



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-117 - ABORDAJE DEL BOCIO ENDOCTORÁCICO SEGÚN LA TÉCNICA DE CHARLES PROYE, UNA ALTERNATIVA FACTIBLE Y SEGURA

*Ciriano Hernández, Patricia; Grao Torrente, Irene; Lusilla López, Alejandro; Kayser Mata, Silvia; Fernández González, Adriana; Mercader Cidoncha, Enrique; Amunategui Prats, Iñaki; Escat Cortés, José Luis*

*Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** El bocio endotorácico (BE) es un diagnóstico frecuente en la patología endocrina quirúrgica. Su importancia radica en la alta probabilidad de desarrollar síntomas compresivos, nódulos no accesibles a la punción y posibilidad de albergar patología tumoral. El tratamiento quirúrgico del BE puede generar alta morbilidad, tanto por alto riesgo de lesión del nervio laríngeo recurrente (NLR) como por la morbilidad de la esternotomía.

**Objetivos:** Evaluar la seguridad y eficacia de la tiroidectomía transcervical según la técnica descrita por Charles Proye frente a la tiroidectomía por abordaje convencional.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de una cohorte de 68 pacientes consecutivos tratados mediante tiroidectomía total por BE entre octubre de 2011 y febrero de 2018. El diagnóstico de BE fue confirmado mediante TAC atendiendo a la CT-CSI classification system o a los hallazgos intraoperatorios. En todos los casos se comenzó por cervicotomía, reservando la esternotomía a imposibilidad de la vía cervical. Los pacientes fueron divididos según técnica quirúrgica: cirugía convencional (CC), abordaje lateral a medial previa movilización de los polos y técnica de Charles Proye (CP): se aborda de medial a lateral identificando precozmente el NLR en su entrada en la laringe. Criterio de selección: Preferencia del cirujano. Tiempo medio seguimiento: 6 meses. Se analizaron variables demográficas, ASA, neuromonitorización NLR, complicaciones postoperatorias, estancia hospitalaria media y tiempo quirúrgico. Para el análisis de variables cualitativas se utilizó el test Chi-cuadrado, y para variables cuantitativas el test U de Mann-Whitney. Se consideró significativa  $p < 0,05$ .

**Resultados:** No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en variables demográficas. Un 42,6% se encontraban asintomáticos, 29,4% presentaban masa cervical, 20,6% disfagia, 5,9% disfonía y 1,5% disnea. En el 100% se inició por vía cervical, completándose en 67 y precisando esternotomía en sólo un caso. En 62,7% se realizó CC y en 37,3% CP. El 26,5% presentaron hipoparatiroidismo postoperatorio (24% tras CP y 28% tras CC), siendo permanente en un paciente de cada grupo, 4% de los tratados mediante CP frente a 2,3% en CC, resultados no estadísticamente significativo. Se confirmó una parálisis transitoria del NLR, correspondiente a CC, y otra parálisis permanente (esternotomía y CC). Complicaciones graves como la reintubación y ventilación mecánica se presentaron exclusivamente en este caso, al igual que la reintervención para realización de traqueostomía. En las restantes se apreció cierta tendencia a la disminución de la estancia tras CP, con 3 días frente a 4 tras CC sin ser estadísticamente significativo. En contra, destaca un tiempo quirúrgico significativamente mayor en CP (281 frente a 201 minutos).  $p = 0,003$ . Dato atribuible

a la curva de aprendizaje CP.

**Conclusiones:** El abordaje cervical es una estrategia adecuada para el tratamiento del BE, reservando la esternotomía para aquellos casos más complejos o localizados en mediastino posterior. El abordaje según la técnica de CP es poco conocido, requiere una significativa curva de aprendizaje y empleo de monitorización nerviosa. Su objetivo principal es evitar la tensión sobre el NRL y su consecuente lesión. Constituye un recurso técnico muy seguro para el tratamiento de este tipo de pacientes.