



Instituto Nacional
de Cancerología-ESE
Colombia
Por el control del cáncer

Revista Colombiana de Cancerología

www.elsevier.es/cancerologia



REPORTE DE CASO

Tiroidectomía axilar endoscópica video asistida 3D



Enrique Cadena^{a,b,c,*} y Andrey Moreno Torres^{a,d}

^a Cirugía de Cabeza y Cuello, Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D. C., Colombia

^b Unidad Otorrinolaringología, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá D. C., Colombia

^c Unidad de Otorrinolaringología, Cirugía de Cabeza y Cuello, Cirugía Robótica, CiruRobótica, Clínica de Marly, Bogotá D. C., Colombia

^d Cirugía de Cabeza y Cuello, Clínica del Country, Bogotá D. C., Colombia

Recibido el 13 de julio de 2016; aceptado el 5 de septiembre de 2016

Disponible en Internet el 30 de noviembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Tiroidectomía;
Adenocarcinoma
papilar;
Nódulo tiroideo;
Laparoscopia;
Neoplasias de la
tiroides;
Robótica

KEYWORDS

Thyroidectomy;
Adenocarcinoma
Papillary;
Thyroid nodule;
Laparoscopy;
Thyroid neoplasms;
Robotics

Resumen En la cirugía mínimamente invasiva del cuello poco se ha evolucionado considerando que usualmente se acompaña de disecciones extensas, dolorosas y prolongadas en tiempo operatorio. Este tipo de cirugía que denominamos como: “cirugía en mínimos espacios del cuello”, es una línea de trabajo del grupo y a finales del 2015 se inició el programa de cirugía endoscópica de cuello. En junio del 2016 intervinimos una paciente joven con carcinoma papilar de tiroides, utilizando la Tiroidectomía Axilar Endoscópica Video Asistida (TAEVA) con equipo Endoeye Flex 3D. Se observaron claras ventajas al usarlo, como alta resolución visual, buena profundidad de campo y versatilidad derivada de la flexibilidad de la cámara que evitó el intercambio de lentes rígidos de 0°, 30° y 70°, lo que acortó el tiempo operatorio. Hasta donde se tiene conocimiento es el primer caso de TAEVA 3D publicado.

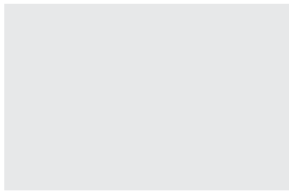
© 2016 Instituto Nacional de Cancerología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

3-D video-assisted endoscopic axillary thyroidectomy

Abstract Little has evolved in minimally invasive neck surgery, considering that this is usually accompanied by extensive, painful, and prolonged operative time in dissections. This type of surgery is called “Minimum space surgery of the neck”, and is a line of work of our group. For this reason, an endoscopic neck surgery program was started in 2015. A young patient with papillary thyroid carcinoma was intervened in June 2016 using Endoscopic Axillary Video assisted thyroidectomy (TAEVA) with equipment EndoEYE Flex 3D. Clear advantages were observed including high visual resolution, good depth of field, versatility derived from the flexibility of

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: enriquecadena2005@yahoo.com (E. Cadena).



the camera that avoided the exchange of inflexible 0°, 30°, and 70° lenses, and shortening the operating time. To our knowledge, it is the first case of 3D TAEVA published.

© 2016 Instituto Nacional de Cancerología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Desde el inicio de la cirugía laparoscópica abdominal se han diseñado múltiples abordajes endoscópicos en diferentes sitios del cuerpo. El área de cabeza y cuello no ha quedado excluida de esta tendencia mundial y en 1996 Gagner describió una paratiroidectomía subtotal endoscópica con insuflación de dióxido de carbono usando 4 trocarea cervicales¹. Seguidamente, Huscher *et al.* publicaron una técnica similar para la tiroidectomía endoscópica².

