

Cirugía y Cirujanos

Volumen **72**
Volume

Número **6**
Number

Noviembre-Diciembre **2004**
November-December

Artículo:

Reintervenciones quirúrgicas en cuello
posteriores a procedimientos electivos

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Academia Mexicana de Cirugía

Otras secciones de
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)

Reintervenciones quirúrgicas en cuello posteriores a procedimientos electivos

Dr. David Merino-y Vázquez Mellado,* Dr. Óscar Alejandro Farías-Llamas,*
Dr. Juan José Olivares-Becerra,* Dr. José Víctor Pérez-Navarro,*
Dra. María Karina Lizbeth López-Ramírez,** Acad. Dr. Alejandro González-Ojeda**

Resumen

Introducción: múltiples patologías en tejidos y glándulas del cuello requieren tratamiento quirúrgico. Un diagnóstico erróneo puede provocar reintervenciones más complejas.

Objetivo: determinar la frecuencia de reintervenciones quirúrgicas por recidiva o persistencia de la enfermedad, posteriores a procedimientos quirúrgicos electivos del cuello.

Material y métodos: estudio transversal comparativo que abarcó un periodo de seis años. Se excluyó cualquier procedimiento quirúrgico inicial de urgencia. Los pacientes fueron divididos de acuerdo con el tipo de centro hospitalario donde se realizó el procedimiento primario. Se evaluó el diagnóstico preoperatorio, histopatológico, cirugías previas, tiempo desde la cirugía inicial y el procedimiento definitivo.

Resultados: se incluyeron 362 casos. De ellos, 27 pacientes (7.45%) requirieron reintervenciones quirúrgicas. El tiempo entre la primera intervención y la definitiva fue de 1 a 19 años. La concordancia entre el diagnóstico inicial y final fue de 89%. De acuerdo con el tipo de hospital donde se realizó la intervención inicial (especializado *versus* hospital general), se observó la siguiente frecuencia: paratiroides, 2.12% *versus* 2.12% ($p = 0.6$); tiroides, 1.63% *versus* 5.88% ($p < 0.05$); conducto tirogloso, 1.65% *versus* 5.83% ($p = 0.41$).

Conclusión: el hospital especializado recibe pacientes con múltiples tratamientos, mala respuesta o inadecuada indicación terapéutica. En patología tiroidea la razón de momios (OR) estableció una probabilidad de 6.8 para reintervención, mayor en los pacientes tratados en hospitales no especializados.

Palabras clave: reintervención, glándula tiroides, paratiroides.

Summary

Objective: Our objective was to determine the frequency of surgical reinterventions for recurrence or disease persistence after elective surgical procedures of the neck.

Methods: We used a transversal and comparative study, accomplished during a 6-year period. Emergency initial surgical procedures were excluded. The patients were divided according to the type of hospital where the initial surgical procedure was performed—those treated at a specialized medical center and those operated on in general hospitals. The variables evaluated were preoperative and pathological diagnosis, previous surgical procedures, and the time between the primary surgery and the definitive procedure.

Results: Three hundred sixty-two cases were included. Of these, 27 patients (7.45%) required surgical reinterventions. Time elapsed between the first and the definitive procedure was 1 to 19 years. Diagnostic concordance between the initial and final diagnosis was 89%. According to the type of hospital where the initial procedure was performed (specialized vs. general hospitals), we observed the following reintervention frequencies: parathyroid, 12.2% vs 12.2% ($p = 0.6$); thyroid, 1.63% vs. 5.88% ($p < 0.05$); thyroglossal duct cyst, 1.65% vs 5.83% ($p = 0.41$), respectively.

Conclusions: The specialized hospital admits patients with multiple problems, poor response, or inadequate therapeutic indication. For thyroid pathologies the odds ratio established a probability of 6.8 for major reintervention in those patients treated in non-specialized hospitals.

Key words: Reintervention, Thyroid, Parathyroid.

* Departamento de Cirugía Endocrina.

** Unidad de Investigación Médica en Epidemiología Clínica.
Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional de Occidente,
Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, Jalisco, México.

Solicitud de sobretiros:

Dr. David Merino-y Vázquez Mellado,
Av. Chapalita 1300,
Col. Chapalita, 45000 Guadalajara, Jalisco.
Tel.: (01 33) 3121 2303.
E-mail: oafll@hotmail.com

Recibido para publicación: 12-03-2004

Aceptado para publicación: 03-08-2004

Introducción

Existen múltiples patologías de glándulas y tejidos blandos ubicados en cuello que requieren cirugía, la mayoría de las veces electiva. El diagnóstico erróneo, tratamiento inadecuado⁽¹⁾, grado de extensión del tumor⁽²⁾, índice de recidiva, variación anatómica, localización ectópica, enfermedad glandular múltiple y tratamiento previo incompleto —ya sea médico o quirúrgico—⁽³⁾, provocan una segunda o tercera reintervención, técnicamente más compleja y asociada a mayor número de complicaciones⁽⁴⁾, aumento de días de estancia hospitalaria y de costos.

