

[Volver a pardal.net](#)

[Volver a OPINIÓN](#)

[Contacto con los autores](#)

**TIROIDECTOMIA ENDOSCOPICA:
NUEVA TECNICA PARA EL MANEJO DEL NODULO BENIGNO DE LA
GLANDULA TIROIDES**

HOSPITAL NACIONAL HUANCAYO ESSALUD

Autores

Dr. LUIS ANDRES GRANDA LA TORRE

Especialidad: Cirujano Cabeza y Cuello

Maestría en Medicina

Cirujano de Cabeza y Cuello del Servicio de Cirugía

Especializada. Hospital Nacional Huancayo- ESSALUD

Docente de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad

Nacional del Centro del Perú

Correo Electrónico: calidadgranda@latinmail.com

Dr. FELIX ORTEGA ALVAREZ

Especialidad: Cirujano General y Cirugía Endoscópica.

Cirujano Asistente del Servicio de Cirugía General, Hospital Nacional
de Huancayo ESSALUD.

Profesor invitado de Cirugía Endoscópica, Facultad de Medicina de
San Fernando, UNMSM.

Fellow en transplante de órganos, Universidad de Pittsburgh, E.U.A.

Correo Electrónico: fortega@terra.com.pe

Resumen

Hemos realizado 5 hemitiroidectomías en pacientes mujeres entre 1998 y 1999, quienes presentaban nódulos benignos (clínica y ecográficamente, confirmados por biopsia punción) no mayores de 3 cm de diámetro, operadas mediante videoendoscopía quirúrgica, utilizando el mismo instrumental y equipo de cirugía laparoscópica, demostrando así que no solamente en espacios reales se puede utilizar ésta técnica sino también en espacios virtuales como el cuello. Presentamos la ubicación de los trócares y de la videocámara en el cuello, la disección del lóbulo tiroideo, la utilización de clips en los vasos tiroideos e istmo, y la exéresis de la pieza quirúrgica. Los pacientes fueron dados de alta a las 48 horas sin sangrado ni disfonía, y a los 30 días la cicatriz es cosméticamente adecuada.

Abstract

We have performed five hemithyroidectomies in woman between 1998 and 1,999. All of them had benign nodules (clinical examination, ultrasonography exams and puntion biopsy confirmation) no more than 3 cm. in diameter, videoendoscopically removed using the same instrumentation and equipement as in laparoscopic surgery, demonstrating the feasibility to use this technique both in real and virtual spaces as the neck. We also present trocar and videocamera positioning, thyroid lobe dissection, clip utilization at thyroid vasculature and itsmus, and surgical piece extraction. Patients were discharged 48 hours after surgery without bleeding neither dysphony, and a cosmetically acceptable scar after 30 days.

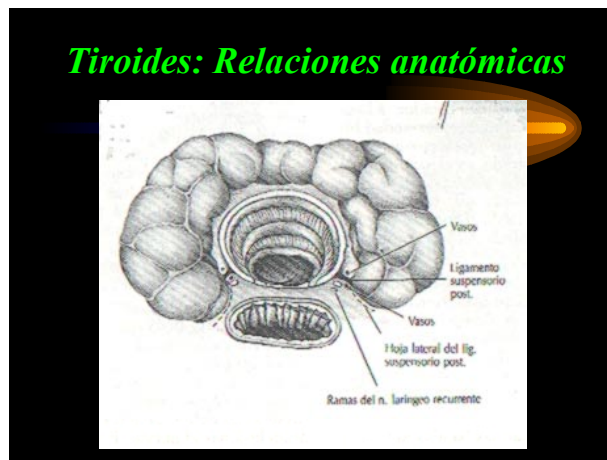
Key words: Thyroidectomy, endoscopic surgery.

Introducción

En 1987, en Francia (Mouret) se dio a conocer el procedimiento quirúrgico denominado “Colecistectomía Laparoscópica”. Se alzaron algunas voces discordantes, las cuales tuvieron mucho eco en países como el nuestro, ya que era un paradigma que toda cirugía debería ser a “cielo abierto” (exposición mediante incisión de las estructuras internas), y la propuesta “laparoscópica” venía a rebatir este concepto; pero lentamente ante las evidencias y el esfuerzo de cirujanos jóvenes este novedoso procedimiento comenzó a ser aceptado.

