

Ahora que Ud. tiene que operarse de tiroides

Información para los pacientes

Dr Eduardo Andrés Bepre

La enfermedad nodular tiroidea es un padecimiento muy frecuente en la práctica clínica que requiere de un diagnóstico integral especializado y, frecuentemente, de un manejo multidisciplinario (Endocrinología, Cirugía, Medicina Nuclear). Las estrategias actuales, basadas en el estudio ecográfico y anatomopatológico de la lesión, han demostrado su utilidad en identificar aquellos pacientes con mayor probabilidad de tener una neoplasia maligna.

Los procedimientos quirúrgicos de la tiroides se indican para pacientes con una variedad de afecciones tiroideas, incluyendo nódulos tiroideos (benignos o malignos), aumento de tamaño de la glándula tiroides (bocio) y glándulas hiperactivas (hipertiroidismo, Enfermedad de Graves-Basedow). Existen varios tipos de operaciones de tiroides que un cirujano puede realizar, incluyendo:

- **Lobectomía:** se extirpa la mitad de la glándula tiroides; o sea, un solo lóbulo tiroideo.
- **Tiroidectomía subtotal:** cuando se deja una pequeña cantidad de tejido tiroideo en ambos lados.
- **Tiroidectomía total:** cuando se elimina todo el tejido tiroideo identificable.

Existen indicaciones específicas para cada una de estas operaciones. El principal riesgo de una operación de la tiroides incluye el posible daño a estructuras anatómicas cercanas, principalmente las glándulas paratiroides (que regulan el metabolismo del calcio corporal) y los

nervios de laríngeos recurrentes (*ver más adelante en “Riesgos de la operación”*).

El motivo más frecuente por el que los pacientes necesitan cirugía de la tiroides es después de la evaluación de un **nódulo tiroideo**, lo cual generalmente incluye una biopsia por **Punción-Aspiración con Aguja Fina (PAAF)**. Puede recomendarse cirugía por cualquiera de los siguientes resultados de una biopsia:

- Cáncer (cáncer papilar);
- Sospecha de cáncer (neoplasia folicular)
- Benigno.

Cáncer tiroideo: Alrededor de 8 % de los nódulos albergan una neoplasia maligna, de las cuales el 90% corresponden a cáncer bien diferenciado de tiroides. La conducta recomendada es la realización de tiroidectomía total. En determinadas situaciones, dependiendo de hallazgos intraoperatorios, es recomendable realizar en el mismo acto quirúrgico un vaciamiento ganglionar del compartimiento central del cuello. La indicación de la tiroidectomía total se basa en el hecho de que los tumores son frecuentemente multicéntricos (varios focos tumorales dentro de la tiroides), se requiere radioyodo como tratamiento complementario y supresión permanente de TSH.

Se acepta que en tumores papilares de bajo riesgo (menores de 1 cm, unifocales, bien diferenciados, sin adenopatía metastásica, sin historia familiar o personal relevante, en sujetos entre 18 y 45 años) puede efectuarse cirugía más limitada, como

hemitiroidectomía. Sin embargo, la literatura actual apoya la realización de una tiroidectomía total, ya que el riesgo de recurrencia y enfermedad metastásica aumenta en aquellos sometidos a cirugías más limitadas.

Sospecha de cáncer (neoplasia folicular):

Este grupo se encuentra formado por aquellas lesiones cuyo resultado citológico no permite diferenciar lesiones malignas de benignas. Aquí se incluyen adenomas foliculares, lesiones con predominio de células de Hürtle, cambios celulares con atipia marcada o hallazgos sugerentes de malignidad. Si bien 70% de estas lesiones corresponden a tumores benignos, no hay hasta el momento alguna alternativa que permita distinguir con exactitud la naturaleza de dichas lesiones. Por ello, la conducta terapéutica recomendada es llevar a cabo hemitiroidectomía con biopsia intraoperatoria, o bien, realizar la tiroidectomía total como abordaje inicial.

