

TRABAJOS ORIGINALES

I. VACIAMIENTO COMPARTAMENTAL DE CUELLO EN CIRUGIA TIROIDEA

Dr. Héctor A. Perinetti, Jefe de Trabajos Prácticos.

Dr. Luis N. Staneloni, Profesor Adjunto.

Dr. Héctor Perinetti, Profesor Emérito.

Dr. Eduardo Da Via, Jefe de Trabajos Prácticos.

Instituto de Patología de la Tiroides, Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

RESUMEN

Dado que hasta el 51 % de los carcinomas papilares con ganglios clínicamente negativos presentan metástasis microscópicas, se propone la extirpación sistemática de la primera etapa ganglionar formada por los grupos: prelaríngeo, pretraqueal, tiroideo superior, traqueoesofágico, recurrente, yugular medio e inferior.

Se sistematiza la siguiente técnica: a) ampliación de la incisión de Kocher; b) separación del esternocleidomastoideo del plano pretiroideo; c) sección mediana de la aponeurosis cervical media y transversal, a 1 cm del hioides del esternohioides y omohioides y extirpación del esternotiroideo. Se expone así la cadena yugular desde los vasos tiroideos superiores hasta la unión yugulo subclavia; d) sección de los vasos tiroideos superiores y extirpación de los ganglios yugulares hasta la subclavia; e) disección del espacio traqueoesofágico y laringofaríngeo; f) extirpación de la fascia prelaríngea, con sus ganglios; g) extirpación del tejido célula-ganglionar pretraqueal.

Este vaciamiento compartamental permite confirmar la elevada frecuencia de metástasis microscópicas, y clasificar mejor la etapa evolutiva. Es bien tolerado y el resultado es excelente.

SUMMARY

Since 51 % of the patients with papillar carcinoma with clinically negative ganglions revealed microscopic metastasis, the systematic removal of the first ganglionar stage of the lymphatic drainage is suggested. The above mentioned section is formed by the following groups; laryngeal, pretracheal, upper thyroid, tracheoesophagic, recurrent, mid and lower jugular.

These are the steps to be systematically followed: a) wider Kocher's incision; b) separation of the external cleidomastoid muscle, pre thyroidal aspect; c) medial section of the mid-cervical aponeurosis. Transversal section, 1 cm distal to the hyoid of the sternohyoid and omohyoid and removal of the sternothyroid. In this way the jugular chain from the origin of the superior thyroid artery and vein up to the jugular-subclavian junction is exposed; d) section of the superior thyroid vessels and removal of the jugular ganglions from this level up to its attachment with the subclavian artery; e) dissection of the celluloganglionar tissue of the tracheoesophagic and laryngoesophagic space; f) removal of the prelaringeal fascia with the prelaringeal ganglions; g) removal of the pretracheal celluloganglionar tissue.

This procedure, so-called compartment emptying, helps to confirm the high frequency of microscopic metastasis and to obtain a better classification of the stage of the disease. It is well tolerated and the esthetic outcome is excellent.

INTRODUCCION

En estudios previos⁽¹⁻²⁾ comprobamos que el drenaje linfático de la glándula tiroidea, y por lo tanto la diseminación del carcinoma papilar, se produce según las siguientes etapas ganglionares:

- a) *Primaria:* Grupos prelaríngeo, pretraqueal, tiroideo superior, traqueoesofágico, recurrente, yugular medio, yugular inferior y plexo submucoso traqueal.

- b) *Secundaria:* Grupos yugular superior (bajo), cervical transverso y mediastinal superior.

- c) *Terciaria:* Grupos yugular superior (alto), espinal, retrofaríngeo y submaxilar.

