



ORIGINAL

Complications of thyroid surgery in the surgery department of the León Cuervo Rubio Hospital

Complicaciones de la cirugía tiroidea en el servicio de cirugía del Hospital León Cuervo Rubio

Gladys Iglesias Díaz¹  , Elaine Aquino¹  , Luis Rojas Ampudia²  , Martha A. Oriolo Estrada²  , Jesús Pérez Acosta²  

¹Universidad de Ciencias médicas de Pinar del Río, Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico León Cuervo Rubio. Pinar del Río, Cuba.

²Universidad de Ciencias médicas de Pinar del Río, Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río, Cuba.

Citar como: Iglesias Díaz G, Aquino E, Rojas Ampudia L, Oriolo Estrada MA, Pérez Acosta J. Complications of thyroid surgery in the surgery department of the León Cuervo Rubio Hospital. Health Leadership and Quality of Life. 2024; 3:.669. <https://doi.org/10.56294/hl2024.669>

Enviado: 16-06-2024

Revisado: 03-09-2024

Aceptado: 08-12-2024

Publicado: 09-12-2024

Editor: PhD. Prof. Neela Satheesh 

Autor para la correspondencia: Gladys Iglesias Díaz 

ABSTRACT

Introduction: thyroid gland diseases have increased in recent times and with it the number of patients operated on, in most cases total thyroidectomies have been performed, bringing with them complications associated with the surgical technique.

Objective: to evaluate the complications of endocrine surgery of the thyroid gland in the Surgery Department of the “León Cuervo Rubio” Provincial Teaching Clinical Surgical Hospital in Pinar del Río between 2022 and February 2023.

Method: a descriptive study was carried out on 117 patients with thyroid gland conditions who received surgical treatment. A data collection model was created for the variables: age, sex, thyroid condition, type of surgical intervention, complications, surgical technique and prolongation of thyroid tissue. Theoretical, empirical and statistical methods were used, and percentage calculations were made.

Results: the most frequent age group was 41-50 years (25,64 %), with a predominance of females (84,61 %). Malignant conditions (38,46 %), the most frequent surgical intervention, total thyroidectomy (79,48 %); 8 patients presented postoperative complications (6,83 %). The most frequent was hypoparathyroidism (2,56 %), followed by unilateral recurrent lesion (1,70 %), 21 patients presented endothoracic or submaxillary prolongation (17,94 %) only one presented temporary hypoparathyroidism, two died as a result of undifferentiated carcinoma, in the immediate postoperative period.

Conclusions: thyroid surgery requires the expertise of the surgeon, which would reduce the most frequent complications, which are hypoparathyroidism and recurrent injury.

Keywords: Thyroidectomy; Lobectomy; Isthmectomy; Endothoracic Prolongation; Colloid Goiter.

RESUMEN

Introducción: las enfermedades de la glándula tiroides han aumentado en los últimos tiempos y con ello el número de enfermos operados, en la mayoría de los casos han sido practicadas tiroidectomías totales, trayendo consigo complicaciones asociadas a la técnica quirúrgica.

Objetivo: evaluar las complicaciones de la cirugía endocrina de la glándula tiroides en el servicio de Cirugía del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico “León Cuervo Rubio” de Pinar del Río entre el año 2022 y febrero del 2023.

Método: se realizó un estudio descriptivo en 117 enfermos con afecciones de la glándula tiroides que recibieron tratamiento quirúrgico. Se confeccionó modelo de recogida de datos para las variables: edad, sexo, afección tiroidea, tipo de intervención quirúrgica, complicaciones, técnica quirúrgica y prolongación de

tejido tiroideo. Se emplearon métodos teóricos, empíricos y estadístico se realizaron cálculos porcentuales. **Resultados:** el grupo de edades más frecuente entre 41-50 años (25,64 %), predominó el sexo femenino (84,61 %). Las afecciones malignas (38,46 %), la intervención quirúrgica más frecuente, tiroidectomía total (79,48 %); 8 enfermos presentaron complicaciones posoperatorias (6,83 %). La más frecuente fue el hipoparatiroidismo (2,56 %), seguido de la lesión recurrencial unilateral (1,70 %), 21 enfermos presentaban prolongación endotorácica o submaxilar (17,94 %) solo uno presentó un hipoparatiroidismo temporal, dos murieron a consecuencia de un carcinoma indiferenciado, en el posoperatorio mediato.

Conclusiones: la cirugía de la glándula tiroides requiere de la experticia del cirujano, lo cual haría disminuir las complicaciones más frecuentes que son el hipoparatiroidismo y la lesión recurrencial.

