



O-077 - TC EN HIPEREXTENSIÓN CERVICAL Y PREDICCIÓN DE ESTERNOTOMÍA EN LOS BOCIOS ENDOTORÁDICOS

S. Barcons Vilaplana, O. Aparicio Rodríguez, C.J. Gómez Díaz, G. Marqués Villacampa, P. Rebas Cladera, J. Font Renom y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: Pueden existir factores diagnósticos por imagen que permitan al cirujano prever la necesidad o no de esternotomía en el bocio diagnosticado radiológicamente como intratorácico. El objetivo del siguiente trabajo es determinar la variabilidad radiológica del bocio en diferentes exposiciones que puedan permitir al cirujano prever la necesidad o no de esternotomía en el bocio diagnosticado radiológicamente como intratorácico.

Métodos: Se realiza un estudio prospectivo observacional y analítico de los pacientes diagnosticados de bocio intratorácico entre el periodo de enero 2005 hasta marzo de 2012. De un total de 359 tiroidectomías realizadas en nuestro centro, 30 pacientes fueron incluidos en el estudio. Se revisan prospectivamente los siguientes datos preoperatorios, quirúrgicos y radiológicos: edad, sexo, peso, talla, IMC, tiempo de evolución hasta la intervención quirúrgica, longitud (en mm) desde manubrio externo del bocio intratorácico en tomografía computarizada (TC) normal y en TC en hiperextensión, presencia radiológica de compresión traqueal y tipo de intervención quirúrgica (acceso cervical, acceso cervical con movilización de la porción torácica y esternotomía). Se hace un análisis descriptivo de las variables utilizando media y desviación estándar en el caso de las variables continuas y porcentaje e IC95% en el caso de categóricas.

Resultados: De los 30 casos estudiados 21 fueron mujeres y 9 varones. La edad media fue de 64,17 (IC: 59,57- 68,76), la media del peso era de 68,60 (IC: 65-72,20), la talla media fue de 158,13 (IC: 155,33-160,94), el IMC de media era de 27,50 (IC: 26,02-28,98), el tiempo de evolución tuvo una media de 8,70 meses (IC: 6,36-11,04) y finalmente la longitud de profundidad del bocio intratorácico desde el manubrio externo fueron de media en el TC normal de 35,97 mm (IC:30,36-41,57) y en el TC en hiperextensión de 26,50 (IC: 20,51-32,49). Se practicaron un total de 5 esternotomías y 25 cervicotomías. Se compararon las variables descriptivas y continuas con esternotomía y con cervicotomía. El estudio estadístico de las variables continuas sexo y compresión traqueal no presentaron significación estadística en cuanto a la previsión de esternotomía. El análisis estadístico por edad (IC: -7,9-16,9), meses de evolución (IC: -5,3-7,4) e IMC (IC: -1,3-6,4) en cuanto si se ha hecho una técnica u otra presentan una falta de significación estadística en cuanto a indicación o no de esternotomía. Donde sí hay diferencias significativas es tanto en el TC normal (IC: 35,886-11,234) como en el TC en hiperextensión (IC: 37,575-10,665). La prueba t es significativa con una $p < 0,001$ en las dos.

Conclusiones: El TC en hiperextensión no nos ofrece ninguna ventaja en la predicción de esternotomía. La distancia del bocio por debajo del manubrio esternal en el TC puede ser suficiente para predecir la necesidad de esternotomía.