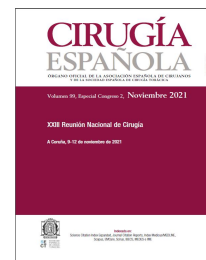




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-136 - BOCIOS MULTINODULARES DE GRAN TAMAÑO, ¿FACTOR PROTECTOR DE HIPOPARATIROIDISMO POSQUIRÚRGICO?

Juez Sáez, Luz Divina; Arranz Jiménez, Raquel; Vilar Tabanera, Alberto; Payno Moran, Elena; Vaello Jodrá, Victor; Porrero, Belen; Luengo, Patricia; Gómez Ramírez, Joaquín

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: Tradicionalmente la cirugía de los bocios de gran tamaño se ha considerado técnicamente compleja, asumiendo una tasa de complicación específica de la cirugía tiroidea levemente mayor. Sin embargo, no existen estudios que confirmen esta tendencia en lo referente al hipoparatiroidismo posquirúrgico. El objetivo principal de nuestro estudio es analizar la asociación que existe entre el volumen tiroideo y el hipoparatiroidismo posquirúrgico.

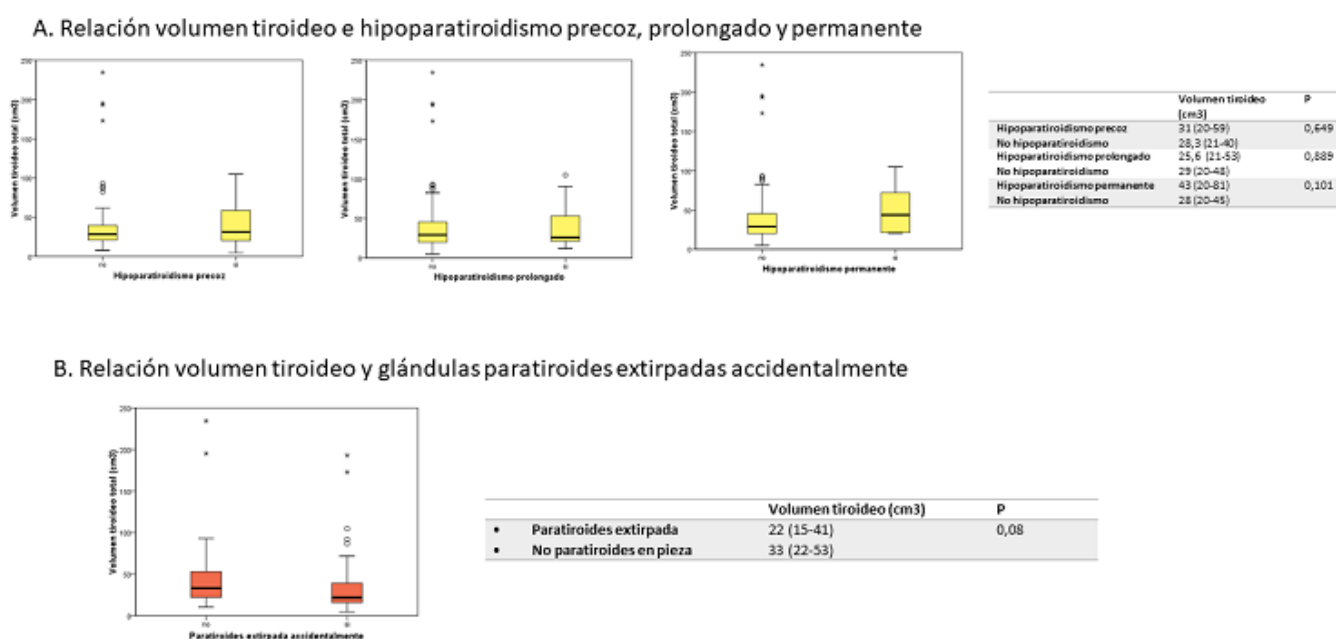
Métodos: Se realiza un estudio observacional prospectivo de pacientes intervenidos mediante tiroidectomía total desde agosto de 2018 hasta enero de 2021 en nuestra unidad de cirugía endocrina en un centro de tercer nivel. Se excluyeron pacientes en los que se realizó algún tipo de linfadenectomía cervical y con seguimiento menor de 1 año. Se definió como hipoparatiroidismo posquirúrgico a la necesidad de tratamiento con suplementos de calcio oral y/o calcitriol al alta. Se realiza un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas, diagnóstico prequirúrgico, tipo de cirugía, volumen tiroideo prequirúrgico (ml) estudiado mediante ecografía cervical dirigida realizada por el servicio de Radiodiagnóstico, valores pre y posquirúrgicos de calcio y PTH, complicaciones posquirúrgicas, diagnóstico de hipoparatiroidismo posquirúrgico precoz (< 24h), al mes y permanente y presencia y número de glándulas paratiroides en pieza.

