

Cartas al Director

Bocio multinodular intratorácico recidivado

Sr Director:

El componente intratorácico y la recidiva posquirúrgica son dos factores de riesgo para desarrollar complicaciones posquirúrgicas¹⁻⁴. Por ello, los bocios que a su vez son intratorácicos y recidivados son de alto riesgo quirúrgico⁵. El objetivo es analizar los resultados de la cirugía (necesidad de esternotomía y morbilidad) en los pacientes con bocio multinodular intratorácico recidivado intervenidos en una unidad de cirugía endocrinológica.

Se ha revisado, de manera retrospectiva (1980-2003), a los pacientes con bocio multinodular que cumplían los siguientes criterios: *a*) componente intratorácico según la definición de Dahan et al⁶ (bocio que en posición operatoria tiene su borde inferior al menos 3 cm por debajo del manubrio esternal), y *b*) haber tenido una cirugía tiroidea resectiva previa. Se utiliza como grupos de control a los pacientes intervenidos en el mismo período: grupo I: bocio intratorácico pri-

mario sometido a tiroidectomía total; grupo II: bocio primario no intratorácico sometido a tiroidectomía total. Se aplicaron las pruebas estadísticas de la χ^2 , de Fisher, de la *t* de Student y de Wilcoxon.

Doce pacientes cumplían los criterios de selección. En 8 (66%) casos la cirugía previa fue por un nódulo tiroideo y en los 4 restantes, por bocio multinodular unilateral. En 4 se había realizado una hemitiroidectomía y en 8, una tiroidectomía subtotal unilateral. Respecto a los grupos de control, el bocio intratorácico recidivado se caracteriza por presentarse en pacientes más añosos y por una mayor incidencia de clínica compresiva (tabla 1). Todos los pacientes fueron intervenidos para completar la tiroidectomía. La indicación fue, en el 83% (n = 10), por sintomatología compresiva, y en los 2 casos restantes, en uno por sospecha de malignidad y en otro por desplazamiento-compresión traqueal. Para la intubación orotraqueal, en este último caso, debido al estrechamiento traqueal, se indicó directamente la intubación con control de fibrobroncoscopia (tabla 1). El abordaje fue cervical, si bien en uno de ellos fue preciso realizar una esternotomía.

La morbilidad fue del 25% (n = 3), similar a ambos grupos de control, entre las que destacan una lesión recurrencial y dos hipoparatiroidismos, en los 3 casos

TABLA 1. Características del bocio intratorácico recidivado en comparación con los dos grupos de control

	Bocio intratorácico recidivado (n = 12)	Control I: bocio primario intratorácico (n = 191)	p ^a	Control II: bocio primario no intratorácico (n = 218)	p ^b
Perfil clínico					
Edad media (años)	63 ± 12	56 ± 13	0,032	47 ± 14	0,000
Varones	0	28 (15%)	0,3188	13 (6%)	0,8190
Antecedentes familiares de enfermedad tiroidea	1 (8%)	9 (5%)	0,9003	17 (8%)	0,6278
Residencia en zona bociógena	3 (25%)	47 (25%)	0,9756	42 (19%)	0,6259
Tiempo de evolución (meses)	114 ± 87	137 ± 128	0,676	79 ± 103	0,011
Asintomático	2 (17%)	69 (36%)	0,2896	136 (62%)	0,0044
Hipertiroidismo	0	40 (21%)	0,1630	52 (24%)	0,1167
Síndromes compresivos	10 (83%)	93 (49%)	0,0423	26 (12%)	0,0000
Hallazgos intraoperatorios					
Dificultad de intubación	1 (8%)	24 (13%)	0,3971	3 (1%)	0,3694
Utilización de fibrobroncoscopio	1 (8%)	7 (4%)	0,9669	0	0,0436
Estereotomía	1 (8%)	6 (3%)	0,8882	0	0,0436
Tiempo quirúrgico (min)	117 ± 40	117 ± 38	0,991	107 ± 35	0,000
Morbimortalidad posquirúrgica					
Total de complicaciones	3 (25%)	59 (31%)	0,6674	49 (23%)	0,8388
Hipoparatiroidismo transitorio	2 (17%)	31 (16%)	0,9683	38 (17%)	0,9544
Lesión recurrencial transitoria	1 (8%)	27 (14%)	0,8935	23 (11%)	0,8068
Lesión de nervio laríngeo superior	0	3 (2%)	0,3368	5 (2%)	0,821
Hipoparatiroidismo definitivo	0	1 (0,5%)	0,0609	2 (1%)	0,6773
Lesión recurrencial definitiva	0	2 (1%)	0,2500	2 (1%)	0,611
Traqueotomía	0	1 (0,5%)	0,069	2 (1%)	0,8853
Complicaciones locales	1 (8%)	4 (2%)	0,6947	3 (1,4%)	0,472
Hemorragia	1 (8%)	2 (1%)	0,2500	2 (1%)	0,611
Infección	0	2 (1%)	0,3368	1 (0,5%)	0,821
Seroma	0	0	0,0609	0	0,6773
Complicaciones sistémicas	0	1 (1%)	0,064	2 (1%)	0,8853
Mortalidad perioperatoria	0	0	—	0	—
Hallazgos histológicos					
Peso del bocio extirpado (g)	177 ± 107	171 ± 134	0,560	65 ± 43	0,000
Carcinoma asociado	3 (25%)	11 (6%)	0,0104	29 (13%)	0,2543

Los datos se presentan como media ± desviación estándar o n (%).

