

**FACULTATIVOS ESPECIALISTAS DE AREA  
ESPECIALIDAD: CIRUGÍA TORÁCICA**

**RESPUESTAS CORRECTAS AL CASO CLÍNICO REALIZADO EL  
26 DE FEBRERO DE 2008.**

**CASO CLÍNICO A**

Nº PREGUNTA	RESPUESTA
<p><b>1</b></p>	<p><b>TAC torácico y abdominal:</b> es el método más usado en la evaluación inicial de la estadificación intra y extratorácica del carcinoma broncogénico.</p> <p><b>Fibrobroncoscopia:</b> permite de una forma directa el diagnóstico en los tumores centrales. En los tumores periféricos (como el presente caso) la rentabilidad diagnóstica es más baja aunque se realiza rutinariamente.</p> <p><b>Tomografía por emisión de positrones:</b> actualmente se recomienda su realización en todos los casos como parte del estudio de extensión intra y extratorácico.</p> <p><b>TAC cerebral/RNM cerebral:</b> en pacientes neurológicamente asintomáticos no está indicada de rutina excepto en pacientes con carcinoma de células grandes, adenocarcinoma ó en estadios locorregionalmente avanzados dada la mayor prevalencia de metástasis. En este caso sí estaría justificada su realización.</p>
<p><b>2</b></p>	<p><b>TAC toráco-abdominal:</b> Se valorará en la respuesta la correcta interpretación de los cortes torácicos: lesiones cicatriciales en los vértices, masa pulmonar en LSD con contacto pleural ("cola pleural") y existencia de conglomerado adenopático mayor de 1 cm en situación paratraqueal derecha (grupo 4R) que presenta centro graso.</p> <p><b>PET:</b> Hipermetabolismo de la patología pulmonar. Existencia de extensión mediastínica por imagen hipermetabólica mediastínica y estación o localización de la misma. Ausencia de focos hipermetabólicos extratorácicos.</p>
<p><b>3</b></p>	<p><b>Espirometría:</b> es la exploración fundamental en pacientes con carcinoma broncogénico que van a ser sometidos a una eventual resección pulmonar. Se deben solicitar volúmenes, capacidades y difusión. en el presente caso al existir un valor de FEV1 por debajo de 1500 mL/s obliga al cálculo del FEV1 previsto postoperatorio como % del teórico.</p> <p><b>Gasometría arterial:</b> está indicada de rutina. Valores de paO2 menores de 60 mm Hg y de paCO2 mayores de 45 mm Hg añaden un mayor riesgo quirúrgico sin ser criterios excluyentes para la cirugía.</p> <p><b>Electrocardiograma:</b> indicado de rutina.</p> <p><b>Medicación previa:</b> la toma de antiagregantes obliga a la toma de precauciones antes de una intervención quirúrgica, de tal manera que deben ser retirados según las recomendaciones como mínimo 5 días antes de la fecha prevista de la intervención.</p>
<p><b>4</b></p>	<p>En el presente caso existe un bloqueo AV completo que podría justificar los episodios ocasionales de síncope que el paciente ha tenido. En el trazado ECG se aprecia un ritmo idioventricular a 45 lpm</p>

	<p>aproximadamente. El descubrimiento de un bloqueo AV completo obligaría al estudio cardiológico pertinente (ecocardiografía: normal) y a la colocación de un marcapasos permanente previo a la intervención quirúrgica.</p>
<b>5</b>	<p>La existencia de adenopatías del grupo 4R mayores de 1 cm en la TAC con una PET positiva obliga a la tipificación histológica de las mismas para la correcta estadificación.</p> <p>Si es posible, y existe experiencia, el abordaje inicial podría ser la realización de una <u>punción transtraqueal</u>. En caso de que no exista experiencia o ante la negatividad de la punción transtraqueal se debe realizar una exploración quirúrgica del mediastino, que en el presente caso sería a través de una <u>mediastinoscopia cervical</u>. La <u>videotoracosopia</u> no aporta ventajas sobre la mediastinoscopia en la evaluación de las adenopatías del grupo 4R.</p>
<b>6</b>	<p>La existencia de una tumoración pulmonar mayor de 3 cm con contacto pleural se catalogaría de T2 (si no existe invasión pleural) ó T3 (si existe invasión pleural). La tipificación histológica de las adenopatías mediastínicas del grupo 4R ha determinado su no afectación tumoral. No hay evidencia de afectación tumoral extratorácica.</p> <p><u>El estadio clínico pretoracotomía sería: T2 ó T3, N0, M0</u></p>
<b>7</b>	<p>El tratamiento más adecuado sería ofrecer al paciente la posibilidad de realizar una resección lobar (LSD) y una linfadenectomía sistemática para estadificación patológica postoracotomía.</p> <p>En función de la estadificación patológica se indicaría la necesidad de quimioterapia adyuvante:</p> <p>En caso de T2N0M0 no sería necesario administrar quimioterapia adyuvante.</p> <p>En caso de T2N1M0, T3N0M0 ó T3N1M0 sí estaría protocolizada la administración de quimioterapia adyuvante.</p>

### CASO CLÍNICO B

Nº PREGUNTA	RESPUESTA
<b>1</b>	La respuesta más correcta es la 2, al ser mas completa y existir posibilidad de patología cardiaca.
<b>2</b>	La respuesta correcta es: 1, 2, 4, 6. Si la acetilcolinesterasa es normal y no hay clinica de miastenia, no esta indicado pedir electromiograma ni anticuerpos anti acetilcolina.
<b>3</b>	<p>La respuesta correcta es la 3, pues el hipermetabolismo del PET indica malignidad, y la gonadotropina corionica algo elevada con alfa feto proteina casi normal, son mas propias del Seminoma.</p> <p>Se podría admitir el posible diagnóstico de timoma maligno (aunque tendría menor puntuación)</p>
<b>4</b>	La respuesta correcta puede ser tanto la 3 como la 4. La mediastinoscopia no llega bien a la zona del tumor y las biopsias con aguja fina son controvertidas pro sus posibles resultados insuficientes.
<b>5</b>	La respuesta adecuada es la 1, para descartar tumor testicular primitivo que supondría que el mediastinico pudiera ser una metastasis.
<b>6</b>	La respuesta correcta es la 4. Se valoraría la justificación de cualquier otra alternativa.
<b>7</b>	La respuesta correcta es la 3, aunque tambien hay quien defiende la 2 en la Literatura, aunque esta opción tendría menor puntuación.
<b>8</b>	La respuesta correcta es la 4. Se valoraría justificación de otras medidas.