



P-155 - EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL BOCIO MULTINODULAR NO TÓXICO INTRATORÁCICO

N. Orozco Gil, C. Montesinos Meliá, A. Coret Franco, U. Ponce Villar, A. Bañuls Matoses, J. Carbó López, C. Rodero Astaburuaga, M.L. Martínez Ballester, M. Díaz del Río, R. Blasco Piqueras y F. Caro Pérez

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: La cirugía del bocio intratorácico presenta mayor complejidad que la tiroidectomía por bocio cervical. El objetivo del estudio es revisar nuestra experiencia en la cirugía de tiroides en pacientes con Bocio multinodular (BMN) no tóxico intratorácico.

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo desde enero de 2002 hasta diciembre de 2012 de los pacientes intervenidos en nuestro servicio por BMN no tóxico intratorácico. Consideraremos como bocio intratorácico al tiroides con alguna porción de glándula situada de manera permanente en posición retroesternal de acuerdo con la definición de Kocher. Se recogen las complicaciones inmediatas y a largo plazo así como el seguimiento de los pacientes.

Resultados: Durante el período estudiado se intervinieron 70 pacientes. Los pacientes presentaban una edad media de 53,42 años. La distribución por sexos fue 61 mujeres y 9 hombres. La sintomatología más frecuente fue bocio (36), seguido de síntomas compresivos (19) y finalmente nódulo (2). La técnica de imagen empleada fue el TAC, con un volumen medio de la glándula de 161,23 cm³ (rango 38-409 cm³). En todos los casos el acceso quirúrgico fue mediante cervicotomía. Se realizaron 22 tiroidectomías casi totales (técnica de Dunhill), 31 tiroidectomías totales, 1 tiroidectomía total más paratiroidectomía y 16 hemitiroidectomías, en una de ellas se asoció paratiroidectomía. La técnica NIM para localización del n. recurrente se utilizó en los últimos 14 casos. El estudio anatopatológico confirmó bocio multinodular 56 (80%), hiperplasia multinodular y adenoma paratiroideo 1 (1,42%), hiperplasia nodular coloide 2 (2,86%), adenoma folicular 5 (7,14%), tiroiditis 4 (5,71%), hiperplasia multinodular y microcarcinoma 1 (1,42%) y carcinoma papilar 1 (1,42%). El tamaño medio de la pieza fue 239,76 cm³ (rango 30-825 cm³). La estancia media postoperatoria fue 4,71 días (rango 3-11 días). Las complicaciones postoperatorias fueron: en los pacientes a los que se realizó tiroidectomía total/subtotal 7 hipocalcemias transitorias (12,9%), 5 hipoparatiroidismos definitivos (9,25%), 6 disfonías transitorias (11,1%), 1 fonastenia (1,8%), 1 disfonía definitiva (1,8%); y en los pacientes a los que realizó una hemitiroidectomía, 1 disfonía transitoria (6,25%) y 1 disfonía definitiva (6,25%). No hubo complicaciones hemorrágicas. La mortalidad registrada en la serie fue del 0%. No ha habido recidivas de enfermedad nodular tiroidea durante el seguimiento.

Conclusiones: Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico del BMN intratorácico. La tasa de carcinoma ?oculto? fue del 2,8%. No se presentaron complicaciones hemorrágicas. Las complicaciones en cuanto a hipoparatiroidismo transitorio, disfonía transitoria y disfonía definitiva (2,8%) son comparables a las publicadas. La tasa de hipoparatiroidismo definitivo (9,25%) se encuentra por encima de lo descrito en la

bibliografía. La realización de tiroidectomías por bocio intratorácico debe llevarse a cabo por equipos especializados en cirugía endocrina para mejorar los resultados. La monitorización (NIM) de n. laríngeos nos parece positiva y pensamos ayudará a disminuir el % de lesiones recurrenciales.