetings.com

Secretaría Técnica de la SECT



B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Surgical S.A.

Ctra. Rubí, 72-74 Planta 1ª
08190 Sant Cugat (Barcelona)
T. 935 902 236
F. 935 902 230
e-mail: rosalia.bernal@bbraun.com

WWW.SECT.ES

the 1990s, the number of people with a disability in the United States has increased by 50% (U.S. Census Bureau, 2000). The number of people with a disability in the United States is expected to increase to 100 million by the year 2020 (U.S. Census Bureau, 2000).

As the number of people with a disability increases, the need for accessible information and services also increases. The Americans with Disabilities Act (ADA) of 1990 (Public Law 101-354) is the first federal law that prohibits discrimination against people with disabilities in all areas of public life, including jobs, state and local government services, public accommodations, telecommunications, and transportation. The ADA requires that people with disabilities have the same opportunities as people without disabilities to obtain information and services.

One of the areas where the ADA has had a significant impact is in the area of information and communication. The ADA requires that people with disabilities have the same opportunities as people without disabilities to obtain information and services. This means that people with disabilities must be able to access information and services in a way that is accessible to them. This has led to the development of accessible information and communication technologies (ICTs) that are designed to be accessible to people with disabilities.

One of the most important areas where accessible ICTs are needed is in the area of electronic information and communication. Electronic information and communication technologies (EICTs) are used to provide information and services to people in a way that is accessible to them. EICTs include web pages, e-mail, and electronic documents. EICTs are used to provide information and services to people in a way that is accessible to them.

One of the most important areas where accessible EICTs are needed is in the area of web pages. Web pages are used to provide information and services to people in a way that is accessible to them. Web pages are used to provide information and services to people in a way that is accessible to them. Web pages are used to provide information and services to people in a way that is accessible to them.

One of the most important areas where accessible web pages are needed is in the area of e-commerce. E-commerce is used to provide information and services to people in a way that is accessible to them. E-commerce is used to provide information and services to people in a way that is accessible to them. E-commerce is used to provide information and services to people in a way that is accessible to them.

One of the most important areas where accessible e-commerce is needed is in the area of online shopping. Online shopping is used to provide information and services to people in a way that is accessible to them. Online shopping is used to provide information and services to people in a way that is accessible to them. Online shopping is used to provide information and services to people in a way that is accessible to them.



ETHICON ENDO-SURGERY

Johnson & Johnson Medical