Diferentes autores concluyen que las reintervenciones están indicadas en patología de tiroides y paratiroides, tanto malignas como benignas⁽⁴⁾. Es común que pacientes tratados inicialmente en hospitales generales requieran posteriormente tiroidectomía total y disección del cuello debido a un inadecuado criterio de selección y evaluación de la extensión de la tiroidectomía y del tratamiento de los nódulos metastásicos⁽⁵⁾.

El objetivo de este trabajo es informar la frecuencia de reintervenciones programadas en pacientes tratados por el mismo grupo de cirugía endocrina del Hospital de Especialidades del Centro Médico Nacional de Occidente, así como en aquéllos derivados de unidades médicas no especializadas de la Delegación Jalisco del IMSS.

Material y métodos

Estudio transversal comparativo realizado en el Departamento de Cirugía Endocrina del Hospital de Especialidades ya mencionado, del 1 de octubre de 1996 al 2 de diciembre de

2002. Se incluyeron pacientes del Hospital de Especialidades y pacientes tratados inicialmente en hospitales generales del IMSS. Sólo se tomaron en cuenta reintervenciones programadas por recidiva, persistencia de la enfermedad o aparición de una nueva entidad patológica. No se incluyeron intervenciones primarias o reintervenciones de urgencia. Para la inclusión al estudio, el tiempo mínimo desde la intervención primaria fue de 12 meses. Dado que los pacientes tuvieron procedencia diferente, fueron divididos en dos grupos:

Grupo 1: tratados primariamente en centro especializado.

Grupo 2: tratados inicialmente en centro no especializado.

Se registró diagnóstico prequirúrgico o motivo del procedimiento inicial, cirugía en la reintervención, diagnóstico histopatológico final, número de cirugías previas y tiempo transcurrido entre la inicial y la definitiva.

Los resultados se presentan en forma cruda, proporciones, promedios y rangos. Se utilizó χ^2 a fin de conocer la diferencia estadística en la frecuencia de reintervenciones según la procedencia de los pacientes, y la prueba exacta de Fisher si algún valor de la tabla tetracórica era menor de 5.

Cuadro I. Cirugías electivas realizadas en 7 años

Intervenciones por órgano	Total
Patología de tiroides (benigna y maligna)	306
Cáncer papilar	42
Cáncer folicular	9
Cáncer anaplásico	3
Cáncer medular	4
Bocio multinodular	130
Adenoma folicular	22
Adenoma oxifílico	2
Cáncer metastásico	1
Hiperplasia nodular	10
Bocio intratorácico	6
Hematoma postquirúrgico	2
Nódulo benigno	45
Enfermedad de Graves	2
Ganglio inflamatorio	1
Linfoma intratorácico	1
Tiroides lingual	2
Quiste tiroideo	12
Bocio tóxico	5
Tiroiditis de Hashimoto	6
Absceso local	1
Patología de paratiroides (benigna y maligna)	47
Adenoma	35
Hiperplasia	9
Adenoma pleomórfico	2
Adenoma células oxifílicas	1
Conducto tirogloso	9
Quiste tirogloso	9

Resultados

Durante el periodo de 74 meses se documentaron 362 casos con diversas patologías de tiroides, paratiroides y presencia de quiste tirogloso. Los diagnósticos iniciales y su proporción están anotados en el cuadro I: 306 casos correspondieron a patologías tiroideas, 47 a paratiroides y 11 a lesiones quísticas congénitas. En las primeras predominó el bocio multinodular, los nódulos únicos y diferentes neoplasias malignas. En paratiroides predominaron los adenomas y nueve pacientes presentaron quistes tiroglosos.

Requirieron reintervención quirúrgica 27 pacientes (7.45%), tres del sexo masculino y 24 del femenino, con un promedio de edad de 34 años (rango 23 a 56) para los primeros y de 45 años (rango 24 a 73) para las segundas. En el cuadro II se observa la proporción de casos reintervenidos de acuerdo con el órgano de origen; destacó en tiroides una

Cuadro II. Proporción de casos reintervenidos por grupo

	Casos	Hospital de Especialidades		Hospitales generales	
		Proporción	%	Proporción	%
Paratiroides	47	1 (1/47)	2.1	1 (1/47)	2.1
Tiroides	306	5 (5/306)	1.6	18 (18/306)	5.8
Conducto tirogloso	9	0	0	2 (2/9)	22.1
Total.	362	6 (6/362)	1.6	21 (21/362)	5.83

Cuadro III. Correlación del diagnóstico prequirúrgico y definitivo

Diagnóstico inicial	Casos	Diagnóstico final	Casos
Cáncer papilar	12	Cáncer papilar	6
		Recidiva ganglionar	4
		Negativo a malignidad	1
		Nódulo mucinoso	1
Cáncer folicular	3	Cáncer folicular	3
Cáncer medular	1	Recidiva ganglionar	1
Bocio multinodular	7	Bocio multinodular	6
		Cáncer papilar	1
Quiste tirogloso	2	Remanente quiste tirogloso	2
Adenoma paratiroideo	2	Adenoma paratiroideo	1
		Hiperplasia paratiroidea	1
		Total	27

frecuencia de 7.5%, en paratiroides 4.25% y en lesiones del conducto tirogloso 18.2%.

