



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-235 - MORBILIDAD DE LAS REINTERVENCIONES SOBRE PATOLOGÍA TIROIDEA BENIGNA. IMPACTO DE LAS RESECCIONES SUBTOTALES FRENTE A LAS LOBECTOMÍAS UNILATERALES PREVIAS

Vico Arias, Ana Belén; Domínguez Bastante, Mireia; Plata Illescas, Cristina; Díez Vigil, José Luis; Muñoz Pérez, Nuria Victoria; Arcelus Martínez, Juan Ignacio; Villar del Moral, Jesús María; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: La tiroidectomía subtotal (TST) fue durante años técnica de elección en el tratamiento del bocio multinodular y la enfermedad de Graves-Basedow. Su supuesta menor morbilidad a corto plazo respecto a la tiroidectomía total tiene como contrapartida la frecuente aparición de hipotiroidismo y recidiva de la enfermedad, así como la dificultad de extirpación posterior del remanente tiroideo si se precisara. Estas reintervenciones están relacionadas con una significativa morbilidad postoperatoria. Presentamos nuestros resultados en la cirugía de exéresis de estos remanentes, comparados con las totalizaciones tras lobectomía tiroidea.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico que analiza pacientes reintervenidos para totalización por patología tiroidea benigna, durante el periodo 2006-2014. Hemos analizado la serie de forma global y segregándola en pacientes con lobectomía completa (LC) previa y aquellos que precisaron de resección de remanentes (RR): nodulectomía, lobectomía o tiroidectomía subtotal previa. Hemos comparado datos epidemiológicos, clínicos, quirúrgicos y los resultados en cuanto a morbilidad postoperatoria: morbilidad global, reintervención por hematoma, lesiones de nervio laríngeo recurrente (NLR) e hipoparatiroidismo postoperatorio. Las variables cuantitativas fueron expresadas por su mediana (M) y rango intercuartílico (RI), las cualitativas por porcentajes. Utilizamos el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para variables cualitativas. El valor $p < 0,05$ fue considerado significativo.

Resultados: Un total de 50 pacientes fueron sometidos a totalización de tiroidectomía por enfermedad benigna; 21 (42%) a LC y 29 (58%) a RR. Las diferencias se muestran en la tabla.

| | Serie global | LC | RR | p |
|--|----------------|---------------|------------|-------|
| Edad | 60,5 RI (18,5) | 66 RI (11) | 16 RI (17) | 0,049 |
| Sexo femenino (%) | 94 | 90,5 | 96,6 | 0,565 |
| Índice de masa corporal | 32 RI (11) | 34 RI (15,25) | 31 RI (5) | 0,524 |
| Presencia de hipertensión arterial (%) | 34 | 33,3 | 62,1 | 0,681 |
| Años desde la primera cirugía | 20 RI (12) | 18 RI (13) | 20 RI (10) | 0,745 |
| Presencia de hiperfunción tiroidea (%)** | 14 | 9,5 | 17,2 | 0,729 |
| Presencia de síntomas compresivos (%)* | 64 | 66,6 | 61,3 | 0,912 |

| | | | | |
|---|-----------------|----------------|--------------|-------|
| Presencia de componente intratorácico (%) | 34 | 33,3 | 34,5 | 0,932 |
| Duración de la cirugía en minutos | 135 RI (91,5) | 111 RI (45) | 145 RI (120) | 0,015 |
| Peso de la pieza en gramos | 40,5 RI (84,25) | 33,5 RI (49,7) | 58 RI (106) | 0,294 |
| Estancia hospitalaria total en días | 1 RI (1) | 1 RI (1) | 1 RI (1) | 0,479 |
| Pacientes con morbilidad postoperatoria (%) | 28 | 23,8 | 31 | 0,752 |
| Reintervención por hematoma cervical (%) | 0 | 0 | 0 | |
| Parálisis transitoria de NLR (%) | 4 | 4,8 | 3,4 | 1,000 |
| Parálisis permanente de NLR (%) | 6 | 4,8 | 6,9 | 1,000 |
| Hipoparatiroidismo transitorio (%) | 16 | 9,5 | 20,7 | 0,441 |
| Hipoparatiroidismo permanente (%) | 0 | 0 | 0 | |

Conclusiones: Los pacientes sometidos a totalización tras lobectomías subtotales, nodulectomías o TST previas son más jóvenes que los totalizados tras lobectomía total. La totalización con RR es una cirugía más mayores tiempos operatorios, respecto a reintervenciones sin reentrada en una celda tiroidea ya intervenida. No obstante, en nuestra experiencia la RR no se ve lastrada con una mayor morbilidad postoperatoria que las totalizaciones tras lobectomía total previa, por lo que éste no debería ser un criterio de exclusión para reintervención.