

¿ES MENOR LA REPERCUSIÓN FUNCIONAL EN RESECCIÓN PULMONAR EN CIRUGÍA VIDEO-TORASCOSCOPIA QUE POR TORACOTOMÍA?

Dr. S. Asensio Sánchez^a, JJ Mafé Madueño^b, Dr. J. Cerezal Garrido^b, Dr. J. Lacueva Gómez^c, Dr. L. Hernández Blasco^a, Dr. V. Vilella Tomás^a, Dr. F. Lirio Romero^b, Dra. C. Martín Serrano^a, Dr. B. Baschwitz Gómez^b. Servicio de Neumología^a. Servicio de Cirugía Torácica^b. HGU de Alicante. HG de Elche^c.

INTRODUCCIÓN

La cirugía por videotoroscopia (VATS), hoy en día, está ampliamente aceptada en la cirugía de resección pulmonar del carcinoma broncogénico. Debido a que esta cirugía tiene una menor morbilidad que la cirugía clásica por toracotomía; es de suponer provoque una menor repercusión sobre la función pulmonar respiratoria.

OBJETIVOS

- 1) Determinar si la cirugía VATS produce menor repercusión en la función respiratoria y capacidad física que la cirugía clásica por toracotomía.
- 2) Evaluar la repercusión funcional provocada por ambos tipos de cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realización de un estudio ambispectivo, observacional en un grupo prospectivo y su comparación con un grupo de control histórico.

En el grupo prospectivo (VATS) se incluyeron a aquellos pacientes con carcinoma pulmonar que requirieron para su resección pulmonar lobectomía mediante videotoroscopia en el servicio de cirugía Torácica del HGU de Alicante, entre marzo de 2013 a diciembre de 2014. A todos se les realizó espirometría, pletismografía, difusión pulmonar y la determinación del consumo máximo de oxígeno (VO₂ máx) previo a la cirugía y posteriormente al mes, tercer mes, sexto mes y al año de la misma. En el grupo de control histórico se incluyeron aquellos pacientes, con carcinoma pulmonar que también requirieron para su resección pulmonar lobectomías pero mediante la técnica clásica de cirugía abierta y del que disponemos de datos de función pulmonar pre y postoperatoria, entre los años 2001 a 2005 inclusive. En ambos grupos los pacientes que recibieron quimioterapia posterior a la cirugía fueron excluidos del estudio.

Comparación de los resultados entre los dos grupos utilizando para el análisis estadístico el programa SPSS 19.0. El estudio cuenta con la aprobación del CEIC del HGU de Alicante.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 117 pacientes, 42 lobectomías VATS y 75 lobectomías por cirugía abierta. En la Tabla I se describen las diferencias entre ambos grupos. Destaca en el grupo VATS una mayor proporción de mujeres, y de estadios iniciales en la cirugía VATS que en la cirugía clásica.

En la Tabla II se exponen los valores funcionales preoperatorios de las principales variables estudiadas y su porcentaje de pérdida al mes, tercer mes, sexto mes y al año de la cirugía. Destaca una recuperación progresiva de la función pulmonar en ambos grupos durante el primer año postoperatorio pero con una aparente menor repercusión en el grupo de la cirugía VATS aunque sin significación estadística.

Tabla I

Características de los pacientes con cirugía VATS y con cirugía abierta (Toracotomía)

	VATS n = 42 (36%)	ABIERTA N = 75 (64%)	P valor
EDAD (AÑOS)	63.4 (42-83)	61.2 (37-77)	0.27
Sexo (Hombre/mujer)	24 (57,1%)/ 18 (42,9%)	66 (88%)/ 9 (12%)	0.00/0.00
Hombre	24 (27%)	66 (73%)	0.00
Mujer	18 (67%)	9 (33%)	
IMC : kg/m ²	28.2 (18 – 49)	26.3 (16.4 – 34.6)	0.05
TABAQUISMO:			
Años/paquete	42.3 (0 – 120)	48.6 (0 – 116)	0.26
Diagnóstico patológico			
Adenocarcinoma	31 (73,8%)	38 (51%)	
Epidermoide	8 (19,1%)	31 (41%)	0.006
Nódulo necrótico.	1 (2,4%)	1 (1,4%)	
Metástasis.	1 (2,4%)	0	
Adenoescamoso.	1 (2,4%)	0	
Células grandes.	0	5 (6,7%)	
Estadio Tumoral			
No detectado	1 (2.5%)	0	0.00
Ia	28 (70.0%)	21 (31.3%)	
Ib	8 (20.0%)	11 (16.4%)	
Ila	2 (5.0%)	21 (31.3%)	
Iib	0	5 (7.5%)	
IIla	1 (2.5%)	9 (13.4%)	

VATS: cirugía pulmonar por videotoroscopia. Abierta: cirugía pulmonar por toracotomía. IMC: índice de masa corporal.