Durante los años 90 ésta técnica quirúrgica fue perfeccionada, y actualmente es utilizada no solamente en la patología vesicular, sino también para herniorrafias, histerectomías, toracoscopias, quistectomías hepáticas y ováricas, etc., acompañada además del adelanto tecnológico de los equipos. La característica de todos estos procedimientos es que se realiza en espacios verdaderos (cavidad torácica, abdominal, o pélvica).

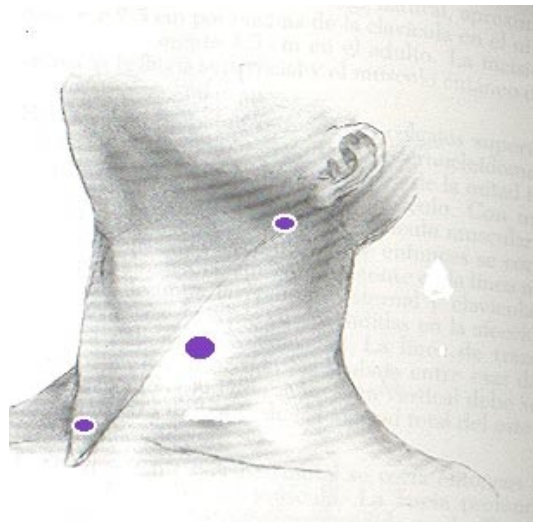
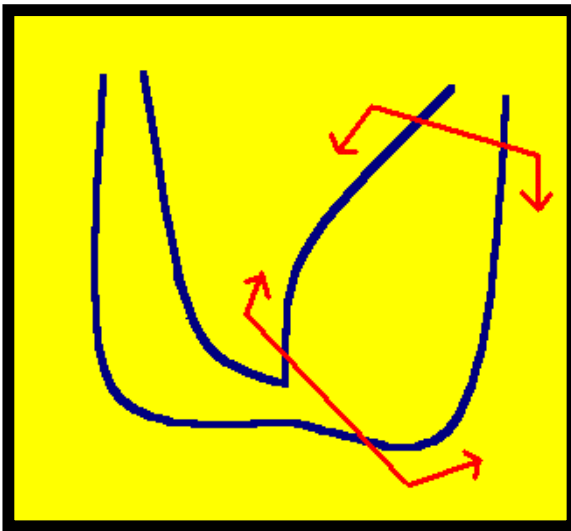
En la cirugía tradicional de la glándula tiroidea, por estar ubicada dentro de espacios virtuales (entre los planos de la aponeurosis media cervical y la pretraqueal) no se consideraba otro procedimiento que no se el de "cielo abierto". Nosotros consideramos que era posible realizar la hemitiroidectomía mediante la utilización de los equipos e instrumental de cirugía laparoscópica, por lo que el objetivo del presente trabajo es demostrar la factibilidad de realizar este procedimiento quirúrgico mediante videoendoscopia.



Material y métodos

Se consideraron como criterios de inclusión la presencia de nódulo único, que clínica y ecográficamente era sugestivo de benignidad, que la biopsia punción sea negativa para neoplasia maligna, y que el nódulo mida hasta 3 cm de diámetro. Estos criterios los cumplieron 05 pacientes mujeres cuyas edades fueron 31, 33, 37, 41 y 49 años. Los resultados de anatomía patológica fueron 02 adenomas foliculares y 03 bocios coloides.

El procedimiento se efectúa con anestesia general e intubación del paciente, el mismo que es colocado en posición decúbito dorsal con el cuello rotado hacia el lado contralateral donde se ubica la lesión y en leve extensión.



Previo asepsia de la zona operatoria, se practica una incisión de 12 mm de longitud en un punto situado a 1.5 cm. por encima de la clavícula en la línea media-clavicular, a través del cual se efectúa disección roma del tejido celular-sub cutáneo y platysma hasta los límites siguientes: por la cara anterior hasta la línea media del cuello, por la parte inferior hasta la horquilla esternal, por la parte superior hasta 1.5 cm. por debajo del borde inferior del maxilar inferior, y por la parte posterior hasta el borde posterior del esternocleidomastoideo. Se introduce una gasa mediana temporalmente para efectuar hemostasia.

