

# Cervicotomía lateral como abordaje selectivo del tiroides

Susana Ros<sup>a</sup>, Luis Pérez<sup>a</sup>, Luis Gómez<sup>a</sup>, Ángel Pelayo<sup>a</sup> y Juan Ramón Gómez<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. España. <sup>b</sup>Servicio de Cirugía General. Clínica de Lleida. España.

## Resumen

**Introducción.** Los objetivos de este trabajo son exponer los resultados de la utilización de la incisión de cervicotomía lateral como vía de abordaje selectiva a un lóbulo tiroideo para la realización de hemitiroidectomías.

**Métodos.** Durante 2 años seleccionamos de forma prospectiva 66 pacientes con lesiones unilobares tiroideas para la realización de hemitiroidectomía a través de una vía de acceso lateral. Se descartó la patología contralateral, mediante ecografía, así como la malignidad por la PAAF.

La incisión se practica en el hueco supraclavicular, verticalizándola por detrás del borde interno del músculo esternomastoideo si sobrepasa los 4 cm. Se han determinado tiempos operatorios, y resultados cosméticos según una encuesta de grado de satisfacción.

**Resultados.** Entre las 66 intervenciones por esta vía, la edad media fue de 45 años (23-76); la distribución por sexos, de 55 mujeres y 11 varones; lado: 36 derecho y 30 izquierdo; lesiones: 10 multinodulares y 56 uninodulares (tamaño de los nódulos, 1,8-8 cm); función tiroidea: 54 normofuncionales y 12 tóxicos o pretóxicos.

**Conclusiones.** La cervicotomía lateral puede constituir una alternativa a la incisión de Kocher para la realización de hemitiroidectomías, con resultados cosméticos satisfactorios y gestos quirúrgicos similares. Su gran ventaja es la nula manipulación del área cervical correspondiente al lóbulo tiroideo sano y la ausencia de colgajos.

**Palabras clave:** Cervicotomía. Hemitiroidectomía. Cirugía selectiva tiroidea. Incisión lateral.

## LATERAL CERVICOTOMY AS SELECTIVE THYROID ACCESS

**Introduction.** We present the results of lateral cervicotomy as selective access to a single thyroid lobe to perform hemithyroidectomies.

**Methods.** During a two-year period, we prospectively selected 66 patients with unilobar thyroid disease to perform hemithyroidectomies through the lateral access. Contralateral disease was ruled out by sonography and malignancy by fine-needle aspiration biopsy.

The incision was made at the supraclavicular hollow in small lesions and vertically along the internal border of the sternomastoid muscle in lesions of more than 4 cm. Operating times were determined and cosmetics results were evaluated using a satisfaction survey.

**Results.** The results of the 66 interventions performed using this approach were as follows: the mean age was 45 years (23-76). Gender: 55 women and 11 men. Side: 36 right and 30 left. Lesions: 10 multinodular and 56 uninodular (nodule size: 1.8-8 cm). Thyroid function tests: 54 normal and 12 toxic or pre-toxic.

**Conclusions.** Lateral incision could be an alternative to Kocher's cervicotomy when performing hemithyroidectomies. The cosmetic results are satisfactory and the surgical procedures are similar to conventional thyroidectomy. Its main advantage is that the cervical area corresponding to the healthy thyroid lobe does not require handling and the use of flaps is avoided.

**Key words:** Cervicotomy. Hemithyroidectomy. Selective thyroid surgery. Lateral incision.

Correspondencia: Dra. S. Ros López.  
Pl. dels Pagesos, 11, 8.º-3.º 25003 Lleida. España.  
Correo electrónico: jros@menta.net

Manuscrito recibido el 3-2-2003 y aceptado el 16-7-2003.

## Introducción

Actualmente, es de uso rutinario la cervicotomía transversal anterior o de Kocher, tanto para la realización de tiroidectomías como de hemitiroidectomías.

La tendencia actual en cirugía a minimizar la agresión, junto a la búsqueda de nuevos accesos para mejorar la

estética, nos plantea el abordaje selectivo a un lóbulo tiroideo. Así, para la realización de hemitiroidectomías utilizamos la vía lateral, ya que el acceso crea mínimo trauma porque utiliza las vainas fibrosas del cuello, al mismo tiempo que respeta su contenido. También cumple los requisitos estéticos y puede tener ventajas a la hora de realizar una reintervención para completar la tiroidectomía.

Esta vía no se representa una innovación por sí misma, ya que es utilizada en otros tipos de intervenciones quirúrgicas: esófago cervical, quistes branquiales, cirugía oncológica cervical (carcinoma de laringe, linfadenectomías cervicales) y cirugía carotídea.