Tabla II

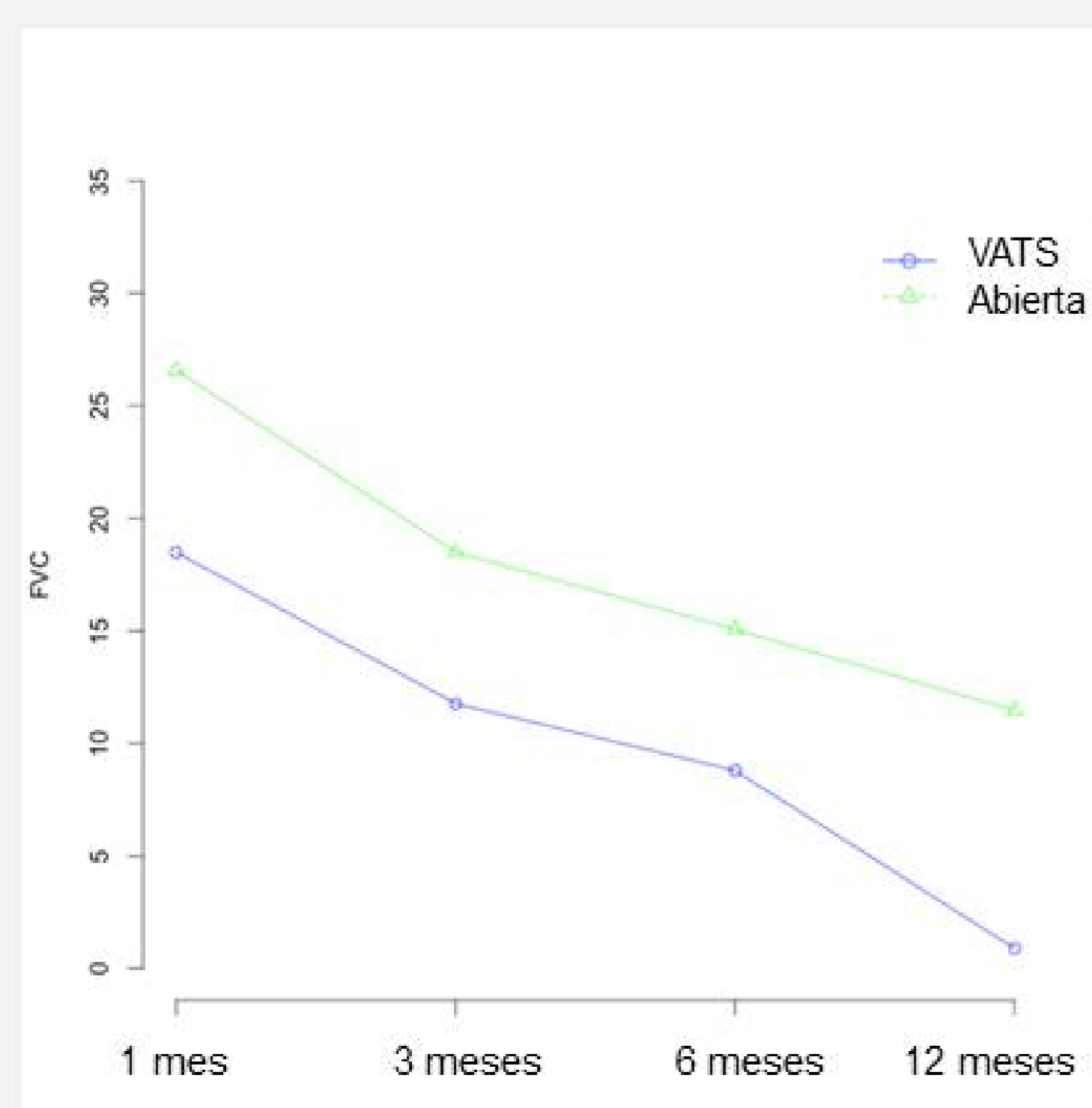
Comparación de la función pulmonar preoperatoria y del porcentaje de pérdida posterior a la cirugía en ambos grupos quirúrgicos: videotoroscopia vs toracotomía.

