



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACUTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES "DR. ANTONIO FRAGA MOURET"
CENTRO MÉDICO NACIONAL "LA RAZA"

**"REINTERVENCIÓN EN CIRUGÍA DE TIROIDES EN EL
HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO
NACIONAL LA RAZA. REVISION DE 5 AÑOS".**

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL GRADO DE:
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENRAL

PRESENTA:
DR. LUNA CARO GUSTAVO

ASESOR DE TESIS
DR JESÚS ARENAS OSUNA

MEXICO, DF. 2012.





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AUTORIZACION DE TESIS

Dr. Jesús Arenas Osuna
División de Educación en Salud

Dr. Arturo Velázquez García
Titular del Curso Universitario

Alumno
Luna Caro Gustavo

No. protocolo
2012-3501-1

INDICE

RESUMEN.....	4
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	8
MATERIAL Y MÉTODOS	14
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIONES.....	25
BIBLIOGRAFÍA.....	26
ANEXOS.....	29

RESUMEN

REINTERVENCIÓN EN CIRUGÍA DE TIROIDES EN EL HOSPITAL DE ESPECIALIDADES CENTRO MEDICO NACIONAL LA RAZA. REVISION DE 5 AÑOS.

OBJETIVO

Determinar la frecuencia y causas de reintervención quirúrgica en cirugía de tiroides en el HE CMN LA RAZA en el periodo 2006-2010.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo, abierto. En pacientes sometidos a cirugía de tiroides en los años 2006-2010, del servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional LA RAZA que requirieron de reintervención quirúrgica, se registro el sexo, diagnostico, cirugía realizada, causa de reintervención y procedimiento quirúrgico realizado. El análisis se realizo mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS

Se realizaron 1314 cirugías de tiroides, 643 (48.94%) por cáncer de tiroides, 671 (51.06%) por patologías benignas. La frecuencia de reintervenciones fue 10.88%. 112 (78.32%) mujeres y 31 (21.68%) hombres con edad promedio de 51 años. Las etiología fué: cáncer papilar de tiroides recidivante 55.94%, reporte definitivo histopatológico de cáncer papilar de tiroides de la primera cirugía en 23.07 %, hematoma posoperatorio 11.89%, otras causas 4.89%, parálisis cordal 1.39%, absceso en cuello post tiroidectomia 1.39%, granulomas en lecho quirúrgico 1.39%.

CONCLUSIONES

Las reintervención en cirugía de tiroides es en 79.01% por Ca Papilar, hematoma postquirúrgico 11.89%.

Palabras clave: reintervención, reoperación.

SUMMARY

REINTERVENTION IN THYROID SURGERY IN SPECIALTY HOSPITAL NATIONAL MEDICAL CENTER "LA RAZA ".REVIEW OF 5 YEARS.

OBJECTIVE

To determine the frequency and causes of reoperation in thyroid surgery in HE CMN LA RAZA, in the period 2006-2010.

MATERIALS AND METHODS

Study retrospective, observational, transversal, descriptive and open. All patients underwent thyroid surgery in the years 2006-2010, in service General Surgery HECMN LA RAZA that required reoperation. The information was obtained from surgical records and surgical papers, was recorded, sex, diagnosis, surgery performed, cause of reoperation and reintervention procedure. The analysis was performed using descriptive statistics.

RESULTS

1314 thyroid surgeries were performed, 643 (48.94%) for thyroid cancer, 671 (51.06%) due to benign pathology. The reoperation rate was 10.88%. 112 (78.32%) females and 31 (21.68%) were men, mean age 51 years.

The causes of reoperation were recurrent papillary thyroid cancer 55.94%, papillary thyroid cancer in the pathology report of the first surgery where the previous diagnosis was benign in 23.07%, postoperative hematoma 11.89%, 4.89% other causes, vocal cord paralysis 1.39%, abscess in neck post thyroidectomy 1.39% surgical granulomas 1.39%.

CONCLUSIONS

Reoperation in thyroid surgery is 79.01% second papillary thyroid cancer, postoperative hematoma 11.89%

Keywords: reintervention, reoperation.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La cirugía de tiroides es muy frecuente en nuestro país. Las complicaciones más temidas son la lesión de nervios recurrentes y la extirpación de todas las glándulas paratiroides que dejan como secuela, una disfonía o un hipoparatiroidismo permanente, respectivamente.(1)

La cirugía del tiroides requiere, por tanto, de un buen conocimiento de la anatomía del cuello, y de una técnica quirúrgica meticulosa y bien reglada, aunque puedan haber variaciones metodológicas en situaciones especiales.(1)

Las graves consecuencias que para la calidad de la vida del paciente representaría la lesión recurrencial o el hipoparatiroidismo no dejan lugar para improvisaciones. El proceder técnico que se recomienda está diseñado para prevenir las complicaciones mayores descritas en la cirugía tiroidea (1)

Toda intervención quirúrgica representa un traumatismo para el paciente, sin embargo cuando esta bien indicada y se realiza de acuerdo a las normas técnicas que el caso requiere, un enfermo en condiciones puede tolerar la agresión que en general lo conduce a la curación (2).

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 (2).

La reintervención quirúrgica es una entidad poco frecuente en nuestros días, que suele derivarse de un primer procedimiento quirúrgico que pudo haber sido no satisfactorio; que detecto un problema que no pudo ser resuelto por las condiciones hemodinámicas o ventilatorias del paciente o por complicaciones posquirúrgicas derivadas de factores intrínsecos y/o extrínsecos tales como infecciones hemorragias, malnutrición e incluso deficiencias en la propia técnica quirúrgica (2,3).

El gran avance tecnológico en el campo de la medicina en el último siglo ha logrado mejorar los métodos diagnósticos y terapéuticos; se han adquirido conocimientos importantes de variables hemodinámicas, nutricionales y ventilatorias que repercuten directamente en el estado fisiológico trans y postoperatorio y se han desarrollado modernos equipos para su control y monitoreo; lo que ha permitido someter a los pacientes con complicaciones de este tipo a reoperaciones con mayor seguridad; sin embargo y a pesar del desarrollo, la morbilidad y mortalidad de las reintervenciones quirúrgicas sigue siendo inaceptablemente elevada (4,5).

Una nueva cirugía constituye un nuevo traumatismo, un desequilibrio de los mecanismos homeostáticos en el paciente, por lo que aumentan las posibilidades de que se presenten complicaciones y la mortalidad es mayor (2).

La exploración y manejo de la región anatómica durante una segunda o tercera intervención quirúrgica tiene muchas dificultades, se requiere de un conocimiento profundo de la historia natural de la enfermedad, así como de su fisiopatología y de sus posibles complicaciones; además de seguir un juicio maduro para seguir el mejor procedimiento para cada caso particular (6, 7).

En general las reintervenciones se relacionan con complicaciones, resultado de la progresión de la patología, hallazgos operatorios, condiciones generales y locales del paciente, y en algunos errores en la táctica y en la técnica operatoria, lo que de manera habitual se conoce como iatrogenia (8).

Existen múltiples patologías de glándulas y tejidos blandos ubicados en el cuello que requieren cirugía, la mayoría de las veces electiva. El diagnóstico erróneo, tratamiento inadecuado, grado de extensión del tumor, índice de recidiva, variación anatómica, localización ectópica, enfermedad glandular múltiple y tratamiento previo incompleto (ya sea médico o quirúrgico) provocan una segunda o tercera reintervención, técnicamente más compleja y asociada a mayor número de complicaciones, aumento de días de estancia hospitalaria y de costos (9).

Diferentes autores concluyen que las reintervenciones están indicadas en patología de tiroides, tanto maligna como benigna. 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 metastáticos (9,10, 11).

Las reintervenciones en cirugía de tiroides implican un incremento en el riesgo, debido a las delicadas estructuras que se encuentran en la región y su potencial incremento en la morbilidad de l paciente (11).

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 (12).

Existen pocos estudios nacionales o internacionales sobre la frecuencia de reintervenciones en cirugía de tiroides, así como de los lineamientos que deben de seguirse en el manejo de los pacientes que han de ser reintervenidos (5,13).

En el servicio de cirugía general HECMNR de realizo un estudio como tesis en el año 2003, para evaluar la prevalencia de reintervenciones quirúrgicas en el servicio de cirugía general, la cual reporta una frecuencia baja de reintervenciones, con la limitante del intervalo de tiempo en el cual fue realizado el estudio(5, 14).

Las reintervenciones se dividen en dos categorías:

REINTERVENCIONES URGENTES

Inmediatas: se llevan a cabo en las primeras 24 horas del postoperatorio.

Mediata: durante la hospitalización.

Tardía, cuando el paciente ya salió del hospital.

Generalmente, la falta de identificación de una complicación durante el procedimiento quirúrgico generará una reintervención urgente (2).

REINTERVENCIONES PLANEADAS

Durante una operación de urgencia y con menos frecuencia durante una cirugía electiva se realizan procedimientos transitorios o parciales, con el fin de disminuir el trauma quirúrgico, la morbilidad y mortalidad. En este caso el cirujano planea resolver el problema del enfermo en dos o más tiempos quirúrgicos para prevenir la aparición de complicaciones, con lo que ofrece al enfermo mayor seguridad y más posibilidades de recuperar su salud (2).

Son muchos los factores que pueden permitir la presencia de una complicación: como un cirujano con poca experiencia, un equipo quirúrgico inadecuado, poco liderazgo del cirujano durante la intervención quirúrgica, protocolo de procedimientos inadecuados, equipo e instrumental inadecuado para el procedimiento que se desea realizar o para las circunstancias que se están presentando por los hallazgos durante la intervención quirúrgica, fatiga del equipo sobre todo en cirugía de urgencias a horas inadecuadas, exceso de confianza del equipo, una de las más comunes es la inadecuada selección del paciente para el procedimiento que se ha decidido realizar (14).

