



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-095 - HEMITIROIDECTOMÍA COMO TRATAMIENTO DEL BOCIO MULTINODULAR. ¿CUÁL ES EL RIESGO DE RECIDIVA?

Castanedo Bezanilla, Sonia; Gutiérrez Fernández, Gonzalo; Magadán Álvarez, Cristina; Casanova Rituerto, Daniel; Toledo Martínez, Enrique; García Cardo, Juan; González Tolaretxipi, Erik; Rodríguez San Juan, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Objetivos: La hemitiroidectomía es el tratamiento habitual para los nódulos tiroideos unilaterales. De forma alternativa, en algunos casos, se realiza tiroidectomía total. El inconveniente de esta última son los efectos adversos y el hipotiroidismo, que se evitan con la hemitiroidectomía. Presentamos una revisión de la tiroides con cirugía unilateral previa que han precisado cirugía por recidiva de bocio contralateral.

Métodos: Análisis retrospectivo de los casos que se han reintervenido por patología benigna tiroidea, en el periodo 1/1/2009 a 31/04/2017, recogido en la base de datos prospectiva de patología endocrina de nuestra unidad. En este periodo se han reoperado 55 pacientes. Se excluyen pacientes con neoplasias en la primera cirugía. Se analizan datos demográficos, primera intervención, diagnósticos anatomopatológicos, intervenciones, complicaciones, hipotiroidismo tras primera intervención, tiempo desde la primera intervención.

Resultados: La mayoría de las recidivas fueron mujeres (86,8% de los casos). La edad media en la primera intervención fue de 38,68 (con un intervalo entre 16-57 años), mientras que de la segunda intervención fue 61,03 años (con intervalo entre 44-78 años). De media, pasaron entre la primera y segunda intervención 22,35 años, mediana 24,5 (con un intervalo entre 7-47 años). La cirugía realizada inicialmente fue hemitiroidectomía en 42 casos (79,24%) y en 11 (20,75%), tiroidectomía subtotal. En cuanto a la anatomía patológica, en la primera intervención predominó la hiperplasia nodular (69,09%), seguida por el adenoma (25,45%) tiroiditis (3,63%), y quiste simple (1,81%). En la reintervención se mantuvo el predominio de la hiperplasia nodular (72,72%), adenoma (14,54%), carcinoma folicular (3,63%), y carcinoma papilar (9,08%, de los cuales el 3,63% correspondían a carcinomas micropapilares) lo que supone un total de 12,71% de patología tumoral. Por otro lado, el 89% no se hicieron hipotiroideos tras la primera IQ, ni siquiera cuando se hizo una subtotal. La morbilidad de la primera operación fue una hipocalcemia transitoria, mientras que en las reintervenciones se presentaron 18 (32,72%) hipocalcemias que precisaron calcio oral temporalmente y dos hematomas ($p < 0,000$).

Conclusiones: Parece razonable y justificado realizar hemitiroidectomías en casos de adenoma unilobares o hiperplasias confinadas a un lóbulo, ya que conlleva menor morbilidad, menor estancia

y mejor calidad de vida. El riesgo de que recidive el lado contralateral ha justificado realizar tiroidectomías totales clásicamente, pero realmente el riesgo de recidiva no es muy alto, según las series, 12% a los 14 años, 9,9% a los 11, pero 56% en los casos de hiperplasia nodular. La recidiva no conlleva siempre reintervención. En nuestra serie hubo más casos de recidiva con hiperplasia nodular previa como esta publicado. Con estos datos podemos reafirmar que la hemitiroidectomía es segura tanto para el adenoma como para la hiperplasia unilobar; tanto por el índice de recidiva como por la morbilidad, que aun en el caso de recidiva que implique reoperación, es baja. Cabe esperar que los casos de con hiperplasia nodular recidiven con más frecuencia. Dado el tiempo hasta la reoperación, no estaría indicado el seguimiento de estos enfermos tras la primera intervención.