TIROIDES Y SUPRARRENALES

COMUNICACIONES ORALES

O-051. ANÁLISIS DE LOS FACTORES PRONÓSTICOS DE LAS METÁSTASIS EN GLÁNDULA SUPRARRENAL DE CÁNCER DE PULMÓN DE CÉLULAS NO MICROCÍTICAS: ESTUDIO RETROSPECTIVO DE SERIE CON 18 PACIENTES

A. de la Quintana Basarrate, G. Martínez Fernández, A. Arana González, M. Prieto Calvo, L. Martínez Indart, J.M. García González y A. Colina Alonso

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Objetivos: Analizar parámetros clínicos y patológicos que ayuden a predecir la supervivencia a largo plazo en pacientes afectos de un cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP), con metástasis resecable en la glándula suprarrenal.
Material y métodos: Entre enero de 1996 y enero de 2010, 35 pacientes han sido operados en nuestro centro de metástasis en la glándula suprarrenal, 20 de ellos con origen en un tumor primario pulmonar, 18 de ellos CPCNP. Realizamos un estudio retrospectivo. Los datos fueron obtenidos a través de revisión retrospectiva de historias clínicas. El análisis de supervivencia se realizó por el método de Kaplan y Meier y la significación estadística se evaluó mediante el modelo de regresión de riesgos proporcionales de Cox. Consideramos metástasis sincrónicas cuando el intervalo libre de enfermedad entre el diagnóstico del tumor primario y la metástasis es menor a 6 meses y metacrónicas si es mayor.
Resultados: 12 pacientes fueron intervenidos mediante laparotomía anterior y 6 por abordaje laparoscópico. De los 18 pacientes con metástasis adrenal por CPCNP tres sobrevivían más de 5 años libres de enfermedad, y otros tres entre 12 y 24 meses. 12 Pacientes fallecieron por progresión de la enfermedad. La mediana de supervivencia (IC95%) fue 15,9 (7,3-24,4) meses, y la supervivencia libre de enfermedad 12 meses (0,3-23,7). En caso de producirse recidiva la mediana es a los 7,7 meses. El análisis de la supervivencia por el método de Kaplan y Meier revela que la supervivencia al año es del 66%, a los dos años del 36% y a los tres, cuatro y cinco años del 27%. Si analizamos por separado los pacientes con metástasis adrenal sincrónica (12) y metacrónica (6), la mediana de supervivencia (IC95%) fue de 14,1 (5,3-23,0) y 30,1 (8,1-52,0) meses respectivamente pero no alcanza la significación estadística. Dos pacientes fueron intervenidos a los 13 y 15 meses por metástasis cerebral manteniéndose libres de enfermedad a los 12 y 94 meses respectivamente. No encontramos correlación entre la supervivencia y el tamaño de la metástasis (> vs < 45 mm), la quimioterapia, el intervalo libre de enfermedad, el tipo histológico, la técnica quirúrgica (laparoscopia vs laparotomía) y el grado de diferenciación celular.
Conclusiones: La adrenalectomía por metástasis de CPCNP en la glándula suprarrenal se puede realizar con seguridad, consiguiendo supervivencias a largo plazo no logradas con el tratamiento no quirúrgico. La recidiva en caso de producirse será precoz, y puede ser resecable con fines curativos. La supervivencia se mantiene estable después de tres años libres de enfermedad. Es imprescindible la colaboración entre distintos hospitales para que las variables a estudio adquieran valor estadístico.

O-052. ADRENALECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN NUESTRA UNIDAD DE CIRUGÍA ENDOCRINA

C. Gracia Roche, M.A. Dobón Rascón, M.N. Sánchez Fuentes, P. Riverola Aso, S. Paterna López, S. Saudí Moro, M.V. Duque Mallén, M.C. Casamayor Franco, J.M. Miguelena Bobadilla y J.M. Esarte Muniain

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: En 1992 Gagner describió la primera adrenalectomía laparoscópica, desde entonces esta vía de abordaje en el tratamiento de los tumores suprarrenales ha demostrado beneficios clínicos en el postoperatorio inmediato, mostrando una disminución de la morbilidad, una reducción de la estancia hospitalaria y una mejor recuperación del paciente. Analizamos los resultados de las adrenalectomías laparoscópicas realizadas en nuestro centro, incluyendo la curva de aprendizaje.