REINTERVENCIÓN EN CIRUGIA DE TIROIDES

Las reintervención en cirugía de tiroides ocupan el 5% de todas las cirugías tiroideas cada año. Estas cirugías pueden ser técnicamente más demandantes y se asocian con un riesgo significativamente alto de complicaciones. (14 , 15)

INDICACIONES PARA REINTERVENCIÓN

La reintervención para reexploración tiroidea urgente puede estar indicada en el postoperatorio inmediato. El sangrado que lleva a la obstrucción

de la vía aérea es la indicación más común para reexploración; el resultado de esta complicación puede llevar a la muerte. La hemorragia post tiroidectomía reporta una incidencia entre un 0,4-4,3. En una serie de 918 pacientes; Abbas y colaboradores encontraron una incidencia de sangrado masivo que requirió exploración de 0.7 %. El intervalo entre la cirugía y la reoperación es usualmente menor a 48 hrs.(9,15, 16,)

La mayoría de los hematomas llegan a ser sintomáticos cuando se encuentra debajo de músculos pretiroideos. El origen de la hemorragia es identificado en la mayoría de los casos, con una infinidad de causas, que incluyen arteria tiroidea superior, arteria tiroidea inferior, venas o tejidos blandos. (9, 17,)

Cerca del 26% de los pacientes tendrá recurrencia después de una cirugía por bocio, otras opciones de tratamiento como el yodo radiactivo puede ser considerado antes de proceder con una reoperación; la indicación más común para reoperar a un paciente por una enfermedad tiroidea benigna, son los síntomas compresivos. Se han encontrado una incidencia de complicaciones del 15%, siendo la hipocalcemia temporal y la disfunción de las cuerdas vocales las más comunes. (18, 19)

En la práctica clínico-quirúrgica podemos encontrarnos con diagnósticos anatomopatológicos de malignidad tras la realización de una hemitiroidectomía por patología tiroidea inicial presuntamente benigna o no informada como maligna tras estudios citológicos mediante B.A.A.F. En esta situación hay autores que abogan por un tratamiento conservador y otros por completar una tiroidectomía total mediante la práctica de una segunda hemitiroidectomía. En una serie con un total de 550 paciente operados tiroides, 18 ameritaron una segunda tiroidectomía, todos ellos intervenidos por un servicio de O.R.L. Esto representa un 3% de reintervenciones (hemitiroidectomías sobre hemitiroidectomías previas) por diagnóstico de carcinoma de tiroides. La mayoría de las series consultadas señalan una incidencia de carcinoma en la segunda hemitiroidectomía que oscila entre el 30% y el 60%.

En una revisión de 116 reoperaciones en cirugía tiroidea, Levin y colaboradores encontraron una incidencia de 64% de malignidad en el lóbulo remanente. La tasa de complicaciones en las reoperaciones por malignidad es de 8%; las lesiones tienden a ocurrir cuando el tejido cicatrizal está presente debido a la disección previa. (12, 15, 16, 18)

COMPLICACIONES

Los riesgos de las reintervenciones en cirugía tiroidea son conocidos, uno de ellos es el incremento en el tiempo quirúrgico. Una revisión reportó una tasa de morbilidad transitoria de 8% y una morbilidad permanente de 3.8%. Las principales complicaciones tanto transitorias como permanentes incluyen la lesión del nervio laríngeo recurrente e hipoparatiroidismo. En una comparación entre la reoperación y la cirugía primaria de tiroides, revelan un incremento en la tasa de parálisis de NLR (3.4 % vs 1.1%) e hipoparatiroidismo (3.9% vs 1.2%). Otros investigadores reportaron tasas de complicaciones similares de hipoparatiroidismo y parálisis del NLR mayor del 4%. (17,18,19)

La incidencia de hematomas que requieren evacuación es tres veces mayor cuando una cirugía de reoperación está implicada (2.5% vs 0.7%). (17,19,)

MATERIAL Y METODOS

OBJETIVO

Determinar la frecuencia y causas de reintervención quirúrgica en cirugía de tiroides en el HE CMN LA RAZA en el periodo 2006-2010.

Es un estudio retrospectivo, observacional, transversal, descriptivo, abierto.

Se incluyeron todos los pacientes sometidos a cirugía de tiroides en los años 2006-2010, del servicio de cirugía general del Hospital de Especialidades del Centro Medico Nacional LA RAZA que requirieron de reintervención quirúrgica.

No se incluyeron a pacientes sometidos a cirugía de tiroides donde la primera intervención quirúrgica se realizo en otra unidad hospitalaria. Pacientes con expediente no localizable

Se excluyeron a los pacientes de forma concomitante con otra región anatómica con expediente clínico incompleto, pacientes con hojas quirúrgicas incompletas, pacientes trasladados a otra unidad en el postoperatorio o con seguimiento por otra unidad.

La información se obtuvo de los registros quirúrgicos del archivo de quirófanos y las hojas quirúrgicas de los pacientes sometidos a cirugía de tiroides en los años 2006 al 2010. Se solicitó el expediente clínico al archivo de la unidad y se registraron los datos de: edad, sexo, diagnóstico, cirugía realizada, causa de la reintervención y procedimiento de reintervención realizado.

El análisis de datos se realizó mediante estadística descriptiva.

RESULTADOS

Durante el periodo comprendido entre el 1ero del Enero del 2006 al 31 de Diciembre del 2010, se realizaron un total de 1314 cirugías de la glándula tiroides, 643 (48.94%) fueron procedimientos con diagnósticos preoperatorios en relación a cáncer de tiroides, 671 (51.06%) fueron procedimiento asociados a patologías benignas. La frecuencia de reintervenciones fue de 10.88% (143 pacientes).

(Tabla 1, Grafico 1 y 2).

CIRUGIAS DE LA GLANDULA TIROIDES 2006-2010							
	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	PORCENTAJE
CIRUGIAS DE TIROIDES	262	243	210	302	297	1314	100%
REOPERACIONES	32	26	16	31	38	143	10.88%

TABLA 1.

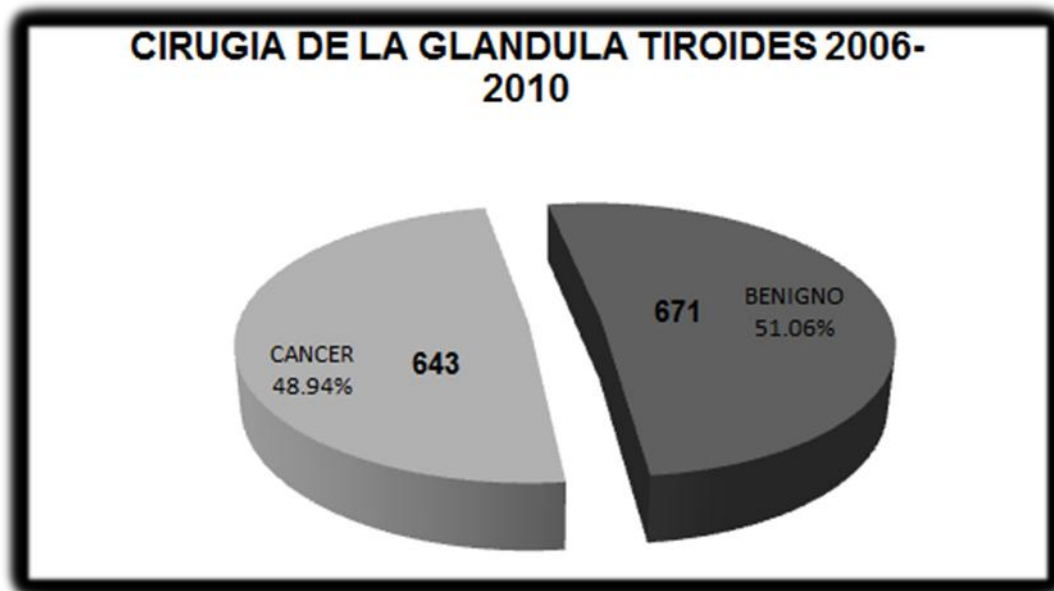


GRAFICO 1.

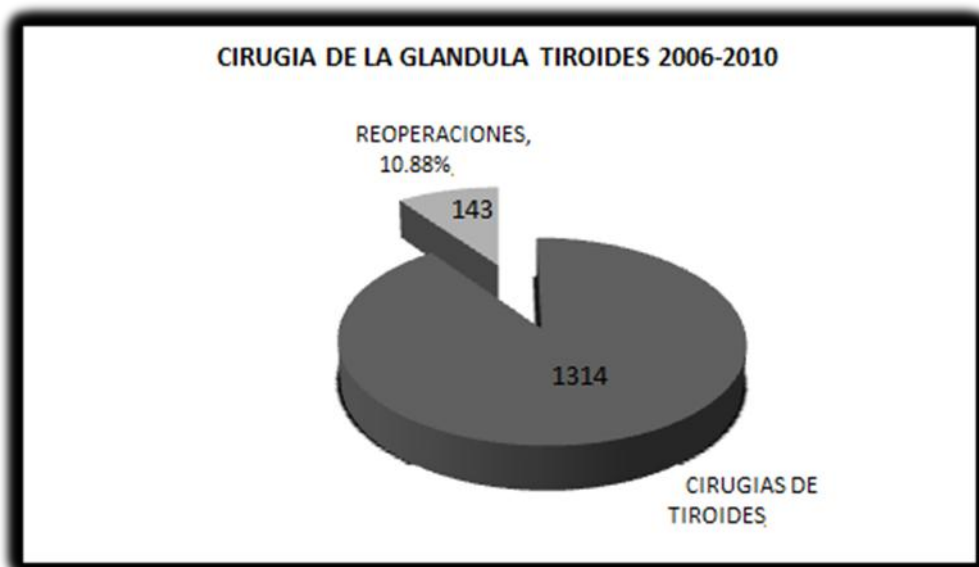


GRAFICO 2.

De los pacientes reoperados, 112 (78.32%) corresponden al sexo femenino y 31 (21.68%) corresponden al sexo masculino.

REOPERACIONES POR GENERO							
	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	PORCENTAJE
FEMENINO	24	23	12	24	29	112	78.32%
MASCULINO	8	3	4	7	9	31	21.68%

TABLA 2.

