



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-105 - REVISIÓN RETROSPECTIVA SOBRE MORBILIDAD POSQUIRÚRGICA EN CIRUGÍA TIROIDEA. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

Martínez Sanz, Nuria; Giménez Francés, Clara; López Morales, Pedro; Valero Soriano, María; Jiménez Moreno, Isabel María; Terol Garaulet, Emilio; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio; Candel Arenas, Marifé

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Objetivos: La morbilidad tras la cirugía tiroidea sigue siendo un motivo de constante preocupación, principalmente a expensas de las complicaciones posoperatorias más graves como la hemorragia posoperatoria inmediata, la hipocalcemia posquirúrgica y la parálisis recurrencial.

Métodos: Revisión retrospectiva sobre los pacientes intervenidos de cirugía tiroidea en la Unidad de Cirugía Endocrina de nuestro centro entre 2016 y 2020. Se realizó un análisis descriptivo de las principales variables sociodemográficas de nuestra muestra, tipo de cirugía, histología y evolución posoperatoria teniendo en cuenta las complicaciones más graves: necesidad de reintervención por hemorragia inmediata, hipocalcemia transitoria (HTr)/permanente (HPm) y disfonía transitoria (DTr)/permanente (DPM).

Resultados: Se intervinieron un total de 606 pacientes con una edad media de $51,6 \pm 14$ años (15-85 años), siendo mujeres el 81,4%. El bocio multinodular fue la indicación quirúrgica más frecuente (51,7%), seguido del nódulo tiroideo (37,3%) y el hipertiroidismo (9,9%). El 91,8% de los pacientes fueron clasificados según TI-RADS ACR por ecografía hallando un TI-RADS 1-2 en el 37,1%, un 29,2% de TI-RADS 3 y TI-RADS 4-5 en el 25,5% de casos, midiendo además el tamaño del nódulo dominante observando un tamaño medio de $2,7 \pm 1,9$ cm. En el 91,2% se realizó tiroidectomía total y en el 8,8% hemitiroidectomía + istmectomía. Se detectó un componente tiroideo intratorácico en el 12,6%. Respecto a las complicaciones hallamos: 38,6% de HTr, 8,6% de HPm, 13,7% DTr, 2,3% de DPM y un paciente con hematoma sofocante que requirió cirugía urgente. La histología definitiva arrojó un resultado de malignidad en el 16,5% de casos, siendo catalogados como carcinoma papilar el 14,6%. Encontramos una relación estadísticamente significativa entre edad e HTr de modo que los pacientes más jóvenes presentaron más hipocalcemias temporales ($50 \pm 13,1$ años vs. $52,6 \pm 14,4$ años, $p = 0,029$); sin relación respecto a la HPm y la DTr/DPM. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas al comparar las complicaciones descritas con el tamaño del nódulo por ecografía, el TI-RADS, la histología definitiva benigna/maligna y el componente intratorácico tiroideo.

Conclusiones: La complicación más común tras la tiroidectomía total sigue siendo la hipocalcemia posoperatoria siendo poco frecuente tras tiroidectomía subtotal. La mayoría de casos son transitorios y paucisintomáticos. En caso de HPm hay que revisar cuidadosamente a los enfermos y

mantenerlos con medicación satisfactoria por tiempo indefinido, asociando vitamina D al calcio. Las lesiones recurrenciales definitivas son afortunadamente poco frecuentes, y menos aún de forma bilateral, presentando la mayor parte un carácter leve y temporal con estados de disfonía, por una excesiva manipulación/esqueletización del nervio intraoperatoriamente o lesiones térmicas por cercanía del instrumental específico empleado. La hemorragia posquirúrgica inmediata es muy inusual, pero puede ser francamente grave y obstruir la vía respiratoria. Además de mantener una hemostasia exquisita intraoperatoria, medidas como posicionar al paciente en Trendelenburg, hiperinsuflar los pulmones antes de la extubación, o presionar la región cervical tras el cierre durante unos minutos, podrían ser útiles para su prevención. La alta complejidad técnica de esta cirugía exige que sea llevada a cabo por cirujanos experimentados con el fin de minimizar sus posibles complicaciones.