



O-042 - ¿SE PUEDE PREDECIR LA DIFICULTAD INTRAOPERATORIA EN LA TIROIDECTOMÍA POR ENFERMEDAD DE GRAVES BASEDOW? RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

Palomo López, Irina¹; Febrero Sánchez, Beatriz²; Cassinello Fernández, Norberto³; Lozano Nájera, Ana⁴; Ros López, Susana⁵; Manyalich, Martí⁶; Amunategui Prats, Iñaki⁷; Muñoz De Nova, José Luis⁸

¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada; ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; ³Hospital Clínico Universitario, Valencia; ⁴Hospital de Basurto - Osakidetza, Bilbao; ⁵Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza; ⁶Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona; ⁷Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid; ⁸Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: La tiroidectomía por enfermedad de Graves-Basedow (EGB) se considera una cirugía de especial dificultad, con una mayor tasa de complicaciones. La *Thyroidectomy Difficulty Scale* (TDS) es una escala publicada en 2014 que intenta objetivar dicha dificultad, con una puntuación que oscila entre cuatro y veinte, y cuatro subescalas puntuadas de uno a cinco que evalúan el grado de vascularización, friabilidad, rigidez glandular y tamaño del tiroides. Bajas puntuaciones finales indican menor dificultad. Nuestro objetivo fue analizar los factores predictores preoperatorios de una mayor puntuación, así como la correlación entre esta, variables perioperatorias y complicaciones posoperatorias en los pacientes con EGB.

Métodos: Análisis de una cohorte prospectiva multicéntrica de pacientes sometidos a tiroidectomía total por EGB. Todos se encontraban preoperatoriamente eutiroideos bajo tratamiento con antitiroideos. Todas las cirugías se realizaron con ayuda de neuromonitorización intraoperatoria (IONM). La variable principal fue identificar factores preoperatorios asociados a una mayor puntuación en TDS. Secundariamente se evaluó el impacto de la dificultad quirúrgica en variables intraoperatorias (tiempo quirúrgico, sangrado intraoperatorio) y complicaciones posoperatorias (hematoma cervical, hipoparatiroidismo o lesión de nervio recurrente laríngeo). Se realizó un análisis estadístico descriptivo e inferencial mediante el programa SPSS, considerándose significativas aquellas asociaciones con un valor $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 160 pacientes, con un valor mediano de TDS de 10 (8-12). Las puntuaciones medianas de las subescalas vascularización, friabilidad, rigidez y tamaño fueron 3 (2-4), 2 (2-3), 2 (2-3) y 2 (2-3), respectivamente. La adición de preparación preoperatoria con solución de Lugol (SL) se asoció con mayor puntuación TDS (9 [7-12] vs. 10 [8,25-13]; $p = 0,017$) y en la subclasificación movilidad (2 [2-3] vs. 3 [2-4]; $p = 0,029$). Los pacientes tratados previamente con radioyodo obtuvieron peor puntuación en la subescala rigidez (2 [2-3] vs. 4 [2,5-4,25]; $p = 0,045$), sin diferencias en la global (10 [8-12] vs. 10 [8,25-11,5]; $p = 0,921$). El volumen ecográfico glandular preoperatorio se correlacionó con todas las subescalas: vascularización $r = 0,353$ $p <$

0,001; friabilidad $r = 0,182$ $p = 0,025$; rigidez $r = 0,187$ $p = 0,022$; tamaño $r = 0,624$; $p \leq 0,001$, así como con la puntuación global $r = 0,472$ $p < 0,001$. La puntuación en las subescalas friabilidad (3 [3-4,5] vs. 2 [2-3]; $p = 0,024$) y rigidez (2 [2-3] vs. 4 [3,25-4]; $p = 0,020$) fue mayor en los pacientes que sufrieron una paratiroidectomía accidental. Existió una correlación entre sangrado intraoperatorio y mayor puntuación en todas las subescalas: vascularización $r = 0,466$ $p < 0,001$; friabilidad $r = 0,349$ $p < 0,001$; rigidez $r = 0,242$ $p = 0,002$; tamaño $r = 0,406$ $p < 0,001$ y global $r = 0,501$ $p < 0,001$. La puntuación en la subescala rigidez fue mayor en los pacientes que presentaron una parálisis recurrencial posoperatoria (2 [2-3] vs. 4 [3-4]; $p = 0,014$), sin diferencias en la puntuación global (10 [8-12] vs. 10,5 [9-14,5]; $p = 0,314$). No hubo diferencias en las puntuaciones en los pacientes que desarrollaron hipoparatiroidismo (10 [7-12] vs. 10 [8-12]; $p = 0,494$) ni en el agregado de enfermos con cualquier tipo de complicación (10 [7-12] vs. 10 [8-12]; $p = 0,470$).

Conclusiones: Según las puntuaciones obtenidas en la escala TDS, en los enfermos sometidos a tiroidectomía total por EGB, el uso preoperatorio de SL se asocia con mayor dificultad operatoria y rigidez glandular. Se aprecia también mayor rigidez glandular en pacientes tratados previamente con radioyodo. Tiroides más friables y rígidos favorecen la paratiroidectomía inadvertida. Una menor movilidad tiroidea también facilita la aparición de parálisis recurrencial posoperatoria.