Material y métodos: Presentamos un estudio descriptivo y retrospectivo de 101 adrenalectomías laparoscópicas realizadas en 94 pacientes en un periodo de 15 años (enero de 1996-febrero de 2011). Las variables analizadas son edad, sexo, patología asociada, forma de presentación, funcionalidad, pruebas diagnósticas, localización, tasa de conversión, complicaciones, mortalidad y resultado anatomopatológico.

Resultados: Se han estudiado 94 pacientes, 60 mujeres y 34 hombres con una edad media de 51,5 años (21-77). El 25,5% tenían antecedentes de cirugía abdominal previa. La forma de presentación del tumor suprarrenal fue Hipertensión Arterial en el 41,5% de los pacientes, fue un hallazgo radiológico (incidentaloma) en el 27,6%, el 23'4% presentaba un síndrome de Cushing, el 4,3% se detectaron en el seguimiento de una neoplasia previa y se estudiaron por otras causas el 3,2%. El 34% de los tumores fueron causantes de un hiperaldosteronismo primario, el 28,7% de un síndrome de Cushing, el 10,6% correspondían a feocromocitomas y el 26,7% eran tumores no funcionantes. El 53,2% de las adrenalectomías fueron izquierdas, el 39,4% derechas y el 7,4% bilaterales. En el estudio diagnóstico se realizó una TC al 92,6% de los pacientes, una RM al 24,5%, una gammagrafía con MIBG al 3,2% y un PET al 3,2%. Se empleó un abordaje transperitoneal anterior en el 7,4% de las adrenalectomías, mientras que en el 92,6% se utilizó un abordaje transperitoneal lateral. La tasa de conversión fue del 5,3%, (5 casos) 3 por motivos técnicos, uno por laceración esplénica y en otro por hemorragia. Siete pacientes presentaron complicaciones en el postoperatorio (7,4%) y un paciente fue reintervenido (1,06%) por vía laparoscópica por dolor intenso sin evidenciarse complicación. No hubo mortalidad en nuestra serie. La estancia media postoperatoria fue de 3,5 días. En cuanto al estudio anatomopatológico: 62 tumores correspondieron a adenomas, 12 a feocromocitomas (uno de ellos maligno), 11 a hiperplasias corticales, 5 a metástasis de otras neoplasias y 11 a otras lesiones benignas. El 39,4% de las lesiones tenía un tamaño inferior a 6 cm, el 53,2% entre 6 y 8 cm y el 7,4% superior a 8 cm.

Conclusiones: La adrenalectomía laparoscópica se considera actualmente la técnica de elección en el tratamiento de la patología suprarrenal, excepto en aquellas lesiones de gran tamaño. Actualmente se están ampliando sus indicaciones en lesiones malignas seleccionadas. Sus principales ventajas son la menor morbilidad y mortalidad hospitalaria, la reducción de la estancia hospitalaria y la mejor recuperación del paciente. Nuestros resultados en cuanto a estos parámetros están en concordancia con la bibliografía consultada. El abordaje lateral transperitoneal proporciona un amplio campo quirúrgico que permite una disección cómoda y sencilla.

O-053. ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PAAF Y BAG EN EL DIAGNÓSTICO DE MALIGNIDAD DEL NÓDULO TIROIDEO

B. Barrios Treviño, R. Zabala Landa, A. Gómez Palacios, A. Expósito Rodríguez, B. Roca Domínguez, T. Gutiérrez Rodríguez, M. García Carrillo, M. Paja Fano, A. Escobar, N. Partearroyo Sainz y P. Pérez de Villarreal

Hospital de Basurto, Bilbao.

