

Revista del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Volumen
Volume **18**

Número
Number **3**

Julio-Septiembre
July-September **2005**

Artículo:

Resúmenes bibliográficos

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Medigraphic.com

Resúmenes Bibliográficos

Barrera R, Shi W, Amar D, et al. *Smoking and timing cessation. Impact on pulmonary complications after thoracotomy.* Chest 2005; 127:1977-1983.

No se ha demostrado el beneficio de la suspensión del hábito tabáquico justo antes de la cirugía con el fin de evitar complicaciones posoperatorias; algunos estudios muestran un aumento paradójico de ellas en quienes dejan de fumar de unos días a unas semanas antes de la operación.

Se estudió prospectivamente el efecto del tabaquismo y el momento de la suspensión del mismo sobre la frecuencia de complicaciones respiratorias [insuficiencia respiratoria que ameritara ingreso a UCI y/o intubación, neumonía (nuevo infiltrado pulmonar, fiebre y antibioterapia), atelectasia que requiriese broncoscopía, embolia pulmonar (diagnosticada por TC y tratada) y la necesidad de oxigenoterapia al egresar del hospital] posoperatorias en 300 enfermos sometidos a toracotomía por presentar tumores primarios o secundarios del pulmón en el Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, de Nueva York, NY; 21% eran no fumadores, 62% exfumadores por más de 2 meses, 13% exfumadores por menos de 2 meses y 4% fumadores. Hubo 8, 19, 23 y 23% de complicaciones, respectivamente, con diferencia significativa entre no fumadores y todos los fumadores ($p = 0.03$), pero sin diferencia entre los subgrupos de fumadores ($p = 0.76$). El riesgo de neumonía fue menor entre no fumadores (3%) que entre todos los tipos de fumadores (promedio 11%, $p < 0.05$). Comparando exfumadores recientes y fumadores, no se encontraron diferencias en complicaciones pulmonares o neumonía ($p = 0.67$). Factores de riesgos independientes para presentar complicaciones pulmonares fueron la baja capacidad de difusión pulmonar al monóxido de carbono, y cáncer pulmonar primario más que el metastásico. Entre los fumadores, la menor capacidad de

difusión y la historia de tabaquismo >60 paquetes/año se asociaron independientemente con todo tipo de complicaciones pulmonares.

Conclusiones: No hay evidencia de aumento paradójico de complicaciones pulmonares entre aquellos que dejan de fumar dentro de los dos meses previos a la toracotomía para resección de tumor primario o secundario del pulmón. Se debe animar a dejar de fumar antes de la cirugía. (Ver editorial sobre el mismo tema, Murin S. Chest 2005;127:1873-1875).

Vonk-Noordegraaf A, Marcus T, Holverda S, Roseboom B, Postmus PE. *Early changes of cardiac structure and function in COPD patients with mild hypoxemia.* Chest 2005;127:1898-1903.

La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) se asocia con cambios en la estructura y función del corazón. Aunque se han descrito las anomalías funcionales del ventrículo derecho (VD) en enfermos con EPOC e hipoxemia severa, se conoce poco acerca de estos cambios en enfermos con normoxemia e hipoxemia leve.

Se valoraron los cambios estructurales y funcionales del corazón en 25 enfermos con EPOC, estables, PaO_2 normal, sin signos de falla de VD ($\text{FEV}_1, 1.23 \pm 0.51 \text{ L/s}$; $\text{PaO}_2 82 \pm 10 \text{ mmHg}$) y se compararon con los de 26 controles pareados; la estructura y función de ambos ventrículos se midió por imagen de resonancia magnética; la presión de arteria pulmonar (PAP) se estimó por su distensibilidad, en este estudio realizado en el Instituto de Investigación Cardiovascular del Centro Médico de la Universidad Vrije, Amsterdam.

Conclusiones: La hipertrofia concéntrica de VD es el signo más precoz de sobrecarga de presión del VD en enfermos con EPOC; probablemente se deba a elevaciones intermitentes de la PAP durante el ejercicio y/o el sueño. Esta adaptación estructural del corazón no altera la función sistólica de ninguno de los dos ventrículos.

Sin DD, Wu L, Maan SFP. *The relationship between reduced lung function and cardiovascular mortality.* Chest 2005;127:1951-1959.