Palabras clave: Tiroidectomía; Lobectomía; Istmectomía; Prolongación Endotorácicas; Bocio Coloide.

INTRODUCCIÓN

Los avances en la tecnología para el diagnóstico de las afecciones de la glándula tiroides han traído como resultado un mayor número de caso diagnosticados precozmente, que requieren de tratamiento quirúrgico, como consecuencia el número de casos que sufren de complicaciones propias de la cirugía sobre la glándula ha aumentado en proporción con el número de casos sometidos a intervenciones quirúrgicas.^(1,2,3)

En la cirugía de la glándula tiroides la mortalidad prácticamente ha desaparecido, la morbilidad sigue siendo un motivo de permanente preocupación para el cirujano. A pesar que siempre está latente el riesgo de complicaciones, éstas son raras cuando el cirujano posee un acabado conocimiento de la fisiopatología de la glándula, está familiarizado con la anatomía del cuello, posee experiencia y aplica técnicas quirúrgicas meticulosas y bien regladas. No obstante, existen circunstancias que ponen a prueba al especialista más experimentado en este tipo de cirugía.^(4,5,6)

En general las complicaciones son directamente proporcionales a la extensión de la cirugía e inversamente proporcionales a la experiencia del equipo de cirujanos.^(7,8) Las más comunes, en enfermos que son tratados de enfermedades de la glándula tiroides a través de procedimientos quirúrgicos tenemos: lesión de nervio laríngeo recurrente (0-14 %), hipoparatiroidismo (30 %), hematoma cervical postoperatorio (0,4-4,3 %), lesiones del nervio laríngeo superior, seromas, infección (1-2 %), hipotiroidismo, embolia aérea, fístula de linfa y quilo.

Las afecciones quirúrgicas tiroideas constituyen un desafío asistencial pues no todos los hospitales cuentan con equipos multidisciplinarios de atención para estos pacientes y aún existen criterios controvertidos a la hora de tomar la decisión quirúrgica en un paciente con una afección tiroidea, quién lo opera, cuándo lo opera y cómo lo opera.^(9,10,11)

La tasa de complicaciones relacionadas con la cirugía tiroidea se ha reducido pero toda la actividad médica ha de organizarse para minimizar el riesgo de complicación desde la valoración inicial del paciente hasta el seguimiento postoperatorio. En general la tasa de complicaciones ronda el 2 %.^(12,13) El Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico “León Cuervo Rubio” de Pinar cuenta con un servicio especializado en Cirugía de la glándula tiroides, con 36 años de experiencia, en ella se trabaja en conjunto con otros servicios en una consulta central, que evalúa y trata al enfermo en el pre y posoperatorio, con una frecuencia semanal, lo cual genera un gran número de enfermos, que se han incrementado en número con el de cursar del tiempo, con el advenimiento del ultrasonido Doppler y la asociación de la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF) guiada por ultrasonido, en la misma proporción han aumentado el número de casos operados por sospecha de cáncer, por problemas con la estética o con signos de compresión y con ello el número total de complicaciones posoperatorias, lo cual ha motivado la investigación, con el objetivo de evaluar las complicaciones de la cirugía tiroidea en el servicio de Cirugía del Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico “León Cuervo Rubio” de Pinar del Río entre el año 2022 y febrero del 2023.

MÉTODO

Se realizó un estudio, descriptivo, retrospectivo, de 117 enfermos operados de la glándula tiroides, en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico “León Cuervo Rubio” de Pinar del Río, durante tres años (2020-2023), a los cuales se les practicaron técnicas quirúrgicas en dependencia del tipo de enfermedad de la glándula y su extensión. Se revisaron las historias clínicas, informe operatorio y resultados de biopsia. Como criterio de inclusión se tomaron todos los enfermos registrados y tratados y de exclusión aquellos en los cuales faltaba algún dato necesario entre las variables a estudiar: edad, sexo, diagnóstico histológico, tipo de intervención quirúrgica, lesiones tiroideas asociadas, complicaciones intraoperatorias, posoperatorias inmediatas, mediatas, tardías, reintervenciones y prolongaciones de la glándula.

Los datos se concentraron en una hoja de recolección de datos realizada expresamente para este trabajo. Se vació la información posteriormente en un formato electrónico y se realizó el análisis estadístico con ayuda del programa SPSS. Los resultados se presentaron en forma de tablas o gráficas.