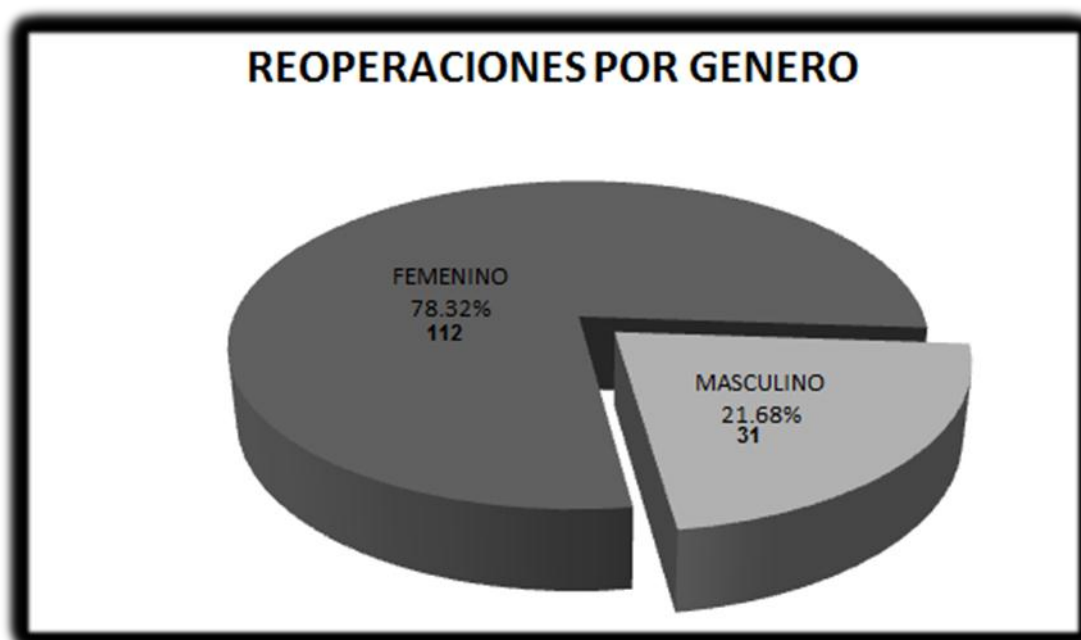


GRAFICO 3.

La edad de presentación fue de 23 a 87 años, con una media de 50.24 años y una mediana de 51 años. Tabla 3, grafico 4.

REPERACIONES POR GRUPOS DE EDAD							
	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	PORCENTAJE
0-20 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0.00%
21-40 AÑOS	10	10	5	9	14	48	33.56%
41-60 AÑOS	12	9	4	10	12	47	32.86%
61-80 AÑOS	9	5	6	9	10	39	27.27%
81-100 AÑOS	1	2	1	3	2	9	6.29%

TABLA 3.

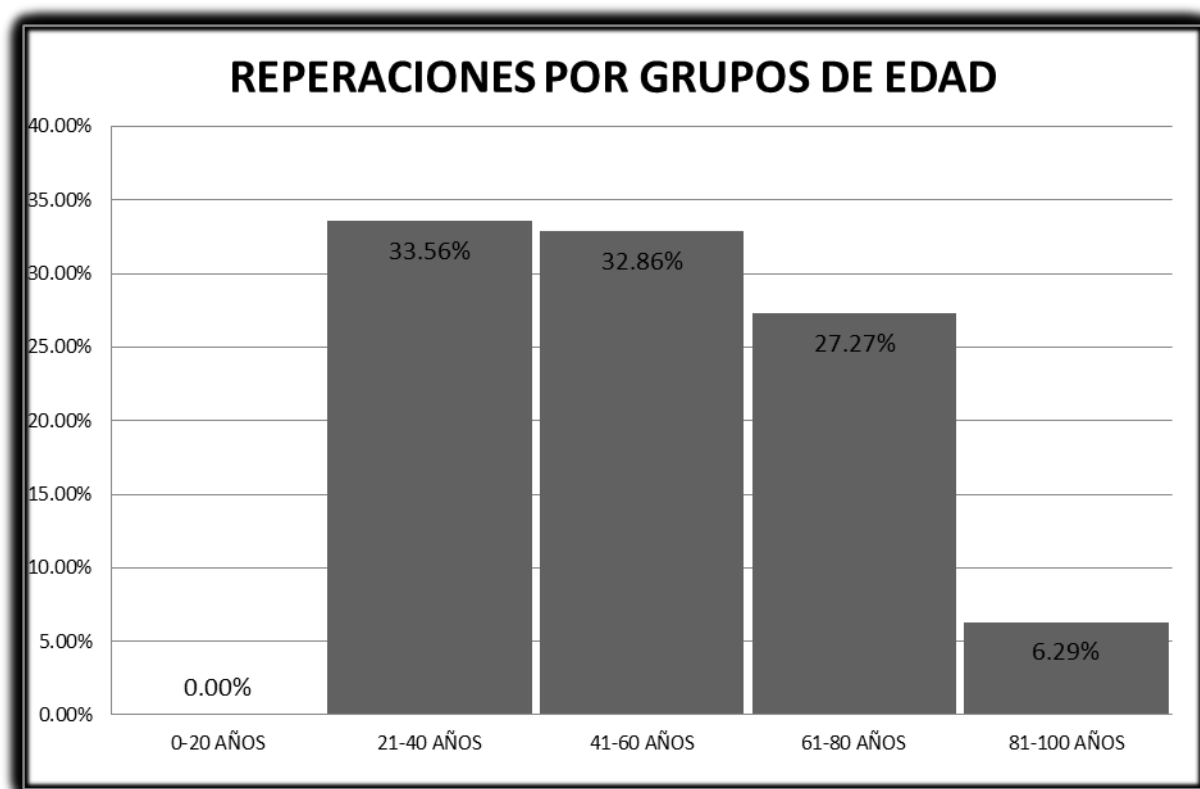


GRAFICO 4.

Las causas de reintervención quirúrgica en el periodo 2006 -2010 corresponden por orden de frecuencias a cáncer papilar de tiroides recidivante en 80 pacientes (55.94%), cáncer papilar de tiroides en el reporte de patología de la primera cirugía donde el diagnóstico previo era benigno en 33 pacientes (23.07 %), hematoma posoperatorio en 17 pacientes (11.89%), otras causas en 7 pacientes (4.89%) entre las que se incluyen 3 bocios recidivantes, 1 tiroiditis recidivante por tejido tiroideo ectópico, 1 neoplasia de células de hurthle donde en diagnóstico previo era nódulo tiroideo izquierdo, 1 pacientes con ca folicular de tiroides con diagnóstico benigno previo; parálisis cordal en 2 pacientes (1.39%), absceso en cuello post tiroidectomía 2 pacientes (1.39%), granulomas en lecho quirúrgico en 2 pacientes (1.39%).

Tabla 5, grafico 6.

CAUSAS DE REINTERVENCION							
	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	PORCENTAJE
HEMATOMA POSOPERATORIO	6	1	2	5	3	17	11.89%
GRANULOMA	1	0	0	0	1	2	1.39%
PARALISIS CORDAL	1	0	0	1	0	2	1.39%
CA PAPILAR DE TIROIDES	8	9	4	7	5	33	23.07%
CA PAPILAR DE TIROIDES RECIDIVANTE	16	14	9	16	25	80	55.94%
ABSCESO CUELLO	0	0	0	0	2	2	1.39%
OTRAS	0	2	1	2	2	7	4.89%

TABLA 5.

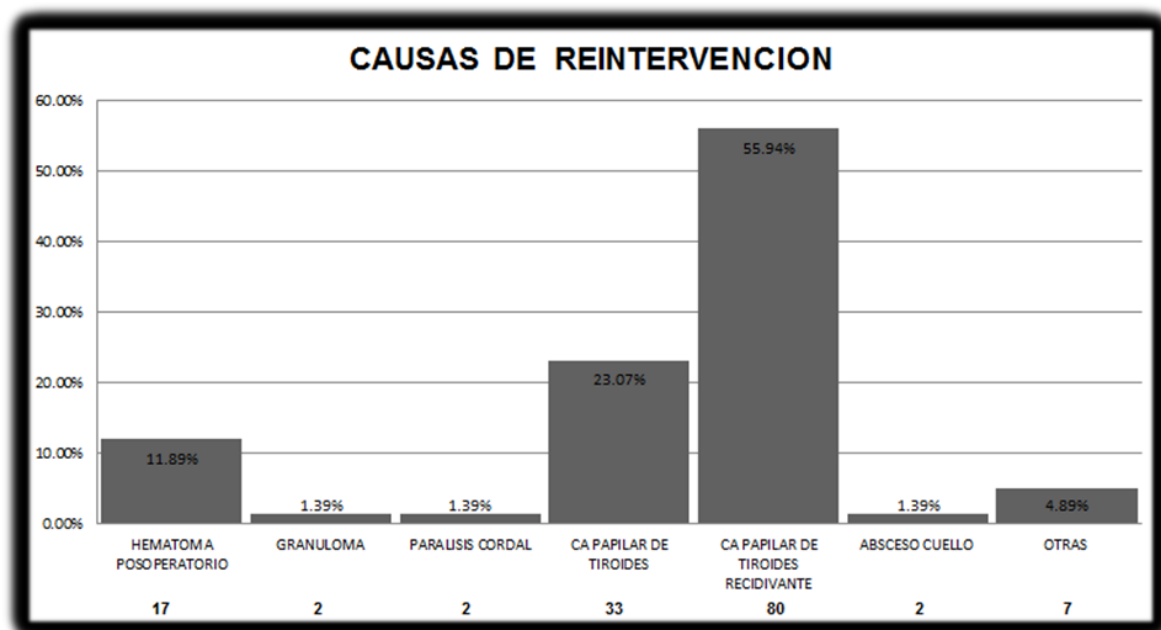


GRAFICO 6.

Las cirugías realizadas para la re intervención quirúrgica correspondieron a según frecuencia tiroidectomía residual en 38 pacientes (26.57%), disecciones radicales de cuello, 28 (19.59%) izquierdas, 23(16.08 %) derechas, 19 (13.28%) bilaterales y 12 (8.39%) selectivas; exploraciones y hemostasia en 17 pacientes (11.38%), traqueostomía 2 pacientes (1.39%), resección de granulomas 2 pacientes (1.39%) y otras causas 2 pacientes (1.39%).