Las condiciones que originan disminución de la función pulmonar se asocian con frecuencia a inflamación sistémica de bajo grado, que puede llevar a eventos cardiovasculares. Se buscó la relación entre reducción del FEV₁ y mortalidad cardiovascular, independientemente de la historia de tabaquismo.

Se hizo un estudio longitudinal en una muestra representativa de la población general de 40 a 60 años y metaanálisis de la literatura (estudio hecho en Investigación Cardiovascular y Pulmonar, Hospital Saint Paul, Vancouver, Canadá). Se comparó el riesgo de mortalidad cardiovascular en quintiles de FEV₁. Los individuos en el quintil más bajo de FEV₁ tuvieron el mayor riesgo de mortalidad cardiovascular; los situados en el quintil 5 tuvieron un aumento de cinco veces en el riesgo de morir de cardiopatía isquémica al ser comparados con los del quintil 1.

Conclusiones: Hay fuerte evidencia epidemiológica que indica que la reducción de FEV₁ es un indicador de mortalidad cardiovascular, independientemente de edad, género e historia de tabaquismo.

Linden PA, Bueno R, Colson YL, et al. *Lung resection in patients with preoperative FEV₁ < 35% predicted.* Chest 2005;127:1984-1990.

Estudio retrospectivo que pretende determinar la morbimortalidad y factibilidad de resección pulmonar en enfermos con tumores y FEV₁ preoperatorio <35% del predicho en el Brigham and Women's, Hospital de la Escuela de Medicina de Harvard, Boston, hospital académico de referencia de 734 camas, con un departamento especializado en cirugía de tórax que realiza >2000 operaciones por año.

Se analizaron 100 enfermos consecutivos con tumores pulmonares localizados y FEV₁ preoperatorio <35%, resecados con intento curativo entre septiembre de 1997 y mayo de 2003; el FEV₁ preoperatorio promedio fue de 26%; 16% de los enfermos eran oxígeno-dependientes en el preoperatorio. Se realizaron resecciones abiertas y toracoscópicas en cuña, segmentectomías, lobectomías y resecciones combinadas con re-

ducción volumétrica; 73 de las operaciones fueron por toracoscopía-cirugía videoasistida. Fueron malignas 66 lesiones, 57 de ellas primarias pulmonares; sólo uno salió del quirófano con márgenes positivos. Hubo una defunción intrahospitalaria; 36% de los enfermos presentó una o más complicaciones. El 22% tuvo fugas aéreas prolongadas que requirieron drenaje por sonda torácica >7 días. Un enfermo salió del hospital dependiendo de ventilador, 3 enfermos más requirieron de intubación >48 h, y 11 egresaron con requerimiento de oxígeno que no había en el preoperatorio. Hubo 4 neumonías, un infarto del miocardio y 2 reoperaciones por sangrado.

Género masculino ($p=0.003$), dependencia de oxígeno en el preoperatorio ($p=0.03$) y número de paquetes/año ($p=0.006$), se asociaron a mayor frecuencia de complicaciones; la edad, incisión, diabetes, enfermedad coronaria, tiempo de suspensión del cigarrillo, cantidad de pulmón resecado, tamaño de la lesión y porcentaje preoperatorio de FEV₁ predicho no se correlacionaron con la frecuencia de complicaciones.

Conclusiones: En un centro académico grande, las técnicas quirúrgicas de invasión mínima, cuidados intensivos en el posoperatorio y técnicas avanzadas de anestesia permiten resecciones curativas de tumores en enfermos con FEV₁ muy bajo, con muy baja mortalidad (un enfermo) y muy baja frecuencia de dependencia de ventilador (un enfermo). Complicaciones como neumonía, infarto del miocardio y sangrado son poco comunes, pero se debe esperar mayor frecuencia de estancia hospitalaria prolongada y fugas aéreas, especialmente en aquéllos con FEV₁ < 20%.

Asimakopoulos G, Beeson J, Evans J, Maywand MO. *Cryosurgery for malignant endobronchial tumors. Analysis of outcome.* Chest 2005;127:2007-2014.

Más del 80% de los enfermos con cáncer pulmonar no son tributarios de cirugía curativa, por lo que adquiere importancia el tratamiento paliativo de síntomas, frecuentemente obstructivos. La criocirugía endobronquial se usa para la destrucción de tumores intraluminales.