RESULTADOS

Se realizó un estudio retrospectivo de los enfermos operados de la glándula tiroides en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico “León Cuervo Rubio” de Pinar del Río en el año 2022 hasta marzo 2023. Se incluyó una muestra de 117 enfermos, los cuales fueron seleccionados del total de enfermos operados en dicho período, fueron excluidos aquellos que no contaban en los registros con todos los datos incluidos en las variables estudiadas. Los resultados procesados y representados en tablas.

Tabla 1. Distribución de los enfermos según sexo y variedad histológica de tumor

Variedad histológica	Masculino	Femenino	Total (%)
Benignos	6(8,33)	66(91,6)	72 (61,53)
malgnos	12(26,66)	33(73,33)	45 (38,46)
Total	18(15,38)	99(84,61)	117 (100)

Se presenta la tabla número uno la cual desglosa el total de caso entre las variedades malignas y benignas y a su vez se delimita entre masculino y femeninos y sus porcentajes. La mayor parte de los operados forman parte del grupo de las féminas (72 casos, lo que representa el 61,53 %), mientras que el total de caso malignos representan el 38,46 % de total de casos operados. Los enfermos operados con cáncer de tiroides 45 (38,46 %) no sobrepasan a los nódulos benignos 72 (61,53 %).

Tabla 2. Distribución de los enfermos operados de tiroides según edad

Grupos etarios	No. Enfermos	%
< 30 años	11	9,40
31-40	18	15,38
41-50	30	25,64
51-60	26	22,22
>60	12	10,25
Total	117	100

Prevalece el grupo etario entre 41-50 años de edad con el mayor número de enfermos operados, con menor frecuencia fueron los que se encontraban por debajo de los 30 años (9,40 %).

Se muestran en la tabla 3, las complicaciones posoperatorias encontradas según tipo de técnica quirúrgica sobre la glándula tiroides.

Tabla 3. Distribución de las complicaciones posoperatorias, según técnica quirúrgica empleada

Técnica quirúrgica empleada	Complicaciones posoperatorias
2 Tiroidectomía total y vaciamiento ganglionar	no
3 Recidiva de enfermedad nodular	no
6 Reintervención por malignidad	Hipoparatiroidismo(2)* Lesión unilateral de recurrente(2)
12 Lobectomía e itsmectomía	no
93 Tiroidectomía total (79,48 %)**	Lesión bilateral de recurrente(1) Hipoparatiroidismo temporal (1)*** hematoma (2)
*Bocio colide multinodular de gran tamaño	
**Carcinoma papilar asociado a Tiroiditis crónica, fue necesario una traqueostomía temporal	
***Bocio grande	

Tabla 4. Distribución de las complicaciones de la cirugía de la glándula tiroides

Complicaciones	No.	%
Hematoma del cuello	2	1,7
Parálisis bilateral de recurrente*	1	0,85
Hipoparatiroidismo	3	2,56
Parálisis unilateral de recurrente	2	1,70

*Con necesidad de traqueotomía temporal, ya recuperada en menos de seis meses

En la tabla 4 es el hiporatiroidismo (2,56 %) la complicación que con mayor frecuencia se registra en enfermos operados de tiroides, seguido por orden de frecuencia de la parálisis recurrencial unilateral (1,70 %).

Tabla 5. Enfermos operados de tiroides con prolongación inusual de la glándula y complicaciones			
Prolongaciones	No	Técnica quirúrgica	Complicaciones
Submaxilar	5	Tiroidectomía	no
Endotorácica	16* (13,67)	Tiroidectomía (T) T. más esternotomía	Hipotiroidismo(1)
*Dos de las enfermas eran portadoras de carcinoma indiferenciado			

Una de ellas con signos de invasión y/o compresión de las vías respiratorias y digestivas altas, fue necesario realizar traqueostomía y gastrostomía y murió tres meses después, por hemorragia a través del traqueostoma.

La otra con antecedentes de Bocio coloide multinodular, acude con circulación colateral y signos de compresión, se realizó esternotomía y murió una semana después de ser operada.

El resto de las prolongaciones endotorácicas fueron extraídas a través de la incisión en corbata de Kocher, en el caso de las prolongaciones submaxilares, dos de ellas fue necesario prolongar la incisión en sentido longitudinal en una con prolongación de la glándula y en otra se realizó una incisión independiente por tratarse de un tejido tiroideo ectópico que resultó ser un carcinoma en el tejido tiroideo y era identificado por ultrasonido como tejido ganglionar, en un segundo tiempo a esta enferma se le practicó un vaciamiento ganglionar del cuello, a pesar de haber sido practicadas dos intervenciones no sufrió de complicación alguna.

