



TIROIDECTOMÍA TOTAL / TOTAL THYROIDECTOMY.

E. López Moris¹, P. D. Perurena¹, L. A. Chaves², C. B. López Moris³, G. D. Prats⁴.

1. Cirujano de cabeza y cuello, Sanatorios La Trinidad, Galeno Argentina.

2. Residente de Cirugía General, H.I.G.A. Fiorito.

3. Otorrinolaringólogo, CEMIC-FLENI-CIAC.

4. Médico Cirujano, Hospital Balestrini.

RESUMEN

La tiroidectomía total es la cirugía que extirpa la totalidad del tejido tiroideo del enfermo.

Su indicación más frecuente es la sospecha de cáncer diferenciado de tiroides en un nódulo tiroideo diagnosticado por punción sospechosa o positiva, o en un bocio que tenga aumento significativo del volumen rápidamente o sea sintomático. Indicaciones menos frecuentes son el hipertiroidismo, cuando es refractario al tratamiento con Iodo 131 o éste esté contraindicado, y en casos de tiroiditis sintomáticas.

Por su situación anatómica la tiroides se encuentra en relación con importantes elementos nobles que deben evitarse, tanto nerviosos como el nervio laríngeo inferior o glandulares como las glándulas paratiroides, y para ello es imperante ejecutar una cirugía extremadamente meticulosa en cuanto a la disección para reconocer cada uno de estos elementos y asegurar así su preservación. Es esencial mantener también una estricta hemostasia, con el fin de evitar cualquier tipo de sangrado posoperatorio que podría derivar en un hematoma sofocante del cuello, temida complicación que implica una emergencia quirúrgica y pone en riesgo la vida del enfermo.

Por todo esto es fundamental ejecutar una técnica reglada, sin saltar ningún paso, y mantener la prudencia y paciencia que deben gobernar todo acto quirúrgico.

ABSTRACT

Total thyroidectomy is a surgery that removes all the thyroid tissue from the patient.

The suspect of cancer in a thyroid nodule is the most frequent indication and it is presume when previous fine needle puncture is positive or a goiter has significant volume increase or symptoms. Less frequent indications are hyperthyroidism when it is refractory to treatment with Iodine 131 or it is contraindicated, and in cases of symptomatic thyroiditis.

The thyroid gland has an important anatomic relation with the inferior laryngeal nerve and the parathyroid glands, for this reason it is imperative to perform extremely meticulous dissection to recognize each one of these elements and ensure their preservation. It is also essential to maintain strict hemostasis, in order to avoid any postoperative bleeding that could lead to a suffocating neck hematoma, feared complication that represents a surgical emergency and endangers the patient's life.

It is essential to run a formal technique, without skipping steps, and maintain prudence and patience that should rule any surgical act.

Keywords: Thyroidectomy, Total thyroidectomy, Thyroid Cancer.

Recibido: 01/03/2016

Aceptado: 23/03/2016

Los autores no declaran conflicto de interés.

Contacto: elopezmoris@yahoo.com.ar

POSICIÓN DEL ENFERMO

Paciente en decúbito dorsal, con un resalto a la altura de los hombros para hiperextender el cuello y una almohadilla o apoya cabezas a la altura del occipucio para evitar lesiones por hiperdeflexión.

Una cinta adhesiva a la altura del mentón fija la cabeza a la mesa de operaciones, y el tubo endotraqueal se fija hacia cefálico con un punto de sutura al labio para evitar su movilización inadvertida

durante la operación. Se eleva la cabecera 30 grados y se colocan los brazos adheridos al cuerpo.

Se realiza el campo quirúrgico con solución de iodopovidona desde el borde de la mandíbula endotraqueal se fija hacia cefálico con un punto de sutura al labio para evitar su movilización inadvertida durante la operación. Se eleva la cabecera 30 grados y se colocan los brazos adheridos al cuerpo.

Se realiza el campo quirúrgico con solución de iodopovidona desde el borde de la mandíbula hasta 10 cm debajo de las clavículas y se colocan cuatro campos estériles delimitando el campo operatorio.



