



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-149 - NERVIO RECURRENTE LARÍNGEO: ABORDAJE INFERIOR Y MEDIAL DURANTE CIRUGÍA POR CARCINOMA PARATIROIDEO CON INVASIÓN ESOFÁGICA

Torres-Jurado, Manuel José; Rodríguez-García, Raquel; Franch-Arcas, Guzmán; González-Sánchez, María del Carmen; Borrego-Galán, Milagros; Parreño-Manchado, Felipe Carlos; Muñoz-Bellvís, Luis

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Objetivos: Presentamos un paciente que presentaba tumoración paratiroidea con invasión de la pared esofágica (sospecha de carcinoma paratiroideo) y en el que como estrategia quirúrgica se optó por un abordaje precoz de la línea media (sección precoz del istmo) para la identificación medial e inferior del NRL, permitiendo la disección de todo el trayecto cervical del NRL sin la movilización lateral del lóbulo tiroideo.

Caso clínico: Paciente varón de 45 años con insuficiencia renal crónica e hiperparatiroidismo secundario con aumento progresivo de cifras de hipercalcemia y PTH sin respuesta a tratamiento médico con calcitriol. A la exploración presenta masa cervical en zona de lóbulo tiroideo izquierdo (LTI) con diagnóstico de sospecha de carcinoma de paratiroides inferior izquierda. La gammagrafía paratiroidea MIBI mostró una imagen sugerente de tejido paratiroideo hiperfuncionante en zona del lóbulo tiroideo izquierdo. El TC mostraba una masa heterogénea de 45 mm de diámetro paratraqueal izquierda con sospecha de infiltración en borde lateral izquierdo de esófago. Se completó el estudio con una eco-endoscopia esofágica que mostró datos sugerentes de infiltración de la capa muscular superficial esofágica sin afectación transmural. La laringoscopia preoperatoria mostró motilidad normal de cuerdas vocales. La estrategia quirúrgica adoptada consistió en una sección precoz del istmo tiroideo con movilización progresiva del istmo y lóbulo tiroideo izquierdo de medial a lateral hasta identificar el NRL izquierdo en su punto medial y posterior al polo inferior del lóbulo tiroideo izquierdo. La disección y separación del NRL prosiguió de caudal a craneal y de medial a lateral hasta liberar completamente las adherencias del lóbulo tiroideo a la tráquea. Se completó la exéresis en bloque (tumoración paratiroidea, lóbulo tiroideo izquierdo y pequeño fragmento de muscular esofágica). El posoperatorio fue favorable. Presentó hipocalcemia posoperatoria que requirió tratamiento con dosis altas de calcio y calcitriol durante varios meses. La laringoscopia posoperatoria mostro motilidad normal de las cuerdas vocales. El resultado anatomopatológico reveló la presencia de neoplasia paratiroidea de 4 cm que transgredía la cápsula tumoral, 15 adenopatías reactivas y tejido paratiroideo de la glándula paratiroidea izquierda sin alteraciones histológicas. Actualmente han transcurrido 3 años sin recurrencia de la enfermedad.

Discusión: 1) En ocasiones el abordaje del NLR no se puede realizar con seguridad, bien sea desde su entrada en laringe de forma retrógrada (técnica del “tobogán”) o lateralmente después de movilizar total o parcialmente el lóbulo tiroideo. 2) La técnica presentada permite su abordaje y disección en casos como el presentado.