

con endoscopias iniciales que no fueron concluyentes. La extirpación quirúrgica de los 2 casos que presentamos no planteó dificultades técnicas y estuvo exenta de complicaciones, por lo que coincidimos con otros autores en que este debe ser el tratamiento de elección. El estudio de estas lesiones mediante USE proporciona información útil para decidir la vía de abordaje y seleccionar aquellos casos idóneos para su extirpación endoscópica.

Finalmente, recordamos que aunque se trate de una patología poco frecuente, puede ser causa de morbilidad y mortalidad importante por lo que es recomendable un tratamiento precoz.

B I B L I O G R A F Í A

- Choong CK, Meyers BF. Benign esophageal tumors: introduction, incidence, classification, and clinical features. *Semin Thorac Cardiovasc Surg.* 2003;15:3-8.
- Sargent RL, Hood IC. Asphyxiation caused by giant fibrovascular polyp of the esophagus. *Arch Pathol Lab Med.* 2006;130:725-7.
- Lee SY, Chan WH, Sivanandad R, Lim DT, Wong WK. Recurrent giant fibrovascular polyp of the esophagus. *World J Gastroenterol.* 2009;15:3697-700.
- Drenth J, Wobbes T, Bonenkamp J, Nanengast F. Recurrent esophageal fibrovascular polyps. Case history and review of the literature. *Dig Dis Sci.* 2002;47:2598-604.
- Paik HC, Han JW, Jung EK, Bae KM, Lee YH. Fibrovascular polyp of the esophagus in infant. *Yonsei Med J.* 2001;42:264-6.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.03.038

- Levine MS, Buck JL, Pantongrag-Brown L, Buetow PC, Hallman JR, Sabin LH. Fibrovascular polyps of the esophagus: clinical, radiographic and pathologic findings in 16 patients. *AJR Am J Roentgenol.* 1996;166:781-7.
- Kim JS, Shim YM. Giant fibrovascular polyp of the hypopharynx: surgical treatment with the biapproach. *J Korean Med Sci.* 2006;21:749-51.
- Jakowski JD, Wakely Jr PE. Rhabdomyomatous well differentiated liposarcoma arising in giant fibrovascular polyp of the esophagus. *Ann Diagn Pathol.* 2009;13:263-8.
- Iván L, Torkos A, Paczona R, Szentpáli K, Jóri J. Minimally invasive peroral endoscopic removal of a regurgitated giant polysegmented fibrovascular polyp of the esophagus. *Dysphagia.* 2009;24:230-3.
- Alobid I, Vilaseca I, Fernández J, Bordas JM. Giant fibrovascular polyp of the esophagus causing sudden dyspnea: endoscopic treatment. *Laryngoscope.* 2007;117:944-5.

Rafael López Pardo^{a,*}, Angélica Mira Vázquez^a, Gazmend Krasniqi^a, Alejandro Repiso Ortega^b y Rufo Rodríguez Merlo^c

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Virgen de La Salud, Toledo, España

^bServicio de Gastroenterología, Hospital Virgen de La Salud, Toledo, España

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital Virgen de La Salud, Toledo, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rlopar1969@hotmail.com (R. López Pardo).

TEMLA: nueva técnica para el tratamiento de la recidiva del cáncer de tiroides

TEMLA: A new technique for the treatment of recurrent thyroid cancer

El cáncer de tiroides supone hasta el 3% de todas las neoplasias que afectan a niños y adolescentes. Es raro en menores de 5 años y su incidencia va aumentando con la edad siendo máxima en la adolescencia (el 70% de estos aparece entre 11-17 años). La estirpe papilar del carcinoma de tiroides es la más frecuente en todas las edades. Presenta una afectación loco regional habitualmente más avanzada en niños, siendo la aparición de recidivas también más frecuente a estas edades¹⁻⁵. Dentro de las distintas localizaciones de recidiva o metástasis de este tipo de neoplasia destaca la afectación ganglionar a nivel mediastínico.

