



P-087 - Tratamiento quirúrgico de la patología tiroidea en un hospital de segundo nivel. Experiencia en el último año

González Benjumea, Paz; Morales Martín, Germán; Escoresca Suárez, Ignacio; García Cirac, Antonio; Royo Balbontín, Alberto; Utrera González, Antonio; Candón Vázquez, Juan

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: Salvo en los nódulos solitarios benignos, la tiroidectomía total se ha erigido como patrón quirúrgico de elección en toda la patología tiroidea porque proporciona la inmediata y permanente curación de la enfermedad, sin riesgo de recidiva y de reintervención. Las complicaciones mayores principales de la cirugía tiroidea incluyen la hipocalcemia (transitoria o definitiva) derivada del hipoparatiroidismo por lesión de las glándulas paratiroides, la lesión del nervio recurrente (disfunción transitoria o parálisis definitiva) y el hematoma sofocante.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que describe los resultados obtenidos en la cirugía de la patología tiroidea realizados en nuestro centro entre enero y diciembre de 2014. Dentro de las variables analizadas se incluyen: estudio preoperatorio, tipo de intervención, identificación y monitorización del NLR, diagnóstico AP, régimen de ingreso y tasa de complicaciones.

Resultados: Presentamos una serie de 60 pacientes, 7 hombres (11,7%) y 53 mujeres (88,3%), con edad media 53,62 años (DE \pm 15,52) (mediana 56), a los que se le realiza intervención quirúrgica tiroidea. Como estudio preoperatorio se realizó PAAF al 66,7% (n = 40), ecografía al 98,3% de los pacientes (n = 59), TAC al 15% (n = 9) y gammagrafía al 20% (n = 12). Durante estos 12 meses se realizaron 11 hemitiroidectomías (18,3%) y 49 tiroidectomías totales (81,7%). Se realizaron 5 vaciamientos cervicales asociados (3 centrales y 2 centrales + laterales). Durante la intervención, en el 78,3% de los casos (n = 47) se identificó el NLR y en el 4% (n = 2) se monitorizó el NLR. En cuanto al diagnóstico anatomo patológico un 50% corresponde a hiperplasia nodular (n = 30), 23,3% carcinoma papilar (n = 14), 16,7% adenoma folicular (n = 10), 5% carcinoma folicular (n = 3), 3,4% tiroiditis (n = 2) y 1,7% linfoma B (n = 1). El 55% de los pacientes fueron intervenidos en régimen de corta estancia (48h). El 45% restante presentan una estancia mayor de 48h. Se presenta disfonía en 8 pacientes (a todos se realizó laringoscopia). 3 casos presentan parálisis de las cuerdas vocales por lesión del NLR. Se presentó hipocalcemia en 11 pacientes y seroma/hematoma en 3. No registramos ningún caso de hematoma sofocante. La tasa de mortalidad fue nula.

Conclusiones: Dentro de los resultados de nuestro centro comprobamos, que al igual que en la bibliografía existente, la patología tiroidea es más prevalente en mujeres de mediana edad y la intervención con más frecuencia realizada la tiroidectomía total. En cuanto a las complicaciones, nuestra incidencia de hipocalcemia y lesiones recurrenciales es similar a la reportada en la literatura. Respecto al régimen de ingreso, coincidimos con algunos autores que postulan que, tanto en seguridad para el paciente como en rendimiento económico, es factible realizar cirugía tiroidea en régimen de corta estancia, aunque en la

bibliografía no existe consenso. La mejora del rendimiento económico no se debe anteponer a la seguridad del paciente y a las posibles complicaciones, que aunque suelen ser menos del 1% de los casos, a veces pueden comprometer la vida del paciente.