



Hipertiroidismo y cirugía. Estado actual

Hyperthyroidism and surgery. Present state of art

Dr. Luis Mauricio Hurtado López

Comentar el papel actual de la cirugía en el hipertiroidismo no es posible sin antes ubicar al lector sobre las distintas etiologías de hipertiroidismo y sobre la evolución de la cirugía en el tratamiento del estado hiperfuncional tiroideo.

Las causas básicas de hipertiroidismo real y con relación a la cirugía son tres a saber: Enfermedad de Graves Basedow (70%), adenoma hiperfuncionante (15%) y bocio multinodular hiperfuncionante (enfermedad de Plummer) (10%). Las demás condiciones de hipertiroidismo (5%) como la fase II de tiroiditis, hipertiroidismo secundario, ficticio, tumores del ovario, etcétera, no serán campo de acción de la tiroidectomía.

La historia terapéutica de estas entidades tiene en común la controversia. Si bien durante la primera parte del siglo XX la única conducta terapéutica fue la quirúrgica, en las décadas de los años 40 y 50 surgió el tratamiento médico con drogas antitiroideas y, casi simultáneamente, el manejo con yodo radiactivo. Se establecieron diferentes corrientes, que obedecían a múltiples causas, desde la exclusivamente personal a la jurídica. Es así que en esta evolución la única conducta que realmente ha definido su papel en forma clara es el tratamiento con drogas antitiroideas, como terapia transitoria, a fin de dar solución temporal a la sintomatología, en tanto se decide el tratamiento definitivo.

La enfermedad de Graves Basedow, el estado más frecuente de hipertiroidismo, es un verdadero reto para quien desea ofrecer una terapéutica adecuada y definitiva.

El médico especialista en medicina nuclear administra dosis de 7 a 15 mCi de I_{131} , con lo cual ofrece un control de prácticamente el 100% a largo plazo; existe el inconveniente de que los pacientes sometidos a este tratamiento quedarán finalmente hipotiroideos en un 35% al año, 80% a cinco años y prác-

ticamente 100% a 10 años. Las contraindicaciones claras para su uso son: 1. Glándulas de gran volumen; 2. Fuerte positividad a anticuerpos estimulantes; 3. Organificación rápida de yodo que no permita hacer su efecto en la glándula; 4. Embarazo y 5. Oftalmopatía maligna.

El cirujano pretende ofrecer un resultado satisfactorio, en el entendido de que el dejar un remanente de 8 a 15 g de tejido tiroideo (tiroidectomía subtotal) puede suplir las necesidades hormonales tiroideas y el paciente tener una vida normal. Sin embargo, a cambio, somete al paciente a un riesgo quirúrgico, que en manos poco experimentadas puede ser elevado, con resultados funcionales que dependerán de la adecuada selección del paciente y que varían del 50% al 90% de eutiroidismo a largo plazo.

Estas propuestas terapéuticas diferentes y de resultados poco satisfactorios en las dos modalidades significan que ninguno de los procedimientos terapéuticos es mejor, o por lo menos que su indicación debe ser más precisa y no sólo dictada por la preferencia personal o el tipo de especialista que atiende al paciente.

En forma general podemos mencionar que las indicaciones quirúrgicas actuales son: 1. Fracaso en el tratamiento médico; 2. Alergias a medicamentos y/o efectos adversos de los mismos; 3. Glándula tiroidea de gran volumen; 4. Solicitud del paciente para control definitivo e inmediato; 5. Graves "Puro" (sin componente agregado de tiroiditis); 6. Organificación rápida de yodo y 7. Sospecha de cáncer.

Es deber del cirujano informar al paciente las posibles complicaciones y riesgos a que se somete al comparar la cirugía con el control del padecimiento por métodos no quirúrgicos y con posibilidad de eutiroidismo. Durante el embarazo, sólo en casos muy específicos se realizará una intervención quirúrgica, ya

que las hormonas placentarias tienen efecto antitiroideo, suficiente para un control adecuado hasta el término del embarazo. Posterior a esto, la paciente podrá decidir el tratamiento definitivo.

El tratamiento del adenoma hiperfuncional y el bocio multinodular hiperfuncional también han sido sometidos al mismo análisis, sin embargo, si bien existen escuelas que indican un manejo primario con yodo radiactivo, ha sido difícil acceder a una dosis adecua-

da con un índice alto de recidiva, lo cual ha dejado en claro que el tratamiento quirúrgico soluciona estos problemas de una manera rápida y definitiva.

Por lo tanto, concluimos que el cirujano y el endocrinólogo deben decidir en consenso, en base a evidencias, la conducta terapéutica final, tomando en cuenta que el factor que influye en optar por el tratamiento quirúrgico del hipertiroidismo es la necesidad de un control definitivo y la posibilidad de eutiroidismo.