Considerando que hasta en el 51 %⁽³⁾ de los enfermos los ganglios negativos, al examen clínico intraoperatorio, presentan invasión metastásica microscópica y que las reintervenciones en esta región implican un gran riesgo de lesiones de

nervio recurrente y paratiroides, propusimos la siguiente táctica:

- a) Extirpación sistemática de los ganglios primarios, procedimiento al que llamamos vaciamiento con parietal.
- b) Examen anatomopatológico intraoperatorio de los ganglios yugulares medios, inferiores y pretraqueales, que son los que actúan como estación de pasaje a los grupos secundarios. Si los ganglios yugulares medios o inferiores están invadidos. Vaciamiento de cuello modificado conservando el músculo E. C. M., nervio espinal y grupo submaxilar. Si los ganglios pretraqueales están invadidos, extirpación desde el cuello de los mediastinales.
- c) Cuando hay ganglios invadidos clínica o histológicamente en la cadena yugular, por arriba del nivel de los vasos tiroideos superiores (grupo yugular superior), o cualquier grupo terciario, y vaciamiento radical de cuello clásico, pues es difícil extirpar los ganglios yugulares que se encuentran a nivel de la base del cráneo sin resecar el músculo esternocleidomastoideo, se trata de casos avanzados.

Las técnicas de los vaciamientos radical clásico y modificado han sido ampliamente descritas; no así aquella para la extirpación de los ganglios primarios (vaciamiento compartimental), incluidos entre ambas venas yugulares y por debajo del nivel de los vasos tiroideos superiores.

El objeto de este trabajo es presentar la técnica que hemos sistematizado.

TECNICA

- a) Ampliación de la incisión de Kocher hasta el borde externo del esternocleidomastoideo. Disección del colgajo superior hasta sobrepasar en 2 cm el hioides y el inferior hasta la horquilla esternal (fig. 1).

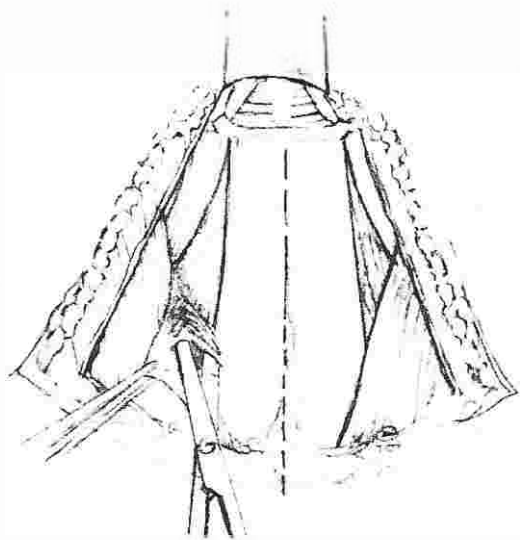


Figura 1. Colgajo superior sobrepasa 2 cm el hioides. Separación de E. C. M. de músculos pretiroideos. Sección mediana de aponeurosis.

- b) Sección de la aponeurosis cervical superficial a lo largo del borde anterior del esternocleidomastoideo, sin abrir su vaina, para separarlo completamente de los músculos infrahioides (fig. 1).
- c) Sección mediana de la aponeurosis y músculos infrahioides (fig. 1). Luego sección transversal de los músculos esternohioides y omohioides 1 cm por debajo de su inserción en el hioides (fig. 2) y extirpación del esternotiroideo, pues es atravesado por vasos linfáticos que de la glándula se dirigen a los ganglios primarios, al rebatirlos, el compartimento visceral infrahioides desde la bifurcación de la carótida primitiva hasta la unión yúgulo subclavia (figs. 3 y 5).

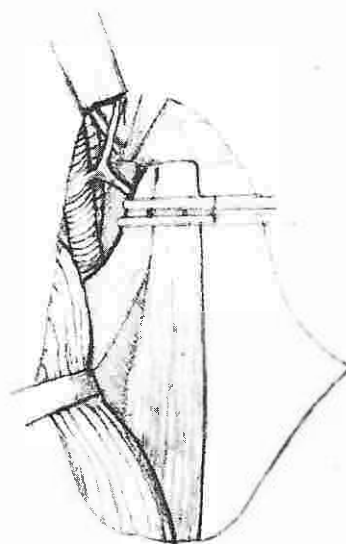


Figura 2. Sección transversal de músculos infrahioides superficiales a 1 cm de hioides.

