

# Videotoracoscopía, mínima invasión y máxima eficacia en tumores tempranos de pulmón

**EL Dr. Miguel Mesa, cirujano torácico de la Clínica, interviene mediante una o dos incisiones de 2 ó 3 cm a pacientes con cáncer de pulmón en fases iniciales**

**CUN** ■ Nódulos y tumores malignos de pulmón en estadios tempranos son las principales indicaciones médicas que pueden beneficiarse de la técnica quirúrgica de la videotoracoscopía. Un procedimiento quirúrgico mínimamente invasivo que permite, a través de una única incisión de entre 2 y 3 cm, acceder hasta el nódulo localizado en el pulmón, realizar un diagnóstico intraoperatorio, y, finalmente, terminar de intervenir de modo adecuado según la naturaleza de la lesión. Esta técnica de mínima invasión sustituye en las indicaciones descritas a la toracotomía o cirugía abierta de tórax.

Un ejemplo representativo de los beneficios de la video-

toracoscopía es el de Cristina del Saso, una paciente reciente del Dr. Miguel Mesa Guzmán, cirujano torácico de la Clínica Universidad de Navarra. La intervención que le realizó el Dr. Mesa a esta abogada urbanista tinerfeña consistió, en primer lugar, en la resección en cuña del nódulo diagnosticado previamente en un TAC. En el mismo acto quirúrgico, y con la muestra ya tomada, se realizó el análisis anatomopatológico del tejido. Ante el resultado de malignidad, el cirujano procedió a la extirpación o resección de la región anatómica pulmonar en la que se alojaba.

El especialista realizó todo el procedimiento a través de una única incisión de 3 cm. El ca-

rácter mínimamente invasivo de la intervención favoreció la pronta recuperación de la paciente que a los 4 días se le dio el alta hospitalaria.

**LA TÉCNICA.** La videotoracoscopía es una técnica quirúrgica mínimamente invasiva que consiste en abordar a través de uno o dos únicos puertos realizados en la parte latero anterior del tórax el nódulo pulmonar que se quiere extirpar. La in-

**El paciente recibe el alta hospitalaria a los 3 ó 4 días de la intervención en buenas condiciones y plena autonomía.**

tervención se realiza mediante una incisión de entre 2 y 3 cm por la que se introduce una óptica así como el instrumental necesario para la resección de la lesión.

La intervención se realiza en el espacio pleural localizado entre el pulmón y la pared torácica. A través de esa incisión, “se realiza todo el procedimiento, desde el diagnóstico, de la lesión, mediante la toma de una cuña pulmonar que incluye al nódulo con márgenes libres. Posteriormente, según el resultado se procede en caso de malignidad a realizar una disección anatómica y una resección del lóbulo o el segmento pulmonar afectado”, apunta el especialista.



En la imagen superior, el Dr. Miguel Mesa durante una cirugía torácica mediante videotoroscopia.

En la imagen inferior, abordaje quirúrgico con videotoroscopia a través de un único puerto o punto de acceso.

avanzados depende del estadiaje, pero podría no estar indicado”, advierte el Dr. Mesa. “No todos los pacientes con una lesión pulmonar son candidatos a la videotoroscopia, aunque sí una gran mayoría”.

La mayoría de pacientes con tumores de pulmón en fases iniciales llegan, principalmente, de diagnósticos obtenidos en el contexto de un plan de cribado para la detección precoz (screening) de cáncer de pulmón o como resultado de un hallazgo casual, como fue el caso de Cristina. “En estos pacientes con nódulos pequeños sospechosos —explica el especialista— la videotoroscopia ofrece un gran valor, ya que en la mayoría de los casos, al tratarse de lesiones tan pequeñas y de difícil acceso se imposibilita la obtención un diagnóstico pre-operatorio, presentando así un carácter indeterminado. De este modo, la cirugía permite ofrecer, en primer lugar, un diagnóstico con mínima invasión y con un resultado anatomopatológico intraoperatorio y, en segundo lugar, según el resultado, una posterior resección adecuada a la naturaleza de la lesión”.

**VENTAJAS.** El Dr. Mesa, cirujano con amplia experiencia en cirugías mediante la técnica de videotoroscopia, señala las principales ventajas de este procedimiento frente a la cirugía torácica convencional: “La videotoroscopia precisa de una incisión mucho menor, resulta por tanto un procedimiento menos traumático y doloroso, ya que no implica la apertura costal”. “Estamos hablando pasar de una incisión de 15 cm en la toracotomía a otra de 2 ó 3 cm con puntos intradérmicos de modo que apenas se nota”, por lo que el avance cosmético también es significativo. El especialista subraya además la mejora del postoperatorio, “más corto y con una tasa menor de efectos secundarios”. **PASA A LA PÁG.13 >>**

Esta cirugía mínimamente invasiva involucra además, en el mismo acto quirúrgico, la posibilidad de una linfadenectomía o extirpación de los ganglios linfáticos, no solo como posible método terapéutico en caso de que alguno este infiltrado, sino por razones diagnósticas y de estadificación, ya que el análisis de los ganglios permite conocer el alcance de la enfermedad y de esta forma elegir el tratamiento adyuvante más adecuado.