A través de la incisión se introduce un trócar ciego tipo Hassan con balón en la punta, de 10 mm. de diámetro (Trademark, ORIGYN, USA). Insuflado el balón para hacer de la cavidad creada impermeable a la fuga de gas, se introduce CO₂ a una presión de 8 mm Hg. El segundo trócar, de 5 mm., se introduce en un punto situado a 1 cm. por sobre la articulación esternoclavicular del lado donde se encuentra la lesión. El tercer trócar, de 10 mm., ingresa a 1.5 cm por debajo de la apófisis mastoideas. Los dos últimos trócares deben ser asegurados con una jareta de polipropileno 3-0. Se introducen los instrumentos de trabajo, que consisten básicamente en una pinza de Maryland, tijeras de

Metzembaum y clipador de 10 mm. El equipo de cirugía endoscópica se sitúa en el lado contralateral a la lesión (Trademark, KARL STORZ, GERMANY).

Se libera mediante disección cortante y roma el borde anterior del esternocleidomastoideo, exponiendo los músculos pre-tiroideos, los cuales se seccionan y divulsionan, objetivizándose así la cápsula tiroidea. En este punto abrimos ésta y es posible efectuar una liberación del polo inferior del lóbulo tiroideo, con clipaje y sección de vasos arteriales y venosos. Se avanza en cefálico, hacia el polo superior del lóbulo, donde se clipa y secciona la arteria tiroidea superior. Se continúa la liberación de la cara posterior del lóbulo, separándola del ligamento de Gimbernet, quedando así liberada la hemitiroides. Luego se disecciona el istmo, y previo clipaje se secciona de la hemitiroides contralateral. A través de la primera incisión se extrae la pieza quirúrgica seguida de colocación de un dren tubular a succión continua. Se colocan 02 puntos de sutura de piel con seda 6/0 en cada incisión.

Resultados

El dren tubular a succión continua fue retirado a las 48 horas y fueron dadas de alta ese mismo día. No se presentaron casos de hemorragia ni serohematoma. Ninguna presentó disfonía y el dolor fue leve. Las cicatrices a los 30 días eran poco visibles.

Discusión

Por los resultados obtenidos de este estudio, consideramos que es posible trabajar endoscópicamente en espacios virtuales, como lo es el lecho de la glándula tiroides. Es posible, asimismo, trabajar con seguridad a pesar de la cercanía de estructuras anatómicas cuya lesión es potencialmente peligrosa, como el nervio recurrente, arterias y venas del cuello. El hecho de que los riesgos potenciales de la cirugía tradicional de la tiroides son anulados, y que los temores de las pacientes con respecto a la cicatriz son disminuidos, hacen que este procedimiento deba ser considerado en aquellas personas con la patología aquí descrita. El factor costo–beneficio debe ser investigado mediante un estudio comparativo con la cirugía tradicional en una población que cumpla con los mismos criterios de selección distribuyendo en forma aleatoria en dos grupos a comparar.