El abordaje lateral para la cirugía de las glándulas tiroides y paratiroides es defendido por varios autores, fundamentalmente en reintervenciones<sup>1,2</sup>. También, tal y como lo describimos, o con pequeñas modificaciones, se está utilizando para la cirugía de las glándulas paratiroides<sup>3</sup> y en la cirugía mínimamente invasiva (cervicoscopia)<sup>4</sup>, aunque este último acceso no está exento de complicaciones<sup>5,6</sup>.

Tratamos de exponer los buenos resultados de la técnica de la hemitiroidectomía mediante la vía de acceso lateral.

## Material y métodos

Durante un período de 2 años operamos 66 pacientes con patología tiroidea benigna unilobar que requiriese hemitiroidectomía, mediante la vía lateral.

A todos los pacientes se les realizó una ecografía preoperatoria y PAAF, y en el caso de hiperfunción, también una gammagrafía. El equipo quirúrgico (cirujano y primer ayudante) fue el mismo en todos los casos. Los criterios de inclusión fueron: nódulo tiroideo o bocio nodular que afectara a un sólo lóbulo tiroideo, grado I según la clasificación de la OMS de 1992<sup>7</sup>. No debían presentar ni criterios clínicos de malignidad ni histología claramente maligna, aunque se incluyeron la proliferación de células de Hürtle y foliculares. No se incluyeron los bocios difusos. Para la inclusión de bocios endotorácicos se tuvo en cuenta únicamente la extensión subesternal menor de un 30% del total de la glándula<sup>8</sup>.

La posición del paciente en la mesa es la habitual, semiquebrada de Kocher, pero con la cabeza ladeada hacia el lado contrario al patológico.

La incisión se realiza 2 cm por fuera de la articulación medial de la clavícula, ascendiendo ligeramente para cruzar el borde interno del esternomastoideo (ECM), en el hueco supraclavicular, coincidiendo con un pliegue cutáneo (fig. 1).

La piel es seccionada hasta el plano muscular pretiroideo, cuyas fibras se separan, sin que exista creación de colgajos, para exponer el



Fig. 1. Incisión cutánea con las referencias marcadas.



Fig. 2. Aspecto del campo operatorio. El lóbulo tiroideo a extirpar está exteriorizado.

borde lateral del lóbulo tiroideo a intervenir. El campo quirúrgico linda externamente con el músculo ECM.

Tras la exposición del tiroides, la técnica quirúrgica es la tradicional, con identificación sistemática del nervio recurrente y de al menos una de las paratiroides, generalmente la superior. La intervención consiste en lobectomía más resección del istmo y de la pirámide (fig. 2).

Habitualmente dejamos un drenaje aspirativo tipo redon en el lecho, que se retira a las 24 h.

Se han determinado los tiempos operatorios, el tamaño de las incisiones, el débito de los drenajes, los resultados histopatológicos y el peso de la pieza extirpada, así como resultados cosméticos según una encuesta de grado de satisfacción.

Las encuestas son de escala de respuesta verbal, con 5 opciones: 1, muy descontenta; 2, descontenta; 3, no muy satisfecha; 4, satisfecha, y 5, muy satisfecha.

El tiempo postoperatorio transcurrido al realizar la encuesta fue de 6 meses a 2 años.

## Resultados

La edad media de los pacientes intervenidos fue de 45 años (23-76). Con respecto al sexo, éste fue predominantemente femenino, 55 mujeres y 11 varones; lado: 36 derecho y 30 izquierdo; lesiones: 10 multinodulares y 56 uninodulares (tamaño de los nódulos, 1,8-8 cm); función tiroidea: 54 normofuncionales y 12 tóxicos o pretóxicos.

El tiempo operatorio medio fue de 60 min (rango, 30-90). El débito medio por el drenaje fue de  $33,8 \pm 6,3$  ml, con un peso medio de la pieza extirpada de  $28,43 \pm 3,07$  g (rango, 84-7).

En todos los casos se identificaron el nervio recurrente laríngeo así como al menos una de las dos paratiroides.

La estancia postoperatoria fue mayoritariamente de un día (70%).

La media del tamaño de la incisión fue de  $5,42 \pm 2,24$  cm, con tendencia a la disminución de la misma, conforme adquirimos experiencia.

No tuvimos ninguna lesión del nervio recurrente. Como complicaciones menores, se detectaron dos hematomas de la herida quirúrgica que no requirieron ninguna actuación. No se detectaron anomalías en la fonación, siendo valorada ésta de forma subjetiva por los cirujanos endocrinos en los días 1, 6 y 15 postoperatorios.