**INDICACIONES.** En general, las indicaciones de la videotoroscopia son lesiones pulmonares principalmente en estadios tempranos. “El abordaje con esta técnica en casos más



Los especialistas de referencia de la paciente, los doctores Juan Bertó (Neumología) y Miguel Mesa (cirugía torácica) con Cristina del Saso.

## Cristina del Saso “Me quitaron un lóbulo del pulmón y en 4 días estaba de alta”

**Fue intervenida en la Clínica mediante videotoracoscopia para extirparle un tumor maligno de menos de 2 cm en el pulmón**

**CUN ■** Abogada urbanista de Santa Cruz de Tenerife, deportista con hábitos de vida muy saludables y madre de dos hijos de 20 y 16 años, son los principales rasgos de Cristina del Saso, paciente de la Clínica Universidad de Navarra de 50 años. Como bien recuerda, su conocimiento de la Clínica fue bastante casual.

Todo comenzó un día de abril de 2016. “Estaba en el trabajo y comencé con un dolor muy fuerte en el costado. Pensé que era un cólico nefrítico. Acudí a Urgencias y allí los médicos también pensaron que

podía ser un cólico”. Sin embargo, ese dolor dejó ver una situación más grave en su pulmón.

**¿Cuál fue el primer diagnóstico?**

En Urgencias los médicos pensaron que era un cólico nefrítico hasta que decidieron hacerme un TAC en lugar de una ecografía. Ahí vieron que tenía un nódulo en el pulmón. Me preguntaron si fumaba y les dije que no, que lo dejé hace 16 años. Además, vieron que lo que me causaba el dolor era un quiste en el ovario, que desapareció en la siguiente regla. Pero ya comenzamos con el proceso del nódulo en el pulmón.

**¿En qué consistió ese proceso?**

Acudí a la Seguridad Social con las pruebas hechas en la clínica privada. Allí me dijeron que era un nódulo y que tenía as-

pecto de ser maligno, que ellos lo operan y que entraba en el protocolo del cáncer de pulmón. Te impacta cuando te lo dicen por primera vez. Pero entonces empiezas a pensar de qué tiempo estamos hablando. Tenía una lista de espera de 4 meses. Y 4 meses, con esa noticia, no hay quien viva. Tenemos un amigo neumólogo con contacto con Neumología de la Clínica Universidad de Navarra y él nos dijo que fuésemos derechos a Pamplona.

**¿Cómo fue el cambio a la Clínica?**

Al llegar, nos impactó mucho la facilidad de todo. Por teléfono fue tan rápido, asequible y fácil. A los dos días estábamos en consulta de Neumología y me hicieron todas las pruebas. En el TAC y el PET vieron que el nódulo no era maligno. Fueron muy buenas noticias, pero en el otro pul-



món me vieron una cosa rara. Era muy pequeña, pensaban que quizá fuera una cicatriz. El neumólogo me dio antibióticos y me empezaron a controlar cada 3 meses. Hasta que la última vez vieron un pequeño aumento de densidad. No les gustó. Descartaron una posible cicatriz, pero necesitaban ver qué era. Entonces, me pusieron en contacto con el Dr. Mesa, cirujano torácico, que me explicó todo el procedimiento y me dijo cómo operaría. Cogerían una cuña del tejido, la analizarían en quirófano y verían si era benigno o maligno.

#### ¿Cuál fue el resultado?

Lo analizaron y resultó maligno, pero tenía menos de 2 centímetros. Fue una suerte porque si vengo en un año quizá hubiese sido grande. El doctor me quitó un lóbulo del pulmón derecho y quedó todo limpio. Me extirparon también unos ganglios para analizar si seguía teniendo restos de cáncer. Dieron negativo y, finalmente, no tuve que recibir ni quimio ni radio.

#### ¿Cómo afrontó el nuevo diagnóstico?

Lo afronté con tranquilidad. Pensé, esto es lo que me toca, un nuevo capítulo. Pero he tenido mucha suerte con el Dr. Mesa. Es una suerte tener un médico así. Me explicaba lo que tenía, el tratamiento, etc. Le dije que haríamos lo que él me dijera y acertamos totalmente.

