



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## VC-013 - VENTAJAS DE LA CERVICOTOMÍA EN T EN EL TRATAMIENTO DEL BOCIO ENDOTORÁCICO

Sánchez Randulfe, Jacobo; Luengo Pierrard, Patricia; Cabañas Montero, Luis Jacobo; Pérez Izquierdo, César Barsen; Hamdan Carnerero, Carolina; Perea Fuentes, Inés; Juste Escribano, Carlota; Fernández Cebrián, José María

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** Presentamos el caso de una mujer de 68 años con BMN con extensión endotorácica que condicionaba desplazamiento traqueoesofágico y estenosis traqueal. No existe una definición uniforme del bocio endotorácico en los estudios. Algunas referencias habituales son la extensión del tiroides 3 cm bajo la incisura yugular o bajo T4. Quizás en base a esta disparidad en la definición las series recogen cifras en cuanto a la indicación de esternotomía media para el tratamiento quirúrgico del bocio endotorácico que varían entre el 2 y el 29%. Entre los factores predictores de la necesidad de esternotomía media más firmemente extendidos se encuentran: extensión bajo el arco aórtico, bocio subcarinal, tiroides ectópico en mediastino, afectación del mediastino posterior, malignidad con ausencia de plano de clivaje con tejido circundante.

**Caso clínico:** En el tc preoperatorio se objetiva extensión endotorácica del tiroides hasta la altura del arco aórtico sin llegar a sobrepasarlo caudalmente y condiciona desplazamiento y estenosis traqueal cranealmente a la carina. La incisión cervical transversa descrita por Kocher que discurre unos 3 cm por encima del yugulum esternal, 1,5 cm bajo el cartílago cricoides y entre los bordes mediales de los músculos esternohioideos se prolonga caudalmente con una rama vertical hasta el inicio del yugulum. Realizada la incisión disecamos los colgajos miocutáneos. Localizamos el n. vago entre la a. carótida común, medial, y la vena yugular interna, lateral. Ayudados por la neuromonitorización comprobamos el hallazgo. Con sumo cuidado aislamos el n. vago que referenciamos mediante un *vessel loop*. Es el momento de utilizar el dispositivo de neuromonitorización continua que nos ayudará a comprobar en todo momento la indemnidad del sistema de conducción nerviosa del vago y sus ramas interesadas en la presente cirugía. Evitando manipulaciones bruscas calzamos el n vago con el electrodo sensor del sistema. Comprobamos la línea de base. Antes de disecar el polo sup. comprobamos que el tejido tiroideo se extiende en dirección caudal y lateral. Posterior al paquete vasculonervioso. Liberamos adherencias. Comenzamos la disección del polo superior del tiroides. Pegados al tiroides evitando la tráquea y el n laríngeo sup. Ligamos las diferentes ramas de la Art tiroidea sup a su entrada en el tiroides. Durante las maniobras de luxación tiroides se objetiva estructura compatible con glándula paratiroidea inf. Aplicamos el sistema de imagen guiada por fluorescencia que confirma el hallazgo. Llegamos a las proximidades de la teórica localización del NLR en el surco traqueoesofágico. Encontrada la estructura confirmamos mediante el uso de neuromonitorización. Identificamos el

nervio en su trayecto de entrada a la laringe. Proseguimos con la sección del ligamento de Berry para lograr la extracción de la pieza. Una vez comprobada la correcta hemostasia aplicamos material hemostático al lecho. Procedemos con el cierre por planos de la cervicotomía. La paciente presentó un posoperatorio adecuado sin incidencias.

**Discusión:** El presente vídeo ilustra como la incisión de cervicotomía en T es un recurso útil evitando la esternotomía en el tratamiento quirúrgico de bocios que, *a priori*, por sus características anatómicas serían subsidiarios de ella para su exéresis.