MARCACIÓN DE LA INCISIÓN

Es de buena práctica marcar con lápiz dermatográfico el sitio de la incisión. Esta se realiza dos traveses de dedo por arriba del manubrio esternal, siguiendo un pliegue cutáneo para mantener la estética, en forma arciforme con concavidad superior y se extiende lateralmente hasta el borde anterior de los músculos esternocleidomastoideos.

En enfermos con cuello delgado la incisión tiende a ser más alta, para facilitar el acceso al pedículo superior de la glándula, y en casos de cuello corto y robusto la incisión es más baja y ancha, cercana al manubrio esternal.

INCISIÓN DE PIEL Y PLANO MUSCULAR

Es en extremo importante mantener el campo quirúrgico exangüe durante todo el acto quirúrgico, ya que los elementos a diseccionar son muy pequeños y resulta difícil individualizarlos aún en condiciones ideales. El sangrado en el lecho quirúrgico complica innecesariamente la cirugía y predispone a lesiones quirúrgicas especialmente de elementos nerviosos.



Figura 1: marcación de la incisión

Luego de incidida la piel se secciona una pequeña capa de tejido celular subcutáneo y luego el músculo platisma, por debajo de él se ligan y seccionan las venas yugulares anteriores, habitualmente en número de dos. Con dos pinzas tipo Alice se talla un colgajo superior por debajo del músculo platisma y las yugulares anteriores y por arriba de los músculos pretiroideos, hasta la V del cartílago tiroideos, exponiendo los músculos pretiroideos y ambos esternocleidomastoideos. Si la incisión es alta puede tallarse también un colgajo inferior, sobre el mismo plano de disección, hasta el manubrio esternal. Ambos colgajos se fijan a la piel con puntos de sutura.

Se secciona el rafe medio de los músculos pretiroideos en sentido superior e inferior, hasta llegar a la cápsula externa de la glándula, la cual esta surcada por múltiples venas superficiales, las que hay que respetar para mantener exangüe el campo quirúrgico.

ABORDAJE DE LA GLÁNDULA

Habitualmente se comienza por el lóbulo derecho, separando con tijera roma los músculos esternocleidomastoideo y esternotiroideo de la cara anterior de la glándula hasta exponer el lóbulo completo y visualizar la arteria carótida y la vena yugular homolateral. Con dos separadores de Farabeuf se mantienen separados los músculos hacia lateral y el lóbulo tiroideo luxándolo hacia medial. En este punto se identifica y secciona la vena tiroidea media, que drena en la yugular interna, lo cual permite completar la luxación del lóbulo tiroideo y exponer el campo quirúrgico para abordar la cara posterior de la glándula donde se busca el nervio laríngeo inferior y las paratiroides.

En algunos casos donde el lóbulo presenta un gran tamaño se puede seccionar los músculos pretiroideos para exponer con mayor facilidad la glándula y acceder al pedículo superior para su ligadura y sección. En este caso es preferible realizar la sección de los músculos en su tercio superior para preservar su inervación y facilitar el acceso al pedículo vascular superior tiroideo.

En caso de invasión tumoral de los músculos pretiroideos estos deben ser resecaados en contigüidad con la glándula.

IDENTIFICACIÓN DEL NERVO LARÍNGEO INFERIOR O RECURRENTE

Separando el lóbulo tiroideo hacia medial y los músculos pretiroideos hacia lateral se identifica el tejido adiposo entre la tráquea, la arteria tiroidea inferior y la arteria carótida, que constituyen el triángulo de Simonds, para buscar con maniobras de disección roma y suave tronco del nervio recurrente en su porción infraarterial. Éste se identifica por su característica vasa nervorum, y debe rastrearse desde su trayecto a proximal en el tórax para asegurar la identificación del mismo y luego seguirlo hasta su ingreso a la laringe en el músculo cricotiroideo.

Puede encontrarse un laríngeo inferior anómalo, no recurrente, naciendo directamente del



Figura 2: nervio laríngeo inferior preservado



nervio vago sin rodear la arteria subclavia derecha en casos de anomalías anatómicas. Esto ocurre en aproximadamente el 1% de los casos y siempre debe tenerse presente dicha eventualidad ya que un nervio laríngeo inferior no identificado siempre es posible de ser lesionado al confundirlo con la arteria tiroidea inferior o una de sus ramas.