#### ¿Qué era el nódulo del otro pulmón?

Es un hamartoma, un tumor benigno, redondito, quieto. Me lo están controlando y no evoluciona.

#### Después de un proceso así, ¿qué concluye de todo esto?

Mi primera conclusión es bendito ovario, porque si no es por ese dolor no me hubiera enterado del nódulo. La segunda es bendita Clínica, que me hacen bien el diagnóstico y me detectan el otro.

#### ¿Qué se lleva de la Clínica?

La profesionalidad de todo el mundo. Desde el servicio de Coordinación, el trato de las enfermeras, las auxiliares, los médicos. Da gusto como te tratan aquí. Hay una asignatura que deberían impartir a algunos médicos en las facultades: empatía con el enfermo.

#### ¿Cómo se encuentra ahora?

Muy feliz. Los médicos me han dicho que ha ido todo muy bien. Me he recuperado muy rápido, dicen que estoy limpia y que me he recuperado muy bien. Además, el pulmón se ha expandido y he tenido

un postoperatorio maravilloso. Han sido todo ventajas.

#### ¿Cómo lo ha vivido la familia?

Peor que yo, porque el que lo pasa tiene más fuerza para vivirlo, sabe lo que le viene encima y lo acepta desde dentro. Mi mayor apoyo ha sido mi marido, fundamental para no verte muy sola. Después, mis hijos. Al mayor le coincidió con los finales de carrera y a la de 16 con los de la ESO. Lo hablamos y decidimos no contactarlo en ese momento y mantener que se debía a un problema de ovario. Por lo menos no decirles la importancia de la operación. Por eso han estado muy tranquilos. Cuando terminaron los exámenes, mi marido se lo explicó y lo entendieron perfectamente. Dijeron que habrían hecho lo mismo. Mis padres son mayores y se lo tomaron de otra manera.

**“La primera conclusión que he sacado de esta experiencia es, primero, bendito ovario y, segundo, bendita Clínica”.**

**“Es importante afrontar la situación con optimismo. La medicina ha avanzado tanto que la gente desconoce todo lo que pueden hacer los médicos por ayudarnos”.**

#### ¿Qué consejo daría a quienes viven una situación similar?

Es muy importante la actitud, le puede tocar a cualquiera. Es importante afrontar la situación con optimismo y positividad. La medicina ha avanzado tanto que la gente desconoce todo lo que pueden hacer los médicos por ayudarnos. Además, es muy importante ponerse en buenas manos.

#### La tecnología en su caso ha facilitado una incisión mínima.

Tengo una pequeña cicatriz en el costado, a la altura del pulmón derecho. Creo que es más pequeña que la de una cirugía por apendicitis. Y además es muy bonita. Por ahí me han sacado el lóbulo del pulmón, sin abrirme las costillas ni romperme nada, con lo cual el postoperatorio no ha sido doloroso. La operación fue muy importante. Así que cuando a los tres días me vi en una terraza tomándome algo con mi marido no podía crérmelo.

#### <<VIENE DE LA PÁG.11

darios que en la toracotomía”.

No obstante, la posibilidad de abordar la cirugía por videotoracoscopia a través de uno o dos puertos depende de cada caso. En el caso de Cristina, por ejemplo, optamos por un solo puerto y una resección anatómica debido al estadio temprano que presentaba la lesión: estadio IA”.

#### RECUPERACIÓN MÁS RÁPIDA.

Todos estos aspectos favorecen, en suma, un postoperatorio mucho más llevadero, con menor índice de complicaciones, una estancia hospitalaria menor y una recuperación mucho más rápida. Sin duda, la videotoracoscopia aporta una importante ventaja respecto al ingreso hospitalario, con una media de 3 ó 4 días, respecto a la toracotomía (cirugía abierta), que precisa entre 7 y 10 días de hospitalización.

Respecto al abordaje, habitualmente el Dr. Mesa lo realiza a través un solo puerto aunque en cualquier caso puede abordarse por dos: “No tengo establecida una técnica estricta de un solo puerto porque considero que lo más importante, tratándose de una patología oncológica, es garantizar la seguridad del paciente y la radicalidad de la cirugía”.

Una de las limitaciones que presenta la videotoracoscopia es la ausencia del tacto del nódulo por parte del cirujano, de ahí la ventaja de la Clínica al disponer de un quirófano híbrido habilitado con un TAC, “que permite obtener una localización exacta del nódulo durante el mismo procedimiento y su marcaje para su posterior resección”. El Dr. Mesa apunta más lejos en el desarrollo de esta técnica quirúrgica: “El futuro es la videotoracoscopia en conjunto con el desarrollo de la cirugía robótica en nuestra especialidad”.