

CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES CON INFILTRACION TRAQUEAL. TECNICA QUIRURGICA Y RESULTADOS FUNCIONALES

Dr. Soto Sánchez, Dr. Álvarez Rodríguez,
Dr. García Juncal, Dra. Tedín García.

Servicio de Cirugía General. Hospital "Cristal Piñor". Orense.

INTRODUCCION

Presentamos un caso de resección total de glándula tiroidea a causa de un "Carcinoma Medular" que infiltraba tráquea a nivel del segundo anillo traqueal. El cirujano, en el curso de la intervención, solicitó nuestra colaboración y después de enviar un trozo de cartílago al servicio de A. Patológica y confirmar por parte de éste, la infiltración tumoral de dos anillos traqueales, decidimos reseccionar los anillos traqueales afectados más un margen de seguridad, por lo tanto reseccamos el segundo, tercer y cuarto anillos traqueales, haciendo una anastomosis del primero al quinto anillo traqueal. (6).

CASO CLINICO

Al tratarse de un solo caso y ser un paciente que estaba siendo operado por el Servicio de Cirugía, nos limitamos a exponer detalladamente el caso clínico y la evolución pos-operatoria.

1) Resumen Historia Clínica: Se trata de una paciente de sesenta y dos años, hipertensa,

RESUMEN

Presentamos un caso de Carcinoma Medular de tiroides, con infiltración traqueal, que precisó la resección de tres anillos traqueales (1) para lo que se requirió la colaboración del otorrino, por parte del cirujano que estaba operando, los resultados funcionales fueron buenos, si bien la evolución pos-operatoria fue algo tormentosa y tres años después, la paciente respira y habla perfectamente, sin agujero de traqueostomía.

Palabras claves: Carcinoma, Anillos traqueales.

RESUME

Presentamoslle un caso de Carcinoma Medular de tiroides con infiltración traqueal, no que cumpría a resección de tres anelos traqueais (1) o que precisou a colabourado otorrino no acto quirúrxico. Os resultados funcionais foron bos se ben o pos-operatorio foi tormentoso. Tres anos despois a paciente respira e fala axeitadamente, sen burato de traqueostomía.

Verbas claves: Cancro, anelos traqueais.

que desde hace cinco años, nota un bultoma en la región anterior del cuello y su único síntoma es una sensación de ahogo al acostarse. Acude a consulta de endocrinología y le practican una Punción citológica, cuyo resultado es de "Carcinoma Medular de Tiroides" (4).

La exploración tiroidea revela la presencia de un tiroides hipertrófico a expensas del lóbulo izquierdo e istmo, que aparece duro, de superficie irregular y desplazable con la deglución.

La analítica funcional del tiroides (Determinación de T3, T4 y T.S.H.) están dentro de los límites de normalidad. La Calcitonina basal tras estímulo con pentagastrina es normal, las catecolaminas fraccionadas en orina son asimismo normales.

En vista de los resultados la paciente es enviada al servicio de cirugía, donde es intervenida de Tiroidectomía total en Agosto de 1991. En el curso de la intervención y al extraer la glándula, el cirujano vió que infiltraba tráquea y recabó nues-

tra opinión. Después de hacer una valoración del caso, decidimos sacar una muestra de cartílago traqueal y enviarlo a analizar, el resultado inmediato fue de "Fragmentos de la pared traqueal infiltrados por un Carcinoma medular de tiroides con áreas pobremente diferenciadas". En vista del resultado, decidimos intervenir, resecaando tres anillos traqueales (3) conservando el primero y suturándolo al quinto. Para lograr un buen descenso de la laringe cortamos las astas del cartílago tiroides y despegando la traquea por detrás, conseguimos ascenderla y lograr una sutura sin tensión.

La traqueotomía se hizo a nivel del sexto anillo traqueal que debidos al ascenso de la traquea, se encontraba bastante alto), la sutura se hizo con puntos sueltos de vicril. Cerramos por planos y colocamos una canula de plata.

El pos-operatorio fue bueno y a los diez días se le dió el alta hospitalaria. Al cabo de un mes de la intervención, se le practica un control de captación tiroidea con I 131, estando la glándula completamente anulada.

Un mes y medio después viene la paciente a consulta de O.R.L. y le hacemos una naso-fibroscofia, observando una parálisis de la cuerda vocal derecha, al mes siguiente se le hace una nueva exploración, siendo buena la motilidad de ambas cuerdas vocales pero aparece un tejido de granulación en la zona anastomótica que impide el paso del aire, por lo que no es posible decanularla.

Tres meses después de la intervención y en vista de que el granuloma obstruía por completo la luz traqueal, decidimos enviarla al Hospital "Santa Cruz y San Pablo" con el fin de que le hiciesen una resección del granuloma con Laser. El día 17 de Marzo del 92, se le hace la resección con laser del área anastomótica, colocando un tubo de Montgomery que se cambia diez días más tarde por otro más corto. Dos meses después se le retira la cánula de Montgomery y se le coloca una de plata aconsejándole que la lleve tapada el mayor tiempo posible. En Enero de 1993 se cierra el traqueostoma y desde entonces hasta la fecha actual la respiración es correcta y la fonación muy aceptable.

CONCLUSIONES

1) Llama la atención la escasa bibliografía existente sobre este tipo de intervenciones. Consultamos las Actas Españolas de O.R.L. en los últimos diez años y no encontramos una sola publicación sobre resecciones traqueales. Sólomente en la Ponencia oficial sobre Patología quirúrgica de la glándula Tiroides (5) aparece una referencia sobre infiltración traqueal y sutura término-terminal de la misma.

2) La presencia de tejido de granulación posiblemente se hubiese evitado si hiciésemos la incisión por el medio del cartílago traqueal y haciendo sutura entre los dos hemianillos.

3) La técnica quirúrgica es sencilla y llama la atención la capacidad de deslizamiento de la laringe y tráquea. El caso que presentamos, se trata de una paciente gruesa y de cuello corto y creemos que si fuese necesario hubiésemos podido extraer hasta cinco anillos traqueales.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Tratamiento del Cancer de Tiroides, comentarios a propósito de cien casos. *A. Sierra García, D. Egea Romero y F. de la Cruz Caro.* Cirugía Española. Mayo-Junio 1986. Volumen XL.
- 2.- Aspectos clínicos y terapéuticos de Cancer de Tiroides. *E. Martínez Rodríguez, A. R. Menéndez Reborado, P. San Miguel Botella y A. Fernández Alonso.* Cirugía Española. Octubre 1987. Volumen XLII.
- 3.- Reintervenciones en cirugía Tiroidea por Cancer: Factores determinantes de morbilidad. *P. López Cillero, E. Benito Lorenzo, E. Vaz Pérez, F. Alguacil González, J. M. Díaz Rodríguez, F. Sánchez de Puerta, A. del Castillo Maza y C. Pera Machaco.* Cirugía Española. Junio 89. Volumen XLV.
- 4.- Medullary carcinoma of the thyroid gland. Clinical pathological and immunohistochemical features with review of the literature. *Uribe, M.; Grimes, M.; Fenoglio-Preiser, C. y Feud, C.* Am J. Surgical Pathologie 9: 27-41, 1985.
- 5.- Cirugía aplicada de los tumores de Tiroides. Patología quirúrgica de la glándula Tiroides y Paratiroides. Ponencia oficial, 1987. *C. Suárez Nieto, J. Martínez Vidal y J. Gavián Bouzas.* Pag. 160.