Introducción: En los nódulos tiroideos la punción aspiración con aguja fina (PAAF) bajo control ecográfico ha demostrado ser una técnica eficaz para llegar al diagnóstico anatomopatológico. Aunque la mayoría de las punciones son adecuadas para un diagnóstico citológico, entre el 5% y el 20% serán insuficientes o no diagnósticas. Esto supone su repetición para descartar malignidad con lo que se consigue disminuir el porcentaje de insuficientes a la mitad. La biopsia con aguja gruesa (BAG) bajo control ecográfico se propone como otra técnica diagnóstica, ya que permite obtener un resultado histológico de malignidad más preciso. A diferencia de la PAAF, permite realizar técnicas de inmunohistoquímica, estudios moleculares, facilita el estudio de las "lesiones foliculares" y conserva el tejido permitiendo su reutilización. Así mismo el estudio simultáneo del líquido de transporte y del propio cilindro de tejido ofrece ambas perspectivas, citológica e histológica, en un solo procedimiento.

Objetivos: Comparar la sensibilidad y especificidad de la PAAF y de la BAG en los nódulos tiroideos.

Material y métodos: Se realiza un estudio prospectivo entre los años 2006 y 2011 (6 años) con todos los pacientes diagnosticados clínica y ecográficamente de nódulo tiroideo e intervenidos posteriormente. Se contabilizaron 399 pacientes en dos grupos de distribución aleatoria. En 222 casos (55,6%) se realizó PAAF y en 177 casos (44,4%) BAG. Los criterios de punción incluyen nódulos sólidos solitarios mayores de 10 mm.

Resultados: La distribución por sexos fue del 12% hombres y 88% mujeres. Por edades el rango se situó entre 18 y 86 años con una media de 56. En el grupo de la PAAF, se obtuvo muestra insuficiente en 22 casos (5,5%) con una sensibilidad del 60% (42,3% a 75,4%), una especificidad del 94,6% (90,1% a 97,2%), un valor predictivo positivo del 66,7% (47,8% a 81,4%) y un valor predictivo negativo del 93% (88,1% a 95,9%). La proporción de falsos positivos fue del 5,4% (2,8% a 9,9%) y la de falsos negativos del 40% (24,6% a 57,7%). Las complicaciones locales fueron un 6% en forma de dolor pospunción y hematoma leve. En el grupo de la BAG no se obtuvo ninguna muestra insuficiente con una sensibilidad del 79,2% (66,5% a 88%), una especificidad del 98,4% (94,4% a 99,6%), un valor predictivo positivo del 95,5% (84,9% a 98,7%) y un valor predictivo negativo del 91,8% (85,9% a 95,4%). La proporción de falsos positivos fue del 1,6% (0,4% a 5,6%) y la de falsos negativos del 20,8% (12,0% a 33,5%). Las complicaciones locales fueron un 12% en forma de dolor pospunción y hematomas leves.

Conclusiones: La BAG es una técnica bien tolerada por los pacientes, con una baja incidencia de complicaciones, nulo porcentaje de pruebas no válidas y una sensibilidad y especificidad que mejoran los resultados de la PAAF, por lo que puede ser una técnica diagnóstica adecuada en la valoración de la malignidad de los nódulos tiroideos no diagnosticados mediante PAAF o incluso, ser utilizada como técnica de primera elección para aumentar la eficacia diagnóstica de la punción en el estudio del tiroides.

O-054. VACIAMIENTO GANGLIONAR CERVICAL CENTRAL (VGCC) PROFILÁCTICO EN EL CARCINOMA PAPILAR TIROIDEO CON LIGADURA DISTAL DE LA ARTERIA TIROIDEA INFERIOR EN EL LADO CONTRALATERAL AL DEL TUMOR. PRESERVACIÓN DE LA VASCULARIZACIÓN DE LAS GLÁNDULAS PARATIROIDES

F. Garrido Menéndez, D. Gambí Pisonero, J. Alonso Segú, J.M. Santos Blanco y E. Sancho

Hospital Santa Bárbara, Puertollano.

