



Cirugía de las glándulas paratiroides

D. Malinvaud, O. Laccourreya, P. Bonfils

La cirugía de las glándulas paratiroides ha evolucionado mucho en los últimos años gracias al impulso de las exploraciones preoperatorias de localización de las glándulas patológicas. Primero la ecografía, seguida de la gammagrafía con sestaMIBI (metoxi-isobutil-isonitrilo) en doble fase, cuya fiabilidad está próxima o supera el 90%, permiten en la actualidad intervenciones mínimamente invasivas, dirigidas, en casos en los que hace unos pocos años sólo se realizaba una cirugía cervical bilateral. Esta evolución de la estrategia quirúrgica del hiperparatiroidismo se ha producido sobre todo en el hiperparatiroidismo primario, en el que la patología sólo afecta a una de las cuatro glándulas en más del 85% de los casos. Por tanto, esta actitud mínimamente invasiva tiene como objetivo, gracias al estudio preoperatorio de localización, dirigir la intervención quirúrgica a la glándula afectada, sin explorar las otras tres. Las tasas de curación son idénticas a las de la cirugía clásica bilateral, con intervenciones que a veces se realizan con anestesia local, complicaciones menores y una disminución del coste total. En este artículo se describe esta estrategia quirúrgica, así como las distintas técnicas quirúrgicas utilizadas.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Paratiroides; Cirugía; Estrategia quirúrgica; Hiperparatiroidismo; SestaMIBI

Plan

■ Introducción	1
■ Planteamiento del problema	1
■ Diferentes técnicas quirúrgicas	2
Cirugía clásica bilateral	2
Cirugía dirigida mínimamente invasiva	7
Cirugía de las recidivas del hiperparatiroidismo	8
Casos particulares: cirugía de las paratiroides mediastínicas, cáncer de paratiroides, antecedentes de cirugía tiroidea	8
Procedimientos complementarios	9
Seguimiento postoperatorio y complicaciones	9
■ Conclusión	9

Por tanto, en la actualidad se distinguen dos esquemas terapéuticos en función de los resultados del estudio preoperatorio de localización:

- bien se trata de un adenoma aislado en un hiperparatiroidismo primario, y la glándula afectada se localiza de forma segura antes de la cirugía; en tal caso, puede proponerse una cirugía mínimamente invasiva dirigida, que permite incluso una intervención quirúrgica con anestesia local;
- bien las pruebas del estudio de localización preoperatorias y/o peroperatorias no son informativas, o existe un hiperparatiroidismo secundario, en cuyo caso hay que realizar una exploración quirúrgica clásica de las cuatro localizaciones paratiroides, con una cirugía cervical bilateral bajo anestesia general. En este caso, se requiere un conocimiento perfecto de la anatomía cervical paratiroidea y de las áreas de dispersión embrionarias posibles de estas glándulas. En estas circunstancias, la experiencia del cirujano es primordial.

■ Introducción

La cirugía de las glándulas paratiroides ha evolucionado considerablemente en los últimos años gracias al impulso de las exploraciones de localización pre y peroperatorias cuya sensibilidad no ha dejado de aumentar. La gammagrafía con sestaMIBI (metoxi-isobutil-isonitrilo) en doble fase, la ecografía con detección mediante Doppler color pulsado, la PET-TC (tomografía por emisión de positrones-tomografía computarizada) y la resonancia magnética (RM) permiten una localización fiable de la glándula o glándulas afectadas, con una sensibilidad cercana (y a veces superior) al 90%, y un valor predictivo positivo superior al 90% en la mayoría de los estudios.

■ Planteamiento del problema

La estrategia quirúrgica de los hiperparatiroidismos se dirige esencialmente al hiperparatiroidismo primario, causante de la hipersecreción inapropiada de parathormona (PTH), y que se debe a cuatro tipos de lesiones glandulares^[1-4]: adenoma aislado (87% de los casos), hiperplasias (9%), adenomas múltiples (3%) y carcinomas (1%).

Los hiperparatiroidismos secundarios se deben a la estimulación paratiroidea crónica en los pacientes con insuficiencia renal terminal y, por tanto, en diálisis, y la

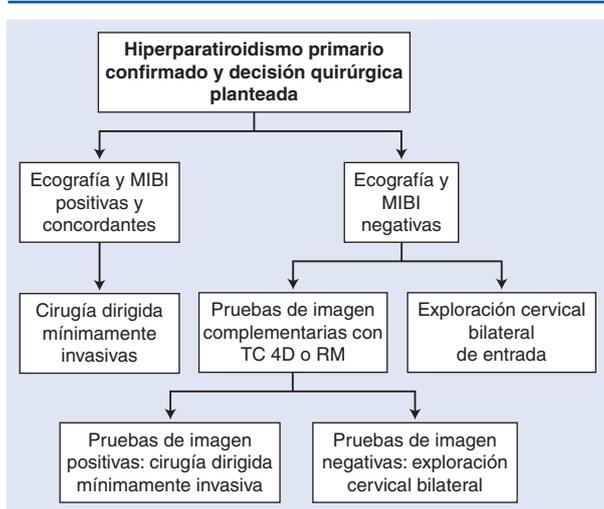


Figura 1. Árbol de decisiones. Estrategia quirúrgica en el hiperparatiroidismo primario. Gammagrafía con sestaMIBI (metoxi-isobutil-isonitrilo) en doble fase. RM: resonancia magnética; TC: tomografía computarizada.

patología glandular corresponde a una hiperplasia de las cuatro glándulas, lo que implica una exploración quirúrgica clásica de los cuatro sitios paratiroides, idéntica a la de las hiperplasias paratiroides primarias.

