



Dra. Ana Inés Voogd 

Jefa del Servicio de Cirugía de Cabeza y Cuello.
Hospital Universitario Austral. Buenos Aires, Argentina

¿QUÉ ES LA TOETVA? ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE ESTA TÉCNICA CON RESPECTO A LA TIROIDECTOMÍA TRADICIONAL?

La tiroidectomía transoral endoscópica por abordaje vestibular videoasistido, mejor conocida como TOETVA por sus siglas en inglés (*Transoral Endoscopic Thyroidectomy Vestibular Approach*) es una técnica novedosa y atractiva para el tratamiento quirúrgico de determinadas patologías de las glándulas tiroideas y paratiroides; esta técnica, cuyo mayor logro es la ausencia de cicatriz, tanto en el cuello como en lugares remotos de la piel, es apropiada para pacientes seleccionados y particularmente motivados por cuestiones estéticas.

La tiroidectomía transoral (TOETVA) se origina en Asia donde existe un enorme rechazo, casi un tabú cultural, en relación con las cicatrices en el cuello. Por ello, son cada vez más evidentes las ventajas del abordaje transoral.

De un lado, mantenemos la seguridad y los resultados de las técnicas clásicas, y por otro lado se aportan condiciones posoperatorias físicas y psicológicas superiores desde el punto de vista de la persona operada.

El abordaje por TOETVA, además de la ausencia de cicatriz visible, ofrece ventajas sobre otros accesos remotos tales como la menor distancia entre la incisión y la glándula tiroidea, lo que permite su utilización aun en pacientes con índice de masa corporal (BMI) elevado; la disección por el plano subplatismal que es familiar a la cirugía convencional; el abordaje por línea media que facilita la triangulación del instrumental endoscópico y el acceso a ambos lados del compartimento central del cuello y la visualización del nervio recurrente en su punto de inserción laríngeo, su más constante ubicación anatómica, lo que provee un ángulo de disección favorable

a lo largo del plano del nervio. Es, además, un procedimiento fácilmente reproducible con el equipamiento presente en la mayoría de las instituciones, aun en las de baja complejidad, con una curva de aprendizaje para el cirujano más corta, estimada en 7 a 11 casos, y con costos significativamente menores, en comparación con la cirugía robótica, que ofrece la misma técnica y beneficios. Ofrece, además, mejor visualización de las estructuras con respecto a la cirugía convencional, escaso dolor posoperatorio y posibilidad de alta temprana de los pacientes.

Aunque en los últimos 20 años se han descrito numerosas técnicas para el abordaje mínimamente invasivo o remoto de la glándula tiroidea, ninguna ha tenido una aceptación generalizada, tanto por sus complicaciones como por la presencia de cicatrices o la necesidad de amplias disecciones para alcanzar la celda tiroidea. Luego de la publicación del Dr. Angkoon Anuwong (Korea) de sus primeros 60 exitosos casos en el año 2016, la técnica se expandió rápidamente y numerosos centros comunicaron su experiencia en todo el mundo; entre ellos, el grupo de la Johns Hopkins University en Baltimore con Tuffano y Russel, con una muy baja incidencia de complicaciones. (Resultados similares comunicó el Mount Sinai Hospital de Nueva York a través del argentino Fernández Ranvier, quien asistió a la primera cirugía con esta técnica realizada en la Argentina, y el mismo Anuwong, con su experiencia actualizada de 425 pacientes, la mayor serie propia informada hasta el momento. Más recientemente, varias revisiones sistemáticas de la bibliografía ratificaron las bondades del procedimiento, sus elevados niveles de seguridad y la muy baja incidencia de complicaciones específicas.

Como en toda técnica quirúrgica innovadora, la planificación del procedimiento y la adecuada selección

Autor para correspondencia: avoogd@cas.austral.edu.ar, Voogd AI.

Recibido: 26/03/22 Aceptado: 08/04/22 En línea: 30/06/22

DOI: <http://doi.org/10.51987/revhospitalbaire.v42i2.170>

Cómo citar: Voogd AI. ¿Qué es la TOETVA? ¿Cuáles son los beneficios de esta técnica con respecto a la tiroidectomía tradicional? *Rev. Hosp. Ital. B.Aires.* 2022;42(2):89-91.

