



O-031 - TIROIDECTOMÍA GUIADA POR FLUORESCENCIA: ¿AÑADE RIESGO EL VACIAMIENTO GANGLIONAR DEL COMPARTIMENTO CENTRAL?

Moreno Llorente, Pablo¹; García Barrasa, Arantxa¹; Pascua Solé, Mireia¹; Seffino, Nicolas¹; Muñoz de Nova, José Luis²

¹Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat; ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Introducción: La hipocalcemia (posoperatoria o permanente) es la complicación más frecuente asociada a la tiroidectomía. El vaciamiento ganglionar del compartimento central (VGCC) puede tener un potencial efecto negativo en la función paratiroidea inmediata posttiroidectomía, contribuyendo a aumentar la frecuencia de este efecto adverso. Recientemente, la fluorescencia con ICG ha demostrado 1) que una sola glándula paratiroides (GP) bien perfundida (escore: 2) es suficiente para mantener los niveles de calcio en el posoperatorio inmediato y 2) que la tiroidectomía guiada por ICG (TG-ICG) permite disminuir de forma significativa los episodios de hipocalcemia posoperatoria y permanente tras la tiroidectomía.

Objetivos: Evaluamos el riesgo real asociado del VGCC después de la TG-ICG.

Métodos: Se estudian pacientes operados de forma consecutiva en los que se realizó tiroidectomía total (TT) + VGCC (uni o bilateral, profiláctico o terapéutico) desde abril de 2016 a septiembre del 2023. En todos los pacientes utilizamos de forma sistemática la inyección de ICG (3 ml) para la evaluación de la función paratiroidea en el posoperatorio inmediato. Desde septiembre del 2020 se añadió ICG al iniciar la cirugía para visualizar el mapa vascular que perfunde las GPs. La tiroidectomía se completó una vez preservadas las GPs y sus vasos nutrientes visualizados con ICG. (Grupo Estudio). El Grupo Control está formado por los pacientes operados desde abril de 2016 a septiembre del 2020 en los que se realizó la tiroidectomía convencional, y en los que solo se injectó ICG al final de la cirugía. Evaluamos la perfusión de cada una de las GPs después de realizar la lobectomía y después del VGCC en cada lado (Grupos Control y Estudio) puntuando esta según la clasificación Blanco (bien perfundida, score 2); Gris (traumática, score 1); Negro (mal perfundida, score 0).

Resultados: Realizamos 97 TT+VGCC en 181 pacientes (bilaterales 71 y unilaterales 26). Por tanto, se incluyeron en el estudio 168 "lados" (lobectomía + VGCC): 97 "lados" (54 pacientes) en el grupo control y 71 "lados" (43 pacientes) en el grupo estudio. La TG-ICG mejoró significativamente el número de GPs superiores con escore 2 ($p = 0,026$); el VGCC posterior no redujo de forma significativa su calidad de perfusión ($p = 0,510$). Las GPs inferiores presentaron mayor riesgo de devascularización con el VGCC en ambos grupos. Sin embargo, no hubo una reducción significativa de la viabilidad de aquellas GPs que quedaron bien perfundidas tras la TG-ICG (score 2), independientemente de su posición y del grupo (control o estudio). La TG-ICG obtuvo un aumento

significativo de GPs bien perfundidas por paciente con respecto al grupo control ($p = 0,005$), reduciendo a su vez, de forma significativa, los episodios de hipocalcemia posoperatoria ($p = 0,007$) y de hipoparatiroidismo permanente ($p = 0,032$).

Conclusiones: 1. La TG-ICG mejora significativamente el número de GPs superiores y el número global de GPs bien perfundidas por paciente, reduciendo significativamente la hipocalcemia posoperatoria y permanente. 2. El VGCC aumenta el riesgo de empeorar la perfusión de las GPs inferiores, pero no influye significativamente en los episodios de hipocalcemia posoperatoria después de la TG-ICG.