Tabla 6 y grafico 7.

CIRUGIAS DE REINTERVENCION							
	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	PORCENTAJE
EXPLORACION Y HEMOSTASIA	6	1	2	5	3	17	11.89%
TRAQUEOSTOMIA	1	0	0	1	0	2	1.39%
TIROIDECTOMIA RESIDUAL	8	9	5	9	7	38	26.57%
RESECCION DE GRANULOMA	1	0	0	0	1	2	1.39%
DRMC DERECHA	5	4	3	3	8	23	16.08%
DRMC IZQUIERDA	5	8	3	5	7	28	19.59%
DRMC BILATERAL	3	3	2	4	7	19	13.28%
DISECCION SELECTIVA DE CUELLO	3	1	1	4	3	12	8.39%
OTRA	0	0	0	0	2	2	1.39%

TABLA 6.

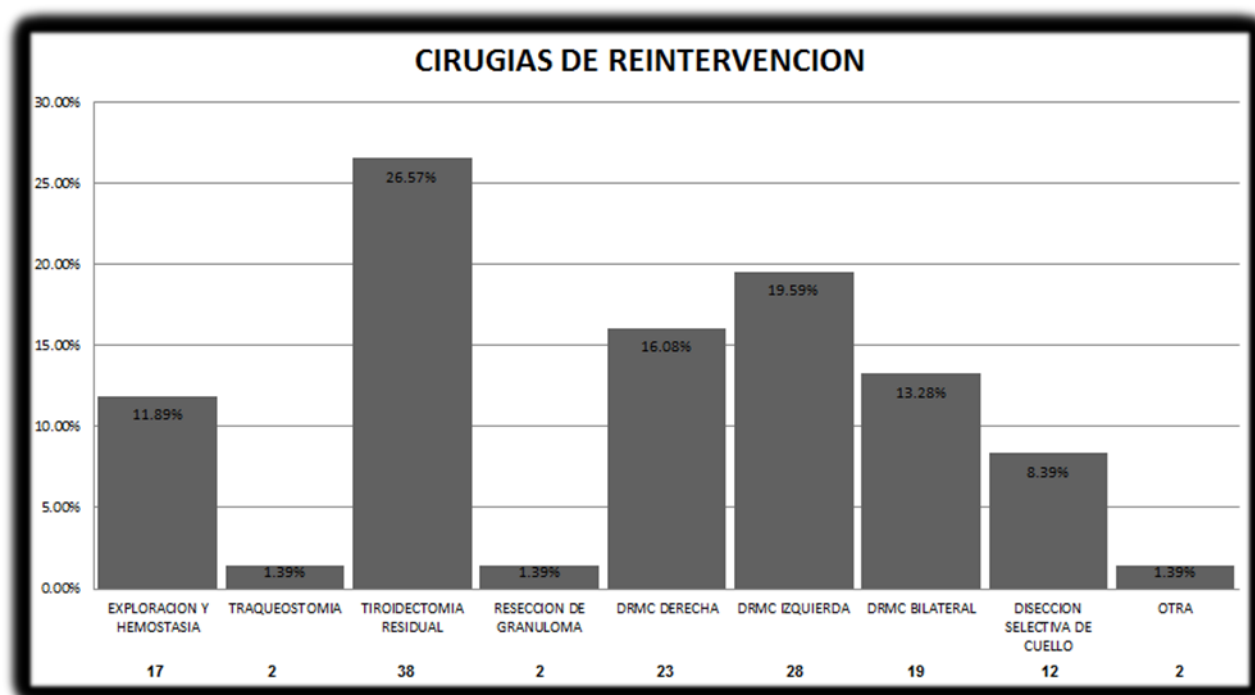


GRAFICO 7.

El diagnóstico prequirúrgico en las cirugías de tiroides corresponde en orden de frecuencia cáncer papilar de tiroides en 426 pacientes (32.42%), bocio multinodular 354 pacientes (26.94%), nódulo tiroideo 312 pacientes (23.74%), cáncer papilar de tiroides metastásico 90 pacientes (6.85%), cáncer de tiroides recidivante 80 pacientes (6.08%), neoplasia de células de hurthle 25 pacientes (1.90%), cáncer folicular de tiroides 14 pacientes (1.06%), cáncer medular de tiroides 8 pacientes (0.61%), y 5 pacientes con otro diagnóstico entre los que se incluyen 2 granulomas, 2 absceso post-tiroidectomía y 1 tiroides ectópico (0.61%). Tabla 4, gráfico 5.

DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO DE LAS CIRUGIAS DE TIROIDES 2006-2010							
	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	PORCENTAJE
NODULO TIROIDEO	61	63	47	73	68	312	23.74%
BOCIO MULTINODULAR	80	57	56	80	81	354	26.94%
CANCER PAPILAR	82	72	73	108	91	426	32.42%
CANCER METASTASICO	9	24	18	17	22	90	6.85%
CANCER RECIDIVANTE	16	14	9	16	25	80	6.08%
CANCER MEDULAR	1	2	1	3	1	8	0.61%
CANCER FOLICULAR	4	4	2	1	3	14	1.06%
NEOPLASIA DE HÜRTHLE	8	6	4	3	4	25	1.90%
OTROS	1	1	0	1	2	5	0.38%

TABLA 4.

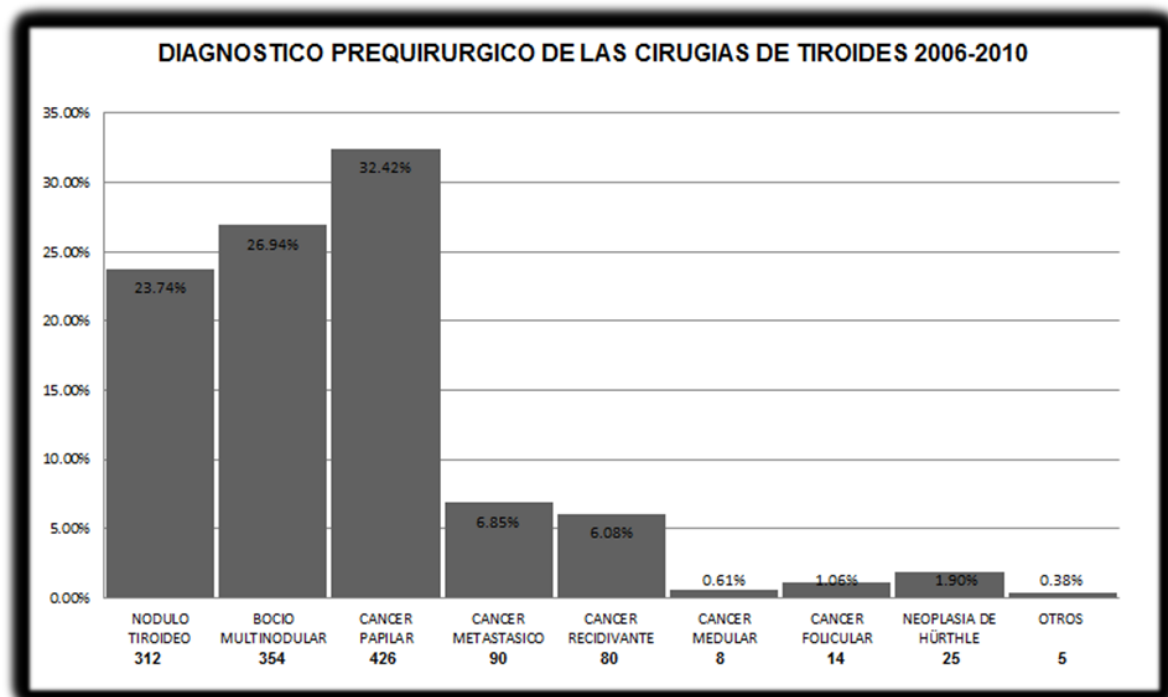


GRAFICO 5.

La frecuencia de hematoma posoperatorio que requirió de reintervención urgente fue de 1.29 % (17 pacientes), 16 posterior a tiroidectomía total y 1 a hemitiroidectomía derecha. Grafico 8.

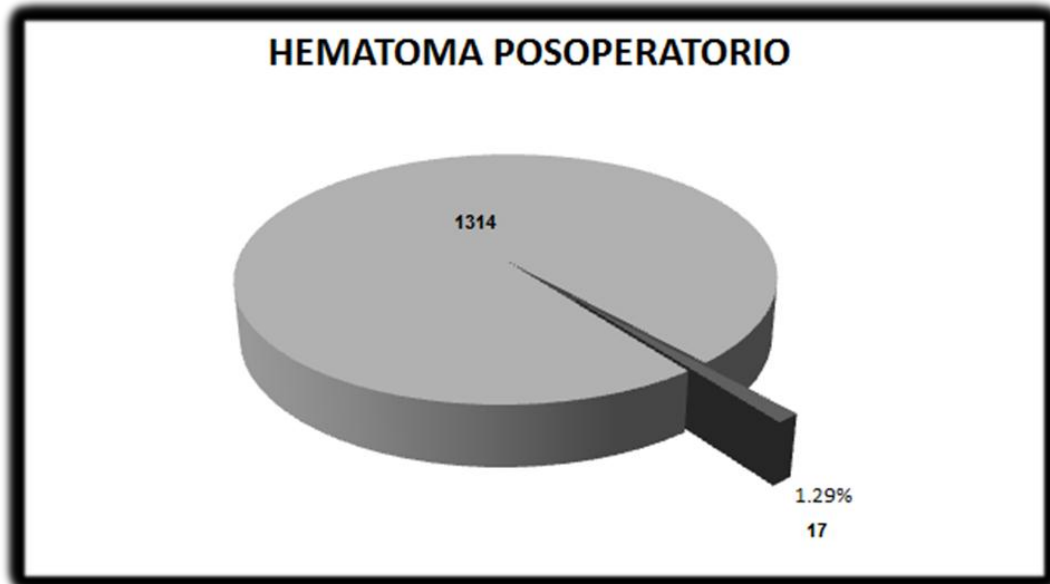


GRAFICO 8.