Benignos: En los nódulos benignos, la elección del tratamiento dependerá del tamaño, los síntomas que provoque y las expectativas del paciente.

-Nódulos tiroideos:

- a) **Observación:** Tomando en cuenta la naturaleza benigna de la lesión, el nódulo puede ser solamente observado: algunos estudios prospectivos han demostrado que hasta 35% de estas lesiones disminuyen su tamaño o desaparecen. Si el nódulo crece o no disminuye de tamaño debe ser biopsiada, por lo menos una vez más, un año después.
- b) **Supresión con hormonas tiroideas:** La justificación es inhibir el factor trófico (crecimiento) tiroideo más

conocido, que es la TSH. Para ello su Endocrinólogo le indicará un tratamiento con hormona tiroidea (T₄). La recomendación actual es considerar el uso de terapia supresiva en pacientes jóvenes, sin enfermedades concomitantes que contraindiquen la supresión de TSH, con nódulos de reciente aparición, menores a 2 cm y en cuyas citologías predomine coloide.

- c) **Alcoholización:** La aplicación de un material esclerosante como alcohol ha sido probada en diferentes escenarios clínicos con índices de eficacia y frecuencia de efectos adversos muy variables. En nódulos sólidos benignos o en nódulos tóxicos es una alternativa en pacientes que *no son candidatos a cirugía o radiyodoterapia*. La variable tasa de respuestas y los frecuentes efectos adversos locales ubican esta alternativa para casos muy específicos, ya que los resultados a largo plazo no son mejores que las otras alternativas ya mencionadas.
- d) **Yodo radiactivo:** Clásicamente, se lo utiliza para el tratamiento conservador de los nódulos tiroideos autónomos (hipertiroideos), tanto solitarios como múltiples.

-Bocio multinodular: En el bocio multinodular, los nódulos pueden variar de manera considerable en tamaño, morfología y función. Generalmente implica un proceso de muy larga evolución. Cerca del 50% de los pacientes con un nódulo único palpable, presentan otros nódulos tiroideos adicionales al examen ecográfico. La presencia de un nódulo dominante en un paciente con bocio multinodular supone prácticamente el mismo riesgo de

cáncer que un nódulo tiroideo solitario. Al igual que en el nódulo solitario, la PAAF representa el método preoperatorio más sensible y específico para diagnosticar malignidad. La indicación para realizar la PAAF es menos clara que en el nódulo solitario, sin embargo la mayoría de los expertos en tiroides coinciden en que está indicada en caso de nódulos dominantes mayores a 10 mm o con características ultrasonográficas sospechosas de malignidad.

-Nódulo tiroideo en el embarazo: El abordaje diagnóstico debe ser semejante al del resto de los pacientes. En nódulos mayores de 1 cm o con datos sospechosos al ultrasonido, debe realizarse PAAF. Debe contarse siempre además con un perfil tiroideo. Si el resultado de la PAAF es cáncer o sospechosa de malignidad, se puede realizar tiroidectomía durante el segundo trimestre (no antes, ni después) para disminuir el riesgo de pérdida fetal asociada al evento quirúrgico. Si el nódulo se descubre después del segundo trimestre y el estudio citológico muestra tumor bien diferenciado, sin datos de mal pronóstico, y no se demuestra crecimiento (determinado por valoración periódica con ultrasonido) o, si así lo prefiere la paciente, se puede diferir la cirugía hasta después del parto, ya que el curso clínico del cáncer diferenciado de tiroides en la mujer embarazada es semejante al de mujeres no embarazadas de la misma edad, y el posponer por unos meses la cirugía no afecta de manera importante el pronóstico.