El hiperparatiroidismo primario es una afección relativamente frecuente, cuya incidencia es del 2% en mujeres y del 0,5% en los varones, por lo general con una proporción de dos mujeres por cada varón^[5,6]. Es la primera causa de hipercalcemia en personas no hospitalizadas. Es la segunda patología endocrina hipersecretora. El promedio de edad de los pacientes es de alrededor de 61 años. La mayoría de las formas son asintomáticas. Cuando aparecen signos clínicos, las manifestaciones óseas dominan el cuadro junto con las litiasis renales^[6]. La sensibilización de los médicos a esta patología ha hecho que su diagnóstico sea más precoz. Las formas de hiperparatiroidismo asintomático y de hiperparatiroidismo moderado (o *mild HPT* de los anglosajones), diagnosticadas fortuitamente por el descubrimiento de una hipercalcemia o por trastornos vagos neuromusculares o psiquiátricos, son más frecuentes que antes.

El diagnóstico del hiperparatiroidismo primario se realiza mediante pruebas de laboratorio. Se basa esencialmente en la asociación de hipercalcemia y de un aumento de la concentración plasmática de la hormona paratiroidea (PTH 1-84 intacta)^[7].

En la actualidad, no existe un verdadero tratamiento médico del hiperparatiroidismo (los bifosfonatos tratan la hipercalcemia). Por tanto, el tratamiento de esta patología es quirúrgico.

Cuando se plantea una cirugía, se pueden emplear distintas pruebas de imagen para localizar mejor la glándula o glándulas paratiroides patológicas, e intentar diferenciar una afectación uniglandular (o adenoma) de una afectación multiglandular antes de una intervención quirúrgica. Por tanto, la exploración será diferente (bilateral o unilateral dirigida) dependiendo de los resultados del estudio de localización preoperatorio (Fig. 1).

■ Diferentes técnicas quirúrgicas

Cirugía clásica bilateral

Colocación del paciente

El paciente se coloca en decúbito supino. La anestesia general es obligatoria, con intubación orotraqueal o

nasotraqueal. Si se prevé una monitorización del nervio recurrente, hay que asegurarse de que el anestesta no utilice curare. La cabeza del paciente debe estar perfectamente recta, sujeta con un cabezal de goma, y con el cuello en ligera hiperextensión gracias al uso de un rodillo transversal situado bajo los hombros. El primer ayudante se sitúa frente al cirujano, y el segundo se coloca a la cabecera del paciente. El instrumental consta de una caja de cirugía cervical clásica a la que podrá añadirse un separador autoestático de Joll y, sobre todo, una pinza bipolar de puntas finas.

Inciisión y despegamiento cutáneos

La incisión cervical corresponde a la incisión clásica de cualquier cirugía del área tiroidea: cervical arciforme con convexidad superior^[8]. Su trazado debe realizarse previamente con el rotulador dermográfico para asegurarse de que es perfectamente simétrica. Se efectúa 1-2 traveses de dedo por encima del relieve de la cabeza de las clavículas. Sobre pasa el borde interno de los músculos esternocleidomastoideos 1 cm en cada lado y se extiende a lo largo de 6-8 cm, dependiendo del volumen de la glándula tiroidea del paciente. Cuando es posible, es aconsejable disimular esta incisión en un pliegue cutáneo cervical, a condición de que este último no sea demasiado bajo (hay que recordar que con el cuello en hiperextensión, una incisión demasiado baja provocaría una cicatriz antiestética al nivel de la horquilla esternal con el paciente en posición de pie). Se puede realizar una escarificación en la línea media vertical cervical perpendicular a la incisión, para obtener una buena coaptación de los bordes durante el cierre.

La piel se incide con bisturí frío, tras lo que los tejidos subcutáneos y el músculo platisma se inciden con el bisturí eléctrico. A continuación, se efectúa un despegamiento subplatismal hacia arriba, hasta el borde superior del cartílago tiroideos, y después hacia abajo, hasta la horquilla esternal, procurando no abrir la aponeurosis cervical superficial por la que discurren las venas yugulares anteriores. Al nivel lateral, el borde anterior de los músculos esternocleidomastoideos se debe liberar un centímetro en cada lado. A continuación, se puede utilizar el separador de Joll para mantener separados los colgajos superior e inferior, confiando a la abertura cutánea una forma romboidal.

Abertura de la celda tiroidea^[8] (Fig. 2)

La celda tiroidea se abre siempre mediante una incisión medial vertical, al nivel de la zona de unión de las aponeurosis cervicales superficiales y medias, entre los músculos infrahioides derechos e izquierdos. Esta incisión se realiza con bisturí eléctrico y se extiende desde el borde superior del cuerpo del cartílago tiroideos por arriba hasta la escotadura esternal por debajo, procurando no lesionar la glándula tiroidea en la profundidad. A continuación, se tracciona de cada lado de la aponeurosis cervical media con pinzas de Chapuis, traccionando lateralmente los músculos esternohioides primero y, después, los esternotiroideos más profundos. El despegamiento de los músculos esternotiroideos se realiza con el dedo o con tijeras en un plano fibroso casi avascular, en contacto con la glándula tiroidea. El cirujano comprime esta última con el dedo, para traccionar la glándula en sentido medial, lo que permitirá apoyar un separador de Farabeuf en la cara profunda de los músculos esternotiroideos y continuar el despegamiento hasta el borde externo de la glándula. En esta etapa de la cirugía, puede aparecer un obstáculo, aunque de forma inconstante: la vena tiroidea media, que drena directamente en la vena yugular interna. Basta con ligarla para acceder al eje vascular yugulocarotídeo. A continuación, es necesario individualizar bien el tronco arterial carotídeo, que constituirá el límite externo del área de búsqueda de las glándulas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4109093>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4109093>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)