El diagnóstico cáncer papilar de tiroides en el reporte histopatológico de la cirugía inicial, en pacientes con diagnóstico de benignidad se presentó con una frecuencia del 4.91 % (33 pacientes). Grafico 9.

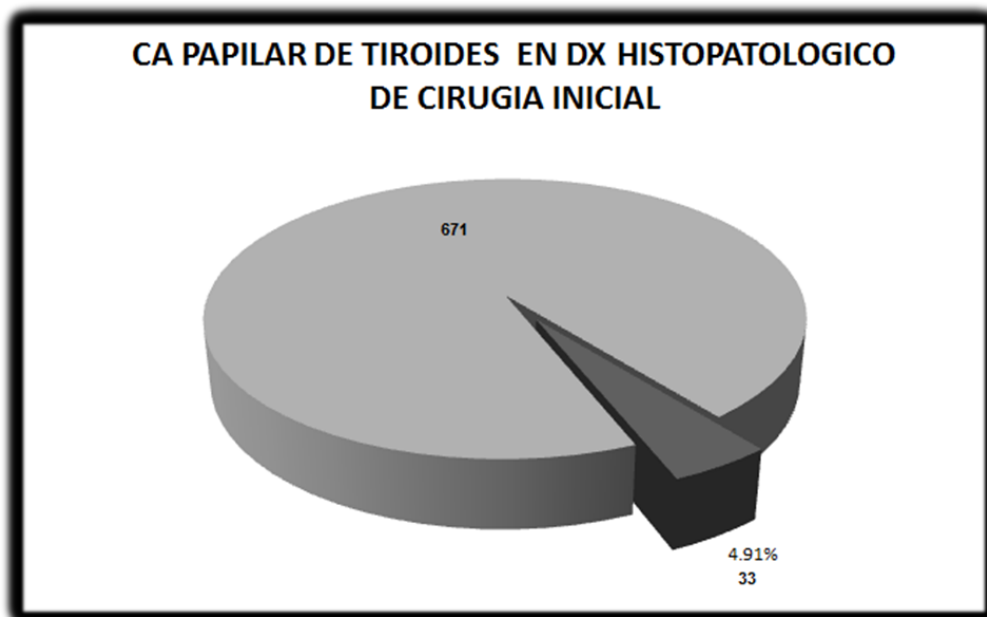


GRAFICO 9 .

La recidiva por cáncer papilar de tiroides se presentó en 12.44% (80 pacientes) donde en 74 pacientes se había realizado tiroidectomía total y en 4 tiroidectomía subtotal y 2 hemitiroidectomías . Grafico 10.

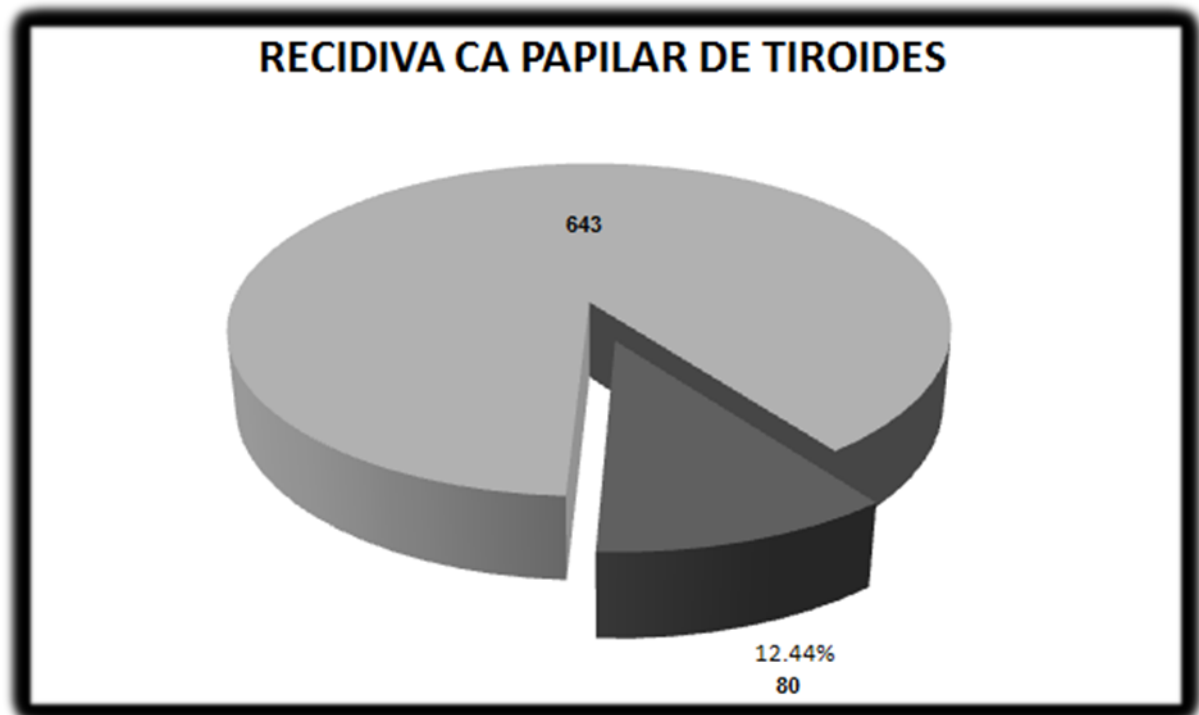


GRAFICO 10

DISCUSIÓN

Las reintervención en cirugía de tiroides ocupan el 5% de todas las cirugías tiroideas cada año. Estas cirugías pueden ser técnicamente más demandantes y se asocian con un riesgo significativamente alto de complicaciones.

En nuestro estudio la frecuencia de fue de 10.88 %, por el tipo de cirugía que se realiza en la unidad donde el 48.94% corresponde a cirugía por cáncer, la mayor frecuencia encaja con lo reportado por la mayoría de las series, en las cuales la mayoría de procedimientos corresponde a patología benigna. (14, 15).

En el presente estudio la proporción mujer : hombre fue de 3.6:1, similar a lo reportado en la literatura, encontrando un pico mayor entre la quinta y sexta década de la vida. (1, 15).

Las indicaciones de re intervención después de una tiroidectomía se incluyen dentro de tres categorías principales: malignidad, bocio multinodular y tirotoxicosis.

La malignidad es la indicación más común de re intervención. En el estudio la malignidad igualmente fue la indicación principal para re intervenir al paciente, 55.94% por recidiva de cáncer papilar y 23.07% por el diagnóstico de cáncer en el reporte histopatológico de la cirugía inicial. (1,3, 14)

La reintervención para reexploración tiroidea urgente puede estar indicada en el postoperatorio inmediato. El sangrado que lleva a la obstrucción de la vía aérea es la indicación más común para reexploración; La hemorragia post tiroidectomía reporta una incidencia entre un 0,4-4,3. En nuestro estudio se presentó en 1.29% similar al reportado en la literatura. (9,15, 16,)

Cerca del 2.6% de los pacientes tendrá recurrencia después de una cirugía por bocio, otras opciones de tratamiento como el yodo radiactivo puede ser considerado antes de proceder con una reoperación; la indicación mas común para reoperar a un paciente por una enfermedad tiroidea benigna, son los síntomas compresivos.

La incidencia de bocio recidivante es baja en nuestro estudio, solo se presentaron tres casos, esta baja incidencia puede corresponder a que la tendencia en nuestro centro hospitalario es la realización de tiroidectomía total cuando el diagnostico citológico es indeterminado, a la estrecha relación que lleva el servicio con el servicio de endocrinología así como el aumento en el tratamiento con yodo radiactivo. (18, 19)

En la práctica clínico-quirúrgica podemos encontrarnos con diagnósticos anatomopatológicos de malignidad tras la realización de una hemitiroidectomía por patología tiroidea inicial presuntamente benigna o no informada como maligna tras estudios citológicos mediante B.A.A.F.

En una serie se reporta 3% de reintervenciones (hemitiroidectomías sobre hemitiroidectomías previas) por diagnóstico de carcinoma de tiroides. En este estudio se reporta una frecuencia cáncer papilar de tiroides donde el diagnostico de la cirugía inicial era benigno de 4.91% que corresponde a lo reportado en la literatura. (14)

Las metástasis a los ganglios linfáticos son comunes en la progresión del cáncer papilar de tiroides y se ha reportado que aparece en 20 a 50% de los pacientes. Se ha reportado que de 5 a 20% de pacientes tratados con tiroidectomía total desarrollaran recurrencia total palpable dentro de 10 años

La tasa de recidiva por cáncer de tiroides es tan alta como el 30% en la mayoría de series. En el estudio la frecuencia de recidiva de cáncer papilar de tiroides fue de 12.44%, ligeramente menor a los reportado en la literatura, lo que correspondería al seguimiento intenso por parte de endocrinología a los pacientes operados por cáncer de tiroides (15, 16, 17)

CONCLUSIONES:

- Las reintervención en cirugía de tiroides es técnicamente más demandante y se asocian con un riesgo significativamente alto de complicaciones.
- La frecuencia de reintervenciones en mayor a lo reportado en la literatura, sin embargo en la unidad la frecuencia de cirugía por cáncer es mayor a la reportada en los estudios
- La principal indicación de reintervención en la unidad es malignidad, ya sea por recidiva de cáncer de tiroides o por diagnóstico de cáncer papilar de tiroides donde el diagnóstico de la cirugía inicial era benigno
- Las reintervenciones urgentes se deben principalmente a hematoma posoperatorio, con una frecuencia similar a lo reportado en la literatura
- El conocimiento de la frecuencia de reintervenciones en cirugía de tiroides favorecerá el desarrollo de procedimientos técnicos, así como la optimización de los ya existentes, para disminuir el impacto social y personal de estos procedimientos, donde la morbilidad y mortalidad se incrementan, las secuelas son mayores y permanentes, conllevan una rehabilitación larga.