Debido a la discriminación que sufrieron las mujeres jóvenes, con cicatrices visibles en el cuello luego de intervenciones quirúrgicas se impulsaron las tiroidectomías con incisiones no visibles en esta área del cuerpo³. Así surgieron múltiples descripciones de tiroidectomías mínimamente invasivas video asistidas (MIVAT, *minimally invasive video-assisted thyroidectomy*, por sus siglas en inglés) con accesos remotos cervicales y extracervicales, dentro de las cuales se cuentan el abordaje bilateral a través: del seno y axila (BABA, *bilateral axillar breast approach*, y ABBA por sus siglas en inglés); de la pared torácica anterior; de la axila, y a través de incisión retroauricular (*facelift*, por su nombre en inglés)³⁻⁸.

Para sostener el espacio operatorio estos procedimientos requieren de la insuflación de gas (dióxido de carbono) a baja presión o de retracción externa de los colgajos de piel con separadores complejos. Adicionalmente, se deben utilizar instrumentos, equipos endoscópicos o robóticos con dispositivos ópticos usualmente rígidos de 0, 30 y 70 grados de visión 2D o 3D^{9,10}.

Recientemente el Grupo de Cabeza y Cuello del Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá (INC) ha trabajado en el desarrollo de técnicas mínimamente invasivas denominadas como: "cirugía de mínimos espacios en el cuello"; dichas intervenciones se convirtieron en una línea de trabajo. Razón por la cual, a finales del 2015, iniciamos el programa de tiroidectomías endoscópicas. En junio del 2016, se realizó la primera tiroidectomía axilar endoscópica asistida con visión tridimensional (TAEVA 3D) usando un equipo EndoEYE Flex 3D (hasta donde tenemos conocimiento la primera reportada en la literatura médica), por lo que decidimos comunicar la experiencia y la descripción de la técnica.

Caso clínico

Es el caso de una mujer de 35 años a quien se le realizó una ecografía de cuello por molestias inespecíficas, la cual reportó un lóbulo derecho de 36 × 15 × 10 mm volumen

3 cc, un lóbulo izquierdo de 36 × 13 × 14 mm volumen 3,8 cc, dependiente de este último en el polo inferior un nódulo sólido de 11 × 11 × 10 mm, heterogéneo con calcificaciones en su interior, sombra lateral y flujo periférico a la exploración doppler color de aspecto sospechoso. El mencionado nódulo se analizó con ACAF (aspiración con aguja fina), que fue conclusivo para carcinoma papilar de tiroides (categoría vi) según la clasificación del consenso de Bethesda (clasificación utilizada de forma rutinaria en el INC)^{11,12}. En consideración a que el nódulo era mayor de 11 mm de diámetro y que la paciente tuvo la expectativa de una intervención quirúrgica sin cicatriz visible en el cuello, se tomó la decisión de realizarla con TAEVA, que para este caso y a manera de demostración se nos facilitó un equipo de la casa Olympus HD Endoeye Flex 3D, el cual consta de una cámara cuya parte distal es flexible y da la opción de rotación vertical y horizontal con ángulos de hasta de 100°. Dotado en su interior con un doble juego óptico, que permite visión tridimensional en monitores LCD 3D HD, que se conectan a un sistema de video EVIS Exera III, con la ayuda de gafas cinema 3D se puede obtener visualización tridimensional y buena profundidad de campo (fig. 1).

Indicaciones y contraindicaciones

Debido a que las cirugías en cuello con incisiones remotas tienen un auge muy importante en los últimos años, las indicaciones y contraindicaciones se han venido redefiniendo. Pero en términos generales, los mejores candidatos para tiroidectomías mínimamente invasivas video asistidas (MIVAT) son aquellas mujeres jóvenes que no deseen cicatriz en el cuello, con antecedente de cicatrices hipertróficas o con queloide. Para este caso las hemos aplicado como una guía objetiva, por lo que las especificamos a renglón seguido.

Indicaciones para cirugías MIVAT^{3,10-12}:

- Tiroides total con volumen menor a 30 ml
- Tiroides con cáncer papilar T1
- Sin evidencia de metástasis locales o regionales
- Tiroides con nódulo menor a 3,5 cm de diámetro mayor

Contraindicaciones relativas para cirugía MIVAT^{3,10,13,14}:

- Antecedente de radiación en el cuello
- Antecedente de tiroiditis
- Volumen tiroideo total mayor a 30 ml
- Antecedente de cirugía endoscópica de cuello
- Antecedente de cirugía abierta de cuello

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8789614>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8789614>

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