	Preoperatorio x ± ds.	1 mes %Δ	3 mes %Δ	6 mes %Δ	12 meses %Δ
FVC %					
VATS	104.9±15.45	18.48	11.77	8.80	0.90
Toracotomía	98.05±15.24	26.57	18.49	15.07	11.46
p	0.022	0.357	0.343	0.354	0.074
FEV1 %					
VATS	95.85±18.05	20.59	14.89	12.86	8.85
Toracotomía	85.15±17.23	24.66	18.03	15.37	13.31
p	0.002	0.640	0.665	0.724	0.584
DLCO %					
VATS	79.56±21.2	17.32	14.72	15.29	2.45
Toracotomía	74.45±19.23	25.79	17.33	12.48	6.08
p	0.193	0.338	0.719	0.685	0.490
VO ₂ max (ml/kg/min)					
VATS	61.81±20.20	18.33	16.40	18.01	7.62
Toracotomía	72.25±18.76	---	20.32	13.21	2.98
p	0.010	----	0.641	0.538	0.485

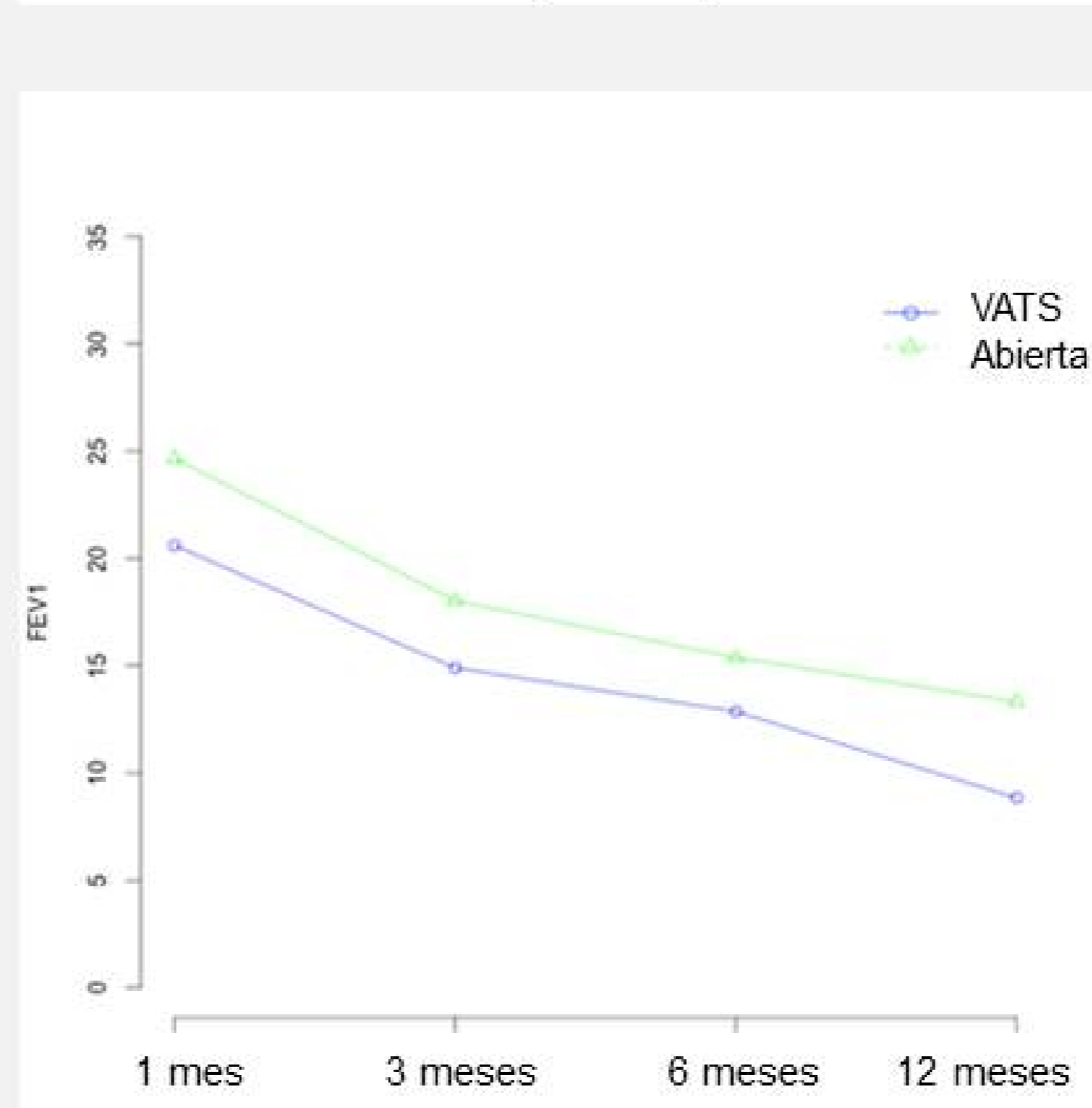
FVC: Capacidad vital forzada % sobre el teórico. FEV1 %: Volumen espirado máximo primer segundo % sobre el teórico. DLco %: Difusión pulmonar de co % sobre el teórico. VO₂ max: consumo máximo de oxígeno. x ± ds: media ± desviación estándar %Δ: ((Valor preoperatorio - postoperatorio) / Valor preoperatorio) x 100. P: nivel de significación menor 0.05.