^ap de la comparación con el grupo control I.

^bp de la comparación con el grupo control II.

transitorios. Se presentó una hemorragia cervical que precisó drenaje urgente. En todos los casos la clínica preoperatoria remitió. Tres (25%) pacientes asociaban un microcarcinoma papilar. Actualmente, tras un seguimiento medio de 66 ± 75 meses, todos están asintomáticos (tabla 1).

El bocio intratorácico recidivado que se interviene se caracteriza por ser un bocio evolucionado con clínica compresiva². Esta larga evolución se debe, en parte, a los propios profesionales sanitarios que tardamos en decidir su indicación quirúrgica dado su potencial riesgo¹. En cuanto a la cirugía, el primer problema se plantea a la hora de iniciar la intubación orotraqueal⁷. Así, en nuestra serie fue preciso realizar una intubación bajo control de fibrobroncoscopia, y todos los pacientes fueron manejados por anestesistas experimentados, lo cual redujo la incidencia de complicaciones durante este proceso. En cuanto al abordaje, en unidades de cirugía endocrinológica la gran mayoría se extirpa vía cervical⁵, con lo que se reduce mucho la necesidad de esternotomía. La técnica de elección es completar la tiroidectomía⁸. No se debe volver a realizar técnicas resectivas parciales para evitar nuevas recidivas, sobre todo en pacientes jóvenes^{2,9,10}. Así, a los 10 años las tasas de recidivas pueden superar el 10-15%, dependiendo de la técnica⁹.

En cuanto a la morbilidad, se han presentado sólo complicaciones posquirúrgicas transitorias. Lo cual es un dato más a favor de que este tipo de cirugía de alto riesgo deben realizarla cirujanos experimentados¹. En este sentido, Hsu et al⁵ presentan una serie de 234 bocios multinodulares intratorácicos recidivados y concluyen que aunque aumenta el riesgo, en centros experimentados puede realizarse con baja incidencia de morbilidad y sin necesidad de esternotomía. Es importante indicar que en 4 de nuestros pacientes la cirugía previa era una hemitiroidectomía, y en estos casos la ausencia de cirugía previa en dicho lóbulo facilita la reintervención y limita la morbilidad⁹.

En conclusión, a pesar de la limitación que supone el escaso número de pacientes del estudio, podemos decir que los pacientes con bocio intratorácico recidivado que se intervienen están muy evolucionados, con una alta incidencia de clínica compresiva severa. La cirugía es una buena opción terapéutica si la realizan cirujanos con experiencia en cirugía endocrino-

lógica, en la mayoría de los casos vía cervical, con baja morbilidad y remisión de la sintomatología. Estos pacientes deberían ser intervenidos más precozmente y evitar el desarrollo de bocios intratorácicos grandes.

ANTONIO RÍOS, JOSÉ M. RODRÍGUEZ, PEDRO CASCALES Y PASCUAL PARRILLA
*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo I.
 Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar.
 Murcia. España.*

BIBLIOGRAFÍA

- Ríos A, Rodríguez JM, Riquelme J, Soria T, Canteras M, Parrilla P. Prospective study of postoperative complications after total thyroidectomy for multinodular goitres by surgeons with experience in endocrine surgery. *Ann Surg.* 2004;240:18-25.
- Ríos A, Rodríguez JM, Balsalobre MD, Soria T, Canteras M, Parrilla P. Resultados del tratamiento quirúrgico en 247 pacientes con bocio multinodular con componente intratorácico. *Cir Esp.* 2004;75:140-5.
- Rosato L, Avenia N, Bernante P, De Palma M, Gulino G, Nasi PG, et al. Complications of thyroid surgery: analysis of a multicentric study on 14,934 patients operated on in Italy over 5 years. *World J Surg.* 2004;28:271-6.
- Thomusch O, Machens A, Sekulla C, Ukkat J, Lippert H, Gastinger I, et al. Multivariate analysis of risk factors for postoperative complications in benign goiter surgery: prospective multicenter study in Germany. *World J Surg.* 2000;24:1335-41.
- Hsu B, Reeve TS, Guinea AI, Robinson B, Delbridge L. Recurrent substernal nodular goiter: incidence and management. *Surgery.* 1996;120:1072-5.
- Dahan M, Gaillard J, Eschapse H. Surgical treatment of goiters with intrathoracic development. En: Delarue NC, Eschapse H, editores. *Thoracic surgery: frontiers and uncommon neoplasms. International trends in general thoracic surgery.* St Louis: Mosby; 1989. p. 5.
- Ríos A, Rodríguez JM, Galindo PJ, Balsalobre MD, Tebar FJ, Parrilla P. Manejo de la vía aérea en la cirugía del bocio multinodular con afección traqueal. *Cir Esp.* 2004;76:89-93.
- Lefevre JH, Tresallet C, Leenhardt L, Jublanc C, Chigot JP, Menegaux F. Reoperative surgery for thyroid disease. *Langenbecks Arch Surg.* 2007;392:685-91.
- Ríos A, Rodríguez JM, Galindo PJ, Montoya MJ, Canteras M, Parrilla P. Recidiva clínica del bocio multinodular tras la cirugía. Estudio multivariante de los factores de riesgo. *Rev Clin Esp.* 2005;205:9-13.
- Seiler CA, Vorbürger SA, Bürgi U, Candinas D, Schmid SW. Extended resection for thyroid disease has less operative morbidity than limited resection. *World J Surg.* 2007;31:1005-13.