Según el estudio histológico, la mayor parte (86,27%) correspondieron a hiperplasias nodulares, seguido de adenomas de células de Hürtle en un 3,92%. Como ha-

TABLA 1. Criterios de inclusión de la vía lateral

Historia clínica y exploración no sugestivas de malignidad
Bocios nodulares que afectan a un solo lóbulo tiroideo según ecografía
Motivos estéticos
Histopatología no maligna o PAAF no concluyente
Cancerofobia
Bocios grado 1. Menos de un 30% endotorácicos
Tiroidectomía iterativa con previa utilización de la vía lateral

llazgo accidental, se obtuvo, en un caso, un adenoma de paratiroides. Sólo se diagnosticó un carcinoma papilar en un caso, por lo que se requirió tiroidectomía totalizadora, que realizamos sin dificultad por vía lateral.

El resultado de la encuesta domiciliaria fue de muy satisfactorio en un 50% y satisfactorio en un 37,5%; no hubo ningún caso muy descontento y hubo un 8,3% de no muy satisfechos.

## Discusión

El tema de mejorar las incisiones en cirugía cervical, haciéndolas más pequeñas o invisibles es muy actual, como lo demuestran la publicación de recientes estudios<sup>9-11</sup>.

La aplicación de un acceso selectivo creemos que puede ser mejor para una patología concreta: patología benigna confinada a un lóbulo tiroideo.

Al revisar la bibliografía actual, encontramos trabajos que describen una aproximación a la glándula mediante abordaje lateral, como en el descrito por Viaggio et al<sup>12</sup>, Pelizzo et al<sup>13</sup> o Stevens<sup>14</sup>, pero la incisión utilizada es la clásica en corbata de Kocher, transversal y tras la disección de colgajos se pasa al abordaje de la glándula a través de una incisión longitudinal sobre la hoja anterior del ECM.

Los inconvenientes de la vía transversal son que hay que practicar una disección de colgajos, con un tiempo operatorio adicional, la posibilidad de edemas del colgajo superior o seromas; además, las cicatrices anteriores medias, aunque sean de pequeño tamaño, son perfectamente visibles y sujetas a la creación de adherencias, que se evidencian más con los movimientos de deglución<sup>15</sup>. En las reintervenciones encontramos todo un plano fibrótico y adherencias<sup>16</sup>, sobre todo del plano anterior que recubre a la glándula; algunos autores promulgan, una vez realizada la apertura cutánea de forma tradicional, el acceso lateral a la glándula. Los fenómenos cicatrizales en los planos subyacentes a la incisión empleada, en el caso de una incisión lateral, no afectarían al lóbulo restante. Una ulterior cirugía tiroidea se podría realizar de forma libre de adherencias.

La vía de acceso lateral ofrece una exposición del campo operatorio equivalente a la vía de acceso transversal, siendo el acceso a la vena tiroidea media y arteria tiroidea inferior más precoz, con similar exposición del nervio recurrente laríngeo. Es aconsejable tener una buena exposición de estas estructuras para evitar su lesión<sup>17,18</sup>. Por otra parte, en los cuellos cortos, creemos que para realizar el acceso lateral se depende menos

de la distancia mandibulosternal que para el acceso clásico.

La vía lateral proporciona un buen aspecto estético, como lo demuestra la encuesta realizada, porque la incisión se sitúa en una piel flexible y móvil, paralela a las hendiduras de las líneas de la piel, lejos de los bordes prominentes del hueso, con una cicatriz poco visible y más ocultable con las ropas habituales<sup>19</sup>.

Con respecto a la cervicoscopia o cirugía del tiroides videoasistida, creemos que se debe seleccionar mucho a los pacientes, con volúmenes tiroideos muy pequeños, para así poder extraer las piezas a través de las incisiones practicadas; así, por ejemplo, Gagner e Inabnet refieren una media de los nódulos extraídos de 2,7 cm<sup>20</sup>, y Miccoli et al, con cirugía videoasistida, excluyen volúmenes tiroideos mayores de 20 ml<sup>21</sup>. Otros inconvenientes, tanto para la cervicoscopia como para la cirugía videoasistida<sup>22</sup>, son el incremento del tiempo operatorio, la necesidad de material específico, así como la de un equipo quirúrgico superespecializado para su realización. En las técnicas endoscópicas la visión del campo es muy reducida y las maniobras son costosas, debido a un espacio mínimo, cosa que no ocurre con el acceso que proponemos en este artículo. Por otra parte, tampoco ofrece ventajas en cuanto a la estancia postoperatoria. Asimismo, se han descrito más incidencia de complicaciones con los métodos endoscópicos que con la cirugía abierta, tanto inherentes al método en sí, como hipercarbia o enfisema subcutáneo, como a un mayor riesgo de lesión recurrential o incluso de la traquea<sup>5,6,23</sup>.