Referencias

- 1. Endoscopic surgery of the neck: a new frontier**
Surg Laparosc Endosc 1998 Jun;8(3):227-32
Yeung GH]
Department of Surgery, Yan Chai Hospital, Tsuen Wan, Hong Kong.
- 2. Video-assisted neck surgery: endoscopic resection of thyroid tumors with a very minimal neck wound.**
J Am Coll Surg 1999 Jun;188(6):697-703
Shimizu K; Akira S; Jasmi AY; Kitamura Y; Kitagawa W; Akasu H; Tanaka S
Department of Surgery (II), Nippon Medical School, Tokyo, Japan.
- 3. Iaconi P, Bendinelli C, Miccoli P**
Endoscopic thyroid and parathyroid surgery.
Surg Endosc (Germany), Mar 1999, 13(3) p314-5
- 4. Videoendoscopic thyroidectomy: experimental development of a new technique**
Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 1999 Jun;9(3):167-70
Jones DB; Quasebarth MA; Brunt LM]
Department of Surgery and Institute for Minimally Invasive Surgery, Washington University School of Medicine, St Louis, Missouri 63110, USA.
- 5. Shimizu K, Akira S, Jasmi AY, et al.**
Video-assisted neck surgery: endoscopic resection of thyroid tumors with a very minimal neck wound.
J Am Coll Surg (United States), Jun 1999, 188(6) p697-703
- 6. Marescaux J, Mutter D, Vix M, et al.**
Endoscopic surgery: ideal for endocrine surgery?
World J Surg (United States), Aug 1999, 23(8) p825-34
- 7. Minimally invasive surgery for thyroid small nodules: preliminary report**
J Endocrinol Invest 1999 Dec;22(11):849-5
Miccoli P; Berti P; Conte M; Bendinelli C; Marcocci C
Surgery Department, University of Pisa, Italy.
- 8. Miccoli P, Berti P, Conte M, et al.**
Minimally invasive **surgery** for thyroid small nodules: preliminary report.
J Endocrinol Invest (Italy), Dec 1999, 22(11) p849-51
- 9. Scarless endoscopic thyroidectomy: breast approach for better cosmesis**
Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2000 Feb;10(1):1-4
Ohgami M; Ishii S; Arisawa Y; Ohmori T; Noga K; Furukawa T; Kitajima M
Department of Surgery, Keio University School of Medicine, Tokyo, Japan.

10. Ohgami M, Ishii S, Arisawa Y, et al.
Scarless **endoscopic thyroidectomy**: breast approach for better cosmesis.
Surg Laparosc Endosc Percutan Tech (United States), Feb 2000, 10(1) p1-4
11. Subcutaneous carbon dioxide insufflation does not cause hypercarbia during **endoscopic thyroidectomy**.
Anesth Analg 2000 Mar;90(3):760-2
Ochiai R; Takeda J; Noguchi J; Ohgami M; Ishii S
Departments of Anesthesiology and **Surgery**, School of Medicine, Keio University, Tokyo, Japan.
12. Ochiai R, Takeda J, Noguchi J, et al.
Subcutaneous carbon dioxide insufflation does not cause hypercarbia during **endoscopic thyroidectomy**.
Anesth Analg (United States), Mar 2000, 90(3) p760-2
13. Miccoli P, Berti P, Bendinelli C, et al.
Minimally invasive **video-assisted surgery** of the thyroid: a preliminary report.
Langenbecks Arch Surg (Germany), Jul 2000, 385(4) p261-4
14. Minimally invasive **video-assisted surgery** of the thyroid: a preliminary report [In Process Citation]
Langenbecks Arch Surg 2000 Jul;385(4):261-4
Miccoli P; Berti P; Bendinelli C; Conte M; Fasolini F; Martino E
Dipartimento di Chirurgia dell'Universita degli Studi di Pisa, Italy.
15. Surgeon's approach to the thyroid gland: surgical anatomy and the importance of technique.
World J Surg 2000 Aug;24(8):891-7
Bliss RD; Gauger PG; Delbridge LW]
Department of Surgery, Endocrine Surgical Unit, Royal North Shore Hospital, University of Sydney, Sydney, New South Wales 2065, Australia.
16. Yeh TS, Jan YY, Hsu BR, et al.
Video-assisted endoscopic thyroidectomy.
Am J Surg (United States), Aug 2000, 180(2) p82-5
17. Shimizu K
A present state and prospect of future on **endoscopic endocrine neck surgery**.
J Nippon Med Sch (Japan), Aug 2000, 67(4) p228-34
18. Ikeda Y, Takami H, Sasaki Y, et al.
Endoscopic neck surgery by the axillary approach.
J Am Coll Surg (United States), Sep 2000, 191(3) p336-40
19. Ikeda Y, Takami H, Sasaki Y, et al.
Endoscopic resection of thyroid tumors by the axillary approach.
J Cardiovasc Surg (Torino) (Italy), Oct 2000, 41(5) p791-2

20. Ng WT

Scarless **endoscopic thyroidectomy**: breast approach for better cosmesis.
Surg Laparosc Endosc Percutan Tech (United States), Oct 2000, 10(5) p339-40

21. Gagner M, Inabnet WB

Endoscopic thyroidectomy for solitary thyroid nodules.
Thyroid (United States), Feb 2001, 11(2) p161-3

