

# CIRUGÍA TIROIDEA

BENET MUÑOZ S, RODRÍGUEZ GIL P, TACORONTE PÉREZ L, ARTAZKOZ DEL TORO JJ. | SERVICIO DE OTORRINOLARINGOLOGÍA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NUESTRA SEÑORA DE CANDELARIA (SANTA CRUZ DE TENERIFE).



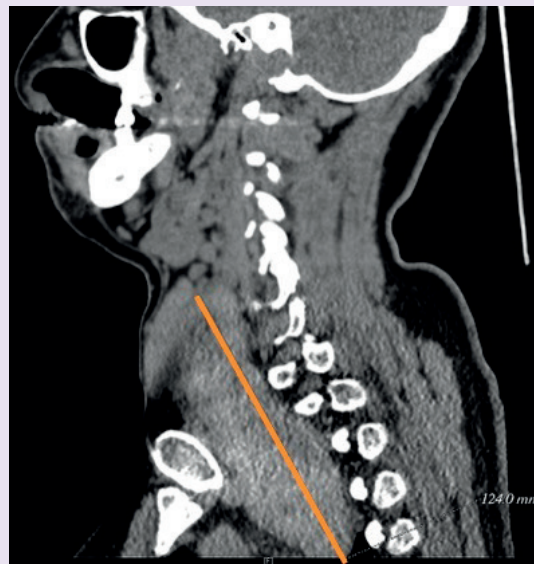
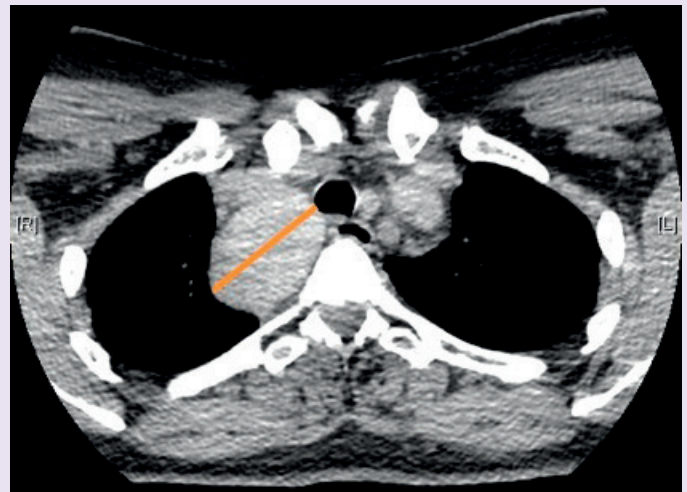
La historia de la cirugía tiroidea se remonta a cientos de años de antigüedad, pero no fue hasta el siglo XIX, gracias a las innovaciones anestésicas y antisépticas, cuando se comenzó a realizar extirpaciones tiroideas completas.

El Dr. Billroth, en 1860, comienza a describir las primeras complicaciones posttiroidectomía como es la tetania. Más adelante, el Dr. Kocher describe el hipotiroidismo posttiroidectomía total y, gracias a las mejoras de la técnica quirúrgica, disminuye la mortalidad de un 60% al 1% de los casos. Por fin, en 1915, el Dr. Kendall logra cristalizar por primera vez la tiroxina, usada como base para el posterior desarrollo del actual tratamiento hormonal sustitutivo en el hipotiroidismo. Todos estos descubrimientos nos han servido para llegar a la actual cirugía tiroidea. Las complicaciones han ido disminuyendo paulatinamente hasta la actualidad, siendo en este momento las más comunes en la literatura, la hipocalcemia posttiroidectomía total, la lesión del nervio laríngeo recurrente y la hemorragia posttiroidectomía.

disección del nervio laríngeo recurrente, calcemia a las 24-48h posttiroidectomía y estudio de las cuerdas vocales posttiroidectomía.

## RESULTADOS

Se han analizado un total de 40 cirugías tiroideas de las cuales el 77,5% (N=31) han sido mujeres y el 22,5% (N=9) hombres, con una edad media de 50,8 años. Han habido diferentes indicaciones de tiroidectomía, entre ellas, nos hemos encontrado con un 50% (N=20) de bocios multinodulares, 30% (N=12) de cirugía tiroidea oncológica, siendo lo más frecuente



## MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos elaborado un estudio retrospectivo y descriptivo de las cirugías tiroideas, realizadas entre junio de 2013 hasta marzo de 2016, en nuestro centro, siendo intervenidas por el servicio de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello. Se estudiaron las diferentes variables de nuestros pacientes como son el sexo, edad, indicación quirúrgica, tipo de tiroidectomía,

EN 1915 EL DR. KENDALL LOGRA CRISTALIZAR POR PRIMERA VEZ LA TIROXINA, USADA COMO BASE PARA EL POSTERIOR DESARROLLO DEL ACTUAL TRATAMIENTO HORMONAL SUSTITUTIVO EN EL HIPOTIROIDISMO.

el carcinoma papilar de tiroides en un 91,67% (N=11). También han sido motivo de intervención el adenoma folicular en un 7,5% (N=3), y entre otros casos nos hemos encontrado enfermedad de Graves-Basedow (N=1), quiste hemorrágico (N=1), hiperplasia folicular (N=1), nódulo ectópico de tiroides (N=1), quiste tiroideo con restos de quiste de origen branquial (N=1).

