

Hemitiroidectomía mediante videoendoscopia, experiencia en el Hospital "Hermanos Ameijeiras"

Hemithyroidectomy by videoendoscopy: an experience from "Hermanos Ameijeiras" Clinical Surgical Hospital

Joel Artiles Ivonnet^I; José Ricardo Silvera^{II}; Pedro Vilorio Arza^{III}; Miguel A. Martín^{IV}; José M. Díaz Calderín^V; Ana Subirat Pare^{VI}

^IEspecialista de I Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

^{II}Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de II Grado en Cirugía General. Asistente. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de II Grado en Cirugía General. Instructor. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

^VEspecialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Auxiliar. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

^{VI}Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN: se presentan las 4 primeras pacientes operadas de hemitiroidectomía videoendoscópica en el Hospital "Hermanos Ameijeiras", para introducir una técnica que elimine la cicatriz en el cuello de los(as) pacientes que necesitan un tratamiento quirúrgico por una enfermedad tiroidea.

MÉTODOS: se escogieron 4 pacientes con nódulos benignos del tiroides menores de 3 cm, remitidas para tratamiento quirúrgico por el servicio de endocrinología de nuestro centro, de enero a junio de 2009. Se les explicó en detalles el proceder y firmaron un consentimiento informado para participar en el estudio.

RESULTADOS: en las 4 pacientes se pudo realizar la operación planificada, el promedio de tiempo quirúrgico fue de 2,9 h. El efecto cosmético fue mayor en las pacientes 2, 3 y 4 al no quedar ninguna cicatriz en el cuello. La laringoscopia posoperatoria demostró movilidad normal de las cuerdas vocales en las 4 pacientes.

CONCLUSIONES: la cirugía videoendoscópica del tiroides es una realidad que no

podemos obviar, y realmente tiene un único impacto demostrado hasta el momento actual, que es la posibilidad de eliminar la cicatriz residual en el cuello que tanto preocupa a los(as) pacientes jóvenes.

Palabras clave: Hemitiroidectomía videoendoscópica.

ABSTRACT

INTRODUCTION: these are the cases of the first patients operated on of Hemithyroidectomy by videoendoscopy in "Hermanos Ameijeiras" Clinical Surgical Hospital to introduce a technique eliminating the neck scar of patients needing surgical treatment by thyroid disease.

METHODS: four patients presenting with benign thyroid nodules referred to surgical treatment by Endocrinology service of our institution from January to June, 2009. Procedure was explained in details and they signed the informed consent to participate in study.

RESULTS: in four patients it was possible to perform the planned operation; the surgical time average was of 2, 9 hr. Cosmetic effect was greater in patients 2, 3 and 4 without neck scar. Postoperative laryngoscopy showed a normal motility of vocal cords in the four patients.

CONCLUSIONS: thyroid videoendoscopy surgery is a reality that cannot be obviated and with a unique impact proved until present time that is the possibility to eliminate the neck residual scar so worrying for young patients.

Key words: Hemithyroidectomy by videoendoscopy.

INTRODUCCIÓN

La cirugía sobre la glándula tiroides ha aumentado su frecuencia en los últimos años, así como su aparición en pacientes más jóvenes. La preocupación por los efectos cosméticos residuales, así como el desarrollo de la cirugía videoendoscópica, han motivado la aplicación de esta vía de acceso para estas enfermedades. Su único beneficio realmente probado es el efecto cosmético, por lo que nuestro grupo de cirugía videoendoscópica decidió introducir esta técnica para beneficio de pacientes jóvenes con nódulos benignos del tiroides.

PRESENTACIÓN DE LOS CASOS

Del total de pacientes remitidas para tratamiento quirúrgico de nódulos benignos del tiroides por el servicio de endocrinología de nuestro centro, de enero a junio de 2009, se escogieron 4 con nódulos menores de 3 cm, jóvenes, delgadas, a las cuales se les explicó en detalles el proceder y firmaron un consentimiento informado para participar en el estudio. Se seleccionó para la primera un acceso cervical directo de Cougard y para las 3 siguientes un acceso axilar bimamario.

Paciente 1 ([fig. 1](#))



Fig. 1. Primera paciente, acceso cervical directo.

Edad: 35 años.

Diagnóstico: nódulos en el lóbulo izquierdo del tiroides.

Fecha operación: 16 de abril de 2009.

Historia enfermedad actual: paciente con nódulo del tiroides del lóbulo izquierdo desde 2004, que llevó tratamiento con levotiroxina. No obstante, aparece un nuevo nódulo en el mismo lóbulo, por lo que el endocrinólogo que la atiende decide remitir para tratamiento quirúrgico.

