



V-148 - TIROIDECTOMÍA DE BOCIO ENDOTORÁCICO MEDIANTE CERVICOTOMÍA ASISTIDA POR TORACOSCOPIA

Castillo Acosta, José Carlos; Pérez García, Jose Ignacio; Trujillo, Juan Carlos; Cambeiro Cabré, Lorena; Espinet Blasco, Marina; Ballester Vazquez, Eulàlia; González López, Jose Antonio; Moral Duarte, Antonio

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: Existen diferentes definiciones del bocio endotorácico, las más aceptadas son la presencia de la glándula tiroidea con un margen inferior por debajo de la primera costilla o la presencia de más del 50% de la glándula en el mediastino, con la cabeza en hiperextensión. El abordaje torácico se suele recomendar en caso de localización retrovascular de la glándula o de extensión caudal a cayado aórtico o a la carina por el riesgo de lesión de estructuras vasculares o de que se trate de un “bocio olvidado”, ectópico, de un bocio recidivante o irradiado por la posibilidad de adherencias.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 66 años diagnosticada en 2013 de un bocio multinodular tóxico al presentar palpitations. Se observó un aumento de captación en la gammagrafía, por lo que en 2014 se trató con I131 15 mCi. En los controles se observó en la ecografía un lóbulo tiroideo izquierdo (LTI) con un componente endotorácico, gran complejo nodular heterogéneo, el mayor de 3,8 cm (previo 3) × 3,2 cm, dada de alta por Endocrinología en 2018 por su estabilidad. Reconsulta en marzo de 2021 por dolor laterocervical derecho y palpitations, observando en la tomografía computarizada un crecimiento de ambos lóbulos, con un diámetro máximo del LTI de 14 cm y de 8 cm del lóbulo tiroideo derecho, con la tráquea desplazada hacia la derecha, sin estenosis. Se realizó una cirugía en dos tiempos: se inicia la cirugía con la paciente en decúbito lateral izquierdo con ventilación unipulmonar. Se colocó un trocar óptico en línea axilar posterior en 5º espacio intercostal y se realizó una minitoracotomía de unos 3 cm superior al trocar. Se realizó la apertura del mediastino derecho, identificando la vena cava superior y el pulmón derecho colapsado. Se realiza la liberación de la porción torácica de la tiroides encontrando adherencias firmes, identificando la tráquea y la vena ácigos. Posteriormente se coloca a la paciente en decúbito supino con la cabeza en hiperextensión y se completó la tiroidectomía mediante cervicotomía según la técnica habitual, con monitorización del nervio vago y laríngeo recurrente con neuroestimulador NIM3®.

Discusión: La tiroidectomía mediante cervicotomía y videotoracosopia en casos de bocios endotorácicos de gran tamaño permite un abordaje seguro y menos invasivo consiguiendo una recuperación posoperatoria más rápida y con mejores resultados estéticos al no necesitar la realización de esternotomía.