



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-013 - TIROIDECTOMÍA POR ABORDAJE BIAXILO-BIAREOLAR. UNA REVOLUCIÓN SEGURA PARA LA PATOLOGÍA TIROIDEA

Amunategui Prats, Iñaki; Escat Cortés, José Luis; Mercader Cidoncha, Enrique

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Objetivos: La evolución tecnológica y social de la última década ha contribuido a la transformación de una cirugía de grandes cicatrices y resecciones hacia otra cirugía más conservadora y funcional, mínimamente invasiva con cicatrices no visibles. Bajo el liderazgo de los cirujanos asiáticos se han desarrollado nuevos accesos para abordar la cirugía endocrina cervical. Su principal fin, evitar las cicatrices cervicales visibles operando desde incisiones realizadas fuera del cuello, manteniendo los mismos excelentes resultados y seguridad del abordaje abierto clásico. Pese a los muy buenos resultados publicados, estas técnicas no han tenido gran aceptación en occidente, probablemente porque son técnicamente demandantes. Presentamos nuestros 10 primeros casos.

Métodos: De las diferentes opciones se seleccionó el abordaje biaxilo-biareolar por su mayor versatilidad y campo de desarrollo. Se realizan cuatro incisiones (en ambas axilas y areolas) desde las que se accede por vía subcutánea a la celda tiroidea. Desde ese momento la tiroidectomía se realiza como en el abordaje abierto. En todos se empleó monitorización nerviosa intraoperatoria conforme a los estándares internacionales, y determinación del porcentaje de descenso intraoperatorio de PTH para identificar pacientes de alto riesgo de hipoparatiroidismo postoperatorio. Criterios de selección: nódulos menores de 5 cm, sin datos ecográficos de sospecha, con PAAF de Bethesda I a IV, e IMC menor de 30. El abordaje endoscópico no determinó la estrategia quirúrgica.

Resultados: Entre junio 2017 y febrero 2018 se han realizado 10 intervenciones sobre 9 pacientes. Todos los casos fueron mujeres de 55 años de media. Se realizaron seis hemitiroidectomías y cuatro tiroidectomías totales. Respecto a las hemitiroidectomías, cuatro fueron por nódulos sospechosos (Bethesda 3, 4), una por bocio asimétrico y una totalización. El estudio anatomopatológico informó de un adenoma folicular, dos cánceres papilares (uno T1a y uno T1b, que es la totalización, realizada por la misma vía), y un cáncer folicular T1b, pendiente de totalizar por abordaje endoscópico. Las cuatro totales fueron por bocio benigno bilateral con nódulos entre 2 y 4 cm. No hubo fallecimientos ni reintervenciones ni hematoma cervical. Se produjo una pérdida de señal intraoperatoria, confirmándose paresia postoperatoria por fibrolaringoscopia, recuperada en el primer mes. De las cinco tiroidectomías totales dos presentaron hipoparatiroidismo transitorio que recuperaron en los tres primeros meses postoperatorios. No hubo complicaciones mayores en relación con la vía de abordaje, ni hematoma o seroma en la mama. Todas las pacientes refirieron disestesias leves cutáneas centrotorácicas durante las tres primeras semanas. Pasado este tiempo los síntomas desaparecieron en todas.

Conclusiones: Aunque la serie es corta en número de sujetos y tiempo de seguimiento refleja los mismos resultados de las series asiáticas: el abordaje BABA, en casos seleccionados, es tan seguro como la tiroidectomía por abordaje cervical; los síntomas derivados de la creación de los flaps desaparecen en el primer mes; el nivel de satisfacción de los pacientes es elevado. La curva de aprendizaje es larga y requiere formación en cirugía endoscópica y tiroidea. Este abordaje presenta un avance muy importante para una cirugía muy segura con una cicatriz visible como secuela más importante.