Este estudio retrospectivo se realizó en el Departamento de Cirugía Torácica de Harefield

Hospital, Middlesex, Gran Bretaña, centro de referencia de cirugía torácica; se analiza la base computarizada de datos de 172 enfermos que se sometieron, cuando menos, a dos sesiones de criocirugía endobronquial (grupo A) y los compara con los de 157 enfermos que se sometieron a una sola sesión de criocirugía (grupo B), para el tratamiento de tumores malignos primarios o metastásicos obstrutivos en un periodo de cinco años.

Se realizó broncoscopia rígida bajo anestesia general, insertando una sonda o guía de óxido nítrico que alcanzó -70°C en la punta, aplicándose al tumor durante dos periodos de tres minutos. Se valoró estadísticamente el efecto sobre síntomas, función pulmonar, escala de Karnofsky y sobrevida.

Se redujeron significativamente, disnea, tos y hemoptisis en ambos grupos ($p < 0.001$), aunque el grupo A se benefició más; las pruebas funcionales pulmonares mejoraron significativamente en el grupo A; la escala de Karnofsky aumentó en ambos grupos. La sobrevida promedio fue de 15 meses (mediana, 11 meses) en el grupo A y de 8.3 (mediana, 6 meses) en el B ($p = 0.006$). El análisis de regresión univariada mostró que ninguna característica del enfermo ni del tumor se asoció con reducción de los síntomas. Los enfermos sometidos a criocirugía y radioterapia externa vivieron más ($p < 0.01$). Las mujeres y enfermos con tumores en etapas IIIA y IIIB tuvieron mejorías significativas en la escala de Karnofsky ($p < 0.02$); el sexo femenino también fue un factor para el aumento de FEV₁ y CVF.

Conclusiones: La criocirugía es un método seguro para la paliación de neoplasias malignas endobronquiales que producen obstrucción de las vías aéreas. El análisis estadístico mostró mejoría de disnea, tos y hemoptisis. La criocirugía puede ser considerada en pacientes con obstrucción inoperable por carcinoma endobronquial.

Lee HL, Ryu JH, Wittmer MH, et al. *Familial idiopathic pulmonary fibrosis. Clinical features and outcome.* Chest 2005;127:2034-2041.

La fibrosis pulmonar idiopática familiar (FPIF) se ha definido como fibrosis pulmonar idiopática (FPI) que ocurre en dos o más miembros de una familia; su curso clínico no está completamente definido, por lo que se realizó este estu-

dio para precisar las características clínicas, radiológicas e histológicas y la sobrevida en una serie de casos con FPIF analizados retrospectivamente en la Clínica Mayo Rochester, Minnesota; la sobrevida de los enfermos con FPIF se contrastó con la de enfermos con FPI no familiar (FPINF), valorados allí mismo.

Se analizaron 47 enfermos y familiares de 15 familias identificadas de 1992 a 2002; con mayor detalle se analizó un subgrupo compuesto por 27 enfermos con FPIF de 15 familias cuya evolución clínica completa se había seguido en la misma institución. Todos los enfermos tenían datos clínicos compatibles con FPI y hallazgos compatibles en tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) o evidencia histológica de neumonía intersticial usual. Los datos clínicos, incluyendo síntomas, signos, hallazgos de TCAR, pruebas funcionales pulmonares, resultados de la biopsia y sobrevida se resumieron de los expedientes clínicos. No hubo diferencias clínicas, radiológicas ni histológicas significativas entre los enfermos con FPIF y FPINF. El número de miembros afectados en una familia fue factor de riesgo significativo para mortalidad temprana ($p = 0.0157$; razón de momios 1.434) pero, en general, los enfermos con FPIF tuvieron un comportamiento estadísticamente similar a los de FPINF.

Conclusiones: Aunque poco común, la FPIF representa un síndrome particular, con características clínicas y sobrevida similar a los que tienen FPINF. El análisis genético de grandes grupos de FPIF transmitida autosómica, puede proporcionar pistas importantes sobre la patogenia molecular de la fibrosis pulmonar.

Kallergis EM, Manios EG, Kanoupakis EM, et al. *Acute electrophysiologic effects of inhaled salbutamol in humans.* Chest 2005;127:2057-2063.

Los agonistas β_2 inhalados (AB2i) son de uso generalizado, pero hay comunicaciones sobre su potencial arritmogénico. Se valoró, prospectivamente, el efecto electrofisiológico sobre corazón de una sola dosis de AB2i en 6 enfermos con asma bronquial y 12 con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) leve, estudiados en el Departamento de Cardiología y Neumología del Hospital Universitario de Heraklion, Creta.