## Bibliografía

1. Zografos GC, Androulakis G. Completion thyroidectomy via the "retrograde access". *J Surg Oncol* 1996;61:311-2.
2. Chao TC, Jeng LB, Lin JD, Chen MF. Reoperative thyroid surgery. *World J Surg* 1997;21:644-7.
3. Chaffanjon PCJ, Brichon PY, Sarrazin R. Bilateral oblique approach to parathyroid glands. *Ann Surg* 2000;231:25-30.
4. Henry JF, Defechereux T, Gramatica L, De Boissezon C. Parathyroidectomie vidéo-assistée par abord latéro-cervical. *Ann Chir* 1999;53:302-6.
5. Gottlieb A, Sprung J, Zheng XM, Gagner M. Massive subcutaneous emphysema and severe hypercarbia in a patient during endoscopic transcervical parathyroidectomy using carbon dioxide insufflation. *Anesth Analg* 1997;84:1154-6.
6. Pandey CK, Singh N, Goyal P, Agarwal A. Tracheal injury during endoscopic hemithyroidectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2001;11:43-6.
7. WHO/UNICEF/ICCIDD. Indicators for assessing iodine deficiency disorders and their control through salt iodization (document WHO/NUT/94.6). Geneva: World Health Organization, 1994.
8. Hili JL, Mayer G, Carini L, Cantelli G, Modigliani U. Cervico-mediastinal goitre. Analysis of preoperative clinical symptoms. *Minerva Chir* 1993;48:533-7.
9. Ohgami M, Ishii S, Arisawa Y, Ohmori T, Noga K, Furukawa T, et al. Scarless endoscopic thyroidectomy: breast approach for better cosmetic results. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2000;10:1-4.
10. Ikeda Y, Takami H, Sasaki Y, Kan S, Niimi M. Endoscopic neck surgery by the axillary approach. *J Am Coll Surg* 2000;191:336-40.
11. Yamashita H, Watanabe S, Koike E, Ohshima A, Uchino S, Kuroki S, et al. Video-assisted thyroid lobectomy through a small wound in the submandibular area. *Am J Surg* 2002;183:286-9.
12. Viaggio JL, Chikier A, Sas M, Obedman M. Abordaje lateral a la glándula tiroidea. *Prensa Médica Argentina* 1966;53:2100-2.
13. Pelizzo MR, Toniato A, Briguglio E. Acceso laterale in chirurgia tiroidea. *Tecnica e indicazioni*. *Minerva Chir* 1993;48:189-91.

14. Stevens JC. Lateral approach for exploration of the parathyroid gland. *Surg Gynecol Obstet* 1979;148:431-2.
15. Henry JF, Iacobone M, Mirallie E, Deveze A, Pili S. Indications and results of video-assisted parathyroidectomy by a lateral approach in patients with primary hyperparathyroidism. *Surgery* 2001;130:999-1004.
16. Chao TC, Jeng LB, Lin JD, Chen MF. Reoperative thyroid surgery. *World J Surg* 1997;21:644-7.
17. Martensson H, Terins J. Recurrent laryngeal palsy in thyroid surgery related operations and nerves at risk. *Arch Surg* 1985;120: 475-7.
18. Sitges-Serra A, Sancho J. Cirugía endocrina. Madrid: Aran, 1999.
19. Cicatrices inestéticas. Prevención y tratamiento. En: Borges AF, editor. Incisiones electivas en el cuello. Barcelona: Labor, 1977; p. 115.
20. Gagner M, Inabnet WB. Endoscopic thyroidectomy for solitary thyroid nodules. *Thyroid* 2001;11:161-3.
21. Miccoli P, Berti P, Bendinelli C, Conte M, Fasolini F, Martino E. Minimally invasive video-assisted surgery of the thyroid: a preliminary report. *Langenbecks Arch Surg* 2000;385:261-4.
22. Miccoli P, Berti P, Raffaelli M, Materazzi G, Baldacci S, Rossi G. Comparison between minimally invasive video-assisted thyroidectomy and conventional thyroidectomy: a prospective randomized study. *Surgery* 2001;130:1039-43. Erratum in: *Surgery* 2002;131: 148.
23. Chowbey PK, Mann V, Khullar R, Sharma A, Baijal M, Vashistha A. Endoscopic neck surgery: expanding horizons. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 1999;9:397-400.