La linfadenectomía mediastínica transcervical extendida (TEMLA) es una nueva técnica quirúrgica desarrollada y

publicada por primera vez en el año 2005 por el grupo de Zielinsky⁶⁻⁸. Se emplea de forma preferente en la estadificación ganglionar en el carcinoma broncogénico aunque también ha demostrado su utilidad en la cirugía del cáncer de esófago, del timo y de tumores mediastínicos. La técnica consiste en una cervicotomía en collar de 5-8 cm con elevación del manubrio esternal mediante un retractor esternal, que ofrece un amplio abordaje para disecar y resecar en bloque de forma sistemática los distintos grupos ganglionares situados a nivel cervical y mediastínico de forma bilateral (grupos 1+3, 2R-L, 4R-L, 5, 6, 7, 8 y 10R-L). Una vez realizada la cervicotomía y colocado el retractor se identifican y disecan ambos nervios laríngeos recurrentes en toda su longitud. La disección de los troncos vasculares supraaórticos

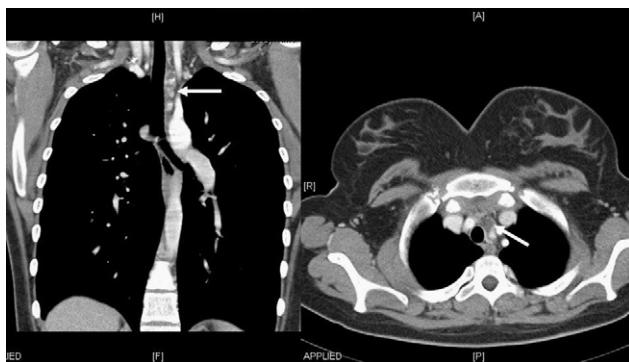


Figura 1 - Imagen del TAC de tórax donde se observa recidiva ganglionar a nivel de las estaciones 21 y 41.

y del árbol traqueobronquial se realiza bajo visión directa y permite acceder a la mayor parte de los grupos ganglionares, excepto a las adenopatías de la ventana pulmonar, adenopatías para-aórticas, subcarinales y paraesofágicas (grupos 5, 6, 7 y 8) a los que se accede mediante videomediastinoscopio⁹. El abordaje permite la resección radical de adenopatías o tumoraciones con un adecuado control vascular. La cirugía no requiere drenaje ni otras medidas postquirúrgicas específicas⁶⁻⁸.

Presentamos el caso de una paciente de 17 años sometida a lobectomía tiroidea derecha por bocio coloide y reintervenida para completar la tiroidectomía ante el diagnóstico incidental en la pieza de carcinoma papilar de tiroides. Posteriormente recibió tratamiento con radioyodo. En el seguimiento, a los 2 años de la cirugía, se evidenció una recurrencia a nivel ganglionar mediastínico y una elevación importante de la tiroglobulina motivo por el que fue remitida a nuestro servicio. En la TAC de tórax se objetivó una masa de 2,3 cm a nivel paratraqueal izquierdo bajo, en contacto con las estructuras vasculares, así como adenopatías cervicales a nivel de la bifurcación carotídea izquierda. (fig. 1) La PAAF de la adenopatía carotídea, bajo control ecográfico, confirmó el diagnóstico de metástasis de carcinoma de tiroides. El rastreo con I 131 resultó negativo. Ante tales hallazgos se planteó una nueva reintervención exérética.

Debido a la localización de la recidiva paratraqueal izquierda baja (41), se decidió realizar el TEMLA. La cervicotomía con la mencionada retracción esternal ofreció un abordaje amplio y seguro del cuello y mediastino, sin que las cirugías previas o el tratamiento con radioyodo dificultasen la disección de forma sensible. Se extirpó en bloque el tejido linfogranoso de aspecto tumoral que recorría la cara lateral izquierda de la tráquea que constituye las estaciones ganglionares 21 y 41, así como las adenopatías de la bifurcación carotídea. (fig. 2) No hubo complicaciones quirúrgicas ni secuelas. La estancia postoperatoria fue de 2 días. El estudio patológico confirmó que todas las adenopatías resecadas eran metástasis de carcinoma papilar de tiroides sin afectación extracapsular. Actualmente la paciente está asintomática, sin signos de enfermedad en las pruebas de imagen y normalización de los marcadores analíticos.