Introducción: Aunque existen discrepancias en la bibliografía sobre la extensión de la cirugía en el carcinoma papilar del tiroides, la tendencia actual favorece la disección profiláctica del compartimento central cervical para reducir la recurrencia local y aumentar la supervivencia específica. La técnica de disección ganglionar central puede ser estandarizada, si bien hay diferencias en su ejecución, en general se considera que la ligadura de los vasos tiroideos inferiores lo más proximalmente posible permite una linfadenectomía más exhaustiva. Como inconveniente las linfadenectomías extensas y la ligadura proximal de ambas arterias tiroideas inferiores, presentan una tasa de hipoparatiroidismo permanente de entre el 14 y el 17% y una tasa de hipocalcemia posoperatoria mucho mayor. Proponemos una variante del VGCC, realizando en el lado opuesto al tumor tiroideo, la ligadura de la arteria tiroidea inferior lo más distalmente posible (ligaduras capsulares), con objeto de disminuir la hipocalcemia postoperatoria y el hipoparatiroidismo permanente.
Objetivos: Determinar el efecto de la ligadura distal (adyacente a la cápsula tiroidea) en el lado contralateral del tumor sobre los niveles postoperatorios de calcio y la presencia de hipoparatiroidismo transitorio.
Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo por carcinoma papilar del tiroides con linfadenectomía profiláctica del compartimento central.
Resultados: Se intervienen un total de 6 pacientes 4 mujeres y 2 hombres con edades comprendidas entre los 30 y los 55 años. 4 pacientes fueron dados de alta con niveles de calcio corregido normales, 2 pacientes necesitaron tratamiento sintomático con gluconato cálcico durante el ingreso. Al mes uno de estos pacientes presentó niveles de PTHi dentro de la normalidad.
Conclusiones: La incidencia de carcinoma papilar del tiroides ha aumentado en los últimos decenios, también parece existir un incremento en el número de tumores con mayor agresividad biológica en pacientes menores de 45 años. Las cifras de recurrencia local cervical en el carcinoma papilar del tiroides, pueden llegar al 30%. Según Mazzaferri y Kloos, las metástasis linfáticas, especialmente las cervicales bilaterales y mediastínicas actúan como variables independientes no sólo en el aumento de la frecuencia de recidiva local-regional, sino también en la supervivencia. La disección orientada por compartimientos mejora significativamente ambos parámetros en los pacientes con tumores T1-T3. Los estudios del Surveillance, Epidemiology an End Results (SEER) apoyan estas conclusiones y la recomendación de la American Thyroid Association favorece la disección uni o bilateral del compartimiento central cervical al menos en tumores T3-T4. Si bien existen argumentos en contra de la disección ganglionar profiláctica, creemos indicado el vaciamiento ganglionar del compartimiento central del cuello de forma sistemática en todos los pacientes con carcinoma papilar tiroideo. La frecuencia de metástasis microscópicas es de alrededor del 50% y en caso de recidiva clínica ganglionar la reintervención puede ser muy difícil con una elevada morbilidad. La ligadura distal de la arteria tiroidea inferior contralateral en el carcinoma papilar del tiroides, como una variante técnica del VGCC, preserva la vascularización de las glándulas paratiroides del lado opuesto al tumor y su función.

O-055. TIROIDECTOMÍA DE TOTALIZACIÓN

C. Méndez García, R. Jiménez Rodríguez, M. Pérez Andrés, I. García González, A. Razak Al-Muchref, J.M. Martos Martínez y F.J. Padillo Ruiz

