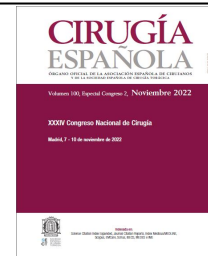




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-061 - CIRUGÍA TIROIDEA URGENTE: ¿CÓMO LO HACEMOS?

Jiménez Mazure, Carolina; Pulido Roa, Ysabel; Ramos Muñoz, Francisco; Rodríguez Silva, Cristina; Botello García, Francisco; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La cirugía tiroidea de urgencias constituye un reto para el cirujano endocrino, al tener que enfrentarse a pacientes altamente complejos en un escenario distinto. El objetivo de este estudio es presentar nuestra experiencia en los pacientes intervenidos de cirugía tiroidea urgente.

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes ingresados de forma urgente e intervenidos de cirugía tiroidea en el periodo desde enero de 2016 hasta la actualidad (marzo de 2022).

Resultados: Se intervinieron un total de 4 pacientes. Caso 1: varón de 50 años con trastorno psicótico, que ingresó por obstrucción aguda de vía aérea (OAVA) secundario a masa tiroidea de aspecto pétreo con crecimiento rápido. Ante la sospecha de cáncer anaplásico, se realizó istmectomía de necesidad guiado por ecografía para permitir traqueostomía urgente, en espera del resultado anatomopatológico (AP). Tuvo ingreso prolongado en UCI (43 días), y parada cardiorrespiratoria en planta por salida de cánula de traqueostomía que precisó revisión en quirófano. El informe AP definitivo fue de enfermedad por IgG4, respondiendo de forma muy favorable a corticoides e infliximab, permitiendo retirada de cánula de forma ambulatoria. Caso 2: mujer de 61 años con antecedentes de tiroidectomía parcial en 2 ocasiones que ingresó por estridor y disnea debido a traqueomalacia y colapso de vía aérea por gran bocio multinodular recidivado. Se colocó endoprótesis metálica como procedimiento puente a la cirugía, que consistió en tiroidectomía total (TT), retirada de la prótesis y, en un segundo tiempo, traqueostomía urgente por persistencia del colapso de la pared traqueal. El posoperatorio fue favorable, siendo dada de alta al 9º día posoperatorio, con retirada ambulatoria de la cánula de traqueostomía. Caso 3: varón de 40 años que ingresó por tormenta tiroidea con fallo multiorgánico. Dada la mala respuesta al tratamiento conservador y la necesidad de traqueostomía por intubación prolongada, se realizó TT, muy dificultosa por hipervascularización glandular. Presentó recuperación lenta, con ingreso prolongado en UCI (24 días), precisando derivación a rehabilitación por tetraparesia del paciente crítico, ya decanulado. Caso 4: mujer de 83 años que al alta de cirugía por cataratas sufre episodio de OAVA que precisa intubación *in extremis*. Se realiza TC cervical que objetiva una masa neoplásica tiroidea izquierda con probable infiltración traqueal. Se realiza TT urgente tras descartar infiltración neoplásica endoluminal mediante fibrobroncoscopia, quedando, no obstante, restos tumorales adheridos a la tráquea. La paciente pudo ser extubada, pero falleció al 9º día posoperatorio por hipotensión y FA rápida que no respondió a cardioversión. El diagnóstico definitivo fue de cáncer papilar de tiroides, variante de células altas.

Conclusiones: La cirugía tiroidea urgente es un procedimiento infrecuente, que obliga al cirujano endocrino a tomar decisiones difíciles y enfrentarse a intervenciones de elevada complejidad. Es necesario disponer y

liderar un equipo multidisciplinar formado por especialistas en otorrinolaringología, neumología, anestesiología y cirugía torácica, que estén familiarizados con el manejo de la vía aérea crítica y trabajen de forma coordinada para minimizar la morbilidad de estos pacientes.