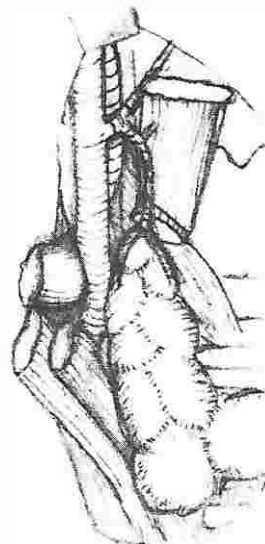


Figura 3. Exposición de tronco venoso tirolinguofacial.

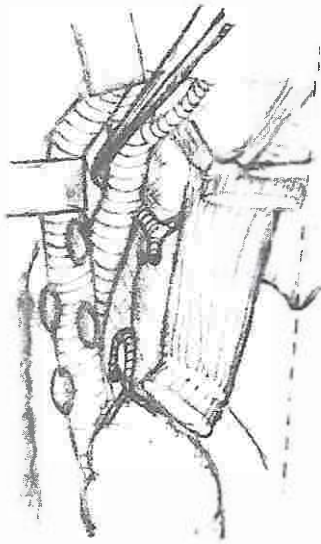


Figura 4. Arteria y vena tiroidea superior seccionadas. Disección de los ganglios a este nivel.

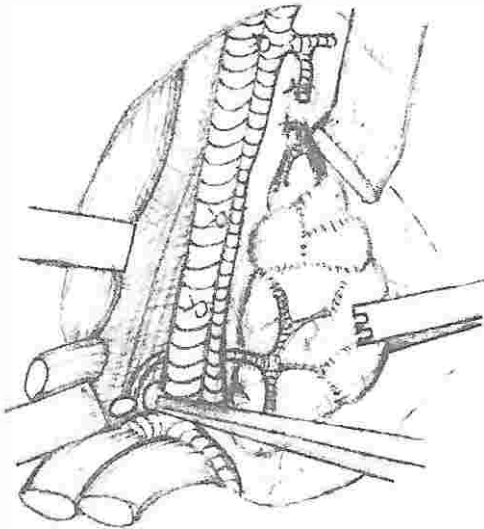


Figura 5. Ganglios yugulares medios e inferiores extirpados. Disección de los ganglios de la confluencia yugulo subclavia.

- d) Se comienza la disección ligando y seccionando el tronco venoso tirolinguofacial o la vena tiroidea superior, si no existe el tronco; con esto se expone (al rechazar la vena yugular interna) la bifurcación carotídea y el nacimiento de la arteria tiroidea superior (fig. 4) y se extirpan todos los ganglios que se encuentran a este nivel, incluido el tiroideo superior. Continúa la disección seccionando las venas tiroideas medias y extirpando los ganglios yugulares hasta la confluencia yugulo subclavia (fig. 5).

Los ganglios yugulares se estudian histológicamente durante la intervención; su positividad por arriba del nacimiento de la arteria tiroidea superior indica el vaciamiento radical, por abajo el vaciamiento modificado en menos. Si son negativos,

continuamos con el vaciamiento compartamental.

- e) La sección de la arteria tiroidea superior y de las venas tiroideas medias permite la rotación antero-medial del lóbulo, con lo que exponemos el espacio que contiene el tejido célulo-ganglionar que incluye los ganglios recurrentiales y traqueoesofágicos.

Exponemos la arteria tiroidea inferior y a su nivel individualizamos el nervio recurrente; con él a la vista disecamos todo el tejido célulo-ganglionar, en sentido cefálico hasta la arteria tiroidea superior y en el caudal, lo más bajo posible (fig. 6).

