

Resultados de la timectomía máxima en miastenia gravis. Experiencia de 20 años en el Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax del Hospital General de México. Influencia de la timectomía en dosis de piridostigmina y tres variables espirométricas en miastenia gravis

Al Editor

He leído el interesante trabajo de Navarro-Reynoso *et al*, sobre los resultados de su importante serie de 126 pacientes con miastenia gravis a los que se realizó timectomía.¹

La fisiopatología de esta enfermedad no se conoce completamente y muchos aspectos de su tratamiento son motivo de controversia, la que se da porque no existen estudios prospectivos controlados, hay variabilidad en los estadios de los pacientes y también se emplean diversos abordajes quirúrgicos. Específicamente, en lo que respecta al tratamiento quirúrgico, hay debate sobre quién debe ser sometido a cirugía, cuándo y cómo debe ser realizada.² En cuanto a cómo debe realizarse, Jaretzki y Wolf³ proponen la timectomía máxima. Ésta se realiza por una incisión cervical y esternotomía media combinadas y la promueven basados en estudios que hablan de distribución ectópica del timo en el cuello y mediastino. En el otro lado del espectro están los que consideran que con procedimientos menos invasivos como la timectomía transcervical⁴ o video toracoscópica⁵ se puede realizar timectomía completa con resultados comparables a cirugías más radicales.

No es el objetivo de estos comentarios enumerar y definir cada una de las técnicas quirúrgicas descritas, pero sí quisiera llamar la atención sobre lo importante que es unificar términos y procedimientos quirúrgicos de tal manera que los estudios puedan ser comparados, lo que tal vez ayudaría a

determinar cuáles son las mejores opciones terapéuticas. En mi experiencia personal con 18 casos de timectomía por miastenia gravis, de los cuales la primera parte de esta serie ya ha sido publicada,⁶ utilizo la llamada "timectomía extendida" mediante esternotomía media, también llamada abordaje quirúrgico agresivo o timectomía radical transesternal.⁷ Esta técnica permite la timectomía y resección del tejido graso de la porción inferior del cuello y del mediastino y al abrir ambas pleuras permite inspeccionar ambos hilos pulmonares para detectar presencia de timo oculto.⁸ Jaretzki⁷ considera que la timectomía extendida es comparable a la llamada "timectomía máxima", pero sólo en lo que corresponde a la disección y resección del tejido tímico y graso del mediastino. Al no realizar incisión cervical se dejaría tejido tímico residual hasta en un 32% de los pacientes. La técnica que incluye incisión cervical y esternotomía media es la que se ha llamado timectomía máxima.⁹ Navarro Reynoso *et al*, reportan la utilización de la timectomía máxima; sin embargo, no se menciona la realización del abordaje cervical. No queda claro si efectivamente se realizó timectomía máxima o extendida.

Atentamente

Dr. Rafael Andrade-Alegre, FACS, FCCP.

Jefe de la Sección de Cirugía Torácica,
Hospital Santo Tomás. Apdo. 0832-01450.

Teléfono: (507) 2075600, fax: (507) 2296646.

Panamá, República de Panamá

Correo electrónico: toravasc@cwpanama.net

REFERENCIAS

1. Navarro RF, Pérez-Romo A, Green L, Páramo-Arroyo R, Cicero-Sabido R. *Resultados de la timectomía máxima en miastenia gravis. Experiencia de 20 años en el Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax en el Hospital General de México. Influencia de la timectomía en dosis de piridostigmina y tres variables espirométricas en mediastinitis gravis.* Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2006;19:252-257.
2. Nicolle MW. *Myasthenia gravis.* Neurologist 2002;8:2-21.
3. DeFilippi VJ, Richman DP, Ferguson MK. *Transcervical thymectomy for myasthenia gravis.* Ann Thorac Surg 1994;57:194-197.
4. Mack MJ, Landreneau RJ, Yim AP, Hazelrigg SR, Scruggs GR. *Results of video-assisted thymectomy in patients with myasthenia gravis.* J Thorac Cardiovasc Surg 1996;112:1352-1359.
5. Mulder DG. *Extended transsternal thymectomy.* Chest Surg Clin N Am 1996;6:95-105.
6. Frago G, Gracia F, Chang E, Andrade-Alegre R. *Miastenia gravis en el Hospital Santo Tomás 1990-1997.* Rev Med Panamá 1998;23:15-19.
7. Jaretzki A 3rd, Wolff M. *"Maximal" thymectomy for myasthenia gravis. Surgical anatomy and operative technique.* J Thorac Cardiovasc Surg 1988;96:711-716.
8. Jaretzki A. *Thymectomy for myasthenia gravis: analysis of the controversies regarding technique and results.* Neurology 1997;48(Suppl):52-63.
9. Heitmiller R, Heitmiller E. *Surgery for myasthenia gravis.* In: Franco KL, Putnam JB, editors. *Advanced therapy in thoracic surgery.* Ontario: Decker; 2005.p.407-416.

RESPUESTA

Leímos con gran interés y agradecemos sobremanera los comentarios sobre nuestro trabajo "*Resultados de la timectomía máxima en miastenia gravis. Experiencia de 20 años en el Servicio de Neumología y Cirugía de Tórax del Hospital General de México*", que se publicó en la Rev Inst Nal Enf Resp Mex 2006;19: 252-257.¹

La miastenia gravis es una enfermedad de etiología compleja² y la timectomía es uno de los recursos con que intentamos controlarla. Las vías de abordaje para la resección del timo van desde la esternotomía, pasando por la vía supraesternal hasta la toracoscopia.³⁻⁶ En nuestra serie, la incisión descrita permite exponer todo

el mediastino anterior, desde la base del cuello; en nuestro artículo no se anotó cuál era el abordaje exacto, por considerar que la mención a Jaretzki *et al*^{7,8} era suficiente, tal y como dicho abordaje es suficiente para realizar la timectomía máxima, pero aceptamos como muy pertinente el comentario.*

175

Atentamente
 MASS, Francisco P. Navarro Reynoso,
 Director General Adjunto Médico.
 Hospital General de México, SSA.
 Dr. Balmis 148, colonia Doctores.
 Delegación Cuauhtémoc.
 Apdo. Postal 11-789, México, DF., 06101.
 Correo electrónico: miroivo@prodigy.net.mx
 * Las citas corresponden a las de la Carta al Editor que precede a esta contestación.

