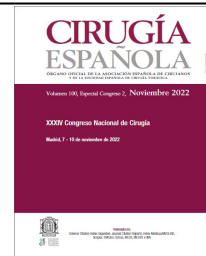




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-072 - EXPLORACIÓN CERVICAL BILATERAL: SISTEMATIZACIÓN DE LA TÉCNICA PARA CIRUJANOS EN FORMACIÓN

Luengo Pierrard, Patricia¹; Tortolero Giamate, Laura Maria²; Gómez Ramírez, Joaquín³; Porrero Guerrero, Belén¹; Arranz Jiménez, Raquel¹; Núñez Núñez, Jordi¹; Pastor Peinado, Paula¹; Cabañas Montero, Jacobo¹

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ²Hospital Universitario La Zarzuela, Madrid; ³Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Objetivos: El objetivo de esta presentación es mostrar un algoritmo de búsqueda de las glándulas paratiroides en el hiperparatiroidismo primario (HPTP), que permita a los cirujanos en formación enfrentarse al reto de la exploración cervical bilateral.

Métodos: Revisión bibliográfica y experiencia propia.

Resultados: Para llevar a cabo una sistematización en la exploración cervical bilateral es necesario conocer las distintas localizaciones de las glándulas paratiroides. Estas las podemos clasificar en: localización normal, normal ampliada, ectópicas y migradas adquiridas. El primer paso es la búsqueda en las localizaciones normales: glándula paratiroides superior (GPS) 80% dentro de 1 cm de la unión del cartílago cricotiroides. Glándula paratiroides inferior (GPI) 50% dentro de 1 cm del polo inferior. Si no se localizan en esta ubicación habrá que buscar en las localizaciones normales ampliadas: GPS 15% en la superficie posterolateral de la mitad superior del lóbulo tiroideo. 3% retroesofágico, 1% por encima del polo superior. GPI: 25% cuerno tiroideo, 12% > 1 cm lateral al polo inferior, 8% medial en la tráquea. Si no lo encontramos habrá que buscar en las localizaciones ectópicas: GPS: 1% intratiroides, 1% asociado con la almohadilla de grasa carotídea. GPI: 3% mediastino anterior, timo inferior, 1% no descendido (bifurcación carotídea, hioides, asociado a timo remanente), 1% subcapsular o intratiroides. Cuando no encontremos alguna de las glándulas tendremos que buscar en las localizaciones migradas adquiridas: GPS: 40% en la fascia prevertebral paraesofágico o retroesofágico. Y en el surco traqueoesofágico GPI: raro, mediastino anterior. Tras haber realizado esta sistemática pueden darse varias situaciones. 1. Si se encuentran solo tres glándulas, habrá que considerar la lobectomía; 2. Si se encuentran cuatro glándulas normales, hay que considerar que puede haber una quinta glándula, y por tanto hay que explorar y extirpar el timo bilateral.

Conclusiones: El HPTP es una enfermedad frecuente donde la paratiroidectomía es el único tratamiento curativo. En los últimos 15 años, el abordaje quirúrgico del HPTP ha cambiado, mientras que antes la exploración cervical era lo habitual, en la actualidad, el abordaje selectivo, es la técnica más utilizada. En consecuencia, el número de exploraciones cervicales bilaterales está disminuyendo, lo que repercute en la formación de los cirujanos. Es importante conocer las diferentes localizaciones de las glándulas paratiroides en el HPTP y la realización de una búsqueda sistemática de las mismas aumentará la tasa de éxito de la cirugía.