



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-187 - ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DEL CARCINOMA PAPILAR LOCALMENTE AVANZADO TIROIDECTOMÍA TOTAL CON VCG Y RESECCIÓN TRAQUEAL

Anguiano Díaz, Gregorio; Rubio Manzanares Dorado, Mercedes; Andrades Sandiña, Daniel; López Villalobos, José Luis; Pino Díaz, Verónica; Martos Martínez, Juan Manuel

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Caso clínico: Mujer de 61 años que inicia el estudio por tos y sensación disneica Se realizan las siguientes pruebas complementarias. Ecografía: nódulo 40 mm, sólido con signos de invasión traqueal siendo un TIRADS 5 sin afectación ganglionar. BAG se objetiva un carcinoma papilar BRAF positivo. Broncoscopia donde observamos de estenosis traqueal de 75% por afectación de anillos 2-4 traqueales, y se procede a un *debulky* con láser. TAC: tiroides con atenuación heterogénea y calcificación milimétrica asociada a lóbulo derecho y afectación traqueal descrita. Según la clasificación de Shin de afectación traqueal corresponde a un grado 4, afectando a todo el grosor de la misma y con afectación endotraqueal. Realizamos una incisión de Kocher y disección de los colgajos miocutáneos platismales. Rechazando el externocleidomastoideo por posible afectación de los músculos pretiroideos. Disección del polo superior izquierdo con posterior sección respetando la rama externa el laríngeo superior. Apertura de la vaina carotídea y monitoreo del vago izquierdo para determinar la correcta función del Nervio laríngeo recurrente. Mapeo en la zona del N. laríngeo recurrente, disecamos y exponemos el mismo con su trayecto hacia la zona craneal. Identificamos la arteria tiroidea inferior que se secciona, dejando la glándula paratiroides respetada. No se diferencia en este punto el tejido linfograsso de la paratiroides inferior, posiblemente por la afectación ganglionar intraquirúrgica que objetivamos. Existe afectación traqueal sin plano de separación del ligamento de Berry. Individualizamos el nervio laríngeo recurrente y lo separamos en todo su recorrido de la tráquea sin pérdida de señal. Seccionamos la pirámide en toda su extensión. Lado derecho identificamos mayor afectación tumoral con infiltración de los tejidos como linfangitis tumoral. Identificamos de nuevo la arteria tiroidea inferior con la paratiroides superior izquierda que tras comprobar con neuroestimulación se secciona respetándose la glándula. En este punto intentamos individualizar el N laríngeo recurrente del tejido linfático sin embargo existe infiltración, por lo que en aras de realizar una resección oncológica con linfadenectomía correcta se sacrifica y finalmente se decide seccionar el mismo. Se completa el vaciamiento central. Sección traqueal en el límite inferior de área de infiltración por tiroides, comprobando ausencia de neoplasia macroscópica distal. Punto de referencia en extremo traqueal distal con intubación intracampo. Sección proximal al área de infiltración a nivel de 1º anillo traqueal. Liberación de extremo distal con maniobra digital para su aproximación. Sutura de pars membranosa continua. Sutura de pars cartilaginosa con puntos sueltos. Apertura de estoma para traqueostomía 2 anillos inferior a la línea traqueal y fijación a piel. Cierre por planos. Colocación de cánula fenestrada tipo Shiley nº6 con balón (macho no fenestrado).

Discusión: En pacientes con sospechas de carcinoma papilar de tiroides avanzado, es necesaria una buena evaluación preoperatoria siendo necesaria una broncoscopia. El objetivo de la cirugía debe ser el control macroscópico de la enfermedad asociando tratamiento adyuvante. El manejo debe ser individualizado y multidisciplinar y la extensión de la cirugía debe tener en cuenta factores oncológicos y funcionales.