

do satisfactorio y sin secuelas de la intervención. El tamaño de los nódulos tiroideos se encuentra entre 1,5 y 3 cm. Se ha reducido el tiempo quirúrgico total, en estos 5 casos, progresivamente de 150 a 75 minutos, con un tiempo medio de 113 min. En manos expertas, la técnica es posible en tiempos quirúrgicos de hasta 15 minutos³. La evolución de la duración media publicada por Miccoli et al, es de 82 minutos en el año 2000, sobre 24 pacientes⁷, 73 minutos en el 2001 sobre 51 pacientes⁸, y de 30 en el 2002 sobre 216 pacientes⁴. Por último, en un estudio multinstitucional en el año 2002, la media de tiempos de intervención era de 69 minutos para la hemitiroidectomía endoscópica⁹.

En los restantes 6 casos (54,5%) fue preciso la conversión a cirugía abierta, todavía lejos del 1,17% publicada por autores expertos⁴. Las causas de la conversión fueron, en 2 casos (33,3%) por mala indicación de la técnica, dado que tenían nódulos de 4 y 5 centímetros respectivamente; en 3 casos (50%), por hemorragia durante la intervención, que impedía una visión adecuada, y un caso (16,7%) por no progresión de la disección debido a una técnica inmadura. La estancia hospitalaria de los 5 casos finalizados fue de 1 día excepto en el primero de los casos, que fue de 2 días, concordante con las series más largas³.

El índice de complicaciones aportadas en la literatura para esta técnica en manos expertas, es similar, o incluso inferiores a las de la cirugía abierta^{3,10}. En nuestro caso, en los 11 pacientes que integran esta serie, no se han observado complicaciones temporales ni permanentes referidas a parálisis recurrential.

Con respecto al aspecto cosmético, los 5 pacientes finalizados con éxito, han manifestado su satisfacción con el resultado local final, incluido el tamaño de la cicatriz. Es necesario recordar, que un grupo importante de estos pacientes son mujeres jóvenes, más sensibles a un resultado cosmético inadecuado. Pero, con independencia del grupo poblacional, resulta difícil pensar que alguien pueda preferir una cicatriz en la parte anterior del cuello de 6 centímetros o mayor, a una de 1,5.

Las desventajas que hemos encontrado en la técnica son fundamentalmente 2: 1) la necesidad de un equipo quirúrgico estable para obtener la máxima eficacia, y 2) la curva de aprendizaje, que entorpece más la implantación de una técnica que viene a sustituir a otra con la que se obtienen buenos resultados.

La técnica aplicada a la exéresis de adenomas e hiperplasias de glándulas paratiroides no precisa una selección previa de los pacientes, como es necesario para los nódulos tiroideos, lo que supone un mayor volumen de pacientes,

que mejorará el rendimiento de la implantación de la técnica. Además, la exéresis de las glándulas paratiroides es técnicamente más fácil, pues no precisa la disección endoscópica del nervio a nivel del ligamento de Berry, que es el momento más crítico de la intervención.

Como conclusión, hay que afirmar que las ventajas de la técnica con respecto a la habitual parecen indiscutibles para nódulos de hasta 3,5 cm. Aunque nuestras cifras en cuanto a tiempo quirúrgico, todavía están lejos de las de los autores con más experiencia, la ausencia de complicaciones en la cirugía, y la fácil conversión a una técnica abierta, permite una implantación de forma segura. En nuestra opinión, el debate de su pertinencia debe centrarse en si cada cirujano, individualmente, considera sus ventajas suficientes como para justificar un nuevo periodo de aprendizaje. Sin embargo, hay pocas dudas de que la cirugía mínimamente invasiva es la vía de progreso de la cirugía moderna, y que el desarrollo de técnicas como la que presentamos, son la antesala de las técnicas del futuro.

Referencias

- Ikeda Y, Takami H, Sasaki Y, Takayama J, Niimi M, Kan S. Clinical benefits in endoscopic thyroidectomy by the axillary approach. *J Am Coll Surg* 2003;196:189-95.
- Shimazu K, Shiba E, Tamaki Y, Takiguchi S, Taniguchi E, Ohashi S, et al. Endoscopic thyroid surgery through the axillo-bilateral-breast approach. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2003;13:196-201.
- Miccoli P, Berti P, Materazzi G, Minuto M, Barellini L. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy: five years of experience. *J Am Coll Surg* 2004;199:243-8.
- Miccoli P, Minuto MN, Barellini L, Galleri D, Massi M, D'Agostino J, et al. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy-techniques and results over 4 years of experience (1999-2002). *Ann Ital Chir* 2004;75:47-51.
- Miccoli P, Berti P, Raffaelli M, Materazzi G, Conte M, Galleri D. Impact of harmonic scalpel on operative time during video-assisted thyroidectomy. *Surg Endosc* 2002;16:663-6.
- Siperstein AE, Berber E, Morkoyun E. The use of the harmonic scalpel vs conventional knot tying for vessel ligation in thyroid surgery. *Arch Surg* 2002;137:137-42.
- Miccoli P, Berti P, Bendinelli C, Conte M, Fasolini F, Martino E. Minimally invasive video-assisted surgery of the thyroid: a preliminary report. *Langenbecks Arch Surg* 2000;385:261-4.
- Miccoli P, Berti P, Raffaelli M, Conte M, Materazzi G, Galleri D. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy. *Am J Surg* 2001;181:567-70.
- Miccoli P, Bellantone R, Mourad M, Walz M, Raffaelli M, Berti P. Minimally invasive video-assisted thyroidectomy: multiinstitutional experience. *World J Surg* 2002;26:972-5.
- Herranz-González J, Gavilán J, Martínez-Vidal J, Gavilán C. Complications following thyroid surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1991;117:516-8.

FE DE ERRORES

En el Volumen 57, Número 4, abril de 2006, de la Revista Acta Otorrinolaringológica Española, en la portada, pág. 193, los autores del artículo "Persistencia del tercer arco braquial" son: A. Batuecas Caletirio, P. Blanco Pérez, S. Santa Cruz Ruiz, J. M. Serradilla López, M. González Sánchez, D. Moreno Jiménez, F. Benito González, A. Muñoz Herrera.