

Tiroidectomía total en el hipertiroidismo

Osvaldo González Aguilar¹

El hipertiroidismo ha dejado de ser, desde hace décadas, una enfermedad de exclusivo tratamiento quirúrgico. Es decir que, bajo su forma más común de Graves-Basedow, puede ser manejada exitosamente de diferentes formas: yodo radiactivo, fármacos anti-tiroideos o cirugía.

La decisión debe ser objeto de discusión entre el clínico y el paciente a la luz de sus expectativas familiares, sociales y laborales.

La cirugía está expresamente indicada en bocios difusos, subesternales, compresivos, > 80 g, con poca captación de yodo, asociados a hiperparatiroidismo, grandes nódulos hipofuncionantes o sospechosos de malignidad; para mujeres interesadas en embarazarse en los próximos 4 a 6 meses y pacientes refractarios a dosis sucesivas del radiactivo. Pero la cirugía tiene también sus contraindicaciones. Los enfermos en mal estado general, que padecen enfisema pulmonar crónico o enfermedades neoplásicas terminales no son buenos candidatos para la cirugía. El embarazo, en cambio, es una contraindicación relativa cuando no pueden usarse fármacos anti-tiroideos y es urgente revertir el cuadro de hipertiroidismo. En ese caso, debe evitarse el 1^{er} trimestre y diferir la cirugía, en lo posible, para el final del 2^o trimestre, momento en el cual las posibilidades teratogénicas de las drogas anestésicas desaparecen. A pesar de todo, hay enfermos que prefieren la cirugía antes que otro tratamiento, por el temor que les representa la ingesta de yodo radiactivo o los efectos secundarios de las drogas anti-tiroideas.

La tiroidectomía total o casi total asegura la curación casi definitiva de la enfermedad, ya que elimina todo el tejido enfermo del cuello, disminuyendo la tasa de recurrencias que, según diferentes series, varía entre 0 y 8%, aunque es mayor en la última. Por lo tanto, la tiroidectomía total es la 1^a opción en el tratamiento quirúrgico del hipertiroidismo, dado que disminuye también el riesgo de cáncer que llega al 2% en hipertiroidismo; la oftalmopatía hipertiroidea si existe y el hipotiroidismo residual son fácilmente controlables.

La presencia de nódulos debe ser evaluada previamente mediante punción citológica con aguja fina y toda lesión –cualquiera fuera su grado de Bethesda– debe ser congelada en el acto operatorio, más allá de que la tiroidectomía total resuelva por igual una y

otra patología. Como contrapartida, la tiroidectomía subtotal tiene altas tasas de recaídas y nuevas cirugías ponen al enfermo en riesgo de secuelas dos a tres veces mayor.

Sin embargo, la cirugía es de complejidad y, junto a las recurrencias y las tiroiditis, una de las de mayor riesgo de secuelas hipocalcémicas, recurrenciales, de la rama externa del laríngeo superior y hematomas. Esto la convierte en una cirugía difícil y, por lo tanto, debe ser encarada por cirujanos con alto número de tiroidectomías realizadas. Es requisito que los enfermos lleguen eutiroideos a la cirugía y con solución de yoduro de potasio o yodo inorgánico previo, a razón de 5 a 7 gotas, o solución saturada de yoduro de potasio 1 a 2 gotas en agua, 3 veces al día durante 10 días, a fin de disminuir el flujo sanguíneo de la glándula en el acto operatorio. Si por necesidad fuera de urgencia, serán adecuadamente tratados con betabloqueantes y eventual uso de corticoides en el preoperatorio inmediato. El anestesiólogo debe tener experiencia al respecto, dado que la crisis tirotóxica se produce por la anestesia, el estrés quirúrgico y el manoseo de la glándula. En ese caso, es fundamental el rápido reconocimiento del cuadro, para tratarlo con bloqueantes betaadrenérgicos, fármacos anti-tiroideos, yodo inorgánico, corticoides, enfriamiento y reanimación cardiorrespiratoria en una Unidad de Cuidados Intensivos.

El posoperatorio es tan importante como el acto quirúrgico. Exige un riguroso control de las secuelas, en especial la hipocalcemia. Para ello, el dosaje de calcio total e iónico a las 6 y 12 horas de concluida la operación es un procedimiento económico y al alcance de cualquier Centro, lo que permite externar pacientes asintomáticos con niveles $\geq 7,8$ mg/dL. Si se cuenta con dosaje de parathormona (PTH) intacta, los valores posoperatorios inmediatos $< 10-15$ pg/dL son predictivos de hipoparatiroidismo y requieren suplementar con calcio y vitamina D. Un porcentaje muy bajo no logra mantener su calcemia de la manera indicada. Para estos casos, recientemente la FDA ha aprobado natpara en una inyección diaria con buen éxito.

En síntesis, la suma de un buen diagnóstico más una delicada cirugía más un cuidadoso posoperatorio es la fórmula del éxito para tratar quirúrgicamente el hipertiroidismo.

1. Profesor Titular Consulto de Cirugía. Universidad de Buenos Aires (UBA)
Director de la Carrera Universitaria de Especialistas en Cirugía de Cabeza y Cuello. UBA

Referencias bibliográficas

1. Falco JE, De La Fuente M, Otero A, Dip F, Montesinos MR. Indicações y resultados de la tiroidectomía total en el

hipertiroidismo. Rev Argent Cirug. 2014;106(4):212-6.