En pacientes con antecedente de cáncer de tiroides, en pacientes con PAAF sospechosa o positivas para cáncer y en las que se decide posponer la cirugía hasta el posparto, es recomendable administrar hormonas tiroideas para

suprimir la TSH, teniendo cuidado de mantener T₄ libre dentro de parámetros normales. No se debe administrar yodo radioactivo durante el embarazo ni la lactancia; más aún, se debe evitar el embarazo durante 6 a 12 meses en aquellas pacientes que han recibido tratamiento ablativo con yodo, tanto para estar seguros de la estabilidad de la función tiroidea, como por las alteraciones transitorias que la radiación produce en el material genético de las células germinales.

¿Qué evaluación necesito antes de la cirugía?

De igual manera que para otras operaciones, todo paciente que esté considerando para cirugía tiroidea debe ser evaluado pre-operatoriamente de la siguiente manera:

- ✓ Historia clínica y examen físico completos.
- ✓ Análisis de sangre general y específico de la tiroides.
- ✓ Radiografía de torax.
- ✓ Electrocardiograma y valoración cardiovascular.
- ✓ Valoración anestesiológica prequirúrgica.
- ✓ Otros estudios complementarios en casos específicos, tales como: fibrolaringoscopia (estudio para la valoración de la función de las cuerdas vocales), Tomografía Computada, Resonancia Magnética, etc.

¿Cuáles son los riesgos de la operación?

Los riesgos vitales son poco frecuentes, aunque como en todo acto médico y teniendo en cuenta la necesidad de anestesia general, en todos los casos puede producirse. Estos riesgos vitales, tanto intra como postoperatorios son los propios de cualquier cirugía mayor y

están íntimamente relacionados con la edad y el estado general del paciente. Las complicaciones propias de esta cirugía incluyen:

- a) **Hemorragia aguda** (hematoma sofocante) que puede requerir drenaje quirúrgico y/o transfusión sanguínea.
- b) Infección de la herida.
- c) Complicaciones anestésicas y cardiovasculares.
- d) **Paresia o parálisis del nervio recurrente**, uni o bilateral (en ocasiones puede estar afectado por la propia enfermedad que motivó el procedimiento), con la consiguiente paresia (movilidad alterada) o parálisis de la cuerda/s vocal/es correspondiente. El riesgo de lesión recurrencial durante de una cirugía tiroidea es de alrededor del 1%. En ocasiones, el nervio recurrente tiene un trayecto anómalo o está incluido en la patología de la glándula con lo que puede lesionarse de forma accidental. En el caso de lesión de un solo nervio recurrente, clínicamente se manifestará con disfonía (cambio en la voz, ronquera). Si la afectación es de forma bilateral (ambos nervios recurrentes) clínicamente se manifestará con dificultad respiratoria en el postquirúrgico inmediato, que puede obligar a la realización de una traqueostomía de urgencia.
- e) **Hipoparatiroidismo postquirúrgico**, transitorio o permanente. En manos de un

cirujano con experiencia en cirugía tiroidea, el riesgo de hipoparatiroidismo

postquirúrgico permanente es del 1-1,5%. El hipoparatiroidismo se manifiesta clínicamente por la disminución de los niveles de calcio en sangre, lo que provoca calambres en extremidades, hormigueos alrededor de los labios, contracturas musculares involuntarias (tetania) y arritmias cardíacas. Este cuadro por lo general se presenta dentro de las 48-72hs postquirúrgicas. En casos de presentarse este inconveniente se realizará la reposición de calcio, por vía oral o endovenosa, según lo amerite la situación.

- f) Crisis tirotóxica por paso a la sangre, de manera brusca y en cantidades elevadas, de hormona tiroidea.
- g) Cicatriz inestética o hundimiento de la zona donde se hallaba la glándula.
- h) Adormecimiento alrededor de la herida.

Como consecuencia de alguna de estas complicaciones, se puede prolongar la estancia hospitalaria y puede ser necesario someter al paciente a reintervenciones.

Algunas de estas complicaciones pueden ser muy graves e incluso comprometer la vida del paciente.