Resultados: Se han incluido 102 pacientes, un 83% fueron mujeres. Un 92%, se intervinieron por patología benigna. La media de calcio sérico corregido prequirúrgico fue de $9,1 \pm 0,4$ mg/dL y la de PTH 73 ± 28 pg/mL. Los pacientes estuvieron ingresados en planta de hospitalización durante una mediana de 24h (24-48h). El 7% presentaron algún tipo de complicación no relacionadas con hipoparatiroidismo posquirúrgico (tabla). Un 35% de los pacientes presentaron hipoparatiroidismo precoz, un 12% hipoparatiroidismo al mes y un 8% hipoparatiroidismo permanente tras el seguimiento realizado. No se han identificado diferencias estadísticamente significativas entre la mediana de volumen tiroideo prequirúrgico y diagnóstico de hipoparatiroidismo precoz ($p = 0,649$), al mes ($p = 0,889$) y prolongado ($p = 0,101$) (fig.). Tampoco se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,08$) respecto al número de glándulas paratiroides extirpadas accidentalmente con la pieza con relación al volumen tiroideo respecto al grupo de piezas sin glándulas identificadas [22 (15-41) vs. 33 (22-53) ml] (fig).

Características de la muestra

	Total (n = 102)	Hipoparatiroidismo precoz (n = 36)	No hipoparatiroidismo (n = 66)	p
Sexo-mujer	85 (83)	26 (72)	59 (89)	0,049
Diagnóstico prequirúrgico				
Oncológico	8 (8)	3 (8)	5 (8)	0,723
BMN	78 (76)	26 (72)	52 (79)	
E. Graves	16 (16)	7 (19)	9 (13)	
Volumen tiroideo (cm ³)	29 (20-52)	31,3 (20-59)	28,3 (21-40)	0,649
Calcio-pre	9,1 ± 0,4	9,2 ± 0,47	9,5 ± 0,4	0,043
PTH-pre	73 ± 28	74,6 ± 29	72,4 ± 28	0,740
Extirpación paratiroides	31 (30)	14 (39)	17 (26)	0,614
N ^a gl. extirpadas	1 (1-1)	1 (1-1,5)	1 (1-1)	0,287
Días de ingreso	1 (1-2)	2 (1-3,75)	1 (1-1)	0,000
Complicaciones no hipoparatiroidismo				
Herida	4 (4)	2	2	0,612
Sangrado	-	-	-	-
Disfonía	14 (14)	7	7	0,239
Parálisis recurrencial confirmada	4 (4)	2	2	0,612

Figura 1. Relación volumen tiroideo vs hipoparatiroidismo/glándulas paratiroides extirpadas accidentalmente



Conclusiones: Según nuestro estudio el mayor tamaño de la glándula tiroidea no es factor de riesgo en la tasa de hipoparatiroidismo posquirúrgico precoz, al mes y permanente. Sin embargo, y pese a no demostrar diferencias estadísticamente significativas, presencia de glándulas paratiroides extirpadas accidentalmente es mayor en los tiroides de menor tamaño, lo que podría estar en relación con un mayor desplazamiento de estas con el crecimiento gradual de la glándula tiroides pudiendo facilitar su preservación.