BIBLIOGRAFIA

1. Terris DJ, Opraseuth J. Minimally Invasive Reoperative Thyroid Surgery. *Otolaryngol Clin N Am* 2008; 41: 1199–1205.
2. Gutiérrez SC. Fisiopatología quirúrgica del aparato digestivo 3ra Ed. DF, México; El manual moderno; 2006.
3. Callery PM. Handbook of reoperative general surgery. Massachusetts, USA; Blackwell Publishing; 2006.
4. Hakim NS, Papalois VE Surgical Complications Diagnosis and Treatment. London, Eng; Imperial College Press; 2007.
5. Merkow PR. Reintervención quirúrgica en el servicio de cirugía general del Hospital de especialidades del Centro Medico La raza; tesis de posgrado, México, 2003.
6. Dierks MM, Huang Z, Siracuse J, Tolchina S, Moorman D. Diagnostic, surgical judgment, and systems issues leading to reoperation: mining administrative databases. *The American Journal of Surgery* 2010; 199: 324–330.
7. Vázquez MD, Farías LO, Olivares BJ, Pérez NJ, López RM, González OA Reintervenciones quirúrgicas en cuello posteriores a procedimientos electivos. *Cir Ciruj* 2004; 72: 461-464.
8. Valdez JJ, Barreras OJ, Mederos CO, Cantero R. Reintervenciones en Cirugía General. *Rev Cubana Cir* 2001; (40): 201-204.
9. McGinn JD. Prevention of Complications in Revision Endocrine Surgery of the Head & Neck. *Otolaryngol Clin N Am* 2008; 41: 1219–1230.

10. Rosenbaum MA, Haridas M, McHenry C. Life-threatening neck hematoma complicating thyroid and parathyroid surgery. *The American Journal of Surgery*. 2008; 195: 339–343.
11. Terris DJ, Opraseuth J. Minimally Invasive Reoperative Thyroid Surgery. *Otolaryngol Clin N Am* 2008; 41: 1199–1205.
12. Richer SL, Wenig BL. Changes in Surgical Anatomy Following Thyroidectomy *Otolaryngol Clin N Am* 2008; 41: 1069–1078.
13. Farrag YT, Agrawal N, Sheth S, et al. Algorithm For Safe And Effective Reoperative Thyroid Bed Surgery For Recurrent/Persistent Papillary Thyroid Carcinoma. *Head Neck* 2007; 29: 1069–1074.
14. Pardo RV, Pino RG, Ruíz GT, García M, González PA, Blasco HA. Segunda Hemitiroidectomía por Carcinoma de Tiroides. Nuestra experiencia. *Acta Otorrinolaringol Esp* 2004; 55: 236-239.
15. Ruggiero F, Fedok F. Outcomes in Reoperative Thyroid Cancer. *Otolaryngol Clin N Am* 41 2008; 41: 1261–1268.
16. Pai IS, Tufano RP. Reoperation for Recurrent/Persistent Well-Differentiated Thyroid Cancer. *Otolaryngol Clin N Am* 2010; 43: 353–363.
17. O’Neil CJ, Bullock M, Chou A, et al. BRAFV600E mutation is associated with an increased risk of nodal recurrence requiring reoperative surgery in patients with papillary thyroid cancer. *Surgery* 2010;148:1139-46.
18. Pérez PJ, Venturelli FM, Complicaciones de la cirugía tiroidea, *Cuad. Cir.* 2007; 21: 84-91.

19. Peralta PJ, Fleites FJ, et al. Cirugía Tiroidea: Principios Anatómicos Y Técnicos Para Reducir Complicaciones Rev Cubana Oncol 1999;15(2):81-8.

20. Hakim NS, Papalois VE Surgical Complications Diagnosis and Treatment. London, Eng; Imperial College Press; 2007.

ANEXOS

CIRUGIAS DE LA GLANDULA TIROIDES 2006-2010							
	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	PORCENTAJE
CIRUGIAS DE TIROIDES	262	243	210	302	297	1314	100%
REOPERACIONES	32	26	16	31	38	143	10.88%

TABLA 1.

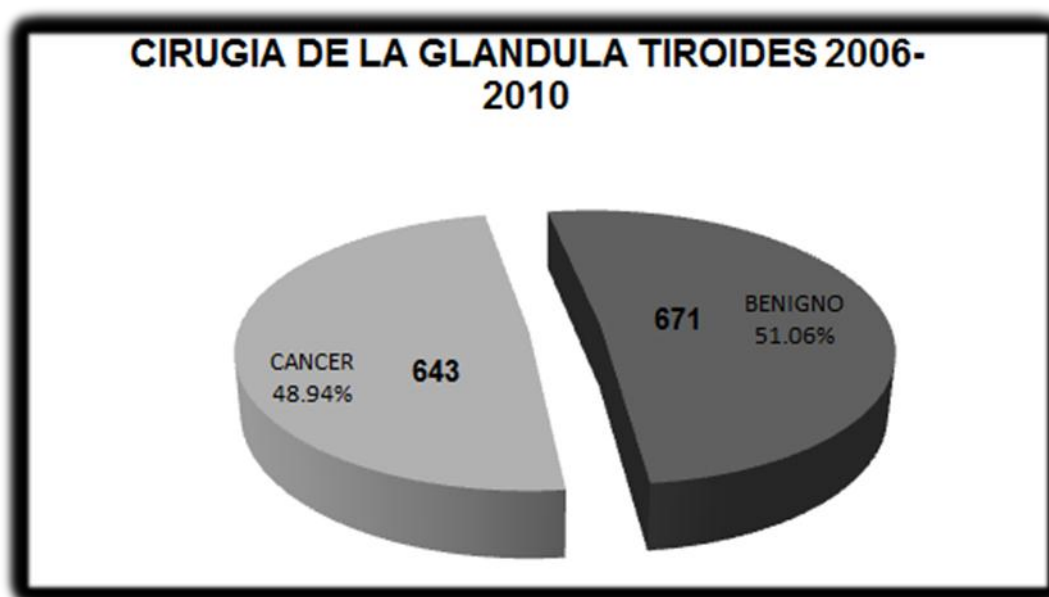


GRAFICO 1.

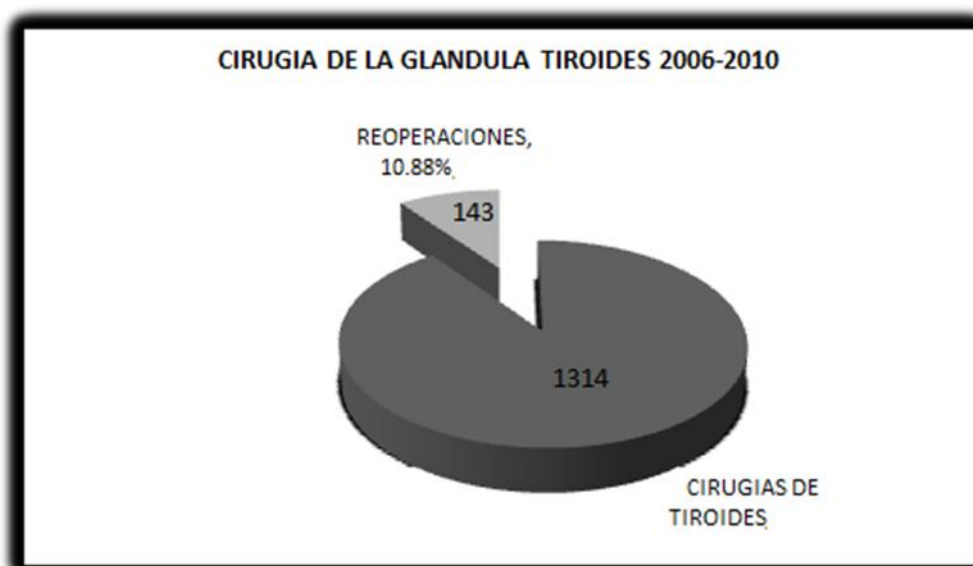


GRAFICO 2.

REOPERACIONES POR GENERO							
	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	PORCENTAJE
FEMENINO	24	23	12	24	29	112	78.32%
MASCULINO	8	3	4	7	9	31	21.68%

TABLA 2.

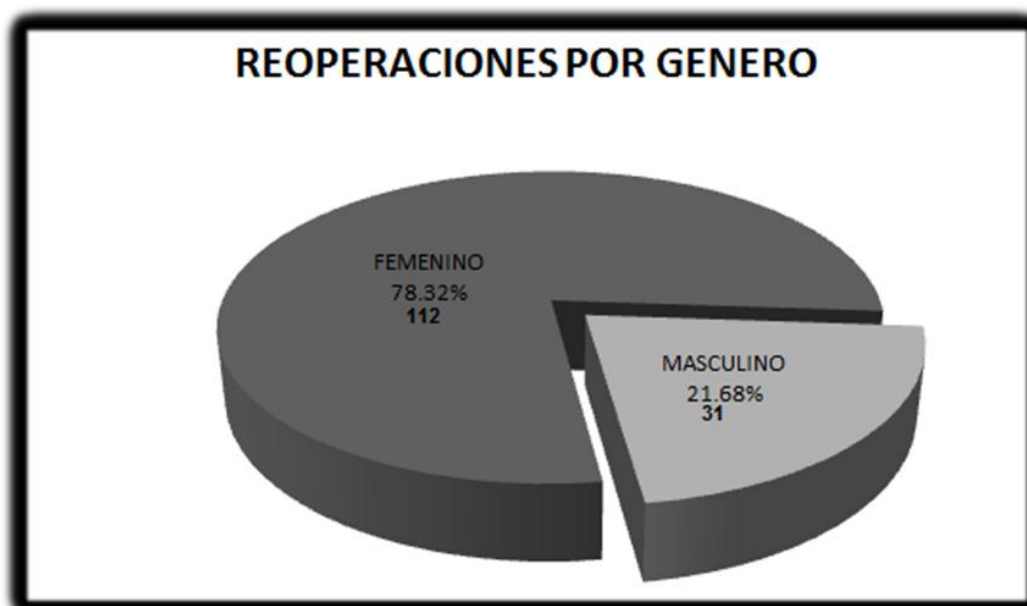


GRAFICO 3.