¿Qué tipo de cirugía está indicada en mi caso?

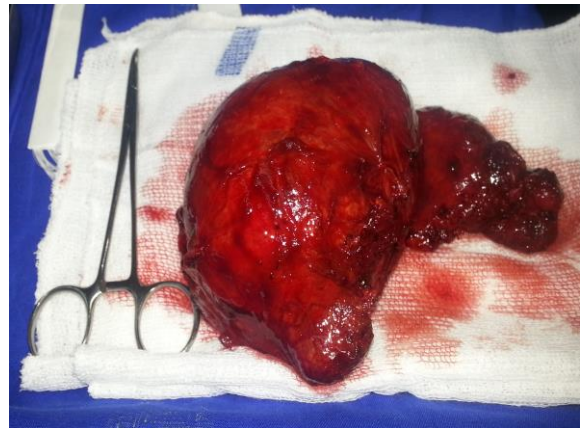
En general, el tipo de intervención se decide en común acuerdo entre el Endocrinólogo, el Cirujano y el Paciente, poniendo bien en claro los beneficios y los riesgos derivados de cada cirugía.

Para pacientes con carcinoma diferenciado de tiroides (papilar o folicular), se recomienda la **tiroidectomía total** o **casi-total**, teniendo en cuenta que Ud. requerirá tratamiento posterior con yodo radioactivo. Para pacientes con tumores primarios grandes (>1,5 cm.) o en los casos que se haga el diagnóstico prequirúrgico de carcinoma medular, se requiere una disección de los ganglios linfáticos del compartimiento central del cuello (peri-tiroideos) para eliminar posibles metástasis.



Tiroidectomía total

La **tiroidectomía total** también se indica para el tratamiento de pacientes con nódulos benignos múltiples y/o bocios grandes, bien sean hiperactivos (Enfermedad de Graves-Basedow) o con funcionamiento normal.



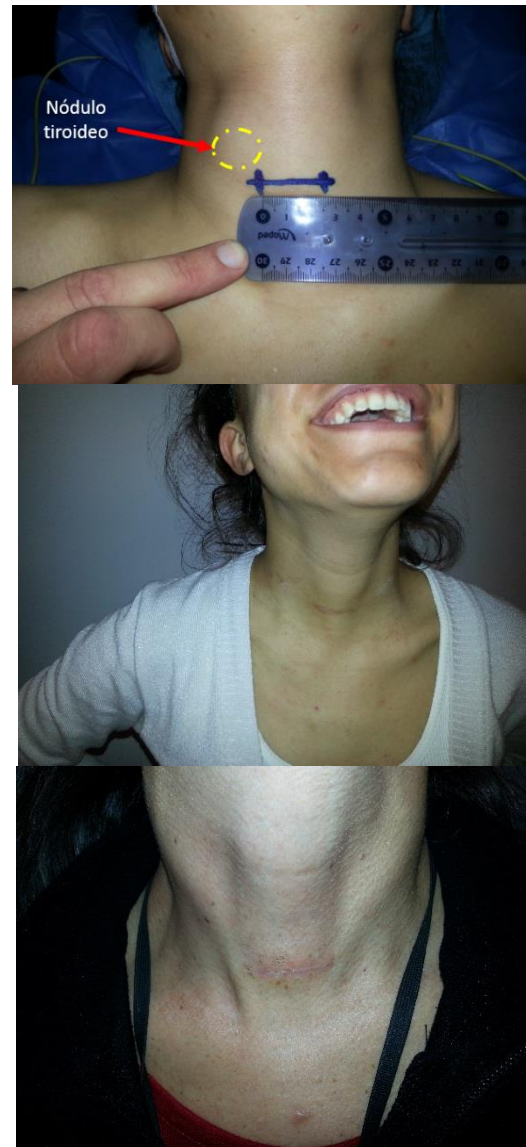
Bocio multinodular gigante (tiroidectomía total)

Actualmente la única indicación indiscutida para realizar una **lobectomía** (extirpar un solo lóbulo con o sin el istmo tiroideo) es para pacientes con nódulo único hiperfuncionante (adenoma tóxico). Es discutible el empleo de la lobectomía para el tratamiento de la enfermedad nodular unilateral con función tiroidea normal y con hipofunción.

