



Original

Trombosis en el muñón arterial de cirugías de resección pulmonar: análisis de su presentación clínica, tratamiento y evolución



Daniel López-Padilla^{a,*}, Esteban Peghini Gavilanes^b, Teresa Yolanda Revilla Ostolaza^b, María Dolores Trujillo^c, Iván Martínez Serna^c, Nuria Arenas Valls^a, Walther Iván Girón Matute^a, Roberto Larrosa-Barrero^a, Adriana Manrique Mutiozabal^a, Marta Pérez Gallán^a, Annette Zevallos^a y Javier Sayas Catalán^a

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^b Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

^c Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de octubre de 2015

Aceptado el 15 de febrero de 2016

On-line el 4 de mayo de 2016

Palabras clave:

Trombosis
Angiografía
Estudios de seguimiento

R E S U M E N

Objetivo: Determinar la prevalencia de trombosis de muñón arterial (TMA) en cirugías de resección pulmonar por carcinoma broncogénico, y describir su evolución radiológica y tratamiento.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo de casos de TMA detectados mediante angiogramas con contraste intravenoso (TAC). La comparación de variables clínicas, radiológicas, y el análisis de supervivencia mediante curvas de Kaplan-Meier, se realizó planteando 3 grupos: pacientes con TMA, pacientes con tromboembolismo pulmonar (TEP) y pacientes sin TMA ni TEP.

Resultados: Se detectaron 9 TMA en 473 cirugías (1,9%), 6 de ellas en el lado derecho (67% de las TMA), con una mediana de tiempo de detección desde la cirugía de 11,3 meses (rango intercuartílico 2,7-42,2 meses). Salvo el número de TAC en pacientes con TMA comparados con el grupo sin TEP ni TMA, y la recidiva tumoral en pacientes con TEP en comparación con los restantes 2 grupos, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las características basales ni en las oncológicas. Igualmente no se encontraron diferencias en el análisis de supervivencia.

Conclusiones: En nuestra serie, la TMA fue una patología infrecuente que tendió a localizarse en las cirugías del lado derecho, y cuya detección a lo largo del tiempo fue variable. No se asoció a factores de riesgo previos a la cirugía ni tuvo predisposición en relación con la estirpe histológica, estadificación oncológica o recidiva tumoral.

© 2016 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Arterial Stump Thrombosis after Lung Resection Surgery: Clinical Presentation, Treatment and Progress

A B S T R A C T

Objective: To determine the prevalence of arterial stump thrombosis (AST) after pulmonary resection surgery for lung cancer and to describe subsequent radiological follow-up and treatment.

Material and methods: Observational, descriptive study of AST detected by computerized tomography angiography (CT) using intravenous contrast. Clinical and radiological variables were compared and a survival analysis using Kaplan-Meier curves was performed after dividing patients into 3 groups: patients with AST, patients with pulmonary embolism (PE), and patients without AST or PE.

Keywords:

Thrombosis
Angiography
Follow-up studies

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: lopez.padilla84@gmail.com (D. López-Padilla).

Results: Nine cases of AST were detected after a total of 473 surgeries (1.9%), 6 of them in right-sided surgeries (67% of AST cases). Median time to detection after surgery was 11.3 months (interquartile range 2.7–42.2 months), and range 67.5 months (1.4–69.0 months). Statistically significant differences were found only in the number of CTs performed in AST patients compared to those without AST or PE, and in tumor recurrence in PE patients compared to the other 2 groups. No differences were found in baseline or oncological characteristics, nor in the survival analysis.

Conclusions: In this series, AST prevalence was low and tended to occur in right-sided surgeries. Detection over time was variable, and unrelated to risk factors previous to surgery, histopathology, and tumor stage or recurrence. AST had no impact on patient survival.

© 2016 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La presencia de trombosis en el muñón arterial (TMA) de cirugías de resección pulmonar ha sido descrita previamente aunque no estudiada de forma exhaustiva, particularmente en lo referente a las implicaciones pronósticas y la conducta terapéutica a seguir. Desde que en 1966 fueron descritos los primeros 2 casos de TMA en neumectomías¹, en la literatura se pueden encontrar solamente 2 estudios^{2,3}, pequeñas series y casos aislados, todos de tipo retrospectivo. A pesar de que clásicamente se asumía la escasa trascendencia de este hallazgo, en los últimos años se ha comunicado un número creciente de casos con complicaciones asociadas^{4–11}, dada la generalización de las pruebas de imagen en el seguimiento, y la mejora de la resolución de estas.