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos nos muestran las características de los pacientes con respecto a la distribución poblacional de aquellos pacientes que presentaron diagnóstico asociado a nódulo tiroideo y que fueron sometidos a tiroidectomía total con el fin de determinar las posibles complicaciones postoperatoria.

Los trastornos de la glándula tiroides ocurren en un 3-5 % de la población en general y constituyen luego de la Diabetes la segunda de las enfermedades endocrinas que más afectan al hombre, la necesidad en ocasiones del uso de técnicas quirúrgicas para solucionar los problemas de salud que la glándula ocasiona, representados en tales como: compresión a tejidos vecinos a la glándula, sospecha de malignidad o aumento de volumen con afectación de la estética del enfermo, todos ellos, hacen que el cirujano deba tomar parte de un proceso que es tratado por un grupo multidisciplinario, proceder que no siempre culmina con los resultados que se espera obtener y es entonces cuando surgen las complicaciones propias de dicha cirugía que vienen a afectar la calidad de vida del enfermo.^(2,3)

Existen diversos factores que pueden condicionar las complicaciones, entre ellos tenemos, si la cirugía es en condiciones de emergencia o programada; los métodos de diagnóstico pre operatorio, el equipamiento de la sala de operaciones, el tipo de anestesia, el entrenamiento de los cirujanos y fundamentalmente el conocimiento de la anatomía, patología y técnica quirúrgica.^(1,7,8,10)

Se realizó un estudio de 117 enfermos que fueron tratados con diferentes técnicas quirúrgicas según resultados de la Biopsia por aspiración con aguja fina, el ultrasonido y la clínica con que se presenta en enfermo y se decide operar según protocolo de actuación y la extensión de la resección a la hora de resecar la glándula, pero no siempre la anatomía, la textura, adherencia a planos vecinos y el volumen de la glándula son idénticas, por lo que el cirujano debe improvisar en algunos caso.

En la tabla 1 se observa la mayor prevalencia en el sexo femenino (84,61 %) y un 38,46 % de los caso intervenidos estaban representados por enfermos portadores de carcinomas lo cual requiere de una tiroidectomía total y con ella la posibilidad de un mayor riesgo de complicaciones

El sexo femenino predomina en todas las bibliografías^(3,4) acerca de afecciones malignas o benignas de la glándula tiroides, pero la frecuencia con que se representa el cáncer de tiroides difiere según la procedencia del artículo revisado

En estudio realizado en Chile sobre la frecuencia del cáncer de tiroides se describe si es necesario decidir si se consideran todos los casos o sólo la enfermedad clínicamente relevante. En la primera situación el diseño de investigación más frecuente en la literatura internacional es la revisión de necropsias no seleccionadas por el diagnóstico de CT. se realizaron una revisión sistemática de series de necropsias que reportaban la frecuencia de CT, encontrando en 7,6 % de los casos carcinoma papilar (CPT) y en 0,14 % carcinoma medular (CMT) no pesquizados en vida.^(3,4,9,15)

En varios países latinoamericanos, esta neoplasia está entre las primeras diez en frecuencia en ambos sexos, siendo mucho más frecuente en mujeres. Colombia cuenta con datos de incidencia de base poblacional en cinco ciudades según las estimaciones nacionales de incidencia de cáncer a partir de la mortalidad, las últimas

incidencias estimadas fueron de 16,0 y de 0,7 por 100 000 en mujeres y hombres, respectivamente, lo que ubica al CT como el tercero más común en mujeres luego de mama y cuello uterino.^(3,12,14)

En Cuba alcanza una incidencia de 1,2 por 100 mil habitantes para el hombre y de 3,7 para la mujer. La mortalidad es de 0,3 por 100 000 habitantes, según el registro nacional del cáncer.^(14,15) Las tasas de incidencia de cáncer tiroides, han ido aumentando en los últimos años, no contando con datos actualizados del comportamiento clínico epidemiológico de los pacientes intervenidos por esta enfermedad.^(3,4)

En el servicio de cirugía de la glándula tiroides se ha experimentado un aumento del número de enfermos con cáncer si se compara la cifra actual de 38,46 % del total con trabajos realizados^(14,15,16) anteriormente del propio servicio en los años, 1998-2007 era de 15,3 %, el número de caso casi triplicado su cifra.

