

# Cirugía y Cirujanos

Volumen 72  
Volume

Número 4  
Number

Julio-Agosto 2004  
July-Augosto

*Artículo:*

**Cartas al editor**

Derechos reservados, Copyright © 2004:  
Academia Mexicana de Cirugía

**Otras secciones de  
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [\*Contents of this number\*](#)
-  [\*More journals\*](#)
-  [\*Search\*](#)



**Medigraphic.com**

## Carta al editor

Acad. Dr. Alejandro Reyes-Fuentes,  
Editor de *Cirugía y Cirujanos*

Durante la sesión bibliográfica matutina del Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello del Hospital de Oncología, Centro Médico Nacional Siglo XXI, leímos y evaluamos con muchísimo interés el artículo “Detección de patología tiroidea durante exploración quirúrgica de cuello por hiperparatiroidismo primario” de A Díaz-Rodríguez y colaboradores (Cir Ciruj 2004;72:85-88).

El artículo es por demás interesante y muestra los resultados obtenidos en la tercera serie más grande publicada de pacientes con hiperparatiroidismo tratados quirúrgicamente en el país. Por ello creo importante hacer varias consideraciones al mismo:

1. En 17 pacientes se sospechó patología tiroidea asociada, sin embargo, en el sexto párrafo de resultados se menciona que “en el examen patológico sólo fueron positivos 14”, esto es, hubo tres falsos positivos (tiroídes sano). Sin embargo, en el cuadro II se reporta sólo un falso positivo y 16 pacientes de 17 con patología tiroidea, información confusa que no permite concluir cuál es la verdadera tasa de patología tiroidea asociada a hiperparatiroidismo en la presente serie.
2. Sólo en cuatro de 16 pacientes (si tomamos como real la información del cuadro II) el diagnóstico de patología tiroidea se diagnosticó preoperatoriamente, el resto fue un hallazgo transoperatorio, sin embargo, consideramos que la prueba de sensibilidad/especificidad no es aplicable para calcular la capacidad del cirujano para identificar patología tiroidea transoperatoriamente, ya que el estándar de oro, la tiroidectomía, no se realizó en todos los pacientes para confirmar que las glándulas tiroideas diagnosticadas como “negativas a la palpación-inspección” eran verdaderamente negativas en el estudio histológico. Es bien sabido que la palpación glandular negativa no implica necesariamente una glándula sin patología; podría haber pacientes entre los 27 no sometidos a tiroidectomía con glándulas enfermas, de tal manera que sólo es posible informar la tasa de falsos negativos en el grupo de pacientes sometidos a algún tipo de tiroidectomía.
3. Si la patología tiroidea es más frecuente en pacientes con patología paratiroidea es un tema controvertido;
4. Existen informes en que la asociación es de 5 a 60%<sup>(1,2)</sup>, sin embargo, ésta suele ser diagnosticada preoperatoriamente. En México, en series de 50 y 67 pacientes respectivamente<sup>(3,4)</sup>, no se indica patología tiroidea asociada. Probablemente lo más importante es la asociación de hiperparatiroidismo a cáncer de tiroides; la literatura coincide<sup>(1,5)</sup> en que la prevalencia es similar y que cuando existe suele manifestarse con nódulo tiroideo, de tal manera que antes de la intervención sabemos que el paciente es candidato a cirugía tiroidea.
5. En el presente estudio se diagnosticaron tres casos de carcinoma micropapilar, que por definición fueron un hallazgo en la pieza de patología y no diagnosticados por palpación ni evaluación transoperatoria. Esto es totalmente coincidental, no prueba que la prevalencia de cáncer de tiroides sea mayor en pacientes con hiperparatiroidismo ni permite concluir que por ello todos los pacientes con patología paratiroidea deban ser sometidos a exploración tiroidea quirúrgica formal, pues aun así este tipo de carcinomas podría pasar desapercibido. Trae también a la mesa de discusión la importancia pronóstica de este tipo de neoplasias; se estima que en la población sana aproximadamente 15% tiene carcinomas tiroideos que no necesariamente representan un problema clínico. En estudios de autopsia se ha indicado que el análisis histológico meticuloso de la glándula tiroidea diagnostica carcinomas papilares considerados “normales” en algunas poblaciones, tumores que nunca llegan a tener manifestación clínica<sup>(6)</sup>.
6. Consideramos que 3/44 pacientes (7%) con cáncer micropapilar de tiroides asociados a hiperparatiroidismo no justifican la “exploración quirúrgica” tiroidea sistemática cuando la evaluación tiroidea preoperatoria es normal, dado que no es la forma de diagnosticarlos ni permite asegurar que los pacientes con “glándulas normales” al tacto no tengan focos de carcinoma micropapilar; hacerlo es similar a concluir que la multicentricidad del carcinoma papilar de tiroides justifica la tiroidectomía total.
7. En 13 pacientes la patología tiroidea fue benigna; aunque no se especifica, parece ser que en nueve la evaluación preoperatoria glandular fue normal. Esto nos permite preguntar si en los siete pacientes con bocio, los cinco con hiperplasia (sobre todo este grupo) y el paciente con adenoma, se justificaba la cirugía tiroidea, y, si fuese así, con base en qué; desconocemos si no eran, por ejemplo, candidatos a supresión hormonal o si estos hallazgos eran solamente coincidencia sin implicación clínica.

