



P-156 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL BOCIO INTRATORÁCICO

C.F. Giraldo Ospina, C.I. Bayarri Lara, F. Hernández Escobar, F. Quero Valenzuela, A. Sánchez Palencia Ramos, J. Ruiz Zafra y A. Cueto Ladrón de Guevara

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Describir las características quirúrgicas (abordaje quirúrgico) y anatomopatológicas de los pacientes intervenidos de lesiones tiroideas intratorácicas en nuestro servicio.

Métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de los casos de bocio intratorácicos (BI) intervenidos quirúrgicamente entre noviembre de 1999 a diciembre del 2012. Se registraron variables demográficas, técnica quirúrgica, vía de abordaje, predominio en la ubicación de la lesión tiroidea, anatomía patológica (AP), tamaño, localización y extensión mediastínica, días de estancia hospitalaria, duración de la intervención, calcio y proteínas totales en las primeras 24h postoperatorio y mortalidad.

Resultados: Se identificaron 32 casos de resección quirúrgica del BI de los cuales 14 son hombres (43,7%) y 18 mujeres (56,2%). Edad media: 59,5 años (rango 30-80). La vía de abordaje más empleada fue la cervicotomía de Kocher con 25 casos (78,12%) seguida de cervicoresternotomía 4 casos (12,5%), la toracotomía 2 casos (6,25%) y 1 caso de esternotomía (3,12%). La técnica más empleada fue tiroidectomía total en 13 casos (40,6%) continuando con la hemitiroidectomía 10 casos (31,2%) de las cuales 7 derechas y 3 izquierdas, 6 tiroidectomía subtotal (18,7%), y 3 tiroidectomías ectópicas o primarias (9,37%). La localización mediastínica se presenta a nivel prevascular en 26 casos (81,2%), 4 retrovascular (12,5%), 1 retrotraqueal (3,1%), 1 paratraqueal (3,1%). La lesión tiroidea se localiza de forma predominante a nivel del lado derecho en 17 casos, 9 en el lado izquierdo, 5 de forma bilateral y 1 netamente mediastínico. En 14 casos se evidencio compresión y desviación de la tráquea. Tiempo quirúrgico con una media de 162,65 min (90-300). El 81,25% presentaron disminución del calcio por debajo del rango de normalidad (8,5 mg/dl) en las primeras 24h posquirúrgicas con una media de 7,27 mg/dl. Las proteínas totales tenían una media de 5,32 g/dl (rango 4-6,7). No se presentó mortalidad en ningún caso, solo uno de ellos requirió de UCI y traqueostomía por insuficiencia respiratoria secundaria a sus patologías de base. Estancia hospitalaria: una media de 7,6, días (rango 3-32). A.P: el más frecuente fue el bocio coloide multinodular en 20 casos, bocio multinodular en 6 casos, 3 casos de bocio coloide, 1 caso de carcinoma anaplásico, 1 de carcinoma folicular variante Hurtle y 1 de linfoma tipo B de localización tiroidea. Las piezas tenían un tamaño medio de 11,4 × 9,12 × 5,49 cm, midiendo la más grande 24 × 18 × 12,5 cm.

Conclusiones: 1. La cervicotomía de Kocher es el abordaje por el cual pueden ser resecados la gran mayoría de bocios intratorácicos con una morbilidad es escasa y mortalidad nula. 2. En casos de extensión posterior o por debajo del cayado aórtico hay que considerar la posibilidad de que sean necesarios abordajes transtorácicos. 3. La histopatología más frecuente es el bocio coloide multinodular y la técnica más común es la tiroidectomía total con exéresis de la prolongación endotorácica.