Todos los enfermos se sometieron a estudio electrofisiológico antes y 30 min después de la administración de una sola dosis de 5 mg de salbutamol por nebulizador de aire comprimido.

Se valoraron numerosos parámetros de activación y conducción auricular y ventricular encontrando que, el salbutamol inhalado en esta forma produce efectos electrofisiológicos significativos sobre las aurículas, nodos y ventrículos; produce aumento en la conducción del nodo auriculoventricular, disminución de la refractariedad del nodo AV, de aurículas y ventrículos, así como efectos cronotrópicos positivos, alteraciones que podrían contribuir con generación de arritmias espontáneas, especialmente en algunas condiciones, como insuficiencia cardiaca.

Bass J, White DA. *Thoracocentesis in patients with hematologic malignancy. Yield and safety.* Chest 2005;127:2101-2105.

Puede haber derrame pleural en enfermos con neoplasias hematológicas, particularmente durante períodos de hospitalización, pero no se ha estudiado bien la eficacia ni la seguridad de la toracocentesis para diagnosticar infecciones y excluir derrames paraneumónicos complicados en estos enfermos; por tanto, se hizo un análisis retrospectivo de expedientes de enfermos hospitalizados con neoplasias hematológicas; se les realizó toracocentesis en el Memorial Sloan Kettering Cancer Center, Nueva York, NY, a fin de valorar su papel para establecer el diagnóstico de infección y determinar el riesgo de complicaciones. Se estudiaron 100 toracocentesis en 52 enfermos con linfoma y 27 de leucemia, y en 21 que habían sido sometidos a trasplante de médula ósea o células troncales. La indicación de la toracocentesis fue para excluir infección en el 69%; los derrames fueron de moderados a grandes en 87% de los casos, unilaterales, 38% y bilaterales, 62%; el 83% fueron exudados. Se encontró un diagnóstico específico en 21 enfermos, con mayor frecuencia en casos de linfoma (31%); los diagnósticos incluyeron malignidad en 14 casos, derrame quílico en 6 e infección en uno, cuyo empiema requirió drenaje. No se encontraron criterios de derrame paraneumónico en ningún otro enfermo. Hubo neumotórax en 7 enfermos y hemotórax en 2 (9% de com-

plicaciones, comparable a otras poblaciones de enfermos).

Conclusiones: A pesar de la gran propensión para desarrollar infecciones pulmonares, los enfermos hospitalizados por neoplasias hematológicas raramente desarrollan derrames pleurales paraneumónicos complejos. La etiología de muchos de ellos fue poco clara.

Lunn W, Feller-Kopman D, Wahidi M, Ashiku S, Thurer R, Ernst A. *Endoscopic removal of metallic airway stents.* Chest 2005;127:2106-2112.

Las complicaciones de las férulas metálicas para las vías aéreas (*stents*) incluyen la formación de tejido de granulación, fractura, migración, infección y taponamiento por moco que pueden obligar a retirarlo; hay pocas comunicaciones sobre las técnicas y complicaciones relacionadas con su remoción endoscópica. Los autores, del Departamento de Neumología Intervencionista del Centro Médico Beth Israel Deaconess, de la Escuela de Medicina de Harvard, Boston, comunican su experiencia en 25 enfermos (15 mujeres) de 17 a 80 años a los que les retiraron 30 stents en 3 años; en 20 se colocó por enfermedad no maligna, en 5 por neoplasia maligna; 12 estaban en tráquea y 18 en los bronquios principales. Previamente a la extracción se hizo endoscopia flexible y TC de las vías aéreas. Todos los stents se retiraron exitosamente bajo anestesia general y broncoscopia rígida; el método básico fue por tracción sostenida con pinzas de caimán, previa separación del stent de la vía aérea con la punta del broncoscopio o un dilatador de Jackson; en 6 casos la vía aérea y el stent se trajeron previamente con energía térmica y en 8 con dilatación con balón; se requirieron 2.6 procedimientos por enfermo para retirar el stent y resolver las complicaciones. Hubo retención de fragmentos en 7, desgarro de mucosa y sangrado en 4, obstrucción nueva que requirió stent temporal de silicona en 14, necesidad de ventilación mecánica en 6 y neumotórax hipertensivo en 1.

