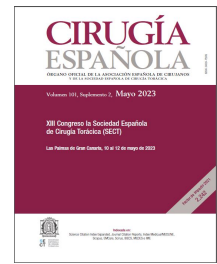




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-21 - TIMECTOMÍA ROBÓTICA SUBXIFOIDEA BILATERAL

Wolker Antonio Tavarez Estévez, Jose Ramon Cano, Michelle Leung Shao, Ricardo Alfredo Medina y David Pérez Alonso

Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de Gran Canarias.

Resumen

Introducción: La miastenia *gravis* es una enfermedad de la unión neuromuscular, de etiología autoinmune y caracterizada por debilidad muscular variable aunque también puede ser un síndrome paraneoplásico, aproximadamente el 10% de miastenia *gravis* se asocia a un timoma. La timectomía es la cirugía más frecuente que involucra el mediastino utilizada para el tratamiento de los tumores tímicos y para el manejo multidisciplinar de la miastenia *gravis*. Diferentes técnicas se han descritos tanto abiertas como mínimamente invasiva. Yoshino realizó la primera timectomía robótica en el año 2001, Rea y Ashton describieron una serie de casos en los cuales se realizó timectomía robótica. El caso que presentaré se trata de abordaje subxifoideo robótico bilateral que aporta las ventajas del abordaje derecho e izquierdo a la vez.

Caso clínico: Mujer de 55 años de edad con antecedentes : Fumadora activa, DLP y en seguimiento de neurología por miastenia *gravis* generalizada, tratamiento piridostigmina de 60 mg cada 8 horas presenta empeoramiento clínico (diplopía, ptosis izquierdo, sensación perdida fuerza mmss, cansancio intenso) en TAC control: Ocupación de espacio en mediastino anterior, de densidad heterogénea, mal delimitada, de unos 43 × 30 × 13 mm. compatible con timoma, por lo cual se indica cirugía (timectomía) para tratamiento multidisciplinar de la miastenia y tratamiento curativo de posible timoma. 1) Anestesia general e IOT selectiva para colapso pulmonar. Posición decúbito supino con brazo en abducción en 90°. Incisiones tres puertos y accesorio. Subxifoideo de 12 mm, dos puertos línea medio-clavicular del 5º espacio bilateral de 8 mm y puerto accesorio a nivel del 3^{er} espacio intercostal derecho. Insuflación de CO₂ a presión de 4 a 6 ml. 2) Visualización de ambos hemitórax y control de nervio frénico bilateral. Disección cara posterior del esternón con bipolar avanzado. Disección del tumor desde ambos senos cardiofrénico. Disección desde ambos nervios frénicos. Disección de astas superiores del timo. Localización de venas tímicas y coagulación y sección con *vessel sealer*. Disección y liberación del tumor a nivel desembocadura tronco braquiocefálico venoso con vena cava superior. Extracción de la pieza. Se deja un drenaje. 3) Buena evolución posoperatoria con retirada de drenaje a las 24 horas y alta a las 48 horas. 4) Anatomía patológica: timoma B2 (90%) y B3 (10%). Mide 2,5 cm de diámetro máximo. Borde quirúrgico sin afectación. (TNM, AJCC 8ª edición): pT1a. Estadio de Masaoka modificado: IIa. 4) Tras 3 mes de cirugía la presenta mejoría sintomática con reducción en dosis de piridostigmina y exploración neurológica anodina.

Discusión: La timectomía robótica subxifoidea aporta la precisión de la cirugía robótica con un

menor dolor posoperatorio, resección completa y pronta recuperación posoperatoria. El abordaje subxifoideo bilateral permite una disección completa tímica, visualizando ambos nervios frénicos así como los troncos venosos. Permite la extracción de la pieza por la incisión subxifoidea sin necesidad de ampliar la herida ni los espacios intercostales con un menor dolor posoperatorio.