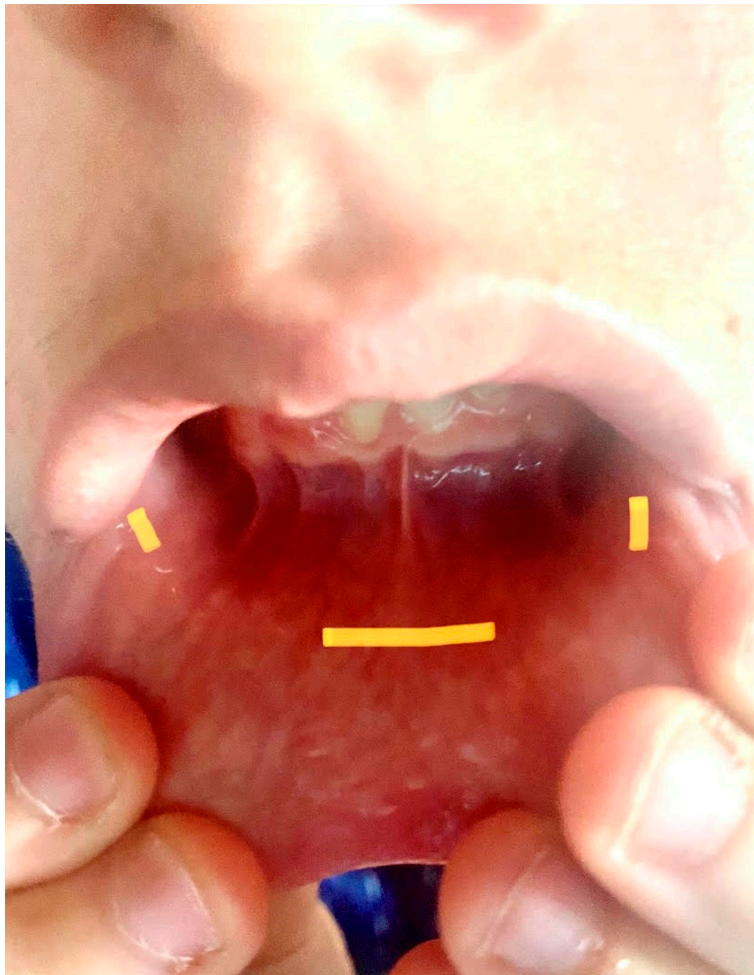


Figura 1. Las líneas indican las incisiones en la mucosa del vestíbulo de la boca por donde se accede con el instrumental para realizar la tiroidectomía.

de los pacientes son muy importantes para asegurar los resultados. En este sentido, es importante el aporte de la ecografía, ya que brinda información sobre el tamaño, la ubicación y las características de los nódulos, indispensable para habilitar, o no, la posibilidad de este abordaje. Coincidiendo con la recomendación de todos los grupos pioneros, se considera conveniente que el cirujano realice, o presencia, una ecografía previa a la cirugía.

Dada la rápida difusión de esta técnica, más de mil casos comunicados desde 2016, Razavi y col. del Johns Hopkins Hospital establecieron requisitos básicos para la implementación de un programa de abordaje transoral, entre ellos, disponer de cirujanos con alto volumen de tiroidectomías con técnica convencional, no inferior a 25 casos anuales con entrenamiento endoscópico y manejo ecográfico; también exigen la realización de cursos cadavéricos, observación de cirugías realizadas por expertos, disecciones anatómicas, trabajo en equipo (siempre dos

cirujanos especializados integrando el *team* quirúrgico), consentimiento informado específico y consolidado apoyo institucional.

