



V-053 - LOBECTOMÍA TIROIDEA TRANSAXILAR VIDEOASISTIDA. TÉCNICA QUIRÚRGICA

Gluckmann Maldonado, Enrique¹; Vilaça, Jaime²; Corrales Valero, Elena¹; Ocaña Wilhemi, Luis¹; Soler Humanes, Rocío¹; Ramos Muñoz, Francisco¹; Villuendas Morales, Francisco¹; Monje Salazar, Crisina¹

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga; ²Hospital da Arrábida, Oporto.

Resumen

La tiroidectomía por vía cervical es una cirugía poco invasiva, pero produce secuelas estéticas poco deseables por muchos pacientes por lo que hoy en día se está implementando la utilización de técnicas de cirugía con menos cicatrices para el abordaje de la cirugía tiroidea. En el caso de la vía de abordaje endoscópica transaxilar, opinamos que es una vía reproducible por cirujanos entrenados en laparoscopia; además de precisar únicamente de material laparoscópico básico disponible en cualquier centro con cirugía laparoscópica habitual. Presentamos el caso de una paciente de 34 años sin antecedentes de interés, diagnosticada de nódulo en el lóbulo tiroideo izquierdo. En el estudio se observa nódulo único sólido con foco coloideo de 13 mm clasificado como TIRADS 3 y con anatomía patológica mediante PAAF clasificada como Categoría IV de Bethesda, por lo que se decide intervención quirúrgica. La posición de la paciente es con la cabeza ligeramente girada hacia el lado contrario a la lobectomía y sin necesidad de hiperextensión cervical habitual; evitando pliegues cutáneos cervicales. Se realiza la técnica con tres trocares; uno de 12 mm situado en el pliegue axilar que se introduce por encima del músculo pectoral mayor, subcutáneo. Se realiza la insuflación de aire a presión de 8 mmHg, y se introducen dos trocares más subcutáneos de 5 mm situados en la axila y periareolar que ayudarán a completar la disección subcutánea de planos hasta llegar a la musculatura pretiroidea para un abordaje lateral. Se accede a la celda tiroidea por encima del músculo esternocleidomastoideo, respetando la musculatura pretiroidea arriba. Tras abordar el tiroides se procede a la disección del pedículo superior tal y como ocurre en la cirugía abierta, coagulando y seccionando el mismo con pinza de coagulación Ultrasonic Harmonic. La localización del nervio recurrente se realiza traccionando hacia arriba del tiroides, lo que proporciona una buena visión de la entrada del nervio a la tráquea y una correcta disección del tiroides del plano traqueal. En este caso se realizó neuromonitorización del nervio tanto previo a la disección del mismo como posterior a la lobectomía para comprobar la integridad del mismo. Ambas glándulas paratiroides fueron visualizadas y respetadas. Se dejó un drenaje no aspirativo que se retira de forma ambulatoria al 3^{er} día. El tiempo quirúrgico fue de 75 min. La paciente no ha sufrido ninguna complicación derivada de la cirugía.