



## ORIGINAL

### Bocio intratorácico tóxico. Perfil clínico y morbilidad quirúrgica en una unidad de cirugía endocrina

Antonio Ríos<sup>a,\*</sup>, José M. Rodríguez<sup>a</sup>, Beatriz Febrero<sup>a</sup>, María D. Balsalobre<sup>a</sup>, Francisco Javier Tébar<sup>b</sup> y Pascual Parrilla<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo I, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

<sup>b</sup>Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

Recibido el 2 de noviembre de 2009; aceptado el 17 de febrero de 2010

#### PALABRAS CLAVE

Bocio multinodular intratorácico;  
Hipertiroidismo;  
Cirugía;  
Morbilidad posquirúrgica;  
Esternotomía

#### Resumen

**Introducción:** El desarrollo de complicaciones posquirúrgicas se acentúa cuando en un mismo paciente coinciden varios factores de riesgo. Objetivo: analizar en el bocio intratorácico tóxico los resultados quirúrgicos en cuanto a: 1) necesidad de esternotomía; 2) morbimortalidad postoperatoria, y 3) remisión de la sintomatología compresiva.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva (1980–2002) de 43 bocios multinodulares intratorácicos según la definición de Eschapse (3 cm debajo del manubrio esternal), tóxicos, sin cirugía tiroidea previa y sometidos a una tiroidectomía total. Grupos controles: I (bocio intratorácico no tóxico ni recidivado sometido a una tiroidectomía total) y II (bocio no intratorácico ni tóxico ni recidivado sometido a una tiroidectomía total). Se analizan variables sociopersonales, clínicas, quirúrgicas, morbimortalidad y de evolución.

**Resultados:** Comparando con los grupos control, los pacientes a estudio presentan mayor tiempo de evolución y mayor edad. En 6 casos (14%) se presentó dificultad en la intubación, precisando 2 de ellos fibrobroncoscopio para la intubación. Todos los bocios pudieron ser extirpados por vía cervical. La morbilidad fue del 37% (n=16), entre las que destacan 4 lesiones recurrenciales (9%), una de ellas definitiva, y 14 hipoparatiroidismos (33%), uno de ellos definitivo. Comparando con los grupos control, se evidencia que la única diferencia es la existencia de una mayor incidencia de hipoparatiroidismos transitorios respecto al grupo control II (el 33 frente al 15%; p=0,0103). Los resultados en cuanto a la remisión de la sintomatología fueron excelentes.

**Conclusiones:** En una unidad con experiencia en cirugía endocrina, la tiroidectomía total puede ser realizada con bajo riesgo de complicaciones posquirúrgicas, baja incidencia de esternotomías y remisión completa de la sintomatología. En la cirugía del bocio intratorácico el asociar hipertiroidismo no aumenta la morbilidad postoperatoria.

© 2009 SEEN. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: arzrios@teleline.es (A. Ríos).

**KEYWORDS**

Multinodular  
intrathoracic goiter;  
Hyperthyroidism;  
Surgery;  
Postsurgical  
morbidity;  
Sternotomy

## Toxic intrathoracic goiter. Clinical profile and surgical morbidity in an endocrine surgery unit

**Abstract**

**Background:** The development of postsurgical complications is exacerbated when several risk factors coincide in the same patient. **Objective:** To analyze the results of surgery for toxic intrathoracic goiter in terms of (a) the need for sternotomy; (b) morbidity and mortality; and (c) remission of compressive symptoms.

**Material and methods:** A review (1980–2002) was carried out of 43 cases of toxic intrathoracic multinodular goiter according to Eschapase's definition (3 cm below the sternal manubrium) occurring in patients without previous thyroid surgery who underwent total thyroidectomy. There were 2 control groups: I (non-toxic intrathoracic goiter, without recurrence and not requiring total thyroidectomy) and II (non-intrathoracic, non-toxic goiter without recurrence, requiring total thyroidectomy). The following variables were analyzed: sociopersonal, clinical and surgical characteristics, morbidity, mortality, and outcome.

**Results:** Compared with the control groups, the patient group had longer disease duration and was older. In 6 patients (14%) 1 was difficulty in intubation, and 2 patients required fiberoptic intubation. All goiters could be extirpated through the cervical route. The morbidity rate was 37% (n=16). Notably, 4 were recurrent lesions (9%), 1 of which was definitive, and 14 were hyperparathyroidism (33%), one of which was definitive. The only difference between the control groups and the patient group was a greater incidence of transitory hypoparathyroidism in the patient group than in control group II (33% versus 15%; p=0.0103). Surgical outcomes were excellent in terms of symptom remission.

**Conclusions:** In any unit with ample experience of endocrine surgery, total thyroidectomy in toxic intrathoracic goiter can be carried out with a low risk of postsurgical complications, a low incidence of sternotomies and complete symptom remission. In intrathoracic goiter surgery, the presence of associated hyperthyroidism does not increase postoperative morbidity.

© 2009 SEEN. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

El tratamiento quirúrgico del bocio multinodular (BMN) presenta en la actualidad excelentes resultados con bajo índice de morbilidad<sup>1</sup>. Sin embargo, se describen diferentes factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones posquirúrgicas. Los más importantes son la existencia de componente intratorácico, el hipertiroidismo y la recidiva posquirúrgica<sup>1-3</sup>. Dicha morbilidad se acentúa cuando varios de estos factores de riesgo coinciden en el mismo paciente, como es el caso de los bocios intratorácicos y tóxicos<sup>1-3</sup>.

Por ello, en los BMN tóxicos, diversos autores están buscando alternativas terapéuticas no quirúrgicas<sup>4</sup>. En este sentido, el tratamiento mediante ablación con radioyodo (<sup>131</sup>I) ha conseguido buenos resultados en un alto porcentaje de pacientes, aunque la recidiva del hipertiroidismo puede ser alta (6–64%) y el <sup>131</sup>I no está exento de riesgos (disfunción tiroidea, cáncer, etc.)<sup>5</sup>. Si bien hay que indicar que en patología tiroidea benigna el <sup>131</sup>I se considera una terapia bastante útil y con baja incidencia de complicaciones mayores, siendo frecuente el hipotiroidismo<sup>5</sup>.

Nuestra hipótesis es que la cirugía tiroidea de pacientes con bocio intratorácico tóxico puede ser realizada con baja morbilidad en unidades de cirugía endocrina con cirujanos con experiencia en esta cirugía.

El objetivo es analizar los pacientes intervenidos por BMN intratorácico tóxico para determinar su perfil clínico y analizar los resultados quirúrgicos en cuanto a: 1) necesidad de esternotomía; 2) morbilidad postoperatoria, y 3) remisión de la sintomatología compresiva.

**Material y métodos****Criterios de selección**

Se revisó de manera retrospectiva a los pacientes diagnosticados e intervenidos de BMN en nuestro servicio de cirugía entre 1980–2002, ambos inclusive. Se seleccionó a los pacientes que cumplían 5 criterios: 1) tener un componente intratorácico según la definición de Eschapase<sup>6</sup>, que considera como tal aquel bocio localizado total o parcialmente en el mediastino y que en posición operatoria tiene su borde inferior al menos 3 cm por debajo del manubrio esternal; 2) ausencia de cirugía tiroidea previa; 3) en la cirugía se realizó una tiroidectomía total; 4) ser un bocio con hipertiroidismo, entendiéndose como tal aquel que presentaba un aumento por encima de los valores normales de las hormonas tiroideas (los valores varían según el método por el que se han determinado en cada época) con una TSH

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2774141>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2774141>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)