

Cirugía y Cirujanos

Volumen 72
Volume

Número 6
Number

Noviembre-Diciembre 2004
November-December 2004

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*



Medigraphic.com

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 tiroglosa, 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 re-intervention 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 re-intervention 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.

Resultados

Durante el periodo de 74 meses se documentaron 362 casos con diversas patologías de tiroides, paratiroides y presencia de quiste tirogoso. 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 I. Cirugías electivas realizadas en 7 años

| Intervenciones por órgano | Total |
|------------------------------------------------------|-------|
| Patología de tiroides (benigna y maligna) | |
| 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) | |
| Adenoma | 35 |
| Hiperplasia | 9 |
| Adenoma pleomórfico | 2 |
| Adenoma células oxifílicas | 1 |
| Conducto tirogoso | |
| Quiste tirogoso | 9 |

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 tirogoso | 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 |
| Quiste tiroglosos | 2 | Cáncer papilar | 1 |
| Adenoma paratiroides | 2 | Remanente quiste tiroglosos | 2 |
| Total | 27 | Adenoma paratiroides | 1 |
| | | Hiperplasia paratiroides | 1 |
| | | Total | 27 |

frecuencia de 7.5%, en paratiroides 4.25% y en lesiones del conducto tiroglosos 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 paratiroides y lesiones del conducto tiroglosos 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 tiroglosos | |
| Resección quiste tiroglosos | 2 |

Cuadro V. Comparación entre grupos por órgano

| | | RE | Total | OR (IC) | p | χ^2 |
|---------------------|-----|----|-------|--------------------|---------|----------|
| Tiroídes | HE | 5 | 190 | 6.8 (2.29 a 21.63) | 0.00008 | 15.4* |
| | HGZ | 18 | 116 | | | |
| Paratiroides | HE | 1 | 27 | 0.6** | 0.41** | |
| | HGZ | 1 | 20 | | | |
| Conducto tiroglosos | 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 tiroídes 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

- Heberer G. Reoperation in carcinoma of the thyroid. Langenbecks Arch Chir 1976;342:207-214.
- Romanchisen AF. Main causes of reoperation in patients with thyroid cancer. Vestn Khir Im II Grek 1998;157:11-13.
- Shen W, Duren M, Morita E, Higgins C, Duh QY, Siperstein AE. Reoperation for persistent or recurrent primary hyperparathyroidism. Arch Surg 1996;131:861-867.
- Wilson DB, Staren ED, Prinz RA. Thyroid reoperations: indications and risks. Am Surg 1998;64:674-678.
- Rodríguez-Cuevas S, Labastida-Almendaro 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.
- Levin KE, Clark AH, Duh QY, Demeure M, Siperstein AE, Clark OH. Reoperative thyroid surgery. Surgery 1992;111(6):604-609.
- Wagner HE, Seiler CA. Indications for and results of recurrent surgery of the thyroid gland. Schweiz Med Wochenschr 1994;124:1222-1226.
- Katz AD, Hopp D. Parathyroidectomy. Review of 338 consecutive cases for histology, location and reoperation. Am J Surg 1982;144:411-415.
- Spelsberg F, Peller-Sautter RH. Operative technique in primary hyperparathyroidism. Chirurg 1999;70:1102-1112.
- Norton JA. Reoperation for missed parathyroid adenoma. Adv Surg 1997;31:273-297.
- Kotan C, Kosem M, Algın 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.
- Herrera MF, López CM, Saldaña J, Pérez B, Rivera R, González O, et al. Evolución de la cirugía de tiroídes en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán. Rev Invest Clin 1995;47:13-19.
- Chapuis Y. Risks and complications of thyroid surgery. Rev Prat 1996;46:2325-2329.
- Peix JL, Van Box Som P, Olagne E, Mancini F, Bourdeix O. Results of reoperations: goiter. Ann Chir 1997;51:217-221.
- 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.
- De Roy van Zuidewijn DB, Songun I, Kievit J, Van de Velde CJ. Complications of thyroid surgery. Ann Surg Oncol 1995;2:56-60.