REPERACIONES POR GRUPOS DE EDAD							
	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	PORCENTAJE
0-20 AÑOS	0	0	0	0	0	0	0.00%
21-40 AÑOS	10	10	5	9	14	48	33.56%
41-60 AÑOS	12	9	4	10	12	47	32.86%
61-80 AÑOS	9	5	6	9	10	39	27.27%
81-100 AÑOS	1	2	1	3	2	9	6.29%

TABLA 3.

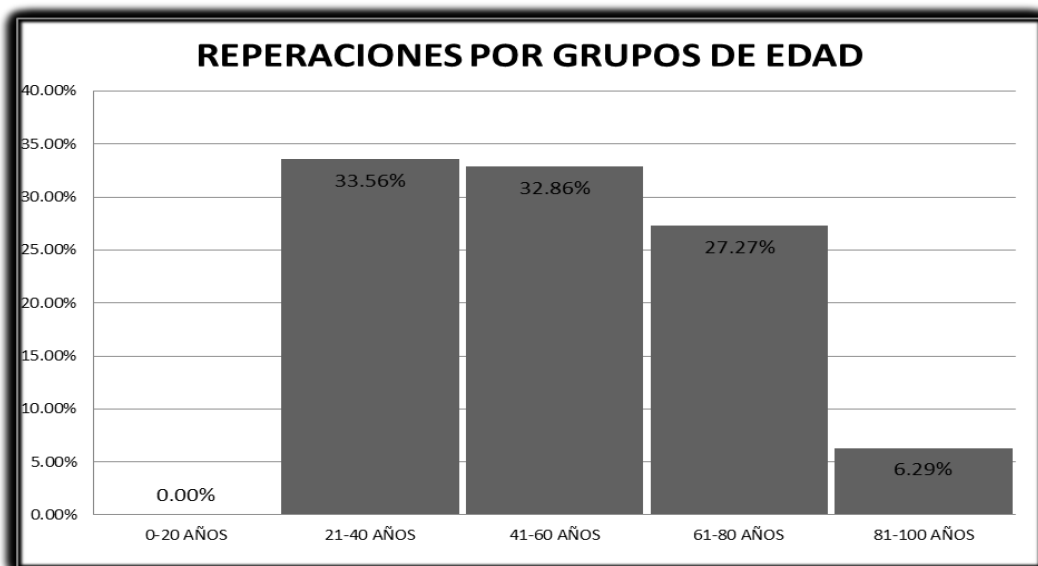


GRAFICO 4.

DIAGNOSTICO PREQUIRURGICO DE LAS CIRUGIAS DE TIROIDES 2006-2010							
	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	PORCENTAJE
NODULO TIROIDEO	61	63	47	73	68	312	23.74%
BOCIO MULTINODULAR	80	57	56	80	81	354	26.94%
CANCER PAPILAR	82	72	73	108	91	426	32.42%
CANCER METASTASICO	9	24	18	17	22	90	6.85%
CANCER RECIDIVANTE	16	14	9	16	25	80	6.08%
CANCER MEDULAR	1	2	1	3	1	8	0.61%
CANCER FOLICULAR	4	4	2	1	3	14	1.06%
NEOPLASIA DE HÜRTHLE	8	6	4	3	4	25	1.90%
OTROS	1	1	0	1	2	5	0.38%

TABLA 4.

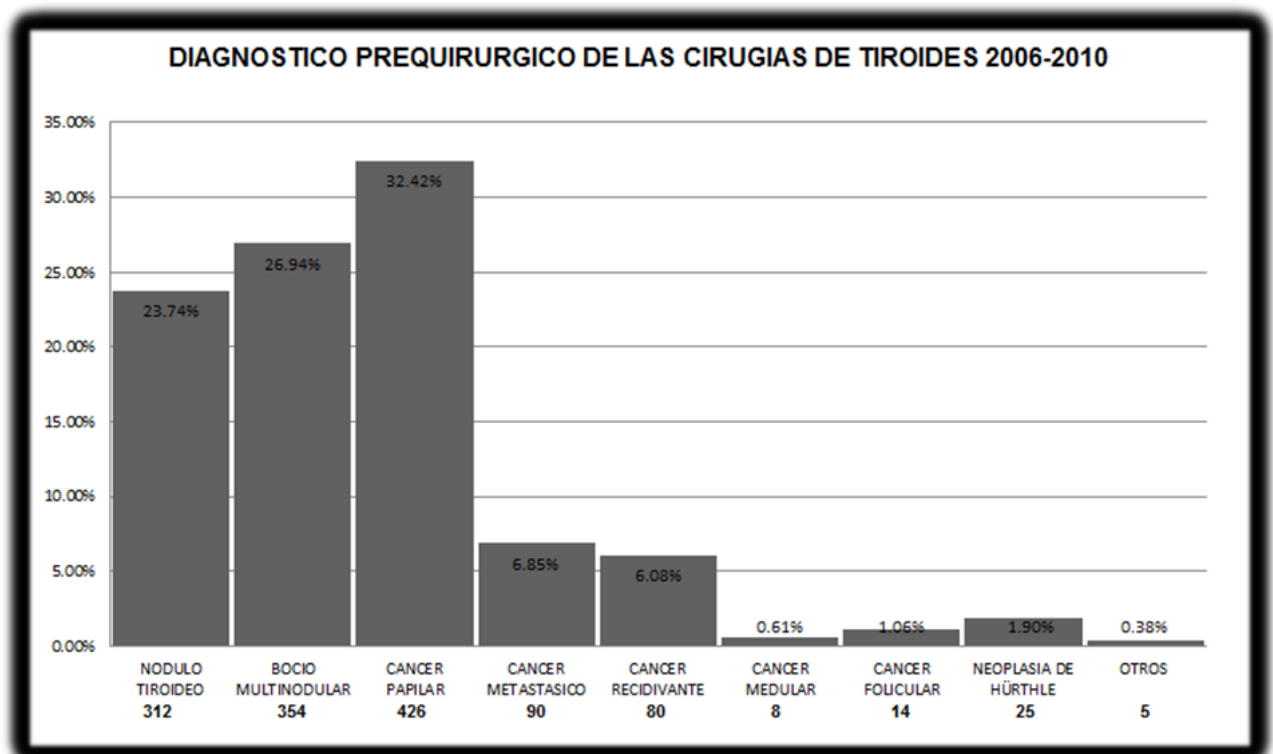


GRAFICO 5.

CAUSAS DE REINTERVENCION							
	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	PORCENTAJE
HEMATOMA POSOPERATORIO	6	1	2	5	3	17	11.89%
GRANULOMA	1	0	0	0	1	2	1.39%
PARALISIS CORDAL	1	0	0	1	0	2	1.39%
CA PAPILAR DE TIROIDES	8	9	4	7	5	33	23.07%
CA PAPILAR DE TIROIDES RECIDIVANTE	16	14	9	16	25	80	55.94%
ABSCESO CUELLO	0	0	0	0	2	2	1.39%
OTRAS	0	2	1	2	2	7	4.89%

TABLA 5.

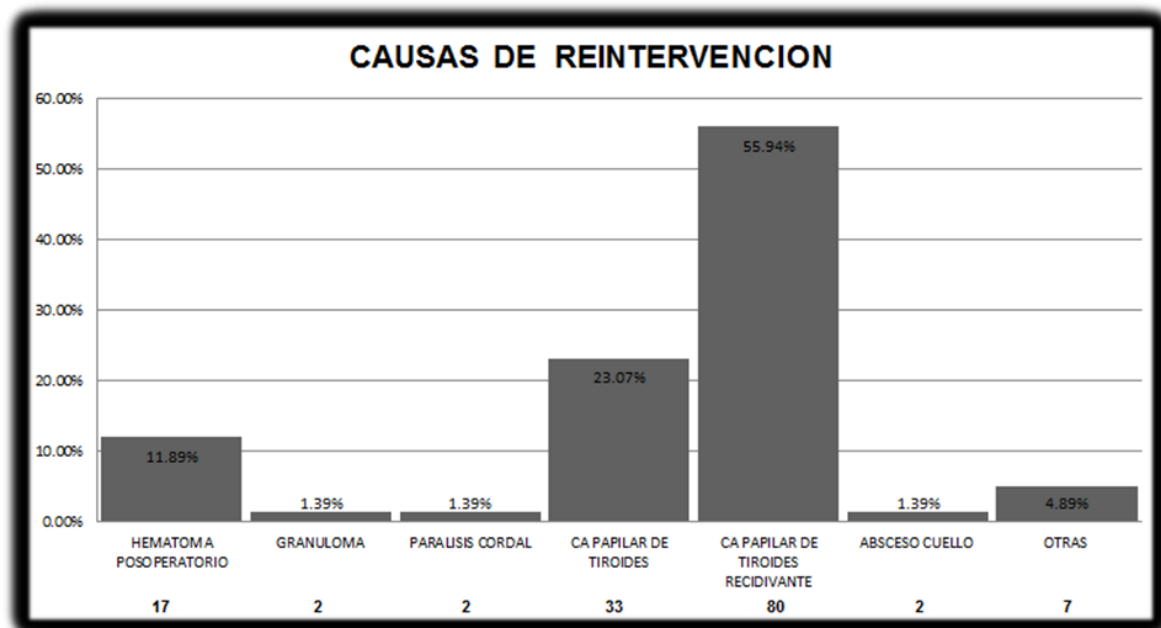


GRAFICO 6.

CIRUGIAS DE REINTERVENCION							
	2006	2007	2008	2009	2010	TOTAL	PORCENTAJE
EXPLORACION Y HEMOSTASIA	6	1	2	5	3	17	11.89%
TRAQUEOSTOMIA	1	0	0	1	0	2	1.39%
TIROIDECTOMIA RESIDUAL	8	9	5	9	7	38	26.57%
RESECCION DE GRANULOMA	1	0	0	0	1	2	1.39%
DRMC DERECHA	5	4	3	3	8	23	16.08%
DRMC IZQUIERDA	5	8	3	5	7	28	19.59%
DRMC BILATERAL	3	3	2	4	7	19	13.28%
DISECCION SELECTIVA DE CUELLO	3	1	1	4	3	12	8.39%
OTRA	0	0	0	0	2	2	1.39%

TABLA 6.