En el cuadro III se describen los diagnósticos iniciales y los definitivos posteriores a la reintervención. De los pacientes con patología tiroidea, 16 tenían diagnóstico inicial de neoplasia maligna y siete de bocio multinodular. En los primeros el diagnóstico definitivo concordó en 14 (87.5%) y en los segundos, en seis (85.7%); apareció un caso con carcinoma papilar en el remanente tiroideo. En paratiroides hubo dos recidivas de hiperparatiroidismo, una por adenoma de *novo* y otra por hiperplasia multiglandular. En los pacientes con quistes congénitos fue necesaria la reintervención por resección incompleta de dos quistes tiroglosos.

El tiempo transcurrido desde la primera intervención fue de uno a 19 años: un paciente fue reintervenido al año, 21 entre dos y tres años, dos entre 4 y 5 años, los tres restantes a partir del sexto año. Un total de 19 pacientes requirieron reintervinieron después de un procedimiento inicial, cinco después de dos y tres después de tres o más. En el cuadro IV se consignan las intervenciones quirúrgicas efectuadas; destacan la tiroidectomía total complementaria en 20 casos de neoplasia maligna, acompañada de

disección ganglionar en 15; en tres pacientes sólo se realizó biopsia de ganglio.

Al analizar los grupos, hubo necesidad de mayor número de reintervenciones por patología tiroidea en los pacientes procedentes de hospitales generales. En el análisis estadístico hubo diferencia significativa con una razón de momios de 6.8 (Cuadro V). En patología paratiroidea y lesiones del conducto tirogloso no hubo diferencia.

Discusión

En 24 casos existió correspondencia entre el diagnóstico prequirúrgico y el histopatológico final (88.8%). En dos de ellos el hallazgo fue oportuno y adecuado pues reveló cáncer que requeriría tratamiento quirúrgico. Por su parte, Levin y colaboradores informaron que de 35 pacientes inicialmente operados por una lesión benigna, en ocho (22%) se encontró cáncer de tiroides al momento de la reintervención⁽⁶⁾.

La causa más frecuente de reintervención fue recidiva de cáncer papilar en 10 casos y de cáncer folicular en 22%, a diferencia de 78% (49 de 63 casos) presentado por Levin y colaboradores⁽⁶⁾ en pacientes reoperados con cáncer papilar, medular y de Hurthle ya conocidos, aunque señalan que sólo dos de 17 (12%) correspondieron a cáncer folicular.

En el estudio de Levine y Clark acerca de 114 pacientes reintervenidos por patología de tiroides, 16 habían sido sometidos entre dos a cuatro operaciones previas. En nuestra investigación la mayoría tenía sólo una cirugía previa, aunque a algunos se les había realizado más de dos, incluso uno tenía cinco, con el consecuente aumento de la morbilidad, de la incapacidad y de los gastos innecesarios.

Lo anterior puede evitarse o disminuir si desde la primera vez se realiza un diagnóstico adecuado y el tratamiento definitivo. La identificación de las cuatro paratiroides en la exploración inicial⁽⁷⁾ puede prevenir 70% de las reoperaciones⁽⁸⁾.

Cuadro IV. Procedimientos realizados

Tiroides	Casos
Tiroidectomía total	20
Linfadenectomía bilateral	14
Linfadenectomía unilateral	1
Biopsia ganglionar única	3
Paratiroides	
Paratiroidectomía uniglandular	2
Conducto tirogloso	
Resección quiste tirogloso	2

Cuadro V. Comparación entre grupos por órgano

		RE	Total	OR (IC)	p	χ^2
Tiroides	HE	5	190	6.8 (2-29 a 21.63)	0.00008	15.4*
	HGZ	18	116			
Paratioides	HE	1	27		0.6**	
	HGZ	1	20			
Conducto tirogloso	HE	0	3		0.41**	
	HGZ	2	6			

* Con corrección de Yates
HE= Hospital de Especialidades

** Prueba exacta de Fisher
HGZ= Hospital General de Zona

La primera cirugía debe ser lo menos traumática posible, con sangrado mínimo, orientada anatómicamente y que provea las condiciones adecuadas para la reoperación, de ser necesaria⁽⁹⁾.