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La hemitiroidectomía es la técnica de elección en el tratamiento quirúrgico del nódulo tiroideo unilateral sin diagnóstico preoperatorio de carcinoma. Cuando el resultado de la pieza de resección es positivo para patología tumoral maligna, se plantea completar la tiroidectomía total en los casos de riesgo para garantizar el control de la enfermedad, por la posibilidad de afectación contralateral. Existe consenso generalizado en no realizar la totalización en carcinomas papilares menores de 1 cm y en foliculares mínimamente invasivos, dado el bajo riesgo de los éstos, y el menoscabo que supone para el paciente, un hipotiroidismo de por vida, además de la morbilidad asociada a la reintervención.
Objetivos: Presentar la casuística de nuestra unidad, valorando la incidencia de neoplasia residual en las piezas de hemitiroidectomías de totalización en relación con los diversos parámetros analizados.
Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 99 pacientes intervenidos de tiroidectomía de totalización en la Unidad de Cirugía Endocrina de nuestro Hospital. No existieron criterios de exclusión respecto a edad, sexo, IMC o ASA. Han sido revisadas todas las historias clínicas, analizando el tipo histológico del tumor inicial, su tamaño, su condición de uni o multifocal y el grado de invasión, relacionando todas estas variables con la existencia o no de tumor residual en la pieza de la 2ª hemitiroidectomía. Se ha utilizado para ello el paquete estadístico "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS 15.0, Chicago, EEUU).
Resultados: Del total de 99 pacientes, 78 mujeres y 22 hombres, la media de edad fue 46,3 años. La incidencia global de afectación contralateral fue del 21,1%. La distribución por tipos histológicos en la hemitiroidectomía inicial fueron: ca. folicular 38,4% con un porcentaje de neoplasia residual en el lóbulo contralateral del 7,9%; ca. papilar 55,1% con neoplasia contralateral en el 27,3% de los casos; 3 casos de Ca. de células de Hürtle sin hallar neoplasia residual en ninguno de ellos. Un caso respectivamente de carcinoma medular, papilar oncocítico y papilar quístico, todos ellos con neoplasia residual contralateral. No existen diferencias estadísticamente significativas con respecto al sexo, edad, tamaño del tumor inicial o su grado de invasión. La única variable con significación estadística en cuanto a la presencia de neoplasia en la pieza de totalización es la multifocalidad. Con respecto a morbilidad postoperatoria tras la totalización, 19 pacientes presentaron hipocalcemia transitoria (19,2%) y se detectó un caso de disfonía sin compromiso de la vía aérea.
Conclusiones: En nuestra experiencia, el tamaño del tumor en la pieza de 1ª hemitiroidectomía (< o > 1 cm o < o > 4 cm) no influye en la presencia o no de neoplasia residual, tampoco la invasión capsular del mismo por lo que, a la vista de nuestros resultados, estos aspectos no parecen justificar la indicación o no de tiroidectomía de totalización. Como está generalmente aceptado, los pacientes que presenten una neoplasia multifocal en la pieza de hemitiroidectomía deben ser reintervenidos para com-

pletar la totalización dado que existe más riesgo de encontrar focos de neoplasia en el lóbulo contralateral.

O-056. IMPACTO DE LA CIRUGÍA EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON TUMORES BENIGNOS SUPRARRENALES FUNCIONANTES

J. Jorge Cerrudo, N. Zambudio Carrol, N. Muñoz Pérez, J.I. Arcelus Martínez, J.M. Villar del Moral y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: Comprobar el efecto del tratamiento quirúrgico en el control de la hipertensión arterial (HTA) en pacientes con lesiones adrenales benignas funcionantes, en comparación con las no funcionantes.

Pacientes y método: Revisión de una base de datos prospectiva específica, mantenida por una Sección de Cirugía Endocrina. Analizaremos el impacto de la funcionalidad o no de las lesiones benignas adrenales esporádicas sobre la mejora en el control de la HTA tras la cirugía. Se ha comprobado el tratamiento actual de los pacientes, a través de la historia clínica electrónica de nuestra área de salud. Hemos considerado como curación la no necesidad de tratamiento farmacológico para su control, y mejoría la reducción en el número de fármacos, o de las dosis de los mismos. Para el análisis estadístico se utilizó el test de χ^2, estableciéndose el nivel de significación en $p < 0,05$ (programa SPSS v15.0). Desde enero de 2002 a diciembre de 2010 hemos intervenido 75 pacientes por patología suprarrenal, de los cuales 54 presentaban lesiones benignas esporádicas: 41 funcionantes (17 feocromocitomas, 13 hipercortisolismos y 11 hiperaldosteronismos) y 13 no funcionantes. Se trataba de 36 mujeres y 18 varones, con una edad media de 48,2 años (rango 23-79). Existía HTA en el 79,6% de los pacientes, obesidad en el 29,6%, DM en el 20,3%, dislipemia en el 16,7% y osteoporosis en el 7,4% de la serie.