En la tabla 2 prevalece las edades entre 41-50 años para un 25,64 %, del total de caso operados. En otra literatura se recogen resultados que alegan El grupo de edades más frecuente fue entre los 30-39 años (32,57 %), predominó el sexo femenino (91,53 %). Las afecciones carcinoma (20,85 %), la intervención quirúrgica más frecuente fue la tiroidectomía total (39,08 %); 8 pacientes presentaron complicaciones posoperatorias (2,6 %).⁽¹⁷⁾

Otro autor señala en su artículo⁽²⁾ un predominio en la patología benigna tiroidea en comparación a la maligna (6 % frente a 94 %), donde el tratamiento a elección fue tiroidectomía total que también se indicó en ciertos casos de benignidad, donde se realizó hemitiroidectomía y la tiroidectomía subtotal. Todos los tumores malignos tuvieron disección ganglionar y terapia adicional de iodoablación, radioterapia coadyuvante y hormonosupresión.^(18,19)

En la tabla 3 se reporta una mayor práctica de la tiroidectomía total, representada por un 79,48 % del total de caso operados. La técnica quirúrgica más empleada la lobectomía más istmectomía en un 79 % (n 48), debido a que es más frecuente el bocio multinodular y nodular benigno en los cuales está indicado estas técnicas quirúrgicas por sus características clínicas.

Según la experiencia del servicio de cirugía de tiroides donde se realiza el estudio que se presenta, es relativo el absolutizar que en el caso de los Bocios multinodulares se debe realizar la lobectomía e istmectomía, porque esto está en dependencia de la localización de los nódulos, que no siempre se encuentran en un lóbulo y aún en ocasiones el ultrasonido reporta nódulos en un lóbulo y cuando se realiza el proceder son detectados nódulos en el lóbulo contralateral, no debemos olvidar que existe un alza de un 30 a un 70 % en el número de casos con microcarcinomas papilar^(17,18) que en no pocas ocasiones acompañan al bocio coloide multinodular, además se debe tener en cuenta que en la cirugía del tiroides se debe ser justo a lo necesario e indicado a la hora de resear la glándula y con ello evitar las complicaciones de dicha cirugía.

La tiroidectomía total se usa cada vez más para tratar la enfermedad tiroidea benigna, como el bocio multinodular y la enfermedad de Graves. En este estudio fue la intervención quirúrgica más realizada, lo cual coincide con otros estudios en Cuba y otros países, relacionados con la cirugía tiroidea.^(20,21)

En la tabla 4, se ve representada un 2,56 % de casos con hipoparatiroidismo, seguido de un 1,7 % de lesión del nervio laríngeo recurrente unilateral. Si se tiene en cuenta de estudios realizados anteriormente^(8,13) se puede comprobar que según la frecuencia con que se presentan las diferentes afecciones quirúrgicas en el servicio que presta atención a las enfermedades quirúrgicas de la glándula tiroides, es el Bocio coloide nodular y multinodular, seguido de la Tiroiditis crónica de Hashimoto, las enfermedades que mayormente padecen los enfermos operados, y en no pocas ocasiones se asocian a cáncer de tiroides.

La Tiroiditis crónica⁽¹⁸⁾ por su parte, en su forma nodular constituye un elemento a tener en cuenta ante la posibilidad de asociarse al cáncer, pero es su consistencia y la fibrosis con que se presenta lo que a la hora de realizar la tiroidectomía total puede favorecer la ocurrencia de complicaciones que pueden ir desde la lesión recurrente que se presenta con frecuencia en este proceder quirúrgico, hasta la lesión de la tráquea por lo difícil que resulta diferenciar en la práctica el tejido tiroideo del tejido cartilaginoso de la tráquea.

La complicación de la cirugía sobre la glándula tiroides más temida es la lesión recurrente sobre todo bilateral por la necesidad de proceder a realizar una traqueotomía para facilitar la respiración del enfermo, pero la más frecuente es el hipoparatiroidismo transitorio o permanente así como también una hemorragia post operatoria que amerite una revisión de hemostasia inmediata. Las otras complicaciones son de menor trascendencia, pero importantes como por ejemplo una cicatriz inadecuada o asimétrica en el cuello.^(7,10)

Las complicaciones significativas más comunes de la tiroidectomía son el hipoparatiroidismo y la lesión del nervio laríngeo recurrente, que ocurren con mayor frecuencia después de la tiroidectomía total. Las tasas de lesión del nervio laríngeo recurrente a largo plazo e hipoparatiroidismo, respectivamente, fueron del 3 % y el 2,6 % después de la tiroidectomía total y del 1,9 % y el 0,2 % después de la tiroidectomía subtotal. Un estudio informó hipocalcemia en el 5,4 % de los pacientes inmediatamente después de la tiroidectomía total, persistente en sólo el 0,5 % de los pacientes un año después. Otro estudio informó una incidencia del 3,4 % de lesión del nervio laríngeo recurrente a largo plazo y una incidencia del 1,1 % de hipocalcemia permanente.^(7,10,13)

