



V-074 - HEMITIROIDECTOMÍA ENDOSCÓPICA TRANSAXILAR DERECHA

Ojeda, Iris¹; Cidoncha, Ariadna²; Cardin, Verena³; Manyalich, Martí³; Perurena, Miguel Iñaki³; Ardid, Jordi³; Pera, Miguel³; Vidal, Oscar³

¹Hospital Mutua, Terrassa; ²Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell; ³Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: La tiroidectomía abierta con incisión cervical transversa de Kocher constituye el *gold*-estándar para el abordaje quirúrgico del tiroides. La cirugía mínimamente invasiva es un campo de rápido desarrollo y consolidación en el ámbito de la cirugía general. La cirugía del tiroides se ha beneficiado de estos avances con un nuevo concepto para acceder a la celda tiroidea llamado por las diferentes publicaciones «acceso remoto».

Caso clínico: Paciente mujer de 50 años de edad sin antecedentes médicos ni quirúrgicos de interés con IMC de 24, diagnosticada de nódulo tiroideo de 3 cm localizado en lóbulo tiroideo derecho de reciente aparición, con imagen ecográfica compatible con EU-TIRADS 3 y resultado anatomopatológico BETHESDA III. Clínicamente presenta molestias al tragar sin disfagia ni disfonía. Se decide realizar hemitiroidectomía endoscópica transaxilar derecha. Presenta una correcta evolución posoperatoria, sin complicaciones. Es alta a domicilio a las 24h de la intervención quirúrgica.

Discusión: En el enfoque transaxilar endoscópico se accede a la región cervical con dos puertos de entrada axilar y uno periareolar. Oculta las incisiones dentro de la axila y proporciona acceso a la glándula tiroides atravesando subcutáneamente la pared torácica a través de un enfoque endoscópico lateral, evitando cualquier incisión en el área cervical. Debido a la cantidad de tejido diseccionado para llegar a la celda tiroidea puede producirse un enfisema subcutáneo, habitualmente se reabsorbe antes de las 24 h y no produce molestias. Permite una visualización superior de la anatomía local, del nervio laríngeo recurrente y de las glándulas paratiroides. Al realizar un acceso por vía lateral permite identificar el nervio laríngeo recurrente de forma frontal sin necesidad de tracción de la glándula ni del nervio para visualizarlo. A su vez, permite la neuroestimulación intraoperatoria intermitente del nervio laríngeo recurrente y vago, para corroborar la integridad del circuito. Se ha descrito en la literatura menor pérdida de sangre intraoperatoria, menor deterioro a la deglución y dolor posoperatorio, mayor satisfacción estética, sin evidenciar un incremento de complicaciones, con resultados quirúrgicos tempranos similares a la tiroidectomía abierta. Por ello este abordaje puede ser seguro y eficaz, y representar una alternativa en casos seleccionados. Está indicado en pacientes con IMC < 30 kg/m², patología unilateral, nódulo < 3 cm, lóbulo tiroideo < 5-6 cm en eje mayor, distancia entre axila y hueso esternal < 15-17 cm y deseo de paciente de evitar cicatrices cervicales. Las principales contraindicaciones son cáncer con extensión extratiroidal o adenopatías, enfermedad de Graves concomitante, extensión subesternal

del nódulo o cirugía cervical previa, cirugía estética portadora de prótesis mamaria y radioterapia cervical o torácica. Para planificar la implementación de la técnica es imprescindible una rigurosa selección y ejecutar la técnica de forma progresiva y estructurada. La tiroidectomía endoscópica transaxilar proporciona un enfoque mínimamente invasivo de la glándula tiroides con un abordaje seguro y factible en pacientes seleccionados, ofrece como ventajas una mejor visualización de las estructuras anatómicas y resultados estéticos superiores al evitar incisiones a nivel cervical.