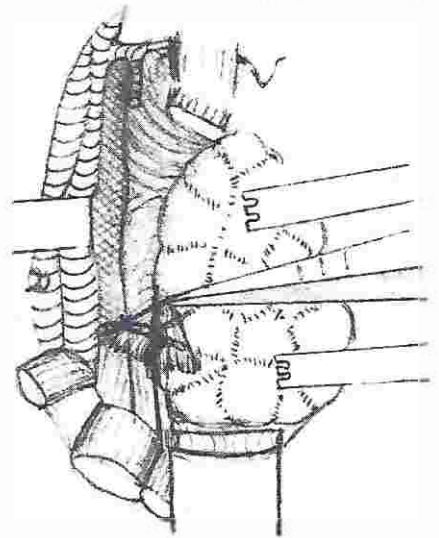


Figura 6. Lóbulo rotado. Arteria tiroidea inferior y nervio recurrente individualizados. Disección del tejido célulo-ganglionar que incluye grupos recurrential y traqueoesofágico.

- f) Extirpación de la fascia prelaríngea, desde el ángulo del cartílago tiroides, que incluye los linfáticos al mismo nombre (fig. 7).

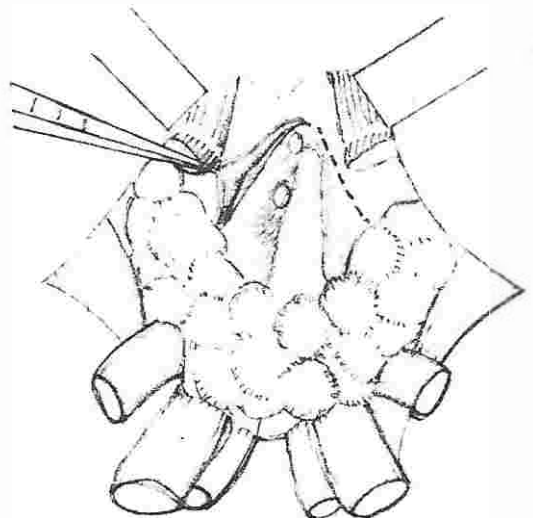


Figura 7. Disección de fascia prelaríngea y sus ganglios.

g) Extirpación del tejido célula-ganglionar pretraqueal (fig. 8).



Figura 8. Extirpación de ganglios pretraqueales.

RESULTADOS Y CONSIDERACIONES

Si bien hemos aplicado la técnica en un grupo reducido de pacientes,⁽⁸⁾ y el control posope-

ratorio es breve, podemos efectuar las siguientes consideraciones:

1. Encontramos invadidos microscópicamente, en aproximadamente la mitad de los casos, algún grupo ganglionar primario, a pesar de que los ganglios eran clínicamente normales. Esto indica la conveniencia de su extirpación sistemática, lo que permite, además, una mejor clasificación de la etapa evolutiva del tumor.
2. Si bien el tiempo quirúrgico se alarga en un 50 % con respecto de una tiroidectomía total o casi total, el procedimiento es muy bien tolerado.
3. El resultado estético es excelente, ya que sólo se diferencia de una tiroidectomía habitual en algunos pacientes, por un leve hundimiento del espacio entre esternocleidomastoideo y conducto laringotraqueal, por la extirpación del músculo esternotiroides.

El resultado es aún mejor si consideramos que muchos de estos enfermos, según otros autores, serían tributarios de un vaciamiento radical o modificado de cuello.

BIBLIOGRAFIA

1. Perinetti, H. A.: "Cirugía de las adenopatías del cáncer papilar tiroideo". Tesis mimeografiada. Facultad de Ciencias Médicas, U. N. de Cuyo, Mendoza, 1977.
2. Perinetti, H. A.; Staneloni, L. N.; Perinetti, H.: "Cirugía de las adenopatías del cáncer papilar tiroideo". Rev. Arg. Cir., 37:277-286, 1979.
3. Noguchi, S.; Noguchi, A.; Murakami, N.: "Papillary carcinoma of the thyroid; II Value of prophylactic lymph node excision". Cancer, 26:1061-1064, 1970.