En la tabla 5 se representan los casos operados de tiroides con prolongaciones endotorácicas y submaxilar, 16 enfermos (13,67 %) fueron detectados ya sea en el preoperatorio o en el acto quirúrgico que presentaban una disposición de la glándula más allá de los que habitualmente se encuentran haciendo más difícil el proceder y con mayor riesgo de padecer de complicaciones propias de la técnica quirúrgica, dos de los casos coinciden con

enfermas portadoras de carcinoma indiferenciado de tiroides. Variedad histológica^(22,23) que se presenta en el 1,2 % de los casos operados, con un pronóstico de vida de 6 meses a dos años y que requiere como tratamiento de citostáticos y radiaciones, pero previo se debe realizar al enfermo traqueostomía y gastrostomía. En el caso de estas enfermas ambas fallecieron una de ellas por asfixia, debido a sangramiento en el traqueostoma y la otra luego de la esternotomía, falleció una semana más tarde.

En ocasiones, el crecimiento del bocio puede exceder los límites de esta región y extenderse hacia el tórax, lo cual se denomina bocio endotorácico. Su incidencia a escala internacional disminuye con el consumo sistemático de la sal yodada y la ingestión de alimentos ricos en yodo; 3 % de los pobladores del mundo lo presentan.^(22,23)

Cabe destacar, que la mayoría de estos nódulos son benignos, otros corresponden a cánceres (alrededor de 5 %), algunos (10 %) son funcionales y presentan el riesgo de evolucionar lentamente hacia el hipertiroidismo. El bocio es sintomático y presenta riesgo de complicaciones únicamente en el estadio multinodular.^(5,20)

Las vías de acceso incluyen: esternotomía media, toracotomía, toracoscopia o incisión de hemi-clamshell. Muchos de estos tumores pueden ser resecados por la vía transcervical, pero en aquellos que se extienden al mediastino posterior se realiza la esternotomía o una toracotomía lateral. La mortalidad posoperatoria asociada a la resección es rara, se notifica entre 0,7 y 2,8 %. Entre las complicaciones posoperatorias figuran: hemorragia, hipocalcemia transitoria y parálisis recurrencial permanente.⁽⁹⁾

En sentido general debe destacarse que no existe otro campo de la cirugía, en el que se pueda demostrar en forma tan definida, que la experiencia y el respeto por las normas y los preceptos quirúrgicos, no pueden ser reemplazados por la audacia, la inexperiencia y los conocimientos superficiales.

CONCLUSIONES

Se determinaron las características demográficas, patológicas y postoperatorios de los enfermos operados de afecciones quirúrgicas de la glándula tiroides en el Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico “León Cuervo Rubio” de Pinar del Río, se concluyó que las complicaciones más frecuentes son en primer lugar el hipoparatiroidismo y en segundo lugar la lesión del nervio laríngeo recurrencia unilateral y que la mejor forma de evitar las complicaciones en esta cirugía es realizando una cirugía meticulosa, con un personal adiestrado en ella que no transgreda lo establecido en cada técnica quirúrgica y personalizado en cada enfermo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mongalo Oporta L. Complicaciones del manejo quirúrgico y factores asociados en pacientes sometidos a cirugía tiroidea en el servicio de cirugía general del Hospital Bautista de Managua entre el 2012 y el 2015 [Internet]. Repositorio.unan.edu.ni. 2019 [cited 28 October 2019]. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/1557/1/61149.pdf>.
2. Sapunar Z Jorge, Muñoz N Sergio, Roa S Juan Carlos. Epidemiología del cáncer de tiroides en Chile: Resultados del estudio INCATIR. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 Sep [citado 2023 Mar 28] ; 142(9): 1099-1105. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000900002&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872014000900002>
3. Arias-Ortiz Nelson E, Guzmán-Gallego Eduardo A. Características clínicas del cáncer de tiroides en Manizales, Colombia, 2008-2015. Rev. perú. med. exp. salud publica [Internet]. 2020 Abr [citado 2023 Mar 28] ; 37(2): 287-291. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342020000200287&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmpes.2020.372.4892>.
4. Suárez Cuevas Alberto, Albertini López Giselle, Garrido García José Rolando, Abraham Cardoso Javier. Caracterización de enfermos con cáncer de tiroides operados en el Hospital Clínico Quirúrgico General “Freyre de Andrade”. Rev Cubana Cir [Internet]. 2022 Sep [citado 2023 Mar 23] ; 61(3): e1368. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932022000300004&lng=es. Epub 30-Nov-2022
5. González, F., Nicolau, M.O., Durruthy, O., & Guerra, G.W. (2009). Nódulos del tiroides: incidentalomas. Archivo Médico de Camagüey, 13 (4).
6. de-Andrés-Gómez Alejandra, Villalba-Ferrer Francisco Leo, Melero-Abellán Antonio, Ismail Ali, Gómez-Contreras Ramón, Navarro-Moratalla Carla et al . Cirugía mayor ambulatoria de la glándula tiroides y paratiroides. Resultados tras 6 años de experiencia. Rev Chil Cir [Internet]. 2018 Dic [citado 2023 Mar 23] ; 70(6): 557-564. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262018000600557&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0718-40262018000600557>