Resultados: El diagnóstico anatomopatológico fue de adenoma en 29 casos, feocromocitoma en 17, hiperplasia adrenal en 2, hemangioma en 3, mielolipoma en 2 y quiste en uno. La técnica quirúrgica fue la adrenalectomía laparoscópica transabdominal lateral en 44 casos, y laparotómica en 10. La estancia postoperatoria media fue de 4,8 días (límites 1 y 40), y el seguimiento medio de 54 meses (límites 2-111, desviación estándar 29). De forma global la cirugía benefició el control de HTA en el 77% de las lesiones funcionantes y en el 42,9% de las no funcionantes, diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,045$). La tabla desglosa este resultado según patologías específicas.

Conclusiones: La cirugía ha resultado útil para controlar la HTA en pacientes con hiperfunción adrenal. El mayor beneficio se obtuvo en los pacientes con hiperaldosteronismo primario. En el caso de los tumores no funcionantes no se ha podido constatar este beneficio, posiblemente debido al escaso número de pacientes.

O-057. MICROCARCINOMA PAPILAR DE TIROIDES. FACTORES PRONÓSTICOS DE RECURRENCIA

A. Rodríguez Sánchez, J. Gómez Ramírez, J.M. Bravo Lifante, E. Torres Mínguez, M. Posada González, S. Salido Fernández, I. Rubio Pérez, J.L. Muñoz de Nova, M.M. Naranjo Lozano, E. Martín-Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Objetivos: Se define como microcarcinoma papilar de tiroides a una variante del carcinoma papilar de 1 cm o menos de diámetro. El manejo de estos tumores es controvertido, estando descrita en la literatura tanto la tiroidectomía total asociado o no a tratamiento con radioyodo o la lobectomía en pacientes asintomáticos con diagnóstico incidental. El objetivo de nuestro estudio es analizar el curso clínico así como los factores que pudieran estar asociados a la recurrencia de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todos los pacientes intervenidos en nuestro centro entre los años 2000 y 2010. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico anatomopatológico de carcinoma papilar de tiroides de < 10 mm de diámetro. Se analizaron datos demográficos de los pacientes, diagnóstico inicial, complicaciones postoperatorias, estudio anatomopatológico y recidivas. Para el análisis estadístico usamos el SPSS v15 para Windows.

Resultados: Durante el período de estudio 67 pacientes fueron diagnosticados de microcarcinoma papilar de tiroides. La edad media fue de 48,70 + 13,83 años. El 83,6% (56) de los pacientes fueron mujeres. El diagnóstico se conocía de inicio en el 44,8% (30) de los pacientes, en el resto de los casos fue un hallazgo casual. Se realizó tiroidectomía total en el 73,1% (49). En cuanto a las complicaciones postquirúrgicas 3 (4,5%) pacientes presentaron hipocalcemia permanente y 13 (19,5%) transitoria, 2 (3%) lesiones del nervio recurrente y 3 (4,5%) pacientes tuvieron que ser reintervenidos por sangrado. El tamaño medio de la tumoración fue de 5 + 3,18 mm. El 50,8% (34) fueron tratados con radioyodo postoperatorio, y en 4 (6%) pacientes se completó la tiroidectomía. En el 55,2% (37) el carcinoma era multifocal y en el 35,8% (24) bilateral. En el momento del diagnóstico presentaban metástasis ganglionares el 17,9% (12) de los pacientes. El seguimiento medio fue de 65,58 + 36,45 meses. No hubo ningún exitus por esta patología. Durante este período se diagnosticaron recidivas ganglionares en 8 pacientes (11,9%). Al realizar un análisis para detectar los factores que pudieran estar relacionados con el desarrollo de recidivas encontramos que la existencia de adenopatías infiltradas al inicio aparece como un factor de riesgo. No así el tamaño del tumor, el tratamiento efectuado, la multifocalidad o el hecho de ser un hallazgo incidental o no.

Conclusiones: Los pacientes con microcarcinoma papilar de tiroides presentan un pronóstico excelente, sin embargo están asociados a una importante incidencia de metástasis linfáticas. La existencia de afectación ganglionar en el momento del diagnóstico es un factor de riesgo que debemos tener en cuenta en el curso de la enfermedad.

