



P-097 - PAPEL DE LA CIRUGÍA URGENTE EN PATOLOGÍA TIROIDEA

Galán Martín, Mónica; Vieiro, Victoria; Durán, Marta; Sánchez, Iván; de la Fuente, Marta; Yuste, Pedro; de la Cruz, Felipe; Ferrero, Eduardo

Hospital Doce de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Existen pocas indicaciones primarias de cirugía urgente por patología tiroidea, descartando las secundarias a cirugía tiroidea reciente, como hemorragia y/o hematoma sofocante. Dentro de las primeras, cabe destacar la crisis tirotóxica no controlada con tratamiento médico y la compresión traqueal con obstrucción de vía aérea. La crisis tirotóxica es muy rara (0,2/100.000 habitantes/año), pero con elevada tasa de mortalidad (10-30%). Se caracteriza por agitación/delirio, taquicardia, ICC, arritmias, fiebre, vómitos, diarrea, dolor abdominal, fallo hepático, bocio... Analíticamente se caracteriza por disminución de TSH y aumento de T4 y T3. Requiere tratamiento médico intensivo. ¿Juega algún papel la cirugía urgente en esta entidad?

Caso clínico: Mujer de 42 años con AP: de HTA y nódulo tiroideo hiperfuncionante desde hace 18 años, sin tratamiento médico, que acudió a urgencias por presentar disnea progresiva y ortopnea. A la exploración presentaba taquicardia, taquipnea, HTA, gran bocio, anasarca y signos de desnutrición grave. La paciente ingresó en UVI con diagnóstico de crisis tirotóxica (TSH < 0,005 µU/ml, T4 libre 7,3 ng/dl) e instaurándose medidas de soporte vital. El TAC evidenció: gran bocio multinodular, destacando un nódulo hipodenso quístico de 8 × 5,9 × 8 cm en la región inferior del lóbulo derecho, parcialmente intratorácico, que desplaza y comprime significativamente la tráquea cervical. Derrame pleural izquierdo y mínimo derrame pericárdico. Abundante cantidad de líquido libre peritoneal hepatomegalia sugestivo de hígado congestivo. Resto de órganos sin alteraciones. Se instauró: ventilación mecánica no invasiva (VMNI), tratamiento con esmolol, plasma, metimazol, lugol, glucocorticoides, colestiramina, y furosemida, colocación de tubo endotorácico izquierdo (100 cc líquido seroso), paracentesis evacuadora (2 litros de líquido serohemático) y PAAF del nódulo tiroideo (120 cc serohemático). Al tercer día de ingreso la paciente no toleraba la VMNI, presentando signos de agotamiento, por lo que se decidió intubación orotraqueal. Al 5º día de ingreso en sesión conjunta (UVI, cirugía y anestesia) se decide intervención urgente, con fines a la realización de tiroidectomía total y traqueostomía profiláctica, para un mejor manejo de la paciente. Mediante cervicotomía transversa de Kocher se objetiva BMN parcialmente intratorácico con nódulo tiroideo gigante dependiente del hemitiroides derecho que desplaza tráquea y nódulos de pequeño tamaño en hemitiroides izquierdo. Se realiza tiroidectomía total (visualizando y respetando nervios recurrentes y glándulas paratiroides superiores) y traqueostomía. El resultado anatomopatológico fue de bocio multinodular tóxico. Tras un postoperatorio sin incidencias la paciente fue dada de alta en UVI al 18 día, con función tiroidea y calcemia dentro de la normalidad. En planta se procede a tratamiento de neuropatía de paciente crítico, siendo dada de alta con cierre de traqueostomía,

buena fonación y tolerancia oral, tras mes y medio de hospitalización.

Discusión: La cirugía urgente juega un papel importante en pacientes con crisis tirotóxicas no controladas con tratamiento médico y/o compresión tiroidea de la vía aérea. En los casos de pacientes críticos, el tratamiento debe ser evaluado de forma multidisciplinar (intensivistas, cirujanos y anestesiistas) con fines a no retrasar y realizar el tratamiento óptimo, para intentar conseguir resultados satisfactorios.