En la reintervención quirúrgica, la anatomía está deformada por la manipulación previa, lo cual conlleva mayor dificultad técnica, complicaciones y disminución del índice de éxito, por un abordaje más amplio. Sin embargo, las reintervenciones se pueden efectuar y concluir con un alto índice de éxito si un cirujano experimentado realiza la exploración cervical⁽³⁾, si bien los pacientes requieren una estrategia diseñada por endocrinólogos y radiólogos^(10,11,12).

El Hospital de Especialidades del IMSS, como centro de concentración, recibe pacientes complicados, con múltiples manejos previos, mala respuesta al tratamiento o tratamiento inicial inadecuado. En el Departamento de Cirugía Endocrina el índice de recidiva es bajo en los pacientes que no han sido tratados previamente en otras clínicas. Las complicaciones (parálisis del nervio laríngeo recurrente, hipocalcemia) son menores cuando la cirugía la realiza un cirujano experto⁽¹³⁾ y con técnica refinada^(9,14). Al respecto, Neumann y colaboradores opinan que la correcta indicación quirúrgica es lo más importante, con una técnica depurada durante la primera cirugía^(15,16).

En cirugía de tiroides observamos significancia estadística con un valor de $p < 0.05$ y una razón de momios de 6.8. Esto significa que los pacientes enviados de las clínicas periféricas tienen una probabilidad 6.8 veces mayor de ser reintervenidos, en comparación con los pacientes tratados por primera vez en el Departamento de Cirugía Endocrina del Hospital de Especialidades referido.

No sucede lo mismo en las reintervenciones de paratiroides y de quistes congénitos, donde se obtuvo una $p = 0.6$ y 0.4 , respectivamente. Creemos que lo anterior se debe a posibles sesgos de selección y a un menor número de casos.

Se desconoce la cantidad de pacientes operados en las clínicas periféricas y su proporción de reintervención. Por ello, este estudio se realizó buscando la frecuencia de las reintervenciones en el Hospital de Especialidades.

Referencias

1. Heberer G. Reoperation in carcinoma of the thyroid. *Langenbecks. Arch Chir* 1976;342:207-214.
2. Romanchisen AF. Main causes of reoperation in patients with thyroid cancer. *Vestn Khir Im II Grek* 1998;157:11-13.
3. Shen W, Duren M, Morita E, Higgins C, Duh QY, Sipersteins AE. Reoperation for persistent or recurrent primary hyperparathyroidism. *Arch Surg* 1996;13:861-867.
4. Wilson DB, Staren ED, Prinz RA. Thyroid reoperations: indications and risks. *Am Surg* 1998;64:674-678.
5. Rodríguez-Cuevas S, Labastida-Almendares S, Briseño-Ancona N, González-Rodríguez D. Reintervention to complete the surgical treatment of thyroid cancer. Indications and histopathological findings. *Gac Med Mex* 1998;134:677-683.
6. Levin KE, Clark AH, Duh QY, Demeure M, Siperstein AE, Clark OH. Reoperative thyroid surgery. *Surgery* 1992;111(6):604-609.
7. Wagner HE, Seiler CA. Indications for and results of recurrent surgery of the thyroid gland. *Schweiz Med Wochenschr* 1994;124:1222-1226.
8. Katz AD, Hopp D. Parathyroidectomy. Review of 338 consecutive cases for histology, location and reoperation. *Am J Surg* 1982;144:411-415.
9. Spelsberg F, Peller-Sautter RH. Operative technique in primary hyperparathyroidism. *Chirurg* 1999;70:1102-1112.
10. Norton JA. Reoperation for missed parathyroid adenoma. *Adv Surg* 1997;31:273-297.
11. Kotan C, Kosem M, Algun E, Ayakta H, Sonmez R, Soylemez O. Influence of the refinement of surgical technique and surgeon's experience on the rate of complications after total thyroidectomy for benign thyroid disease. *Acta Chir Belg* 2003;103:278-281.
12. Herrera MF, López CM, Saldaña J, Pérez B, Rivera R, González O, et al. Evolución de la cirugía de tiroides en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. *Rev Invest Clin* 1995;47:13-19.
13. Chapuis Y. Risks and complications of thyroid surgery. *Rev Prat* 1996;46:2325-2329.
14. Peix JL, Van Box Som P, Olgne E, Mancini F, Bourdeix O. Results of reoperations: goiter. *Ann Chir* 1997;51:217-221.
15. Neumann J, Dvorak J, Smutny S, Pilous D. The effect of the primary operation on reoperations on the thyroid gland. *Rozhl Chir* 1998;77:321-324.
16. De Roy van Zuidewijn DB, Songun I, Kievit J, Van de Velde CJ. Complications of thyroid surgery. *Ann Surg Oncol* 1995;2:56-60.