Los siguientes tablas muestran de forma gráfica la pérdida porcentual de la FVC (Capacidad vital forzada); FEV1 (Volumen espirado en el primer segundo) y la Dlco (Difusión pulmonar) al mes, tercer mes, sexto mes y al año de la cirugía.

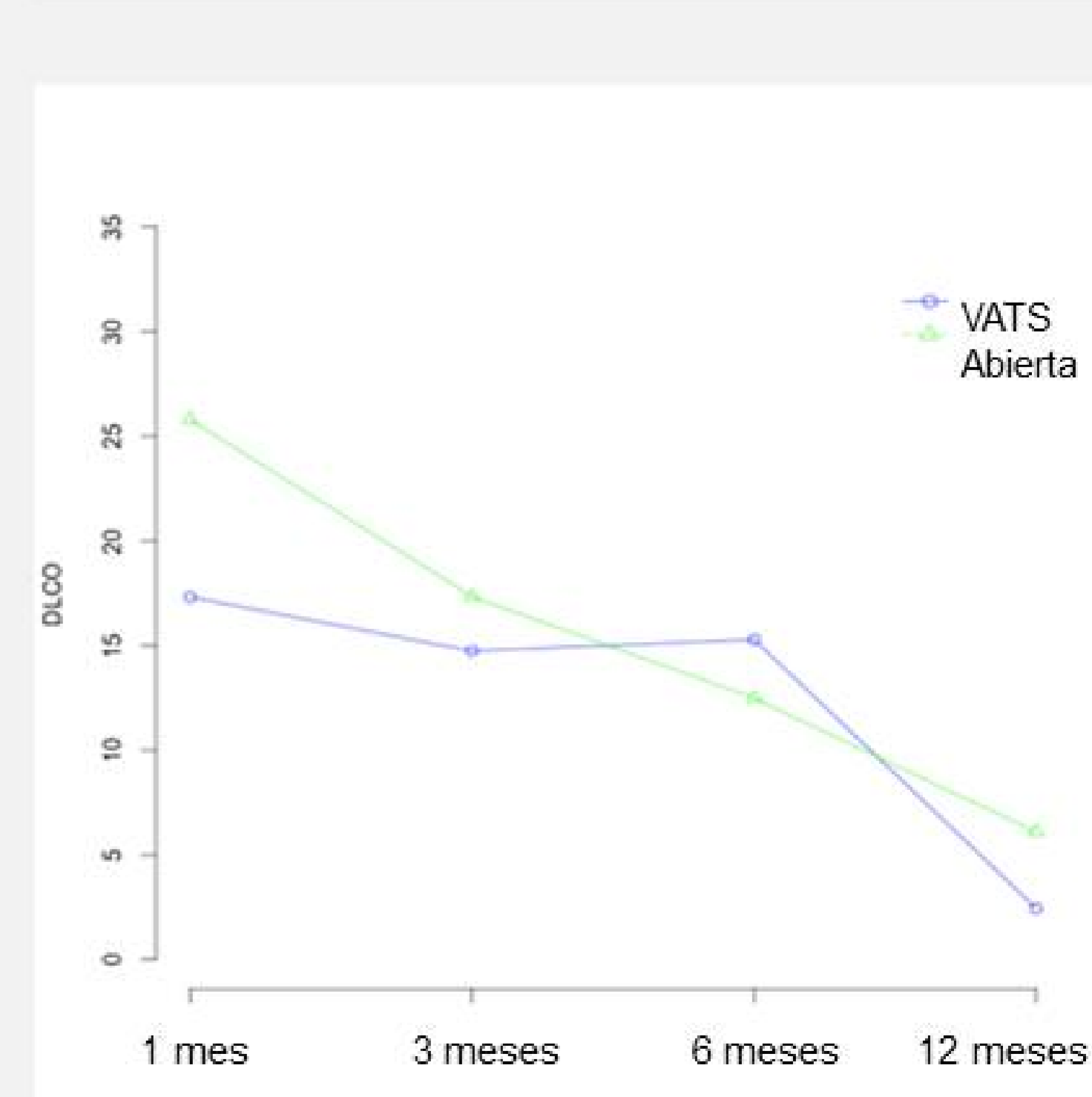
Reducción porcentual del FVC hasta el año del postoperatorio



Reducción porcentual del FEV1 hasta el año del postoperatorio



Reducción porcentual de la DLco hasta el año del postoperatorio.



CONCLUSIONES

- 1) Aunque sin significación estadística, en prácticamente todas las determinaciones postoperatoria los valores del FEV1, FVC y Dlco muestran valores porcentualmente más altos en la cirugía VATS que en la cirugía abierta.
- 2) La recuperación de la función pulmonar tras lobectomía es constante y mantenida en ambos grupos por lo menos hasta el año de cirugía