El tratamiento de elección para las recidivas tumorales del carcinoma papilar de tiroides sin captación con radioyodo es

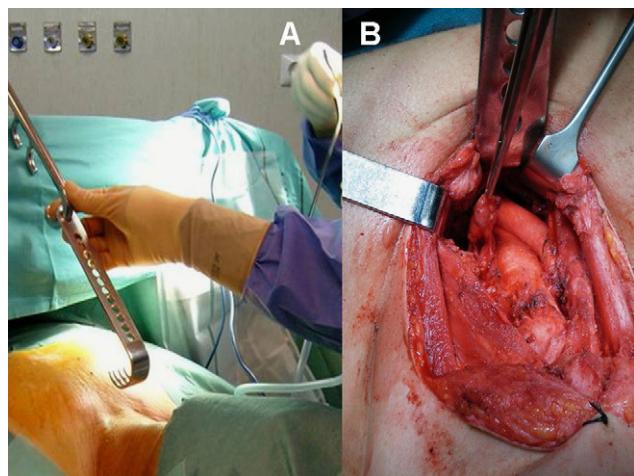


Figura 2 - A) Imagen de posicionamiento del paciente con el retractor esternal. B) Imagen de la cirugía donde se observa la disección de las adenopatías del grupo 41, así como la arteria innominada.

la resección quirúrgica siempre que sea posible. El TEMLA permite acceder a las estaciones ganglionares del territorio cérvico mediastínico bilateral desde la bifurcación carotídea hasta la región subcarínica. El abordaje habitual mediante toracotomía o esternotomía, asocia una mayor morbilidad para el paciente y no permite el acceso a las adenopatías cervicales altas. Por otro lado la toracotomía y la videotoracoscopia solo permiten la disección unilateral de las adenopatías mediastínicas bajas. El TEMLA permite por tanto la extirpación de todos los grupos ganglionares de drenaje del territorio del tiroides. Nuestro grupo realiza esta técnica de forma habitual como método de estadificación ganglionar en el estudio del carcinoma broncogénico, siendo este el primer caso documentado en nuestro país donde se ha utilizado el TEMLA para la resección de recidivas tumorales ganglionares a nivel cérvico mediastínico. Es poco traumático y tiene una baja morbilidad para el paciente, además de ofrecer en la patología tumoral una alta radicalidad. Los antecedentes de cirugías cervicales o transesternales previas o la irradiación no contraindican la técnica, sino por el contrario, hacen de esta el procedimiento quirúrgico de elección, al tener en todo momento el control sobre los grandes vasos cérvico mediastínicos.

B I B L I O G R A F I A

- Palmer BA, Zarroug AE, Poley RN, Kollars JP, Moir CR. Papillary thyroid carcinoma in children: risk factors and complications of disease recurrence. *J Pediatr Surg.* 2005;40:1284-8.
- Welch Dinauer CA, Tuttle M, Robie DK, McClellan DR, Francis GL. Extensive surgery improves recurrence-free survival for children and young patients with class I papillary thyroid carcinoma. *J Pediatr Surg.* 1999;34:1799-804.
- Suzuki S, Fukushima T, Takenoshita S. Strategy for the surgical treatment of the well differentiated thyroid carcinoma in our hospital. *Nippon Rinsho.* 2007;65:2037-44.
- Lang BH, Lo CHY, Chan WF, Lam KY, Wan KY. Staging system for papillary thyroid carcinoma. A review and comparison. *Ann Surg.* 2007;245:366-78.

5. Perrino M, Vannucchi G, Vicentini L, Cantoni G, Dazzi D, Colombo C, et al. Outcome predictors and impact of central node dissection and radiometabolic treatments in papillary thyroid cancers <or =2 cm. *Endocr Relat Cancer*. 2009;16: 201-10.
6. Kuzdzal J, Zielinski M, Papla B, Szlubowski A, Hauer L, Nabialek T, et al. Transcervical extended mediastinal lymphadenectomy—the new operative technique and early results in lung cancer staging. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2005;27:384-90.
7. Kuzdzal J, Zielinski M, Papla B, Urbanik A, Wojciechowski W, Narski M, et al. The transcervical extended mediastinal lymphadenectomy versus cervical mediastinoscopy in non-small cell lung cancer staging. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2007;31:88-94.
8. Zielinski M. Transcervical extended mediastinal lymphadenectomy: Results of staging in two hundred fifty-six patients with non-small cell lung cancer. *J Thorac Oncol*. 2007;2:370-2.
9. Zielinski M, Kuzdzal J, Nabialek T, Hauer L, Pankowski J, Dziadzio B. Transcervical extended mediastinal lymphadenectomy. Multimedia Manual of Cardio-thoracic Surgery. MMCTS. 200610.1510/mmcts.2005.001693.

