

CABEZA Y CUELLO

2.-CÁNCER DE PARATIROIDES: EXPERIENCIA EN DIAGNÓSTICO Y MANEJO EN 20 AÑOS

Lucas Fuenzalida M., Rodrigo Jiménez Y., Daniel Rappoport W., Francisco Rodríguez M., Patricio Cabané T., Patricio Gac E.

Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile

INTRODUCCIÓN: El carcinoma de paratiroides (CP) es una entidad infrecuente; representando al 1% de los casos de hiperparatiroidismo primario. Su diagnóstico es complejo, requiriendo una alta sospecha clínica, combinada con hallazgos bioquímicos, imagenológicos y anatomopatológicos. Su tratamiento se basa en la cirugía, requiriendo resección en bloque con estructuras contiguas para lograr márgenes negativos.

OBJETIVOS: El objetivo del siguiente estudio es realizar un reporte descriptivo de una serie nacional, su diagnóstico y manejo a lo largo de los últimos 20 años, en un centro universitario.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo y descriptivo, de los casos de CP diagnosticados en el Hospital Clínico de la Universidad de Chile en el período comprendido entre enero de 2001 a diciembre de 2021.

RESULTADO: Se identificaron dieciocho casos de CP, once pacientes masculinos y siete femeninos, con una mediana de edad de 58 años. Hubo sospecha preoperatoria de CP en siete pacientes (38,9%). La calcemia preoperatoria promedio fue de 13,7 mg/dl +/- 2 DE; mientras que la calcemia postoperatoria fue de 10,7, 9,5 y 9 mg/dl los días 1, 3 y 14, respectivamente. La mediana de PTH preoperatoria fue de 833,5 pg/ml +/- 411 DE; con valores a los 15 y 30 minutos de la resección de 83,6 y 45,6 pg/ml, respectivamente; y 26,5 pg/ml a las 24 horas del postoperatorio. La mediana del tiempo operatorio fue de 120 minutos +/- 56 DE. Las cirugías realizadas fueron: tiroidectomía total + tumorectomía en 7 casos, lobectomía tiroidea + tumorectomía en 6 casos, tumorectomía en 3 pacientes y paratiroidectomía subtotal en 2 pacientes. El diámetro tumoral más grande fue de 7,5 cm y 5 casos tuvieron infiltración del tejido circundante. Se realizó disección central del cuello profiláctica en 5 pacientes, ninguno con afectación metastásica.

CONCLUSIÓN: El CP es una enfermedad compleja e infrecuente, que requiere tratamiento multidisciplinario principalmente con cirugía.

3.-IMPLEMENTACIÓN DE LA CIRUGÍA ROBÓTICA RETROAURICULAR. RESULTADOS DE EXPERIENCIA INICIAL EN CLÍNICA ALEMANA DE SANTIAGO

Arturo Madrid M (1), María Trinidad González D (2), Pablo Repullo S (2), Felipe Capdeville F (1), Rodrigo Montes F (1), Daniel Rappoport (1), Hugo Rojas P (1), Fabio Valdes (1), Luis Felipe Zanolli D.(1), Ingrid Plass D.(1)

(1)Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello, Clínica Alemana de Santiago (2)Servicio de Cirugía General, Hospital Padre Hurtado, U del Desarrollo Santiago

INTRODUCCIÓN: Tradicionalmente el abordaje hacia el compartimiento cervical lateral se ha realizado de manera abierta con una cervicotomía transversa que puede dejar importantes secuelas estéticas y/o funcionales. Esto ha dado paso al desarrollo de nuevas técnicas que buscan minimizar dichas complicaciones, dentro de las cuales el acceso retroauricular con asistencia robótica ha mostrado internacionalmente excelentes resultados.

OBJETIVOS: Comunicar nuestra experiencia inicial en la implementación del acceso quirúrgico por vía retroauricular con asistencia robótica, evaluando resultados estéticos, seguridad clínica y oncológica.

MATERIAL Y MÉTODO: Análisis descriptivo prospectivo de pacientes sometidos a cirugía robótica retroauricular en Clínica Alemana de Santiago entre septiembre de 2023 y julio de 2024. El abordaje quirúrgico se realizó mediante una incisión retroauricular tipo “facelift” modificado y se utilizó el Sistema Robótico Da Vinci Xi.