Conclusiones: Los stents metálicos se pueden retirar con seguridad por métodos endoscópicos, pero se debe anticipar la posibilidad de complicaciones; otros, han descrito muerte durante el

intento de hacerlo, mas no en esta serie. Del análisis retrospectivo de las indicaciones para implantar el stent, cuando menos en 10 enfermos había otras opciones de solución, pero sólo en uno se había intentado hacer dilataciones de la obstrucción; inclusive, un enfermo con carcinoma broncogénico era candidato a tratamiento quirúrgico en lugar de stent. La colocación y retiro de stents metálicos se debe realizar exclusivamente en centros preparados para tratar las complicaciones, algunas potencialmente fatales.

Valipour A, Kreuzer A, Koller H, et al. *Bronchoscopy-guided topical hemostatic tamponade therapy for the management of life-threatening hemoptysis.* Chest 2005;127:2113-2118.

La hemoptisis masiva puede ser tratada por embolización de arterias bronquiales, cirugía o endoscopía. En el Departamento de Medicina Respiratoria y del Enfermo en Estado Crítico y en el Instituto Ludwig-Boltzman para EPOC del Hospital Otto Wagner de Viena, Austria, se estudió la eficacia del taponamiento bronquial con malla de celulosa oxidada regenerada (Surgicel) por broncoscopia en 40 hombres y 17 mujeres consecutivos con hemoptisis masiva, de 56 ± 17 años; hubo 20 casos de cáncer broncogénico, 13 de tuberculosis, 6 de enfermedad metastásica, 5 de bronquiectasias, 4 de malformaciones vasculares y 9 de causa desconocida. Se detuvo la hemoptisis en 56 de 57 enfermos, cuando menos durante 48 horas; ninguno de éstos requirió tratamiento intensivo ni cirugía; en 1 se practicó resección lobar por no haberse detenido el sangrado. El tiempo total empleado en el procedimiento fue de 37.2 ± 14.9 min. Seis enfermos presentaron hemoptisis < a 100 mL de 3 a 6 días después del taponamiento y 5 desarrollaron neumonía posobstructiva; 2 murieron durante su estancia hospitalaria por enfermedad metastásica. En 14 se repitió la broncoscopia 4 semanas después de su egreso; en todos se había absorbido la malla sin signos de reacción a cuerpo extraño.

Conclusiones: El procedimiento es seguro y factible en el manejo de hemoptisis que pone en peligro la vida con alto grado de buen éxito y bajo índice de complicaciones.

Sawada S, Watanabe Y, Moriyama S. *Video-assisted thoracoscopic surgery for primary spontaneous pneumothorax.* Chest 2005;127: 2226-2230.

Estudio retrospectivo de 281 enfermos con neumotórax espontáneo, no aleatorizados, estudiados de enero de 1989 a abril de 2001, edad media 29.1 años, seguidos de 13 a 163 meses, tratados por medios conservadores (TC), cirugía abierta (CA) o cirugía videoasistida (CVA); cuando hubo recurrencia también se valoró de acuerdo con el tipo de tratamiento y número de recurrencias. Hubo recurrencias en el 38.8%; 15.3% las tuvo repetidas. Según el resultado obtenido con el tratamiento del primer neumotórax, hubo recurrencias en el 54.7% de los TC, 7.7% por CA y 10.3% por CVA. Las recurrencias después del segundo episodio fueron 60.3% para TC, 0% para CA y 18.6% para CVA. El total de recurrencias para cada tipo de tratamiento fue de 56.4%, 3% y 11.7%, respectivamente. No hubo diferencias significativas entre CA y CVA ($p=0.15$). El tiempo de estancia hospitalaria para CA fue de 11.5 días para CA y 4.1 días para CVA ($p<0.001$).

Conclusiones: Los resultados de CVA son muy buenos comparados con los de TC e iguales a los de CA; no sólo para el primer episodio sino para las recurrencias. En cuanto a morbilidad baja, invasividad baja y cosmesis, la CVA es superior a CA. La CVA es el estándar en las recurrencias y se debe considerar para el tratamiento del primer episodio.

Schmid A, Tzur A, Leshki L, Krieger BP. *Silicone embolism syndrome. A case report, review of the literature and comparison with fat embolism syndrome.* Chest 2005;127:2276-2281.