Los objetivos principales de nuestro estudio fueron determinar la prevalencia de TMA en cirugías de resección pulmonar por carcinoma broncogénico, identificando factores de riesgo previos a la intervención y los inherentes a la cirugía, y describir su evolución posterior en lo referente a su seguimiento radiológico y tratamiento. El objetivo secundario fue establecer las diferencias clínicas, oncológicas y pronósticas entre pacientes con TMA, aquellos que no presentaron trombosis de ningún tipo, y los que tuvieron tromboembolismo pulmonar (TEP).

Material y métodos

Diseño

Estudio observacional y retrospectivo de la cohorte histórica de pacientes intervenidos de resección pulmonar por cáncer broncogénico. De acuerdo a las indicaciones del Comité de Ética local, dadas las características observacionales y retrospectivas del estudio, no se requirió consentimiento informado. La redacción del trabajo se adhirió a la iniciativa STROBE¹².

Escenario y población de estudio

El Hospital Universitario 12 de Octubre es un hospital universitario docente de tercer nivel con una población de referencia aproximada de 500.000 habitantes. Se consideraron elegibles los pacientes intervenidos de cirugías de resección pulmonar desde enero de 2006 a junio de 2012, y se incluyeron los que reunían los siguientes criterios de inclusión: a) pacientes con diagnóstico clínico de carcinoma broncogénico previo a la cirugía; b) haber sido intervenidos mediante toracotomía abierta y resección anatómica (lobectomía o neumectomía); c) con seguimiento mínimo de 3 años, y d) disponibilidad de angiotomografía (TAC) con contraste intravenoso en el seguimiento posterior a la cirugía. Se excluyeron los pacientes fallecidos en las 2 semanas posteriores a la cirugía y los pacientes con resecciones sublobares. El seguimiento finalizó el 25 de mayo de 2015, y la recogida de datos se realizó de junio a agosto de 2015.

La cohorte fue conformada empleando los registros de la actividad quirúrgica de cirugía torácica durante los años referidos, mientras que el seguimiento y el resto de variables clínicas y supervivencia fueron obtenidos mediante la revisión de todos los informes clínicos disponibles en el archivo, documental y digital de nuestro hospital y de otros centros de la comunidad de Madrid con el programa HORUS, incluyendo visitas a urgencias, ingresos hospitalarios e informes de consulta externa. Finalmente, las variables radiológicas se recabaron con la revisión de las imágenes e informes de todos los estudios realizados a estos pacientes disponibles en el repositorio digital de nuestro hospital. De acuerdo a la normativa SEPAR sobre profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa (ETEV)¹³, se asumieron todas las cirugías como de alto riesgo, empleándose medidas físicas (medias de compresión) durante el ingreso hospitalario, y dosis de heparinas de bajo peso molecular de 2 a 6 h antes de la cirugía. Respecto al seguimiento clínico, los pacientes se citaron 2 semanas, 3 meses, 6 meses y 12 meses después de la cirugía, y después se realizaron visitas anuales. El seguimiento fue radiológico, con TAC con contraste intravenoso en la visita de los meses 3 y 12 tras la cirugía, y luego anualmente.

Variables analizadas

Variables de resultado. La variable principal fue la presencia radiológica de trombo en el muñón arterial, definido como la formación de un trombo localizado y adherido a la sutura arterial de cirugías de resección pulmonar y manifestado como un defecto de repleción visible en la luz del mismo. En el caso del análisis de supervivencia, la variable resultado fue la de muerte de cualquier causa.

Se recogieron otras variables de tipo clínico, quirúrgico, oncológico y radiológico.

Clínicas: ETEV, ya sea trombosis venosa profunda (TVP) o TEP, definido este último como el enclavamiento en las arterias pulmonares de un trombo desprendido (émbolo) desde alguna parte del territorio venoso¹⁴; hipertensión arterial (sistólica/diastólica > 140/90 mmHg o tratamiento antihipertensivo); diabetes mellitus (glucemias en ayunas > 125 mg/dl en 2 o más mediciones o tratamiento hipoglucemiante); fibrilación auricular (diagnosticada por electrocardiografía y/o tratamiento antiarrítmico); obesidad (índice de masa corporal ≥ 30 kg/m²) y obstrucción crónica al flujo aéreo (volumen espirado máximo en el primer segundo [FEV₁] < 80%), todas estas de forma dicotómica.

Quirúrgicas y radiológicas: tipo de intervención (lobectomía superior o inferior derecha o izquierda, lobectomía media, bilobectomía y neumectomía derecha o izquierda); si fue necesaria una técnica de reconstrucción arterial; número de TAC con contraste intravenoso; hipertensión pulmonar posterior a la cirugía y diagnosticada por ecocardiografía transtorácica.

Oncológicas: estirpe histológica y estadificación oncológica de acuerdo a las clasificaciones internacionales^{15,16} con el informe

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4202759>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4202759>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)