RESULTADO: Serie de 22 pacientes, mayormente disecciones laterales de cuello (DLC) selectivas, resecando niveles IIa, IIb, III y IV en todos los casos. Fueron tratados 19(86%) Carcinomas Papilares de Tiroides y un Carcinoma Epidermoide Orofaringeo HPV+. Además, se realizó una lobectomía tiroidea y una resección de quiste branquial cervical lateral complicado. Un 72.7%(16/22) de los pacientes fueron mujeres, con un rango de edad de 12-62 años. La estadía postoperatoria intrahospitalaria promedio fue de 2.6días (rango 2 - 4 días). En todos los casos se usó hemostático local Surgicell Powderr y drenaje en lecho quirúrgico, que fue retirado en 24 horas. La mediana del tiempo en consola fue de 45 minutos, con un rango de 24-60 minutos. En cuanto a complicaciones, se registró un hematoma menor del colgajo cutáneo(4,5%) y seis(27.2%) paresias por tracción de XI par craneal. Para las DLC, la mediana de linfonodos resecados fue de 39 linfonodos (rango 20- 65). El tiempo de seguimiento promedio es de 5 meses (1-10 meses), sin recidivas pesquisadas a la fecha.

CONCLUSIÓN: El abordaje retroauricular combinado con la asistencia robótica abre una nueva opción quirúrgica para lesiones tumorales y disecciones linfáticas cervicales. Presenta rápida recuperación y bajos niveles de dolor. Además, de las evidentes ventajas estéticas al ocultar la incisión en el área retroauricular, sobre la línea del pelo. Las complicaciones observadas fueron de baja complejidad y el número de linfonodos resecados fue mayor a lo recomendado para la DLC. Esta experiencia inicial sugiere que este abordaje es factible, seguro, oncológicamente eficaz, con un evidente beneficio cosmético.

2.-DISECCIÓN LINFONODAL YUGULAR ROBÓTICA

María Trinidad González D.(1), Daniel Rappapor W.(2), Ingrid Plass D.(2), Fabio Valdes G.(2), Felipe Capdeville F.(2), Hugo Rojas P.(2), Rodrigo Montes F.(2), Luis Felipe Zanolli de S.(2), Arturo Madrid M.(2)

(1) Residente Cirugía general, Facultad de Medicina, Clínica Alemana-Universidad del Desarrollo – Hospital Padre Hurtado. (2) Departamento de Cirugía de Cabeza y Cuello, Clínica Alemana, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN: El cáncer papilar de tiroides (CPT) es una patología frecuente posicionándose como el séptimo cáncer con mayor incidencia a nivel mundial. En los últimos años, se han desarrollado diversos accesos quirúrgicos con el fin de realizar procedimientos técnicamente seguros y oncológicamente equivalentes a las técnicas abiertas clásicas, pero con mejores resultados funcionales y estéticos. Aparece así, la alternativa robótica como una opción para la disección linfonodal yugular por cáncer papilar de tiroides. Dicho procedimiento, es realizado mediante un acceso retroauricular, logrando excelentes resultados oncológicos y funcionales, y ofreciendo una alternativa con evidentes ventajas estéticas.

OBJETIVOS: Presentar un vídeo mostrando, paso a paso, la técnica quirúrgica de una disección cervical selectiva robótica mediante acceso retroauricular.

CONTENIDO DE VIDEO: Presentamos el caso de un hombre de 35 años con CPT, con un nódulo de 12 mm en lóbulo tiroideo derecho y adenopatías yugulares ipsilaterales identificadas a la ecografía de etapificación. Dichas adenopatías, de hasta 14 mm, se visualizan en el grupo III, IV y VI, presentan tiroglobulina de > 5000 ng/mL y citología compatible para metástasis de CPT. Se realiza en el mismo tiempo quirúrgico una tiroidectomía total y disección cervical central abiertas, mediante una cervicotomía transversa central de 3 cm. En el tiempo cervical lateral, se realiza un vaciamiento yugular selectivo niveles II, III y IV derecho, con técnica robótica y a través de un acceso retroauricular derecho. Técnica: paciente bajo anestesia general y técnica estéril, en posición decúbito con lateralización de la cabeza a izquierda. Incisión retroauricular derecha y elevación de colgajo retroauricular con electrobisturí, identificando nervio auricular mayor ipsilateral y vena yugular externa. Disección cervical IIa y III bajo visión directa, identificando y preservando nervio accesorio ipsilateral con neuromonitorización intraoperatoria. Instalación de separador Thompson y acople (“docking”) de Sistema quirúrgico Da Vinci con tres brazos: el central, la cámara, y laterales con pinza Maryland y bisturí Armónico. Disección robótica de grupos III y IV, identificando y preservando nervio vago, vena yugular interna y nervio frénico ipsilaterales. Pieza quirúrgica a estudio diferido. Aseo local y hemostasia prolija bajo maniobra de valsalva. Aplicación de Surgicel Powder e instalación de drenaje Blake número 15 a lecho quirúrgico. Cierre por planos. La técnica robótica para la disección cervical lateral se presenta como una alternativa segura, viable, con beneficios claros dados por su recuperación rápida y resultados estéticos y funcionales destacables.