¿Cómo selecciono a mi Cirujano?

La tiroidectomía es la cirugía endocrinológica más común hoy en día. Cuando se lleva a cabo en centros especializados se convierte en un procedimiento muy seguro, con una baja morbilidad y una mortalidad cercana al 0%. Las complicaciones quirúrgicas son directamente proporcionales con la extensión de la resección e inversamente proporcional con la experiencia del cirujano. Entonces, las claves para una cirugía tiroidea segura y efectiva son: un adecuado entrenamiento en un centro de referencia en cirugía tiroidea, un acabado conocimiento de la anatomía y de la patología, y por sobre todas las cosas, una meticulosa técnica quirúrgica.

Otra eventualidad que hace diferencia es cuando el Cirujano está habituado a la utilización de las nuevas tecnologías, tales como el uso del Bisturi Ultrasonico (Harmonic Scalpel – Ethicon Johnson & Johnson) que permite realizar disecciones más seguras, acortando los tiempos quirúrgicos, disminuye la pérdida de sangre intraoperatoria, menor dolor postquirúrgico, permitiendo realizar mini-incisiones. Otros avances tecnológicos en beneficio de los pacientes son el advenimiento de la cirugía tiroidea y paratiroidea minimamente-invasiva y la neuromonitorización intraoperatoria de los nervios recurrentes.



Tiroidectomía total mini-invasiva con la utilización del Bisturí Ultrasonico (Harmonic Scalpel)

Decisión tomada: ¿Cómo se procede?

Una vez que se haya decidido proceder a la cirugía, conociendo que tipo de procedimiento se llevará a cabo y aclaradas todas las dudas, es momento de planificar una fecha. Previo a esto Ud. deberá realizar los estudios prequirúrgicos antes mencionados. La noche previa a la cirugía Ud. podrá ingerir alimentos de manera habitual, debiendo respetar un ayuno para alimentos sólidos de al menos 8hs. Deberá internarse la misma mañana de la cirugía, llevando con Ud. los estudios prequirúrgicos. Se recomienda dejar sus cosas de valor y sus joyas en su casa.

Una vez en su habitación, la Enfermera asignada a su cama le indicará que se coloque una bata quirúrgica con la que irá al quirófano. La cirugía tarda usualmente entre 1 y 2hs dependiendo de la complejidad de la misma. Al finalizar la cirugía Ud. se despertará lentamente en la sala de recuperación anestésica y será llevado a su habitación cuando se encuentre completamente lúcido. Entre las 4 y 6hs del postquirúrgico Ud. podrá, siempre y cuando lo desee, comenzar a ingerir líquidos fríos. La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía de tiroides permanecen hospitalizados por aproximadamente 24 horas. La mañana siguiente de la cirugía se le realizará una extracción sanguínea para controlar los niveles de calcio corporal. La actividad normal puede comenzar en el primer día post-operatorio. Deberán evitarse los deportes vigorosos como la natación, y actividades que incluyan

levantamiento de cosas pesadas durante al menos 10 días.

Período postquirúrgico: ¿Cuándo debo llamar al Cirujano?

Durante la semana siguiente a la operación Ud. deberá llamar a su Cirujano en caso que presente la siguiente sintomatología:

- Sangrado
- Fiebre
- Enrojecimiento, hinchazón o secreción por la herida
- Dificultad progresiva para respirar o tragar
- Calambres musculares, adormecimiento u hormigueo en los dedos, o movimientos involuntarios de la cara (signos de un bajo nivel de calcio sanguíneo)