Parece importante destacar que cierta bibliografía reciente ha insistido en que la morbilidad potencial de la cirugía tiroidea se extiende más allá de la lesión del nervio recurrente o de las glándulas paratiroides y ha remarcado el impacto negativo que tendría la cicatriz sobre la calidad de vida de los pacientes tiroidectomizados. Un estudio británico señala que este aspecto ha sido tradicionalmente subestimado y que lo que parece ser un buen resultado cosmético para el cirujano no necesariamente coincide con la percepción del paciente sobre su cicatriz. En el trabajo de Choi y col. se refiere que el 66% de sus pacientes experimentaron más de un síntoma relacionado con la cicatriz operatoria, y que, al aplicar el índice dermatológico de calidad de vida, su valor era equiparable al de los pacientes con psoriasis o dermatitis graves. Plantea,

asimismo, un aspecto muy interesante, cuando señala que la satisfacción con respecto a la cicatriz parece más relacionada con la presencia que con el tipo o la ubicación de esta, y que la calidad de vida de los pacientes se vería disminuida independientemente de las características de la cicatriz y de su condición posoperatoria, por lo que puede inferirse que el esfuerzo para dejar cicatrices más pequeñas, con técnicas mínimamente invasivo, parecería innecesario. De ahí la importancia de compartir la opinión del paciente, considerar su percepción sobre la cicatriz, así como sus inquietudes y preferencias al momento de proponer un abordaje quirúrgico determinado. En este sentido, tal como lo plantearon Razavi y col. coincidiendo con la opinión de todos los autores involucrados con esta técnica, debe quedar claro que la indicación primaria y suficiente para utilizar TOETVA en la cirugía tiroidea y paratiroidea, luego de una apropiada selección, es la motivación personal del paciente para evitar una cicatriz en el cuello.

Para cerrar podríamos resumir los beneficios psicológicos y físicos de esta técnica: el paciente podrá tener una exposición al sol de su cuello sin riesgo de pigmentación de la cicatriz y podrá sumergirse rápidamente en una pileta; los pacientes con cáncer de tiroides no tendrán una cicatriz visible debida a él ni un entorno que le recuerde su patología oncológica diariamente; además se olvidarán de los cuidados de una cicatriz con cremas y masajes para evitar ensanchamiento o adherencias. También esta técnica es muy importante para los pacientes con cicatrización queloide.

Aunque esta técnica no se puede utilizar en todos los pacientes con indicación de cirugía por su enfermedad tiroidea, ya que tiene indicaciones precisas, el cirujano

que se ha entrenado en la cirugía transoral de tiroides es quien debe evaluar al paciente y definir las posibilidades de realizarla.

En la Argentina todavía no es ampliamente cubierta por la medicina privada y, a veces, conseguir los insumos en el sector público resulta difícil, por lo cual el alcance no puede ser uniforme. Además no todos los cirujanos de tiroides se han entrenado para realizarla, ya que es una formación costosa y que exige los requisitos enumerados antes.

A partir de mi práctica con más de 60 cirugías transorales de tiroides realizadas desde el año 2019 puedo decir que es una técnica segura y que los resultados posoperatorios son excelentes.

Conflictos de interés: la autora declara no tener conflictos de interés.

BIBLIOGRAFÍA

- Anuwong A. Transoral endoscopic thyroidectomy vestibular approach: a series of the first 60 human cases. *World J Surg.* 2016;40(3):491-497. <https://doi.org/10.1007/s00268-015-3320-1>.
- Choi Y, Lee JH, Kim YH, et al. Impact of postthyroidectomy scar on the quality of life of thyroid cancer patients. *Ann Dermatol.* 2014;26(6):693-699. <https://doi.org/10.5021/ad.2014.26.6.693>.
- Dionigi G, Chai YJ, Tufano RP, et al. Transoral endoscopic thyroidectomy via a vestibular approach: why and how? *Endocrine.* 2018;59(2):275-279. <https://doi.org/10.1007/s12020-017-1451-x>.
- Razavi CR, Khadem MGA, Fondong A, et al. Early outcomes in transoral vestibular thyroidectomy: robotic versus endoscopic techniques. *Head Neck.* 2018;40(10):2246-2253. <https://doi.org/10.1002/hed.25323>.
- Razavi CR, Tufano RP, Russell JO. Starting a transoral thyroid and parathyroid surgery program. *Curr Otorhinolaryngol Rep.* 2019;7(3):204-208. <https://doi.org/10.1007/s40136-019-00246-w>.