David Pérez Alonso, Jose Ramón Cano García*, Santiago Quevedo Losada y Luis López Rivero

Sección de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: joseravich@hotmail.com
(J.R. Cano García).

doi:10.1016/j.ciresp.2010.03.032

Quiste esplénico postraumático

Post-traumatic splenic cyst

Los quistes esplénicos no parasitarios son lesiones infrecuentes. El tratamiento tradicional de estos es la esplenectomía abierta, pero debido a los avances en cirugía laparoscópica y la tendencia hacia una cirugía conservadora ha cambiado el enfoque quirúrgico de esta enfermedad.

Se remite a nuestras consultas a una mujer de 28 años sin antecedentes personales de interés por presentar una masa abdominal palpable en el hipocondrio izquierdo. Refería un antecedente traumático 4 años antes: se había caído por unas escaleras, por lo que acudió a otro centro por dolor costal izquierdo, donde le realizaron exploraciones radiológicas a esa altura sin observarse enfermedad aguda.

Durante el estudio se realizaron analítica general y serologías que resultaron normales, a excepción de la elevación del marcador CA 19/9 (98419 U/ml). En la ecografía abdominal presentaba una lesión esplénica y se completó el estudio con una tomografía computarizada (TC) con contraste, donde se observaba una gran lesión esplénica de 12 × 14 × 16 cm quística, sin calcificaciones ni septos, que podía corresponder con quiste esplénico congénito o con seudoquiste postraumático (figs. 1 y 2).

Para confirmar el diagnóstico, y como posible tratamiento, se realizó un drenaje percutáneo. Se mandaron muestras para microbiología, citología y serología donde destacaron los marcadores CA19/9 (>70.000 U/ml), CA 125 (>12.000 U/ml) y CEA (1.193 ng/ml).

Durante los controles posteriores mediante TC se observó recidiva a los 3 meses; se realizó, entonces, esplenectomía por vía laparoscópica previa punción y evacuación del quiste. La anatomía patológica describió un quiste esplénico hemorrágico postraumático. El curso postoperatorio transcurrió

sin incidencias y durante el seguimiento se repitieron determinaciones del marcador CA 19/9 en sangre, que se normalizó (32 U/ml al año de la intervención quirúrgica).

Los quistes esplénicos son una enfermedad poco frecuente del bazo. Según la clasificación tradicional, los quistes esplénicos se clasifican en primarios o verdaderos, que pueden ser parasitarios (causados en su mayoría por *Echinococcus*) o no parasitarios que, a su vez, se dividen en congénitos o neoplásicos. Los secundarios o falsos suelen deberse a traumatismo previo y representan el 50-80% del total de las tumoraciones del bazo¹. A menudo es imposible distinguir radiológicamente entre quiste primario y quiste

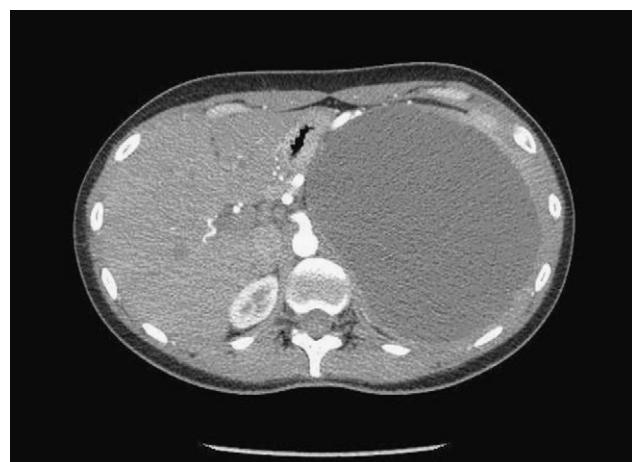


Figura 1 – Gran lesión esplénica de 12 × 14 × 16 cm, quística, sin calcificación ni septos.