4.-EFICACIA DE LA TERAPIA ASISTIDA POR VACÍO EN EL MANEJO DE LA DEHISCENCIA DE FARINGOPLASTIA POST LARINGECTOMÍA TOTAL EN CÁNCER DE LARINGE. EXPERIENCIA INICIAL EN HOSPITAL HERNÁN HENRÍQUEZ ARAVENA DE TEMUCO.

Bárbara Gómez Q., Andrés Torrealba B., Luis Arratia T., Mónica Jimenez S., Jean Pierre Droguett G., Valentina Cerdán L., Cristian Gottschalk S.

Universidad de la Frontera. Departamento de Cirugía Adulto. Hospital Hernán Henríquez Aravena, Temuco, Chile.

INTRODUCCIÓN: La terapia asistida por vacío es ampliamente usada en patología esofágica, sin embargo, presenta escasa literatura sobre su uso en faringe. El carcinoma escamoso es la histología más frecuente de los tumores laríngeos, el 50% se ubican en la glotis y el 30% son supraglóticos. La laringectomía total se describe como tratamiento quirúrgico en estadio T4a, y está asociada a complicaciones postoperatorias hasta en el 70% de los casos, siendo la más frecuente, la fistula faringocutánea.

OBJETIVOS: Describir la técnica de curación asistida por vacío en el tratamiento de la dehiscencia de faringoplastia en el postoperatorio de laringectomía total.

MATERIAL Y MÉTODO: Reporte de casos de pacientes del Hospital Hernán Henríquez Aravena Temuco, operados durante el 2024 por el Equipo de Cirugía Cabeza y Cuello, con diagnóstico de carcinoma escamoso de laringe T4aN0M0, sometidos a laringectomía total con faringorrafia primaria y cobertura con colgajo muscular pectoral.

RESULTADO: Paciente masculino de 66 años, tabaquismo suspendido, presentó hematemesis con compromiso hemodinámico en su 18° día postoperatorio. Con apoyo de videolaringoscopia se constató dehiscencia de faringoplastia con sangrado activo de foco no precisable; se instala esponja de poliuretano porosa con sistema de vacío a -100 mmHg continuo (Endo-sponge artesanal). Paciente se mantuvo en UTI bajo sedación media y nutrición enteral (gastrostomía) con cambio de dispositivo cada 5 días. Se evidenció formación progresiva de tejido granulatorio hasta resolución del defecto al día 25 desde primer endo-sponge. Se logra realimentar y es dado de alta con régimen oral. Paciente masculino, 67 años, Tabaquismo IPA 20, evolucionó con fistula salival en 7° día postoperatorio. La Videofaringoscopia revela dehiscencia de faringoplastia, instalándose Endo-sponge artesanal. Paciente permanece bajo sedación profunda y nutrición enteral por sonda nasogástrica. Evaluado al 6° día desde instalación del sistema aspirativo, se evidencia cierre del defecto.

CONCLUSIÓN: La dehiscencia de faringoplastia conlleva una morbilidad considerable. El uso de colgajos disminuye la tasa de fistulas salivales. Presentamos 2 casos en los que se extrapola el uso de Endo-sponge desde la cirugía endoscópica terapéutica esofágica, al manejo de defectos faríngeos. Si bien aún no se ha difundido su uso, la experiencia local inicial es comparable con la literatura internacional al evitar re-exploraciones quirúrgicas y disminuir la morbimortalidad producto de fistulas, pudiendo llegar a ser extrapolable para otras patologías benignas o malignas de la faringe.

