



P-428 - CIRUGÍA TIROIDEA EN PAÍSES DE RENTA BAJA: RESULTADOS DE UNA CAMPAÑA QUIRÚRGICA EN UGANDA

Casanova Marqués, Raquel¹; Vallè Bernal, Marc¹; Prendes Fernández, Diego²; Morales García, Carlos³; Cuesta Argos, Mario⁴; Rodríguez Ramos, Eduardo⁵; Vives Espejo-Saavedra, Teresa⁶; Soliva Domínguez, Ramon⁷

¹Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona; ²Centro Médico Teknon, Barcelona; ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; ⁴Hospital Sant Joan de Deu, Esplugues de Llobregat; ⁵Hospital Can Misses, Eivissa; ⁶Hospital Quirón Madrid, Pozuelo de Alarcón; ⁷Hospital Sagrat Cor, Barcelona.

Resumen

Introducción: El África Subsahariana (ASS) se considera una de las regiones más empobrecidas del planeta y se estima que tiene un 24% de la carga mundial de enfermedad, contando únicamente con un 2% de la oferta global de médicos. La prevalencia de bocio en el ASS es superior al 28%, causada principalmente por el déficit de yodo. Este exceso de enfermedad, unido al déficit de personal sanitario, significa que las campañas de cooperación internacional constituyen una importante forma de acceso de la población a la sanidad y quizás la única para muchos pacientes que requieren tratamientos altamente especializados, como la cirugía endocrina.

Métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de los resultados de una campaña de cirugía tiroidea en el Holy Innocents Health Center (Kamutur, Uganda) en noviembre de 2021 (19.11.21-28.11.21). Se realiza un análisis descriptivo de variables anestésicas y quirúrgicas preoperatorias, intra y posoperatorias, así como una comparación entre la cirugía tiroidea en países de renta baja y alta.

Resultados: Se estudiaron un total de 33 pacientes con patología tiroidea y se indicaron un total de 24 intervenciones. En un 33% de los casos se realizó tiroidectomía subtotal, en el 54% hemitiroidectomía y el resto recibió otras técnicas (tiroidectomía total, punción-aspiración quística, exéresis de quiste piramidal). El diagnóstico principal fue bocio multinodular endémico. Todas las intervenciones fueron realizadas por cirujanos endocrinos. No se dispuso de anatomía patológica en ningún caso. El 100% de las pacientes fueron mujeres con valoración preanestésica ASA I-II y a las que se les realizó una anestesia total intravenosa (TIVA). En todas las intervenciones se identificó y preservó el nervio recurrente, pero sin neuromonitorización intraoperatoria del mismo. Así mismo, en el 100% de los casos se utilizaron hemostáticos en el lecho quirúrgico. En el 41,4% de las pacientes se colocó drenaje: en el 100% de tiroidectomías subtotales o totales y, en pacientes con hemitiroidectomías, por decisión del facultativo. Un 12,5% de las pacientes presentaron complicaciones: 2 disfonías transitorias que mejoraron con corticoides en el posoperatorio y un hematoma cervical que precisó de reintervención para control hemostático, sin posteriores efectos adversos.

Conclusiones: La cirugía tiroidea en cooperación responde a una necesidad, por un lado, por la alta prevalencia de bocio endémico en el ASS y, por otro, por los escasos medios materiales, personales y

logísticos a los que se enfrentan los países de renta baja. Se trata de intervenciones seguras con baja tasa de complicaciones si son realizadas por cirujanos especializados. La escasa o nula disponibilidad de estudios anatomopatológicos, así como el limitado acceso a tratamiento sustitutivo o a terapias adyuvantes, pueden modificar la actitud quirúrgica terapéutica, hecho que puede conllevar un aumento en la morbimortalidad respecto a países de renta alta. Sin embargo, son necesarios estudios prospectivos para analizar el alcance de las complicaciones y resultados a largo plazo.