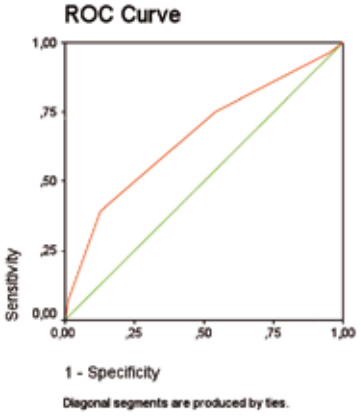
	HTA preoperatoria (%)	Curación tras la cirugía (%)	Mejoría tras la cirugía (%)	Curación o mejoría (%)
Feocromocitoma	16 (94,1)	10 (62,5)	3 (18,7)	13 (81,2)
Síndrome de Cushing	10 (76,9)	5 (50)	1 (10)	6 (60)
Síndrome de Conn	10 (90,9)	3 (30)	6 (60)	9 (90)
Lesiones no funcionantes	7 (53,8)	1 (14,28)	2 (28,6)	3 (42,9)
Total	43 (79,6)	19 (44,2)	12 (27,9)	31 (72,1)

O-058. ELASTOGRAFÍA POR ULTRASONIDOS EN LA VALORACIÓN DEL RIESGO DE MALIGNIDAD DEL NÓDULO TIROIDEO Y EL BOCIO MULTINODULAR

A. Rivo Vázquez[1], A. Rodríguez Lorenzo[2], J.E. Rivo Vázquez[1], F. García Lorenzo[1], H. Pardellas Rivera[1], C. Páramo Fernández[1] y P. Gil Gil[1]

[1]*Complejo Hospitalario Xeral-Cíes, Vigo;* [2]*Clínica Nuestra Señora del Perpetuo Socorro, Vigo.*

Introducción: La elastografía por ultrasonidos es una técnica diagnóstica de reciente incorporación que pretende, mediante el cálculo de la dureza de los tejidos, realizar una aproximación a su naturaleza. La glándula tiroides podría ser un órgano idóneo para el empleo de esta técnica, existiendo publicaciones recientes que aportan resultados satisfactorios. El objetivo de nuestro trabajo es analizar la validez de la elastografía en la evaluación de malignidad del nódulo tiroideo y el bocio multinodular.
Material y métodos: Realizamos un estudio prospectivo en el que incluimos a 156 pacientes -134 mujeres (85,9%) y 22 varones (14,1%)- intervenidos por enfermedad nodular tiroidea entre octubre de 2008 y noviembre de 2010. La edad media de los pacientes fue de 52 (± 14,42) años y de ellos 36 (23,1%) presentaban un nódulo único y 120 (76,9%) un bocio multinodular. Previamente a la intervención quirúrgica todos los pacientes fueron sometidos a una eco-elastografía color en la que se analizaron un total de 192 nódulos tiroideos clasificándolos en una escala de 1 a 5, de menor a mayor dureza. Se consideró que los nódulos con mayor valor elastográfico presentaban mayor riesgo de malignidad. Mediante una curva característica de operación del receptor se analizó el rendimiento de la técnica utilizando el estudio anatomopatológico de los especímenes quirúrgicos como "gold standard".
Resultados: De los 192 nódulos tiroideos analizados 28 (14,6%) fueron malignos. Los resultados aportados por las elastografías preoperatorias se presentan en la tabla. Se obtuvo una curva característica de operación del receptor (fig.) con un área bajo la curva de 0,662 (± 0,060); IC95% (0,545-0,779); p = 0,006. Estableciendo un punto de corte que clasifique como malignos aquellos nódulos tiroideos con un valor elastográfico igual o mayor que 3 alcanzaríamos una sensibilidad del 75%, especificidad del 45,73% valor predictivo positivo del 19,1% y valor predictivo negativo del 91%.
Conclusiones: La elastografía por ultrasonidos aporta información útil acerca del riesgo de malignidad en el estudio de los nódulos tiroideos. Estableciendo un punto de corte que clasifique como malignos aquellos nódulos con un valor elastográfico mayor o igual que 3 conseguiríamos una sensibilidad del 75%, si bien a costa de una especificidad del 42,7%. Mejoras técnicas y en el proceso de adquisición de datos durante los estudios de elastografía deberían de redundar en beneficios en términos de aumento de las cifras de sensibilidad y especificidad. La integración de estos datos con otros criterios clínicos, analíticos, ecográficos y la PAAF podría ser de ayuda en el manejo del paciente con nódulos tiroideos o bocio multinodular.