7. Solarana Ortiz, J. A., Lorenzo Díaz, J. G., Torres Guerra, A., & Rodríguez Pascual, Y. Tipología de complicaciones relacionadas con la cirugía tiroidea en el contexto de estudios de la Ciencia, Tecnología y Sociedad. *Revista Metropolitana de Ciencias Aplicadas*.2022, 5(S1), 82-8
8. Gómez Carlos Andrés, Casallas-Cristancho Daniela, Amaya-Nieto Javier Antonio, Rojas-Zambrano Thomas, Pinillos-Navarro Pilar Carola, Zuñiga-Pavia Sergio Fabián et al . Hipocalcemia posterior a tiroidectomía total: Análisis de dosis para suplemento rutinario profiláctico. *rev. colomb. cir.* [Internet]. 2022 Apr [cited 2023 Mar 28] ; 37(2): 226-236. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822022000200226&lng=en. Epub Apr 30, 2022. <https://doi.org/10.30944/20117582.1221>
9. Rivera-Meza Raquel, Evans-Meza Ronald, Bonilla-Carrión Roger, Muñoz-Porras Alexander. Incidencia y mortalidad del cáncer de tiroides en Costa Rica 1990-2014. *Acta méd. costarric* [Internet]. 2018 Sep [cited 2023 Mar 28] ; 60(3): 121-126. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022018000300121&lng=en.
10. Rivas Montenegro A.M., Añez Ramos R.J., González Fernández L., Muñoz Moreno D., Losada Gata I, García Piorno A.,Gómez-Gordo Hernanz M., Collado González G., González Albarrán O. y López Guerra A.Complicaciones posquirúrgicas tras tiroidectomía en un hospital de tercer nivel .*Endocrinol Diabetes Nutr.* 2022;69(Espec Cong 2):145
11. Granados-García Martín, Gallegos-Hernández Francisco, Quintero-Rodríguez Carlos Eduardo, Gurrola-Machuca Héctor, Acuña-Tovar Manuel, Pacheco-Bravo Irlanda et al . Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento del nódulo tiroideo y el carcinoma diferenciado de tiroides. *Gac. mex. oncol.* [revista en la Internet]. 2019 Jun [citado 2023 Mar 23] ; 18(2): 53-101. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2565-005X2019000200053&lng=es. Epub 09-Mayo-2022.
12. Lorda Galiano Lázaro, Navas Igarza Jacinto O., Hidalgo Herrera Manuel, Rodríguez Fernández Yazmila. Tratamiento quirúrgico ambulatorio en la solución de las afecciones de la glándula tiroides. *Rev Cub Med Mil* [Internet]. 2022 Jun [citado 2023 Mar 23] ; 51(2): e2010. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572022000200019&lng=es. Epub 01-Jun-2022.
13. Gómez Carlos Andrés, Casallas-Cristancho Daniela, Amaya-Nieto Javier Antonio, Rojas-Zambrano Thomas, Pinillos-Navarro Pilar Carola, Zuñiga-Pavia Sergio Fabián et al . Hipocalcemia posterior a tiroidectomía total: Análisis de dosis para suplemento rutinario profiláctico. *rev. colomb. cir.* [Internet]. 2022 Apr [cited 2023 Mar 28] ; 37(2): 226-236. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-75822022000200226&lng=en. Epub Apr 30, 2022. <https://doi.org/10.30944/20117582.1221>
14. Iglesias Díaz Gladys. Carcinoma anaplásico. Presentación de un caso. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2008 Jun [citado 2023 Mar 28] ; 12(1): 202-208. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942008000100017&lng=es.
15. Iglesias Díaz Gladys,Barbero Arencibia Ricardo, García García Iván .Frecuencia del cáncer del tiroides en la consulta central de tiroides en los años 2006 - 2007.*CIGET*.2007;19(2):22-26
16. Iglesias Díaz Gladys, Lau López Alfredo E, García García Iván. Incidencia del cáncer de tiroides en la consulta central de tiroides, últimos nueve años en Pinar del Río. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2008 Jun [citado 2023 Mar 28] ; 12(1): 163-171. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942008000100013&lng=es.
17. Iglesias Díaz Gladys, Bravo Díaz Juan Carlos, García García Ivan, Cecilia Paredes Eduardo Enrrique. Incidencia del microcarcinoma papilar en enfermos operados de cáncer de tiroides. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2021 Feb [citado 2023 Mar 28] ; 25(1): e4745. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942021000100003&lng=es. Epub 01-Feb-2021.
18. Brito Sosa Germán, Guerra Mesa José Luis, Cassola Santana Juan R. Cáncer diferenciado de tiroides y tiroiditis de Hashimoto en el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología (2006 - 2010). *Rev Cubana Cir* [Internet]. 2015 Sep [citado 2023 Mar 28] ; 54(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932015000300002&lng=es.

