



www.elsevier.es/cirugia

V-09 - TIROIDECTOMÍA Y RESECCIÓN DE METÁSTASIS ESTERNAL DE NEOPLASIA FOLICULAR CON RECONSTRUCCIÓN CON PRÓTESIS DINÁMICA A MEDIDA

Paula García Jiménez, Begoña de las Heras Marqués, Alberto Évora López, Clara Isabel Bayarri Lara, Andrea Saavedra Beamuz, María José Moyano Rodríguez, Ana María Gómez Gago, Francisco Hernández Escobar, Inmaculada Piedra Fernández y Florencio Quero Valenzuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: El tratamiento de elección de la neoplasia folicular de tiroides es la tiroidectomía total. Las metástasis de este tumor deben tratarse quirúrgicamente siempre que sean resecables, con o sin tratamiento adyuvante posterior. Presentamos el caso de una neoplasia folicular con metástasis en cuerpo esternal que requirió de resección quirúrgica y reconstrucción.

Caso clínico: Varón de 46 años con nódulo tiroideo derecho diagnosticado recientemente de neoplasia folicular de tiroides. Es derivado a nuestro servicio por tumoración esternal no filiada de un año de evolución, no dolorosa. En tomografía axial computarizada (TAC) se describe como lesión lítica en manubrio esternal de 5 cm de diámetro de aspecto expansivo y bocio multinodular heterogéneo a expensas de lóbulo tiroideo izquierdo. Se plantea tiroidectomía total y resección de metástasis en el mismo tiempo quirúrgico. En primer lugar, se realiza tiroidectomía total por cervicotomía. En segundo lugar, se lleva a cabo resección en bloque de tumor esternal con 1.^{er} y 2.^º cartílagos costales bilaterales. Para ello se realiza esternotomía transversa a nivel de 3.^{er} cartílago costal y sección de ligamento esternoclavicular con apertura bilateral de cápsula articular, completando la resección completa de manubrio. Reparación del defecto con prótesis dinámica de titanio 3D a medida que se fija con 5 tornillos al cuerpo esternal. Fijación con bridas y sistema de cerclaje con cable trenzado al 2.^º arco costal bilateral y punto de sutura trenzada multifilamento de cabeza de clavícula a la prótesis. Se coloca malla biológica porcina acelular de 1,4 cm de espesor y se cubre con plastia bilateral de pectoral mayor. Horas después de la intervención se requiere revisión en quirófano por abundante débito hemático en drenajes resolviéndose exitosamente. La evolución posterior ha sido satisfactoria con rango de movimiento completo de ambos miembros superiores gracias a la preservación del aparato ligamentoso costoclavicular.

Discusión: El uso de la prótesis 3D a medida permite una reconstrucción óptima en pacientes con grandes defectos de pared torácica. Las prótesis dinámicas ayudan a preservar la movilización de la caja torácica y miembros superiores.