



www.elsevier.es/cirugia

P-090 - MANIPULACIÓN DE PARATIROIDES DURANTE LA TIROIDECTOMÍA Y CURVA DE APRENDIZAJE

Fontalva Pico, Ana Amelia; Martínez Santos, Cristina; Arcas Marín, Luz María; Lucena Navarro, Fabiola; Martín Carvajal, Francisco; Verdugo Carballeda, José Manuel; Cortázar, Ramón; Gándara Adán, Norberto

Hospital Costa del Sol, Marbella.

Resumen

Introducción y objetivos: La superespecialización en cirugía endocrina persigue optimizar los resultados y alcanzar la menor tasa de morbilidad posible. En este trabajo se pretende analizar la manipulación de las paratiroides durante la tiroidectomía y su evolución a lo largo de la curva de aprendizaje.

Métodos: Análisis retrospectivo de las tiroidectomías realizadas por un único cirujano desde la finalización de su periodo de residencia hasta la actualidad. Se registraron características clínicas, histológicas, bioquímicas y las referentes a técnica intraoperatoria. Se realizó un análisis descriptivo con medidas de tendencia central, dispersión y posición para variables cuantitativas y distribución de frecuencias para las cualitativas. Se comparó entre grupos de periodo utilizando el test de Anova para variables cuantitativas y test de chi-cuadrado para cualitativas.

Resultados: Se incluyeron 483 pacientes operados en tres periodos: 2003-8 (n = 100; 20,7%), 2009-12 (n = 208; 43,1%) y 2013-2015 (n = 175; 36,2%). La mayoría fueron mujeres (86,3%) con una edad media de $48,06 \pm 14,7$ años. Las indicaciones más frecuentes fueron la proliferación folicular (56,9%) y la sospecha de malignidad (24,5%). La histología definitiva fue de malignidad en 120 pacientes (24,8%), siendo la estirpe papilar clásica la más frecuente (60,7%) seguido de la papilar variante folicular (25%). En el protocolo quirúrgico se describe la localización del 55,80% de las paratiroides en riesgo, no encontrándose diferencias entre los periodos analizados. Se reimplantó alguna paratiroides en 32 casos (6,6%), manteniéndose la tasa de paratiroides implantadas en relación con paratiroides a lo largo del tiempo (2,25% vs 2,52 vs 2,14; p = 0,926). No se reimplantaron más glándulas cuando la enfermedad fue maligna (9,1% vs 5,7%; p = 0,43). Se describió alguna paratiroides en la histología definitiva en 87 casos (18%), no observándose diferencias entre periodos (16% vs 18,3% vs 18,9%). La tasa de paratiroides en pieza en relación con las glándulas en riesgo fue de 6,67% y se mantuvo en el tiempo (5,25% vs 7,2% vs 6,85%). Si se encontró un aumento de paratiroides en pieza cuando la enfermedad fue maligna (31,7% vs 13,5%; p 0,001) y cuando se realizó vaciamiento cervical (49,3% vs 13,7%; p 0,001). En los casos con vaciamiento, el número de paratiroides en pieza mejoró durante la curva de aprendizaje pero no de forma significativa (58,8% vs 50,1% vs 45,8%; p = NS). La tasa registrada de hipocalcemia posquirúrgica en pacientes en riesgo fue del 28,9% (24,2% bioquímica y 4,7% clínica) y se observó un descenso significativo al comparar los tres períodos (50,8% vs 28% vs 16,1%; p 0,001), tanto en la bioquímica como en la clínica.

Conclusiones: La realización de un vaciamiento cervical implica un aumento de paratiroides en pieza a pesar de la superespecialización. Si bien no es fácil aumentar el número de paratiroides vistas en la cirugía o

disminuir el número de paratiroides reimplantadas o resecadas con la pieza tras la curva de aprendizaje, si se observa un descenso claro de las tasas de hipocalcemia postoperatoria. Esto podría deberse a una manipulación de las glándulas cada vez más cuidadosa y a la implantación de protocolos de detección precoz y tratamiento postoperatorio de la hipocalcemia.