



ARTÍCULO ORIGINAL

Tratamiento quirúrgico del bocio retroesternal: experiencia en un centro de Marruecos



Massine El Hammoui*, Fayçal El Oueriachi, Adil Arsalane y El Hassane Kabiri

Department of Thoracic Surgery, Mohamed V Military Teaching Hospital and faculty of Medicine and Pharmacy of Rabat, Mohamed V University, Souissi. Rabat, Morocco

Recibido el 29 de octubre de 2013; aceptado el 9 de diciembre de 2013

Disponible en Internet el 13 de abril de 2014

PALABRAS CLAVE

Bocio;
Mediastino;
Esternotomía;
Cervicotomía

Resumen

Introducción y objetivos: Se realiza un estudio retrospectivo para la revisión de 93 casos de bocio retroesternal (BR) operados en nuestro departamento, a fin de describir los datos epidemiológicos y clínicos y tratar los retos quirúrgicos de los BR.

Pacientes y métodos: De enero de 2004 a diciembre de 2012, tratamos quirúrgicamente a 35 varones y 58 mujeres con BR. Realizamos cervicotomía en 89 casos (95,7%), y la esternotomía fue necesaria en 4 casos (4,3%). Se realizó laringoscopia en todos los casos. Fue imperativa una segunda laringoscopia preoperatoria realizada por un especialista para los pacientes con ronquera o disnea, incluso cuando el examen laríngeo inicial era normal.

Resultados: Se observó una masa cervical en 81 casos (87,1%), disnea en 17 casos (18,3%), disfagia en 2 casos (2,1%), ronquera en 7 casos (7,5%), síndrome parcial de la vena cava en 2 casos y bocio recurrente en 2 casos (2,1%) tras la resección tiroidea previa. La extensión mediastínica se localizó en el lado izquierdo en 47 casos (50,5%), en el lado derecho en 29 casos (31,2%), y bilateralmente en 17 casos (18,3%).

Se practicó tiroidectomía total en 86 casos (92,5%), e istmo-lobectomía unilateral en 7 casos (7,5%). El tamaño medio del bocio fue de 9,3 cm. Se presentaron complicaciones postoperatorias en 9 casos (9,7%), 3 casos con hipoparatiroidismo (3,2%) y 4 casos (4,3%) de lesión del nervio recurrente. No se produjeron muertes postoperatorias. El estudio histológico detectó 88 casos de bocio multiheteronodular, 4 casos de enfermedad de Graves-Basedow, y un caso de carcinoma tiroideo (carcinoma papilar).

Conclusión: Nuestra experiencia confirma que la cervicotomía permite a menudo la extirpación del bocio con extensión mediastínica. Sin embargo, puede requerirse una esternotomía, alargándose el tiempo quirúrgico, la estancia hospitalaria y la morbilidad.

© 2013 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hamoumimassine@hotmail.fr (M. El Hammoui).

KEYWORDS

Goitre;
 Mediastinal;
 Sternotomy;
 Cervicotomy

Surgical management of retrosternal goitre: experience of a Moroccan centre**Abstract**

Introduction and objectives: This was a retrospective study reviewing 93 cases of retrosternal goitre (RG) operated in our department, with the aim of describing epidemiological and clinical data and discussing the surgical challenges of RG.

Patients and methods: From January 2004 to December 2012, 35 men and 58 women presenting with RG had surgery. Eighty-nine cases (95.7%) underwent cervicotomy, and a sternotomy was mandatory in 4 cases (4.3%). Laryngoscopy was performed in all cases. A second preoperative laryngoscopy by a senior was mandatory for patients with hoarseness or dyspnea even if the initial laryngeal exam was normal.

Results: A cervical mass was noted in 81 cases (87.1%), dyspnea in 17 cases (18.3%), dysphagia in 2 cases (2.1%), hoarseness in 7 cases (7.5%), partial vena cava syndrome in 2 cases and recurrent goitre was noted in 2 cases (2.1%) after previous thyroid resection. Mediastinal extension was on the left side in 47 cases (50.5%), on the right side in 29 cases (31.2%) and bilateral in 17 cases (18.3%).

