



V-44 - RECONSTRUCCIÓN DE MANUBRIO ESTERNAL Y CLAVÍCULA CON PRÓTESIS

González Couso, R.; Rosell Fernández, R.A.

Hospital General Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso, Santiago de Cuba.

Resumen

Introducción: Las metástasis óseas son raras en el cáncer tiroideo, cuando se presentan voluminosas y con síntomas dolorosos la remoción quirúrgica puede favorecer ya que logra control local de la lesión y disminuye la dosis de yodo radiactivo (^{131}I) luego, además de lograr resultados cosméticos cuando se restituye la configuración de la estructura ósea.

Descripción del caso: Se hace la presentación de la técnica quirúrgica aplicada en el caso de una mujer de 47 años que asistió a consulta por aumento de volumen en región lateral derecha del cuello y en la región esternoclavicular derecha, clínicamente como dos tumores independientes. La radiografía mostró osteólisis clavicular derecha, la ecografía precisó hallazgos de carcinoma tiroideo y la tomografía computarizada, precisó tumor correspondiente al lóbulo derecho de la glándula tiroidea y otro en región medial de la clavícula derecha y manubrio del esternón, que produce destrucción ósea. Las biopsias percutáneas confirman Carcinoma Papilar tiroideo en ambos tumores. Se realiza abordaje por cervicotomía supraesternal por el surco entre los dos tumores, practicando tiroidectomía total, resección de tumor en clavícula derecha, manubrio esternal y primera costilla en el mismo acto quirúrgico, cortando las estructuras óseas con sierra de alambre y neumática, seccionando las inserciones musculares a estas estructuras óseas. La prótesis fue fabricada a mano, se diseñó a partir de mediciones hechas a la paciente, a las imágenes de tomografía y usando como modelo huesos humanos (clavícula derecha y esternón) del Laboratorio de Anatomía de la Universidad Médica. El diseño de la prótesis, que incluyó el manubrio del esternón con la clavícula derecha en una sola pieza, se modeló en parafina y se tomó la impresión de éste en yeso, con el que se obtuvo el molde donde se vertió cemento acrílico estéril radiopaco con antibiótico para fijaciones óseas, en su fundición se colocó en el interior de la pieza un alambre de acero, obteniendo así el prototipo de la prótesis. Luego se devastó y pulió con fresa eléctrica para su terminación, precisión de los detalles anatómicos y orificios para fijación. Previo a su implante se esterilizó en cámara de óxido de etileno. Durante el implante se cortó y adaptó al sitio receptor usando fresa eléctrica quirúrgica y se ancló a remanentes de esternón y clavícula nativos usando suturas de acero inoxidable y el alambre de acero que se introdujo en el tercio externo de la clavícula y se cubrió con cemento óseo en los sitios de anclaje. Luego se reinsertaron los músculos esternocleidomastoideo y pectoral menor a la prótesis y se cerraron los planos superficiales, previa colocación de drenajes de succión continua en el lecho quirúrgico. La paciente no tuvo complicaciones postoperatorias. La radiografía posoperatoria muestra el implante en clavícula derecha y manubrio del esternón.

Discusión: La remoción de metástasis óseas de carcinomas tiroideos mejora los síntomas, la deformidad, favorece el pronóstico y reduce las dosis ablativas de ^{131}I . El implante óseo puede ser diseñado y fabricado en el laboratorio de prótesis del propio hospital y proporciona excelentes resultados funcionales y cosméticos.