



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-14 - CIRUGÍA DEL BOCIO CERVICOMEDIASTÍNICO: ANÁLISIS DE 261 PACIENTES

*Fernández González, A.M.; Poveda Chávez, D.S.; Ruiz López, E.; Párraga Fuentes, J.L.; González García, F.J.; Álvarez Kindelán, A.*

*Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.*

### Resumen

**Objetivos:** La tiroidectomía por bocio cervicomedial (BCM) se realiza generalmente por un abordaje cervical. Sin embargo, en ocasiones es necesario realizar una esternotomía o una toracotomía. El objetivo de este estudio es: 1) Analizar los resultados de la tiroidectomía por BCM en nuestra Unidad. 2) Identificar las condiciones que pudieran predecir la necesidad de un abordaje extra-cervical. 3) Determinar los factores de riesgo de complicaciones.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de 261 pacientes consecutivos sometidos a tiroidectomía por BCM entre 1986 y 2021. Se recogieron datos de la TC de tórax, gammagrafía tiroidea, espirometría, hormonas tiroideas, broncoscopia y punción tiroidea con aguja fina. Las variables analizadas fueron: datos demográficos, hallazgos clínicos, de laboratorio y de imagen, abordaje y técnica quirúrgica, estudio patológico, complicaciones y mortalidad. Se estudiaron factores de riesgo de complicaciones y factores predictivos de abordaje extracervical. Se ha empleado análisis univariable con test paramétricos:  $\chi^2$  para comparar proporciones de variables cualitativas y t de Student para comparar medias de variables cuantitativas. El análisis estadístico se ha realizado con SPSS v.21 para mac.

**Resultados:** Se operaron 203 (78%) mujeres y 58 (22%) hombres, con una media de edad de  $64 \pm 12$  años [23-89 años]. 250 casos con BCM puro y 11 con bocio ectópico intratorácico. La clínica fue variada en los 191 (73%) pacientes sintomáticos: disnea (n = 182; 70%), disfagia (n = 75; 29%), dolor torácico (n = 31; 12%), disfonía (n = 11; 4%), SVCS (n = 13; 5%). Las vías de abordaje fueron: cervicotomía (n = 234; 90%); cervicoesternotomía (n = 18; 7%), esternotomía (n = 3; 1%); toracotomía (n = 3; 1%), cervicoesternotoracotomía (n = 3; 1%) y se realizaron 147 (56%) tiroidectomías totales, 36 (14%) subtotales y 78 (29%) hemitiroidectomías. Los resultados histológicos revelaron 187 (72%) bocios coloides, 28 (11%) hiperplasias, 21 (8%) adenomas, 15 (6%) carcinomas y 10 (3%) tiroiditis. Todos los abordajes extra-cervicales se realizaron en bocios intratorácicos ectópicos o con gran progresión retrovisceral. La tasa de complicaciones fue del 22% (58 casos): parálisis recurrente (n = 35; 13%), hipoparatiroidismo transitorio (n = 21; 8%), sangrado (n = 7; 3%), infección (n = 2; 1%), traqueomalacia (n = 2; 1%). Fueron reintervenidos 14 casos (5%) y la mortalidad a 30 días posoperatoria fue de 8 casos (3%). Los factores de riesgo de complicaciones fueron tiroidectomías totales (n = 44; 30% de tiroidectomías totales; p = 0,02), tiroidectomías por carcinoma (n = 8; 53% de carcinomas; p = 0,03) y la dimensión vertical del bocio

(complicados vs. no complicados:  $8,3 \pm 2$  cm vs.  $9,3 \pm 2$  cm;  $p = 0,03$ ). El factor de riesgo de mortalidad operatoria fue la reintervención por sangrado ( $n = 3$ ; 21% de reoperados;  $p = 0,006$ ). Los factores relacionados con necesidad de un abordaje extra-cervical fueron: clínica disnea ( $n = 13$ ; 50% de abordajes extracervicales;  $p = 0,02$ ), parálisis recurrencial preoperatoria ( $n = 3$ ; 33% de parálisis recurrenciales preoperatorias;  $p = 0,04$ ), bocios intratorácicos ectópicos ( $n = 9$ ; 82% de bocios ectópicos;  $p < 0,001$ ) y bocios con gran progresión retrovisceral ( $n = 9$ ; 37% de retroviscerales;  $p = 0,003$ ).

**Conclusiones:** La tiroidectomía del BCM es una intervención segura, con baja morbimortalidad. Los bocios ectópicos, los cervicales con gran progresión retroesternal y los carcinomas tiroideos presentan más incidencia de complicaciones y predicen la necesidad de un abordaje extracervical.