A total thyroidectomy was performed in 86 cases (92.5%) and a unilateral isthmo-lobectomy was performed in 7 cases (7.5%). Mean goitre size was 9.3 cm. Postoperative complications were present in 9 cases (9.7%), 3 cases with hypoparathyroidism (3.2%) and 4 cases (4.3%) of recurrent nerve injury. There was no postoperative death. The histological study objectified 88 cases of multiheteronodular goitre, 4 cases of Basedow thyroid, and 1 case of thyroid carcinoma (papillary carcinoma).

Conclusion: Our experience confirms that cervicotomy often allows removing goitre with a mediastinal extension. However, intraoperative enlargement may be necessary, with increased operating time, hospital stay and morbidity.

© 2013 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El bocio subesternal o retroesternal (BR) se define actualmente como una extensión de la glándula tiroidea bajo la abertura superior del pecho^{1,2}. Fue inicialmente descrita por Albrecht von Haller en 1749, quien consideró que esta extensión del tejido tiroideo suponía una dificultad durante la extracción quirúrgica.

Sigue siendo difícil de encontrar una definición uniforme del BR. Los autores describen diferentes definiciones tales como que «el bocio es subesternal cuando más del 50% de la masa se localiza en el mediastino»³. Por el contrario, un bocio intratorácico primario completo o «real» es aquel que se sitúa completamente dentro del mediastino, y está separado de la glándula tiroidea cervical coexistente¹. Esta última recibe aporte sanguíneo únicamente del arco aórtico y de los vasos innominados y torácicos^{4,5}. Generalmente en nuestra práctica, el bocio es retroesternal cuando se sitúa a más de 2 cm por debajo del manubrio en la tomografía computarizada (TC) cervical y torácica con extensión del cuello del paciente.

La mayoría de los BR pueden researse con seguridad mediante una incisión cervical^{1,6}. En una minoría de los casos, del 1 al 11%, se hace necesaria una esternotomía para disponer de una exposición completa del bocio y extirpar la compresión mediastínica⁷.

Materiales y métodos

En este estudio retrospectivo, para describir el perfil epidemiológico, los datos clínicos y el enfoque quirúrgico del BR, revisamos 93 casos de BR operados en nuestro departamento.

De enero de 2004 a diciembre de 2012, 3.016 pacientes fueron sometidos a una cervicotomía para cirugía de enfermedad tiroidea en nuestro hospital, de los cuales 93 casos (3,1%) - que incluían a 35 varones (38%) y 58 mujeres (62%) - padecían BR y fueron intervenidos en el departamento de cirugía torácica. Se excluyeron los bocios ectópicos torácicos o cervicales. Los datos recolectados de nuestros archivos clínicos fueron: edad, sexo, origen geográfico, cirugía tiroidea, síntomas clínicos, hallazgos de imagen, tipo de abordaje quirúrgico, complicaciones postoperatorias y resultados patológicos.

La sospecha clínica del BR se produce cuando el lóbulo inferior del bocio cervical no es palpable, y/o cuando se han reportado recientemente algunos síntomas relacionados con la compresión (disnea, disfagia, ronquera).

Fue imperativa la laringoscopia como un examen rutinario para todos los pacientes. Pero como nuestros pacientes permanecieron alrededor de 20-45 días con anterioridad a la cirugía, los pacientes con ronquera o disnea, fueron sometidos al ingresar a una segunda laringoscopia por un especialista para identificar la posible parálisis del nervio recurrente.

Realizamos una resonancia magnética (RM) al detectarse, mediante radiografía de torax una compresión traqueal o desviación, o una masa en el mediastino superior, y no existir sospecha de que el bocio fuera retroesternal, pero en caso de serlo, la RM constituyó la prueba obligatoria, de modo rutinario.

La mayoría de los casos - 89 (95,7%) - fueron intervenidos utilizando un abordaje cervical, y mediante esternotomía en 4 casos (4,3%). Operatoriamente, la disección total de la porción cervical facilitó la ascensión de la porción retroesternal, incluso en caso de bocios subesternales muy grandes.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4102110>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4102110>

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