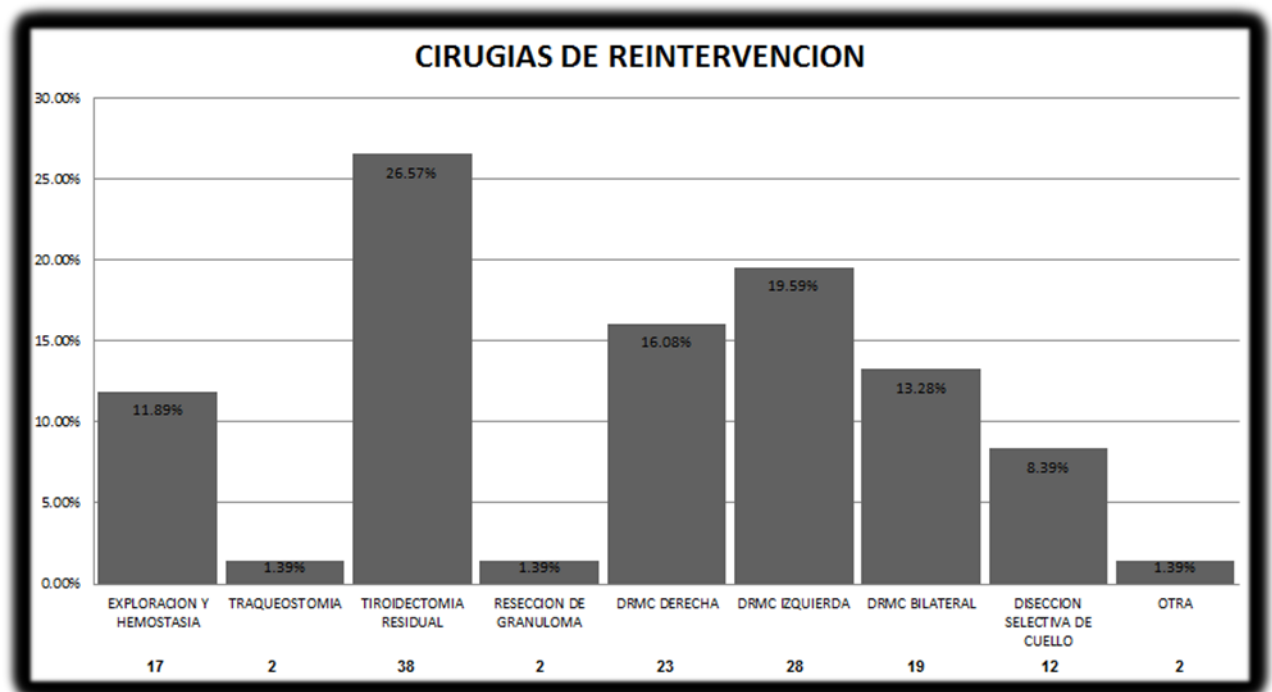


GRAFICO 7.

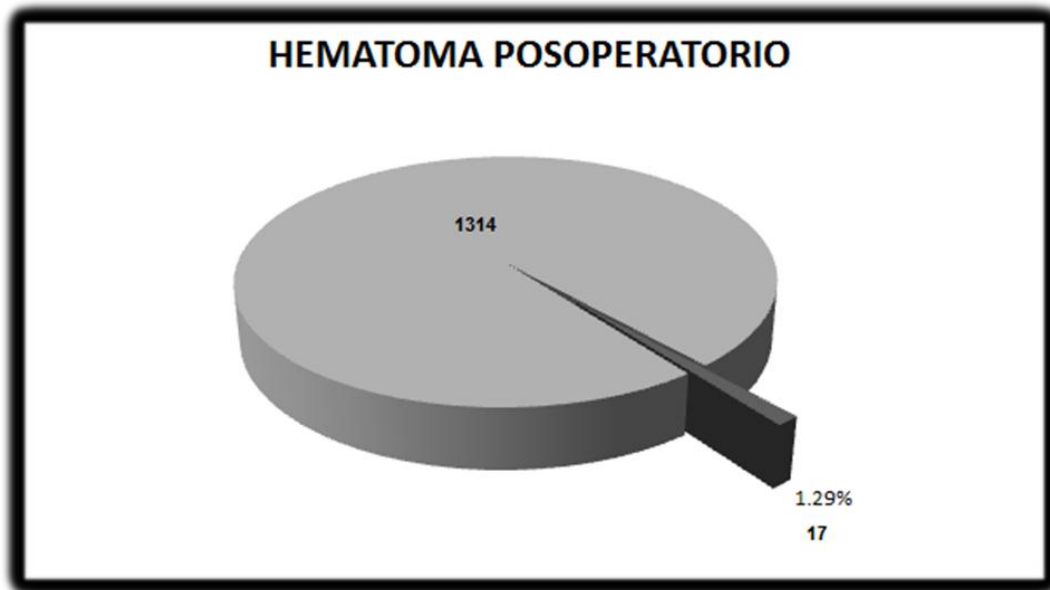


GRAFICO 8.

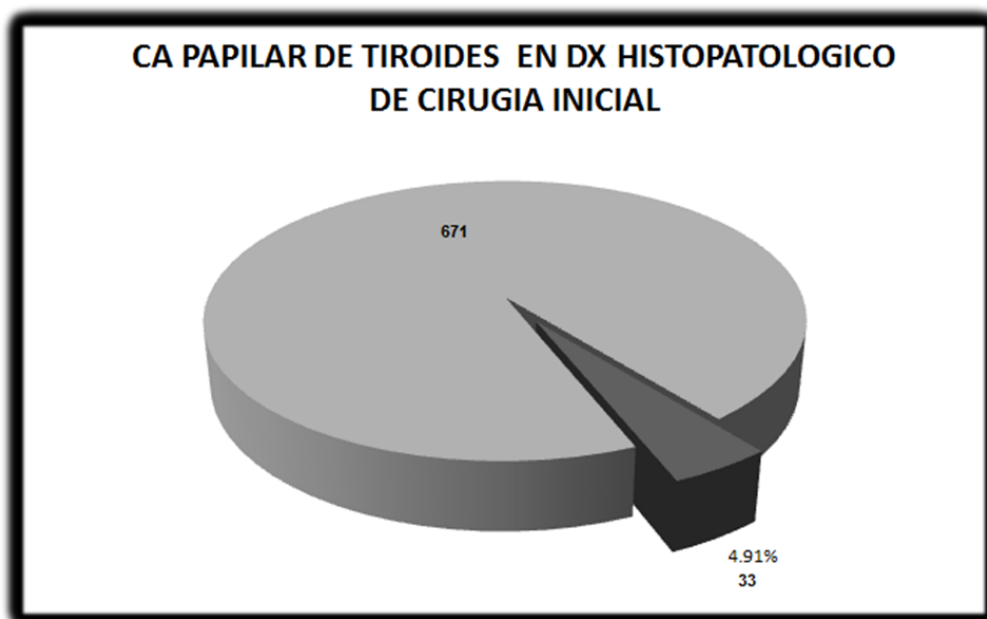


GRAFICO 9 .

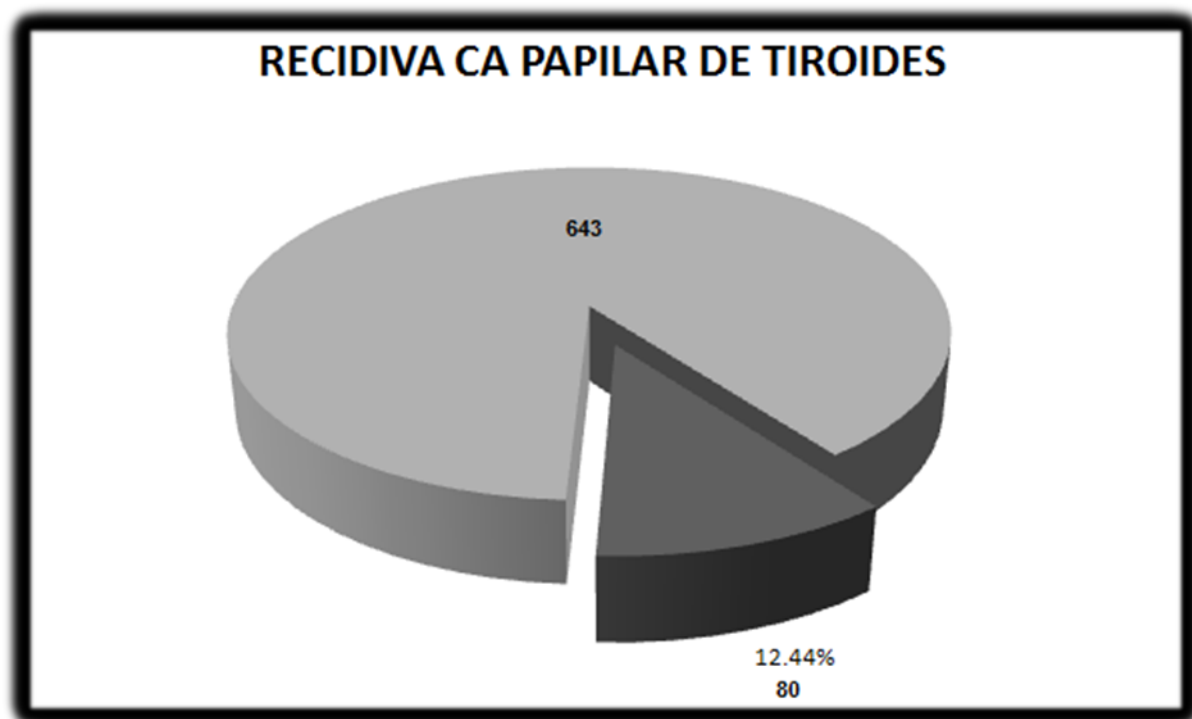


GRAFICO 10.