

Cirugía de cabeza y cuello

Head and neck surgery

Dr. Mauricio Sierra

Queridos compañeros y amigos:

Me da gusto saludarles y presentarles un nuevo número de la Revista de nuestra querida Asociación. El tema en esta ocasión –Cirugía de cabeza y cuello– fue motivo de un simposio que tuvo lugar en la reunión de la Región Centro Sur en la ciudad de Pachuca, Hidalgo, en julio de 2010.

La idea de reunir las colaboraciones que siguen a esta introducción, tiene como objeto actualizar los conceptos en el manejo de las lesiones que afectan con mayor frecuencia esta región, con un enfoque especial en cirugía endocrina.

Esta subespecialidad existe desde hace más de 30 años, y se ha consolidado como tal, abarcando un enorme campo de estudio que va desde la fisiología, el ejercicio clínico, hasta estudios de biología molecular que han cambiado el abordaje y el manejo de nuestros pacientes.

Los artículos que les presentamos cubren las enfermedades más frecuentes a las que se enfrenta el Cirujano General en la práctica diaria.

El tema principal de este número, por tanto, presenta el espectro de manejo de enfermedades tiroideas consistente en nuevas técnicas de invasión mínima, así como la extensión de tratamiento para el tumor maligno ya diagnosticado.

La incidencia de estos nódulos parece ir en aumento en años recientes; no porque ocurran con mayor frecuencia, sino porque parece que somos más eficientes en su detección, ya sean benignos o malignos. De esta manera, son cada vez más los pacientes que son operados por esta patología en la última década.^{1,2}

A la sospecha clínica se han agregado herramientas diagnósticas que nos permiten visualizar y hacer

biopsias de nódulos cada vez más pequeños, con mejor sensibilidad.³ Pasado es el tiempo en el que se le solicitaba al paciente un ultrasonido, gammagrama, pruebas de función tiroidea, anticuerpos y biopsia de la lesión con aguja delgada. Hoy sabemos que si la tirotropina es normal, los únicos estudios que requiere un paciente con un nódulo tiroideo son un ultrasonido –útil para identificar otras lesiones en el lóbulo contralateral y/o adenopatías; y una biopsia con aguja delgada o fina, que tiene una sensibilidad y especificidad hasta del 95% para detectar o descartar un tumor maligno.¹⁻³ En centros especializados de Europa y algunos de Estados Unidos de Norteamérica, se le solicita de manera sistemática a todo paciente con un nódulo tiroideo, medición de calcitonina en suero,^{4,5} lo que parece detectar los carcinomas medulares de manera más temprana (y muchos de ellos casos índices de síndromes de neoplasia endocrina múltiple tipo 2), además de calcio sérico (hiperparatiroidismo primario coexistente o asociado a NEM 1). Estas dos últimas consideraciones se deben tomar con reserva en nuestro medio, en razón de que los ensayos no están siempre disponibles y su costo es elevado. Ninguno de todos estos estudios debe sustituir a un buen interrogatorio y la clínica en la entrevista con el paciente.

Establecido el diagnóstico de malignidad y aun cuando todavía se discute la extensión ideal de la cirugía para los tumores malignos en algunos foros, la mayor parte de los cirujanos realiza la tiroidectomía total con disección ganglionar del compartimiento central o compartimiento VI, para tumores papilares;⁶⁻¹⁰ tema que se aborda en otro de los artículos de este número. La tiroidectomía total sí se realiza en casos de tumores foliculares, pero sabiendo que su diseminación es hematogena, pocos son los pacientes que se beneficiarían de una disección ganglionar sistemática.⁸⁻¹⁰ La excepción a este abordaje

Servicio de Cirugía Endocrina y Laparoscopía Avanzada
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”
 Recibido para publicación: 15 noviembre 2010
 Aceptado para publicación: 20 noviembre 2010
 Correspondencia: Dr. Mauricio Sierra
 Servicio de Cirugía Endocrina y Laparoscopía Avanzada
 Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición “Salvador Zubirán”
 Vasco de Quiroga 15 Col. Sección XVI Tlalpan 14000 México, D.F.
 Tel. 5487-0900 ext. 2144 Fax 5573-0778
 Correo electrónico: sierra.mauricio@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medicgraphic.com/cirujanogeneral>

son los tumores de células de Hürthle, que metastatizan con mayor frecuencia a ganglios peritiroideos y responden mal a yodo radiactivo.

Si bien, se ha sugerido que la disección sistemática no es necesaria y es potencialmente más mórbida, hecha por grupos con experiencia ha demostrado tener una morbilidad similar, y menor tasa de recurrencia y mortalidad a largo plazo que en los pacientes en los que no se lleva a cabo.^{9,10}

Esperamos que los artículos y discusiones, que conforman parte de este número, sean de gran utilidad en la práctica clínica, para el beneficio y el manejo de sus pacientes.

Referencias

1. Perros P. American Thyroid Association. 2009 American Thyroid Association guidelines on thyroid nodules. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2010; 22(6): 469-471.
2. Mallick UK. American Thyroid Association. The revised American Thyroid Association management guidelines 2009 for patients with differentiated thyroid cancer: an evidence-based risk-adapted approach. *Clin Oncol (R Coll Radiol)* 2010; 22(6): 472-4.
3. Sipos JA. Advances in ultrasound for the diagnosis and management of thyroid cancer. *Thyroid* 2009; 19(12): 1363-1372.
4. Niccoli P, Wion-Barbot N, Caron P, Henry JF, de Micco C, Saint Andre JP, et al. Interest of routine measurement of serum calcitonin: study in a large series of thyroidectomized patients. The French Medullary Study Group. *J Clin Endocrinol Metab* 1997; 82(2): 338-341.
5. Elisei R. Routine serum calcitonin measurement in the evaluation of thyroid nodules. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2008; 22(6): 941-953.
6. Sippel RS, Chen H. Controversies in the surgical management of newly diagnosed and recurrent/residual thyroid cancer. *Thyroid* 2009; 19(12): 1373-1380.
7. Hartl DM, Travagli JP. The updated American Thyroid Association Guidelines for management of thyroid nodules and differentiated thyroid cancer: a surgical perspective. *Thyroid* 2009; 19(11): 1149-1151.
8. Urken ML. The management of well differentiated thyroid cancer in 2010. *Endocr Pract* 2010; 16: 1-29.
9. Grant CS, Stulak JM, Thompson GB, Richards ML, Reading CC, Hay ID. Risks and adequacy of an optimized surgical approach to the primary surgical management of papillary thyroid carcinoma treated during 1999-2006. *World J Surg* 2010; 34(6): 1239-46.
10. Shaha AR. Prophylactic central compartment dissection in thyroid cancer: a new avenue of debate. *Surgery* 2009; 146(6): 1224-7.