PRESERVACIÓN DE GLÁNDULAS PARATIROIDES

En este punto deben identificarse y preservarse las glándulas paratiroides y su irrigación. Las mismas se encuentran en el tejido adiposo que rodea a la arteria tiroidea inferior y sus ramas de división, por delante y por detrás del nervio laríngeo inferior, por lo que no debe seccionarse la arteria en su nacimiento sino, muy por el contrario, en sus ramas capsulares, más finas. Esto permite preservar las glándulas paratiroides y su irrigación, y evita complicaciones en el posoperatorio.

Si se identifica una glándula paratiroides que haya perdido su irrigación o esté lesionada debe procederse a su autotransplante, el mismo se realiza morcelando la glándula con bisturí y colocando la misma en un bolsillo creado en el músculo esternocleidomastoideo y cerrado con un punto en U de material reabsorbible, con el cuidado de no generar un hematoma que quite posteriormente irrigación a la glándula trasplantada.

PEDÍCULO SUPERIOR

Para abordar el pedículo superior es necesario recolocar los separadores Farabeuf hacia el borde superior de la herida, hacia superior y lateral del pedículo a disecar.

Primero se penetra en el espacio paralaríngeo, plano avascular, y se ligan y seccionan una por una las tres ramas de división de la arteria tiroidea superior, preservando la rama externa del nervio laríngeo superior que transcurre entre ellas.

RESECCIÓN DEL LÓBULO

Se procede luego a ligar y seccionar las venas imae lateral y medial, y con esta maniobra ya se encuentra el lóbulo sin irrigación. Sólo queda desprender el lóbulo de la tráquea seccionando el plano avascular que lo adhiere a la misma. Hay que tener especial cuidado en esta parte de la cirugía porque se encuentra una zona muy adherida de la glándula al tejido traqueal, llamado ligamento de Berry, justo en la zona donde penetra el nervio recurrente a la laringe. En este punto puede realizarse la maniobra precautoria, para no lesionar el nervio, de seccionar la glándula uno o dos milímetros arriba del ligamento, dejando un ínfimo remanente glandular, lo cual evita la lesión del nervio en el final de su trayecto.

Luego se procede de igual manera en el lado contralateral, con el mayor cuidado de respe-



Figura 3: Pedículo superior

tar los nervios laríngeos, las glándulas paratiroides y realizar una prolija hemostasia.

Antes del cierre se procede a irrigar con solución fisiológica el lecho quirúrgico y elevar la presión arterial del enfermo para identificar hasta el mínimo punto de sangrado.

Se colocan dos drenajes cerrados aspirativos a los lados de la tráquea, se suturan los músculos del rafe medio con material reabsorbible, así como el músculo platisma, y por último se completa con una sutura intradérmica de nylon en la piel.



Figura 4: cirugía completada

BIBLIOGRAFÍA

1. Duh, O; Clark, O; Kebebew, E. Atlas de técnicas quirúrgicas endócrinas. Elsevier Saunders, 2010.
2. Nyhus, LM; Baker, RJ; Fisher, JE. El dominio de la Cirugía. 3ª edición. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires. Argentina. 1999.
3. Veronesi, U. Cirugía Oncológica. Editorial Médica Panamericana. 1ª reimpression de la 1ª Edición. Buenos Aires. Argentina. 1992.
4. Yoel, J; Cerisola, JA; Finochietto, R. Atlas de Cirugía del Bocio. Editorial Vergara.
5. Sedgwick, CE.; Cady, B. Surgery of the Thyroid and Parathyroid Glands. Second Edition. By W.B. Saunders Company. U.S.A. 1980.
6. Madden, JL. Atlas de técnicas en Cirugía. 2ª Edición. Ed. Interamericana. México. 1977.
7. DeVita, VT; Hellman, S; Rosenberg, SA. Cancer. Principles & Practice of Oncology. Lippincott Williams y Wilkins 7h Edition. 2006.