19. Gómez Ramírez, Joaquín. GUÍAS CLÍNICAS de LA ASOCIACIÓN ESPAÑOLA de CIRUJANOS SECCIÓN de CIRUGÍA ENDOCRINA CIRUGÍA ENDOCRINA 3. 2020 [citado el 5 de marzo de 2023]. Disponible en: https://www.aecirujanos.es/files/documentacion/documentos/guiacirugiaendocrina_vc.pdf.

20. Tala Hernán, Díaz René E., Domínguez Ruiz-Tagle José Miguel, Sapunar Zenteno Jorge, Pineda Pedro, Arroyo Albala Patricia et al . Estudio y manejo de nódulos tiroideos por médicos no especialistas. Consenso SOCHED. Rev. méd. Chile [Internet]. 2017 Ago [citado 2023 Mar 28] ; 145(8): 1028-1037. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872017000801028&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872017000801028>.

21. González-Ríos Ricardo D., Castañeda-Martínez Juan M., Martínez-Ascencio Luis E., Gamboa-Jiménez Tania I., Ramírez-Rentería Claudia. Carcinoma anaplásico de tipo sarcomatoide de tiroides: utilidad de biomarcadores en el diagnóstico de un caso. Gac. mex. oncol. [revista en la Internet]. 2021 [citado 2023 Mar 28] ; 20(Supl 1): 28-32. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2565-005X2021000500028&lng=es. Epub 22-Ago-2022. <https://doi.org/10.24875/j.gamo.20000146>.

22. Puerto Lorenzo José Alberto, Torres Aja Lidia, Cabanes Rojas Eslinda. Bocio endotorácico en un adulto. MEDISAN [Internet]. 2022 Feb [citado 2023 Mar 28] ; 26(1): 124-132. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192022000100124&lng=es. Epub 17-Ene-2022.

23. Abad Hernández R M, Villarreal Espinoza R R, Aragón Palmero L, Jorge Campos J, Laguardia Maza L. Traqueomalacia, complicación de la exéresis de un bocio difuso endotorácico bilateral. Rev. cuba. anestesiología y reanimación. 2019 [citado 08/06/2021]; 18 (1). Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v18n1/1726-6718-scar-18-01-e537.pdf>

FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo de la presente investigación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Conceptualización: Gladys Iglesias Díaz, Elaine Aquino, Luis Rojas Ampudia, Martha A. Oriolo Estrada, Jesús Pérez Acosta.

Curación de datos: Gladys Iglesias Díaz, Elaine Aquino, Luis Rojas Ampudia, Martha A. Oriolo Estrada, Jesús Pérez Acosta.

Análisis formal: Gladys Iglesias Díaz, Elaine Aquino, Luis Rojas Ampudia, Martha A. Oriolo Estrada, Jesús Pérez Acosta.

Redacción - borrador original: Gladys Iglesias Díaz, Elaine Aquino, Luis Rojas Ampudia, Martha A. Oriolo Estrada, Jesús Pérez Acosta.

Redacción - revisión y edición: Gladys Iglesias Díaz, Elaine Aquino, Luis Rojas Ampudia, Martha A. Oriolo Estrada, Jesús Pérez Acosta.