22. Ferzli GS, Sayad P, Abdo Z, et al.

Minimally invasive, nonendoscopic thyroid **surgery**.
J Am Coll Surg (United States), May 2001, 192(5) p665-8

23. Bellantone R, Lombardi CP, Rubino F, et al.

Arterial PCO₂ and cardiovascular function during **endoscopic neck surgery**
with carbon dioxide insufflation.
Arch Surg (United States), Jul 2001, 136(7) p822-7

24. Yamamoto M, Sasaki A, Asahi H, et al.

Endoscopic subtotal thyroidectomy for patients with Graves' disease.
Surg Today (Japan), 2001, 31(1) p1-4

25. Shimizu K, Kitagawa W, Akasu H, et al.

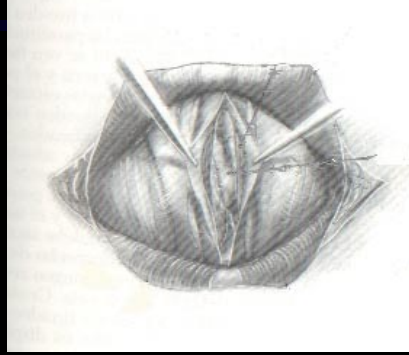
Endoscopic hemithyroidectomy and prophylactic lymph node dissection for
micropapillary carcinoma of the thyroid by using a totally gasless anterior neck
skin lifting method.
J Surg Oncol (United States), Jul 2001, 77(3) p217-20

[Volver a pardal.net](#)

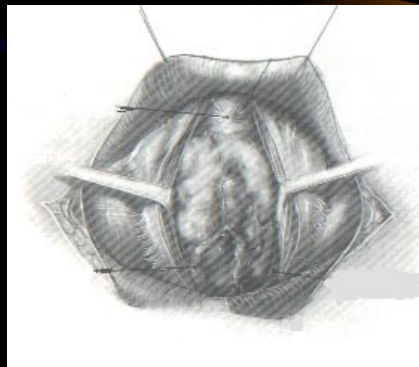
[Volver a OPINIÓN](#)

[Contacto con los autores](#)

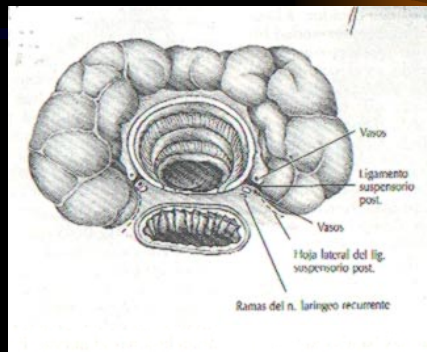
Tiroidectomía: Planos musculares



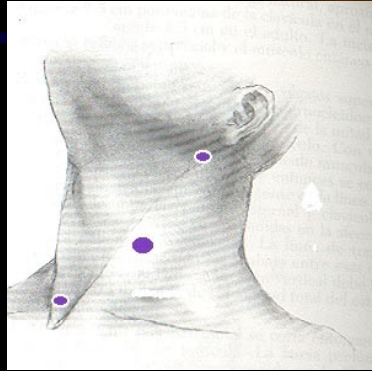
Tiroidectomía: Planos musculares



Tiroides: Relaciones anatómicas



Tiroidectomía: Posición del Paciente



Pacientes

- 5 mujeres cuyas edades son: 58, 36, 38, 41, 39.
- La primera es obesa, la segunda y tercera son leptosómicas y las dos últimas muy delgadas.
- ECO: Nódulo sólido (las 5 pacientes).
- BAAF: Negativo para células neoplásicas.
- T. Operatorio: entre 50 hasta 160 min.

Patología

- (1): Bocio nodular con degradación quística.
- (2): Bocio coloide.
- (1): Bocio coloide por adenoma embrionario.
- (1): Adenoma folicular.

Evolución

- Alta al P0 # 03.
- Drenaje escaso.
- Dolor mínimo.
- Cicatriz: Casi imperceptible.

*Unidad De Cabeza Y Cuello
Departamento De Cirugía*

Hospital Nacional del Centro
EsSALUD
Huancayo-PERU

[Volver a pardal.net](#)

[Volver a OPINIÓN](#)

[Contacto con los autores](#)