O-059. EXPERIENCIA DE LA NEUROMONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA EN GALICIA: AVANCES HACIA LA CIRUGÍA TIROIDEA MÍNIMAMENTE INVASIVA

L. Sánchez Guillén, J.P. Alarcón Caballero, M. Gómez Feijoo, E. de Miguel Pérez, R. López de los Reyes, B. Espiñeira Pérez, E. Rodríguez Martínez, M.M. Martínez Baracheta, E. Vives Rodríguez, A. Mato Iglesias y G. Adrio Díaz

Hospital Arquitecto Marcide, Ferrol.

Objetivos: El rol de la monitorización intraoperatoria durante la tiroidectomía para la documentación de la integridad nerviosa, ha supuesto un importante avance en la en la cirugía de tiroides. En el presente estudio evaluamos la eficacia de dicha técnica como apoyo al proceso quirúrgico y en la reducción de las complicaciones derivadas del daño nervioso, como centro de referencia de esta práctica en nuestra Comunidad.
Métodos: En 93 pacientes consecutivos a los que se realizó cirugía tiroidea desde julio de 2010 hasta marzo de 2011, se estudiaron distintos parámetros derivados del proceso quirúrgico (estancia hospitalaria, tiempo quirúrgico...) así como parámetros sobre la función de los nervios laríngeo superior (LS) y laríngeo inferior o recurrente (LR) en el postoperatorio. De los 318 nervios susceptibles de lesión, 298 fueron localizados mediante el uso de neuromonitorización y fueron comparados con los 216 nervios que se identificaron de forma visual y rutinaria durante el mismo periodo del año anterior. La incidencia de estos parámetros fue comparado entre los 2 grupos incluyendo un subgrupo de riesgo en aquellos casos de tiroidectomías de riesgo.
Resultados: En los parámetros no relacionados con la función nerviosa, se observó un descenso significativo de los días de estancia hospitalaria así como del tiempo quirúrgico empleado para realizar una tiroidectomía en los casos en los que se realizaba una correcta monitorización. Esta técnica permitió comprobar la integridad del circuito nervioso compuesto por el nervio vago, el LS y el LR en todos los casos, asociando algunos pacientes complicaciones transitorias derivadas de lesiones nerviosas mínimas atribuidas a la movilización y elongación durante la cirugía. No hubo diferencias significativas postoperatorias en parálisis transitoria o permanente del NLR entre con neuromonitorización y el grupo control. En un análisis de subgrupos, la parálisis postoperatoria fue mayor en las tiroidec-

Valor elastográfico	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado	Benignos	Malignos
1,00	9	4,7	4,7	8	1
2,00	73	38,0	42,7	67	6
3,00	78	40,6	83,3	68	10
4,00	28	14,6	97,9	19	9
5,00	4	2,1	100,0	2	2
Total	192	100,0		164	28

tomías de riesgo (grandes glándulas, neoplasias, reintervenciones...) en el grupo control pero no en el grupo de la neuromonitorización. Las complicaciones derivadas de la lesión del nervio LS sí fueron significativamente disminuidas al facilitar su disección en el polo tiroideo superior.

Conclusiones: La monitorización nerviosa durante la cirugía de tiroides no reduce significativamente el daño al NLR, comparado con la técnica rutinaria de la identificación visual. Sin embargo, su aplicación sí aporta una ayuda fundamental y tangible para la identificación nerviosa, algo imprescindible tanto en los casos de tiroidectomías con alto riesgo quirúrgico por alteración de la morfología por la propia patología tiroidea, como en pacientes con alta morbilidad, en los que el tiempo intra y periquirúrgico se torna vital.