La silicona líquida es un material inerte utilizado con fines cosméticos por médicos, e ilegalmente por no médicos. Los autores, de la Escuela de Medicina de la Universidad de Miami y del Centro Médico Mount Sinai, de Florida, presentan un nuevo caso y lo comparan con otros 32 hospitalizados después de inyecciones ilegales de silicona. El síndrome de silicona incluye disnea, fiebre, tos, hemoptisis, dolor torácico, hipoxia, hemorragia alveolar y alteración de la conciencia, así como opacidades alveolares irregulares y

embolias pulmonares de silicona en todos los enfermos. De acuerdo con la forma de principio y la evolución, se pueden formar dos grupos. Grupo 1, 27 enfermos se presentaron con síntomas respiratorios predominantes, 93% egresaron a casa en los 21 días siguientes. Grupo 2, los 6 enfermos se presentaron con hallazgos neurológicos graves, se deterioraron rápidamente y murieron. Los hallazgos clínicos en la embolia por silicona (ES) son similares a los de embolia grasa (EG), incluyendo hipoxemia en el 92% con ES (56 a 96% en EG), disnea en 88% (56 a 75% en EG), fiebre en 70% (23 a 67% en EG), hemorragia alveolar en 64% (66% en EG), síntomas neurológicos en 33% (22 a 86% en EG), petequias en 18% (20 a 50% en EG) y mortalidad de 24% (5 a 20% en EG). Las semejanzas en el modo de daño pulmonar, hallazgos clínicos y la elevada frecuencia de hemorragia alveolar, sugieren un mecanismo patogénico común entre los síndromes producidos por ES y EG. Se discute la posibilidad de que la activación del sistema de coagulación sea importante en el desarrollo de ambos síndromes clínicos.

Lardinois D, Suter H, Hakki H, Rousson V, Betticher D, Ris HB. Morbidity, survival, and site of recurrence after mediastinal lymph-node dissection versus systematic sampling after complete resection for non-small cell lung cancer. Ann Thorac Surg 2005;80:268-275.

Se compararon las diferencias en morbilidad, duración del drenaje torácico, de hospitalización, sobrevida (SV), periodo libre de enfermedad (PLE) y sitio de recurrencia en 100 enfermos consecutivos resecados por carcinoma de células no pequeñas (CCNP), T1-3 N0-1, con estadificación estándar; todos sometidos a mediastinoscopia preoperatoria, divididos en dos grupos de 50, no aleatorizados, pero comparables respecto a edad, género, estado anatomofuncional, etapa del tu-

mor, histología, tipo de resección y seguimiento, según la técnica de valoración de los nodos mediastinales: disección vs muestreo, en este estudio realizado en tres hospitales universitarios de Suiza. La disección consistió en la remoción de todo el tejido linfático dentro de los límites anatómicos definidos para las estaciones 2-4 y 7-9 en el lado derecho, y 4-9 en el izquierdo, según la clasificación de la American Thoracic Society; la disección de la estación 7, nodos subcarinales, abarcó hasta 3-4 cm de tejido por abajo del bronquio principal contralateral; los nodos de cada estación y el más alto de cada lado se enviaron independientemente a patología. El muestreo consistió en tomar uno o más nodos representativos de esas mismas estaciones. Se logró una media de seguimiento de 89 meses en 92 enfermos. No se encontraron diferencias significativas en los dos grupos con respecto a la duración del drenaje torácico, hospitalización y morbilidad; sin embargo, la disección requirió mayor tiempo quirúrgico que el muestreo (179 ± 38 min vs 149 ± 37 min, $p < 0.001$). No hubo diferencia significativa en la SV de ambos grupos, pero los enfermos en Etapa I tuvieron un PLE mayor cuando se hizo disección respecto con los del muestreo (60.2 ± 7 meses vs 44.8 ± 8 meses, $p < 0.03$). La recurrencia local fue significativamente mayor después del muestreo, que después de disección en enfermos en Etapa I (12.5% vs 45%, $p = 0.02$) y en enfermos con nodos mediastinales negativos (enfermedad N0/N1) (46% vs 13%, $p = 0.04$).

Conclusiones: Los resultados sugieren que la disección de nodos mediastinales puede proporcionar un mayor PLE en CCNP Etapa I, y de gran importancia, mejor control local que el muestreo nodal en la resección completa de enfermedad N0/N1, sin aumento de la morbilidad.

El Editor