El tipo de intervención realizado ha sido en un 52,5% (N=21) de los casos la tiroidectomía total, en el 25% (N=10) de los casos se realizó una hemitiroidectomía izquierda, el 20% (N=8) hemitiroidectomía derecha y por último, en un 2,5% (N=1) se realizó una resección de un nódulo tiroideo de 4 cm completamente ectópico a la glándula tiroides, con sospecha de posible carcinoma papilar de tiroides, que tras una anatomía patológica intraoperatoria que descarta malignidad, se desestima finalmente la extirpación de la glándula tiroidea.

Se realizó control de las calcemias 24-48h posttiroidectomía total (N=21), observándose una media de la calcemia de 7,95 mg/dl, mientras que tras completar una segunda hemitiroidectomía (N=3), se observó una media de la calcemia de 8,45 mg/dl. Se diagnosticó mediante analíticas un 37,5% (N=9) de hipocalcemia transitorias, de éstas solo resultó definitiva un 4% (N=1).

En nuestra muestra nos hemos enfrentado a un total de 60 nervios laríngeos recurrentes. De ellos 42 han sido en tiroidectomías totales, 17 en hemitiroidectomías (un nervio laríngeo recurrente de la muestra de hemitiroidectomías no se ha tenido en cuenta, ya que el paciente había sido previamente laringectomizado por un carcinoma escamoso de laringe), y 1 en el nódulo tiroideo ectópico ante-

riormente mencionado. De todos estos, el 87% (N=52) se han reconocido en el momento de la cirugía. Las parálisis recurrentes observadas en nuestra muestra han sido del 3,3% (N=2), al revisar los casos clínicos detalladamente, pudimos ver que una de estas parálisis se trataba de una paciente con un carcinoma papilar de tiroides, en el que la lesión afectaba a la región del recurrente, dañando el nervio de forma permanente. En el segundo caso, se trataba de una lesión con restos parenquimatosos, de probable origen branquial, que afectaban a la región del recurrente, provocando la lesión de este durante la cirugía.

En cuanto a las hemorragias postoperatorias observadas en nuestra muestra, se trata del 2,5% (N=1) que requirió la reintervención de la paciente para control de la hemostasia.

## CONCLUSIÓN

En este estudio podemos concluir que la presencia de hipocalcemia posttiroidectomía total es una complicación frecuente en este tipo de intervención, de la que se recuperan posteriormente en la gran mayoría de los casos. Realizar la tiroidectomía total en dos tiempos, parece disminuir el riesgo de padecer hipocalcemia tras la segunda hemitiroidectomía, aunque es necesario realizar estudios con mayor número de pacientes para confirmar esta conclusión, dado el escaso número de pacientes con esta condición en nuestra muestra.

La localización y disección del nervio laríngeo recurrente aporta seguridad al procedimiento, aunque la no localización del mismo, no implica una parálisis recurrente siempre que la disección de glándula tiroidea sea delicada. ✕

## RESUMEN

**INTRODUCCIÓN:** Las complicaciones posttiroidectomías más comunes son la hipocalcemia, la parálisis recurrente y la hemorragia posttiroidectomía.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se ha realizado un estudio retrospectivo y descriptivo de 40 cirugías tiroideas, realizadas en el servicio de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello de nuestro centro, analizando diferentes variables como la edad, sexo, indicación quirúrgica, tipo de tiroidectomía, calcemia a las 24-48h posttiroidectomía, disección del nervio laríngeo recurrente y estudio de las cuerdas vocales.

**RESULTADOS:** Dentro de las complicaciones tras la cirugía tiroidea, hemos podido observar un 37,5% de hipocalcemia transitorias, un 4% de hipocalcemia definitivas, 3,3% de parálisis recurrente definitiva y un 2,5% de hemorragias posquirúrgicas.

**CONCLUSIONES:** La hipocalcemia transitoria es una complicación frecuente en el postoperatorio de la tiroidectomía total con la recuperación completa en la mayoría de los casos. La disección y visualización del nervio laríngeo recurrente aporta seguridad a la resección quirúrgica de la glándula tiroidea.

## REALIZAR LA TIROIDECTOMÍA TOTAL EN DOS TIEMPOS, PARECE DISMINUIR EL RIESGO DE PADECER HIPOCALCEMIAS TRAS LA SEGUNDA HEMITIROIDECTOMÍA.

### Bibliografía

- Herranz González-Botas, J; Lourido Piedrahita, D. Hipocalcemia posttiroidectomía total: incidencia, control y tratamiento. Acta Otorrinolaringológica Española. 2013;64(2):102-107.
- Adams, M; Doherty, G. Conventional thyroidectomy. Operative Techniques in Otolaryngology (2009) 20, 2-6.
- Christou, N; Mathonnet, M. Complications after total thyroidectomy. Journal of visceral surgery. Volume 150, Issue 4, September 2013, Pages 276-284.
- O'Neill, JP; Fenton, JE. The recurrent laryngeal nerve in thyroid surgery. Surgeon, 1 December 2008, pp.373-7.
- Martínez Bello, A; Rivera Real, P; Reyes García, MA. Morbilidad posquirúrgica en pacientes sometidos a tiroidectomía en el Hospital General de Acapulco. Tres años de experiencia. Cirujano General. 2014;36(2):91-95.
- Pardal-Refoyo, JL. Sistemas de hemostasia en cirugía tiroidea y complicaciones. Acta Otorrinolaringológica Española. 2011;62(5):339-346.
- Richer, SL; Randolph, GW. Management of the recurrent laryngeal nerve in thyroid surgery. Operative Techniques in Otolaryngology (2009) 20, 29-34.