



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-237 - Cirugía del bocio gigante en el ámbito de la cooperación sanitaria en Camerún

Martínez Torres, Beatriz¹; Pereira Pérez, Fernando¹; Carrión Álvarez, Lucía¹; Rodrigáñez Riesco, Laura²; Abubakra, Selma³; Alameda, Beatriz⁴; Sánchez Chica, Pablo Antonio⁴

¹Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada. ²Hospital Universitario de Getafe, Getafe. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁴Hospital Universitario Severo Ochoa, Leganés.

Resumen

Introducción: El bocio es un problema de salud muy importante en los países subdesarrollados. El déficit de yodo en la alimentación de la población de Camerún y otros países subsaharianos, es el principal motivo en el desarrollo de esta enfermedad que, junto a la limitación en el acceso a un tratamiento adecuado, hacen que se desarrollen bocios de gran magnitud. La principal patología tiroidea en Camerún es el bocio multinodular. El acceso a una analítica para determinar la función tiroidea es extremadamente limitado. Debido al gran tamaño de los bocios, se producen síndromes compresivos cervicales, cuyo tratamiento en el ámbito de la cooperación supone un reto dada la ausencia de disponibilidad de tratamientos sustitutivos con calcio y hormonas tiroideas.

Objetivos: Describir la experiencia de un equipo quirúrgico en el manejo del bocio tiroideo gigante en una campaña quirúrgica en Camerún, en el ámbito de la cooperación sanitaria y con limitaciones materiales y temporales.

Métodos: La campaña quirúrgica se desarrolló durante 20 días en unos quirófanos localizados en Bengbis (Camerún). Se recogieron de forma prospectiva los datos de todas las intervenciones tiroideas realizadas.

Resultados: Durante las 13 jornadas en las que los quirófanos estuvieron operativos, se intervinieron 5 pacientes de patología tiroidea, todas mujeres, con edades comprendidas entre los 23 y 46 años. En ningún caso se conocieron los datos acerca de la función tiroidea, debido a la ausencia de acceso a la realización de pruebas de laboratorio. En todos los casos, se trataba de bocios tiroideos gigantes susceptibles de producir síntomas compresivos en un futuro inmediato. Se realizaron 3 tiroidectomías subtotales bilaterales, una tiroidectomía subtotal derecha con hemitiroidectomía izquierda y una hemitiroidectomía derecha con istmectomía. Se utilizaron drenajes aspirativos en todos los pacientes, que fueron retirados entre las primeras 24 y 48 horas postoperatorias. Respecto a la visualización de los nervios recurrentes, de las 4 tiroidectomías subtotales se visualizaron 2 derechos y 1 izquierdo, y en la hemitiroidectomía derecha se localizó el nervio recurrente derecho. Respecto a la visualización de las glándulas paratiroides en las 4 tiroidectomías subtotales se localizaron 3 superior derecha, 1 inferior derecha, 0 inferior izquierda y 2 superior izquierda; en la hemitiroidectomía derecha no se visualizaron glándulas paratiroides. No se ha registrado ningún evento de mortalidad ni ninguna complicación postoperatoria. Las 5 pacientes permanecieron asintomáticas durante el ingreso, con Trousseau negativo y sin hemorragia. En todos los casos fueron dadas de alta el segundo día postoperatorio.

Conclusiones: La cirugía tiroidea es posible en una campaña quirúrgica en el ámbito de la cooperación, siempre y cuando se cuente con un equipo con amplia experiencia en cirugía tiroidea. Debido a la imposibilidad de tratamiento sustitutivo en caso de hipoparatiroidismo e hipotiroidismo, hay que recurrir a técnicas hoy en día prácticamente olvidadas en nuestro medio, como es la tiroidectomía subtotal y sus variantes. De lo contrario, una complicación relativamente banal en occidente se convierte en una amenaza letal.