BAAF: proliferación folicular.

US: 2 nódulos en lóbulo izquierdo del tiroides de 1,3 y 1,5 cm de diámetro respectivamente.

Tiempo quirúrgico: 3,30 h.

Biopsia por congelación: negativa de células neoplásicas.

Parafina: bocio multinodular con áreas de fibrosis.

Modalidad: ingresada.

Paciente 2 ([fig. 2](#))

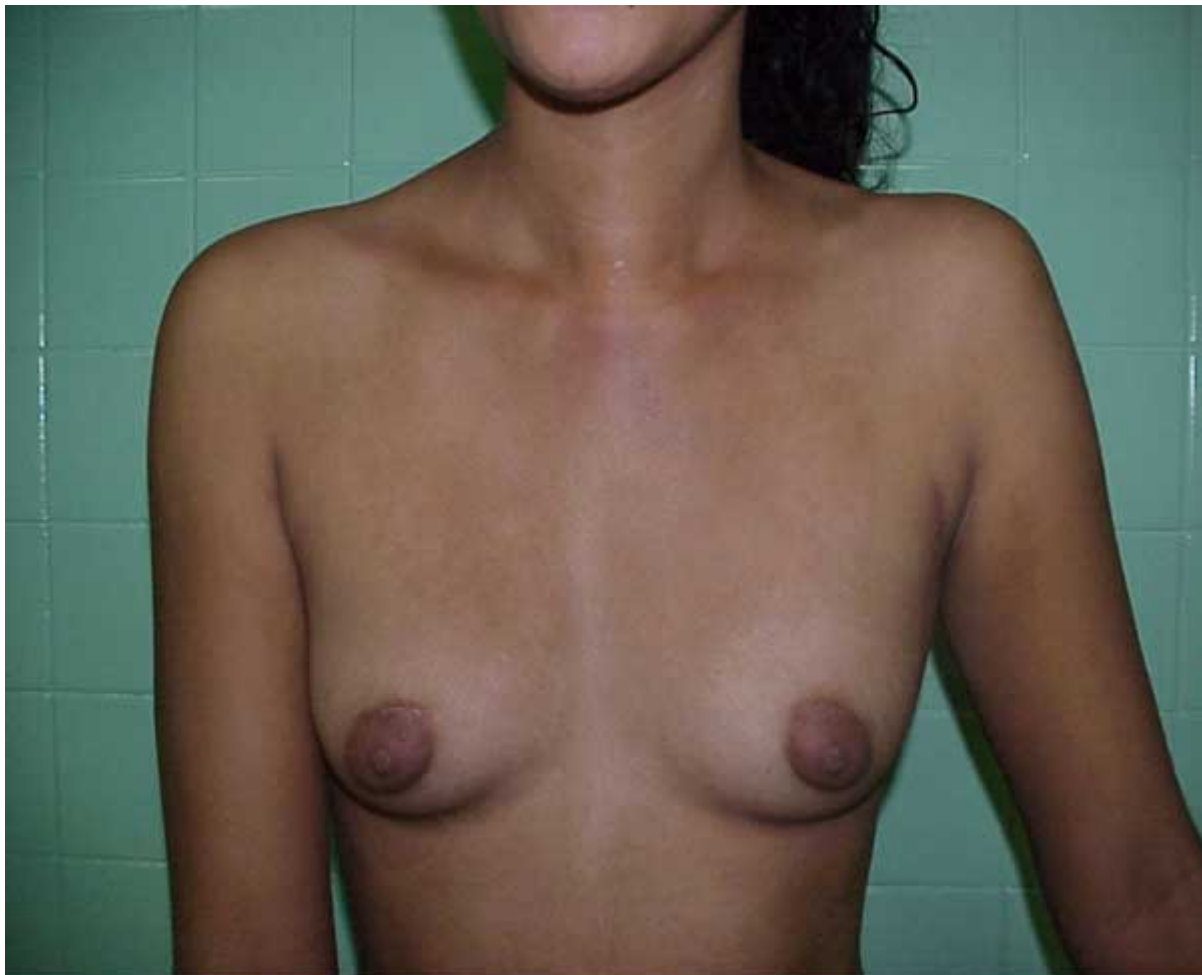


Fig. 2. Segunda paciente a los 8 días de operada, vía axilar bimamaria.

Edad: 25 años.

Diagnóstico: nódulo en el lóbulo izquierdo del tiroides.