Con estos resultados no se puede concluir que la cirugía paratiroida de mínima invasión no permite evaluar a la glándula tiroideas cuando esta evaluación está dudosamente justificada.

7. Aunque no es el objetivo del artículo, no se especifica si todos los pacientes fueron llevados a normocalcemia postoperatoria.
8. El objetivo de la gammagrafía preoperatoria con MIBI no sólo es identificar la glándula paratiroides anormal sino también identificar glándulas con localización no esperada anatómicamente, lo que permite guiar al cirujano al sitio exacto de la patología paratiroida; es, además, un predictor de normocalcemia postoperatoria<sup>(7)</sup>.
9. La cirugía radioguiada paratiroida permite en los pacientes que presentan captación, ir quirúrgicamente al sitio exacto evitando no sólo la exploración de las cuatro glándulas paratiroides sino la exploración cervical exhaustiva en búsqueda de sitios ectópicos de captación; señala, además, cuál es la glándula paratiroides anormal disminuyendo el riesgo de hipoparatiroidismo<sup>(8,9)</sup>.
10. Finalmente, y con base en lo anterior, podemos concluir que todo paciente con hiperparatiroidismo primario debe de ser sometido a estudio integral tiroideo para descartar patología asociada; aquellos que no la presenten son candidatos a cirugía radioguiada.

Atentamente

Acad. Dr. José Francisco Gallegos-Hernández,  
Dr. Gabriel Minauro-Muñoz,  
Dr. Rutilio Flores-Díaz

Departamento de Tumores de Cabeza y Cuello;  
Hospital de Oncología,  
Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.  
E-mail: gal61@prodigy.net.mx  
gal@govame.com

## Bibliografía

1. Fedorak JJ, Salti G, Fulton N, et al. Increased incidence of thyroid cancer in patients with primary hyperparathyroidism: a continuing dilemma. Am Surg 1994;60:427-431.
2. Bentrem DJ, Angelos P, Talamonti MS, et al. Is preoperative investigation of the thyroid justified in patients undergoing parathyroidectomy for hyperparathyroidism? Thyroid 2002;1109-1112.
3. Rodríguez SLC, Pantoja JR, Gamino R, et al. The first 50 cases of primary hyperparathyroidism treated by an endocrine surgery team. Rev Invest Clin 1997;49:179-182.
4. Mendoza SV, Zamudio VJF, Peña GJF, y cols. Hiperparatiroidismo primario, reporte de 67 casos. Experiencia de los últimos 5 años del Hospital de Especialidades del CMN SXXI, IMSS. Cir Ciruj 2003; 71:663-668.
5. Burmeister LA, Sandberg M, Carty SE, et al. Thyroid carcinoma found at parathyroidectomy association with primary, secondary and tertiary hyperparathyroidism. Cancer 1997;79:1611-1616.
6. Grebe SKG, Hay ID. Clinical evaluation of thyroid tumors. En: Thawley SE, Panje WR, Batsakis JG, Lindberg RD, editors. Comprehensive management of head and neck tumors. Philadelphia: Saunders; 1999. pp.1694-1709.
7. Allendorf J, Chabot J, Di Giorgi M, et al. The impact of sestamibi scanning on the outcome of parathyroid surgery. J Clin Endocrinol Metab 2004;88:3015-3018.
8. Maffuz-Aziz A, Gallegos-Hernández JF, Pichardo-Romero P. Cirugía radio-guiada de las glándulas paratiroides. Cir Ciruj 2004;72(3): 183-187.
9. Olila D, Caedle A, Cance W, et al. Minimally invasive parathyroidectomy for primary hyperparathyroidism without using intraoperative PTH assays. Abstract p-122. SSO.57<sup>th</sup> Annual Cancer Symposium. Ann Surg Oncol 2004;11-S:119.