Fecha operación: 20 de mayo de 2009.

Historia enfermedad actual: paciente con nódulo de tiroides de 3,5 años de evolución, llevó tratamiento con levotiroxina los últimos 1,6 años, pero su especialista decide remitir para tratamiento quirúrgico porque continúa aumentando de tamaño.

BAAF: bocio adenomatoso.

US: nódulo sólido que ocupa todo el lóbulo izquierdo del tiroides hacia el polo superior, de contornos regulares, sin calcificaciones, con áreas de necrosis central de 24 x 18 mm.

Tiempo quirúrgico: 3 h.

Biopsia por congelación: negativa de células neoplásicas.

Parafina: bocio coloide nodular.

Modalidad: ingresada.

Paciente 3

Edad: 44 años.

Diagnóstico: nódulo en el lóbulo izquierdo del tiroides.

Fecha operación: 26 de mayo de 2009.

Historia enfermedad actual: nódulo del tiroides de 2 años de evolución, con tratamiento médico al cual no responde, por lo que su especialista decide remitir para tratamiento quirúrgico.

BAAF: bocio con cambios degenerativos.

US: nódulo complejo de contornos mal definidos, en proyección del lóbulo izquierdo, que lo ocupa en su totalidad, de 24 x 14 mm, pobremente vascularizado y con pequeñas calcificaciones.

Tiempo quirúrgico: 3,30 h.

Biopsia por congelación: negativa de células neoplásicas.

Parafina: hiperplasia nodular del tiroides con cambios quísticos degenerativos.

Modalidad: ambulatoria. Se ingresó a las 24 h por drenaje serohemático \pm 200 mL, se observó y se dio alta a las 48 h.

Paciente 4 ([fig. 3](#))

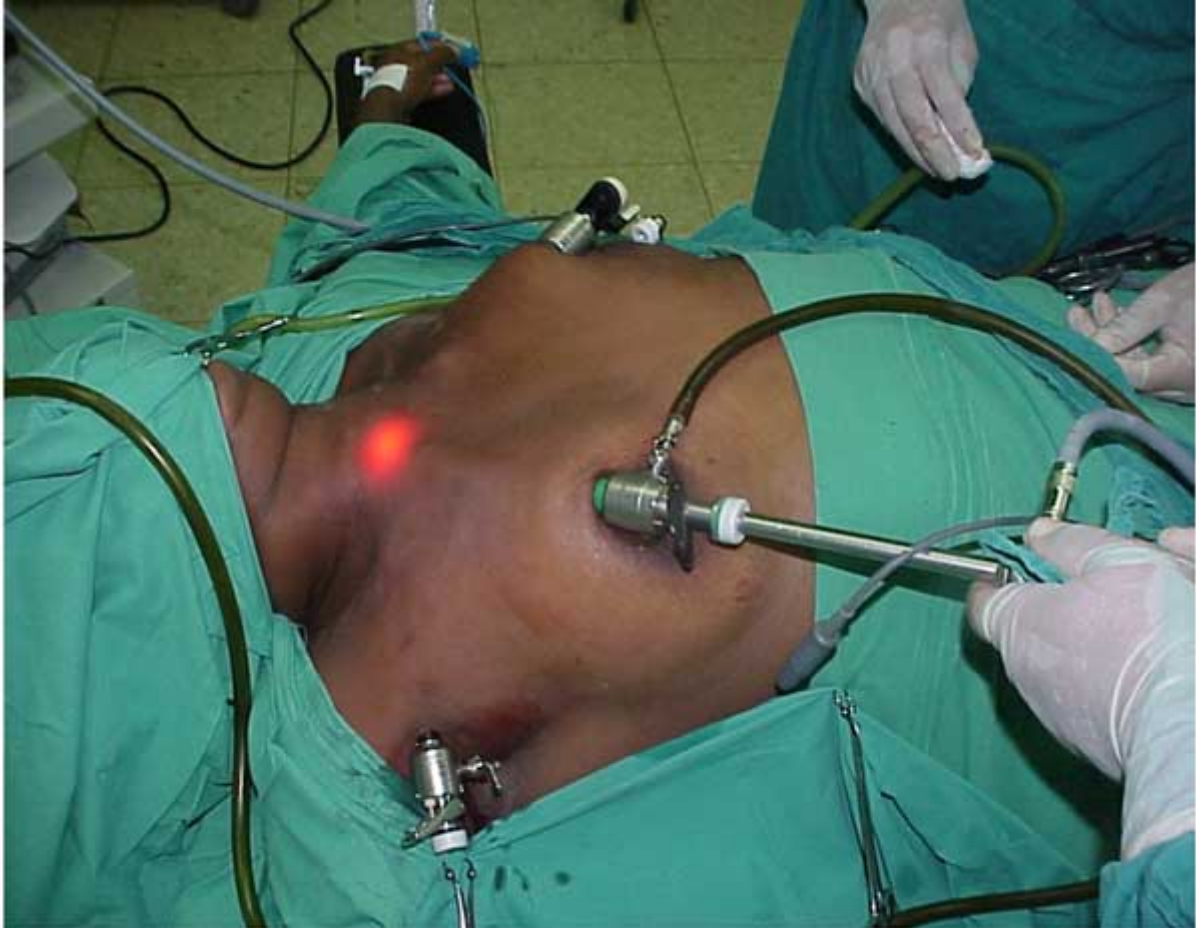


Fig. 3. Cuarta paciente, colocación de los puertos, vía axilar bimamaria.

Edad: 44 años.

Diagnóstico: nódulo en el lóbulo derecho del tiroides.

Fecha operación: 25 de junio de 2009.

Historia enfermedad actual: nódulo del tiroides de 1,6 meses de evolución, con BAAF de proliferación folicular que sugiere exéresis del nódulo, por lo cual es remitida por su especialista para tratamiento quirúrgico.

BAAF: proliferación folicular.

US: nódulo complejo con tabiques en lóbulo derecho de 30 x 16 mm de diámetro, con vascularización central y periférica de contornos regulares.

Tiempo quirúrgico: 2,30 h.

Biopsia por congelación: bocio coloide nodular (negativo de células neoplásicas).

Parafina: adenoma folicular.

Modalidad: ambulatoria.

DISCUSIÓN

En las 4 pacientes se pudo realizar la operación planificada sin conversión. El promedio de tiempo quirúrgico fue de 2,9 h, que debe disminuir a medida que avancemos en la curva de aprendizaje.

El efecto cosmético de la primera operación es evidente al compararlo con la cirugía convencional, inclusive, cuando esta se realiza por una técnica abierta mínimamente invasiva. Sin embargo, en las restantes operaciones este efecto fue muy superior, al no tener ninguna cicatriz en el cuello. Igualmente, la visualización de las estructuras cervicales es superior por cirugía videoendoscópica que por la vía convencional, gracias a la magnificación.

La laringoscopia posoperatoria inmediata demostró movilidad normal de las cuerdas vocales en las 4 pacientes. La segunda paciente comenzó con cambios en la fonación a la semana de operada, por lo que se le realizó fibrolaringoscopia que demostró una parálisis espástica de la cuerda vocal izquierda en la línea media.

El dolor posoperatorio se consideró aceptable para este tipo de operación, y fue tratado con diclofenaco de 75 mg IM en recuperaciones previo al alta, y piroxican en supositorio cada 8 h durante 48 h.

La tiroidectomía es una de las operaciones más frecuentemente realizadas por los cirujanos generales, y es precisamente el nódulo del tiroides una de sus principales indicaciones. En nuestro centro se operan alrededor de 120 tiroidectomías anuales, de las cuales el 50 % corresponden a lobectomías con istmectomía. Cada día vemos en nuestra consulta más pacientes jóvenes, para los(as) cuales representa su mayor preocupación la cicatriz residual.

En 1996 *Gagner*¹ describió la primera paratiroidectomía videoendoscópica, y el mismo autor, en 2001, aplicó su experiencia a la resección del tiroides.² En 1997 se publica una hemitiroidectomía derecha endoscópica con neumocervical, basada en la técnica abierta lateral de *J Marescaux*,³ y también se publica el trabajo de H.C. Yeung con un acceso diferente.⁴ El doctor *J Marescaux* publica en 1999 su artículo *Endoscopic surgery: ideal for endocrine surgery*, en el que analiza los logros y dificultades encontrados hasta el momento con esta novedosa vía de tratamiento. En la [tabla](#)⁵⁻⁹ se resumen los resultados de varias series publicadas en la literatura médica reciente.

Tabla. Resultados de varias series publicadas en la literatura médica reciente

Autor	No.	Extensión resección	Tiempo quirúrgico (min)	Tamaño lesión (mm)	Conversión	Complicaciones
<i>Gagner</i>	18	HT	120-130	7-70	2	0
<i>Yamamoto</i> ⁵	10	HT	115-120	18-55	0	0
<i>Inabnet</i> ⁶	38	HT	105-330	6-70	3	1 (a)
<i>Cougard</i> ⁷	40	HT, I	45-150	17-38	8	0
<i>Sheng Liu</i> ⁸	300	HT	98.70	±30	11 (b)	10 (c)
<i>Park</i> ⁹	100	HT, I, ST	76-146	11-47	6 (d)	5 (e)

HT: hemitiroidectomía. I: istmectomía. ST: hemitiroidectomía + resección parcial del otro lóbulo. (a) parálisis recurrencial permanente. (b) 10: B x C positiva de malignidad y 1 lesión vena yugular interna. (c) 5: parálisis recurrencial transitoria y 5 edemas subcutáneos. (d) 1 sangramiento y 5 B x C positiva de malignidad. (e) 1 parálisis recurrencial permanente y 3 cambios transitorios en la voz.

Otras 2 publicaciones revisan la bibliografía y concluyen que la cirugía endoscópica del tiroides es segura, proporciona una cirugía sin cicatriz en el cuello, y que a medida que aumenta la experiencia y se supere la curva de aprendizaje, debe disminuir el tiempo quirúrgico y las molestias posoperatorias.^{10,11}

Otras publicaciones concluyen resaltando el efecto cosmético de las técnicas videoendoscópicas en la cirugía del tiroides, sin aumento de la morbilidad quirúrgica, y con un dolor posoperatorio menor y una rápida reintegración a las actividades habituales.^{12,13}

Se concluye señalando que la cirugía videoendoscópica del tiroides con accesos extracervicales proporciona una operación sin cicatrices en el cuello, y no aumenta la morbimortalidad. Al pasar la curva de aprendizaje deben disminuir los tiempos quirúrgicos y las molestias posoperatorias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gagner M. Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism. *Br J Surg.* 1996;83:875.
2. Gagner M, William B, Inabnet III, Biertho L. Thyroidectomie endoscopique pour nodules thyroïdiens isolés. *Ann Chir.* 2003;128:696.
3. Huscher CS, Chiodini S, Napolitano C, Recher A. Endoscopic right thyroid lobectomy. *Surg Endosc.* 1997;11:877.
4. HC Yeung, WT Ng, CK Kong. Endoscopic thyroid and parathyroid surgery. *Surg Endosc.* 1997;11:1135.
5. Yamamoto M, Sasaki A, Asahi H, Shimada Y, Saito K. Endoscopic versus conventional thyroid lobectomy for benign thyroid nodules: a prospective study. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2002;12:426-9.

6. Inabnet WB III, Jacob BP, Gagner M. Minimally invasive endoscopic thyroidectomy by a cervical approach. *Surg Endosc.* 2003;17:1808-11.
7. P Cougrad, L Osmak, P Esquis, P Ognois. La thyroïdectomie totalement endoscopique. Étude préliminaire portant sur 40 patients. *Ann Chir.* 2005;130:81-5.
8. Sheng Liu, Ming Qiu, Dao-Zhen Jiang, Xiang-Min Zeng, Wei Zhang, Hong-Liang Shen, et al. The learning curve for endoscopic thyroidectomy: a single surgeon's experience. *Surg Endosc* DOI 10.1007/s00464-009-0332-7.
9. Park YL, Han WK, Bae WG. 100 Cases of Endoscopic Thyroidectomy: Breast Approach. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2003;13:20-5.
10. Chen Xiao-dong, Peng Bing, Gong Ri-xiang, Wang Li, Liao Bo, Li Chun-lin .Meta analysis endoscopic thyroidectomy: an evidence-based research on feasibility, safety and clinical effectiveness. *Chin Med J* 2008;121(20):2088-94.
11. Charles TK Tan, Cheah WK, Delbridge Leigh. "Scarless" (in the Neck) Endoscopic Thyroidectomy (SET): An Evidence-based Review of Published Techniques. *World J Surg.* 2008;32:1349-57.
12. Go Miyano, Thom E Lobe, Simon K. Wright. Bilateral transaxillary endoscopic total thyroidectomy. *Journal of Pediatric Surgery.* 2008; 43:299-303.
13. Eckhard Barlehner, Tahar Benhidjeb. Cervical scarless endoscopic thyroidectomy: axillo-bilateral-breast approach (ABBA). *Surg Endosc.* 2008;22:154-7.

Recibido: 1º de julio de 2009.

Aprobado: 12 de agosto de 2009.

Joel Artilles Ivonnet. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba. E mail: jartinet@infomed.sld.cu