

## INVESTIGACIÓN CLÍNICA

# SEGUNDA HEMITIROIDECTOMÍA POR CARCINOMA DE TIROIDES. NUESTRA EXPERIENCIA

G. PARDO ROMERO\*, V. PINO RIVERO\*\*, G. TRINIDAD RUÍZ\*, M. MARCOS GARCÍA\*, A. GONZÁLEZ PALOMINO\*, A. BLASCO HUELVA\*\*\*

\*MÉDICO RESIDENTE DE OTORRINOLARINGOLOGÍA. \*\*FACULTATIVO ESPECIALISTA DE ÁREA O.R.L.

\*\*\* JEFE DE SERVICIO DE O.R.L. COMPLEJO HOSPITALARIO INFANTA CRISTINA. BADAJOZ.

## RESUMEN

Dentro de la cirugía del tiroides nos podemos encontrar con la existencia de carcinomas como hallazgos casuales. Tras el resultado anatomopatológico definitivo de patología maligna, si hemos realizado un técnica parcial se nos plantea el dilema sobre ampliar o no a una tiroidectomía total. Presentamos nuestra experiencia de 12 años en reintervenciones por carcinoma de tiroides (hemitiroidectomías sobre hemitiroidectomías previas) tras un resultado anatomopatológico (AP) de malignidad en la primera cirugía por patología supuestamen-

te benigna. Hemos estudiado 18 pacientes, todas ellas mujeres, con una edad media de 45 años y analizamos la clínica de presentación, resultados de las exploraciones complementarias básicas, diagnóstico AP de la primera intervención y resultado final tras la segunda cirugía. En nuestra serie la segunda hemitiroidectomía resultó positiva en el 40% por lo que creemos que ante el hallazgo casual de un carcinoma tiroideo se debe completar una tiroidectomía total, ya que de esta manera obtenemos mayor seguridad oncológica y un mejor control del paciente.

**PALABRAS CLAVE:** Carcinoma de tiroides. Hemitiroidectomía sobre hemitiroidectomía previa. AP. Tiroidectomía Total.

## ABSTRACT

### SECOND HEMITHYROIDECTOMY FOR THYROID CARCINOMA. OUR EXPERIENCE

Carcinomas as casual findings can be found in the thyroid surgery. After the definitive AP result of malignant pathology, if a partial technique was performed, we can face problem of completing or not to a total thyroidectomy. We are reporting our 12 years experience about reinterventions because a diagnosis of thyroid carcinoma (hemithyroidectomies on previous one) was made after an anatomopathologic (AP) study on a sample from the first surgery for a supposed benign pathology. 18 patients

have been studied, all of them were women, 45 year-old average and we have analysed the initial symptoms, results of basic complementary tests, diagnosis AP for first surgery and final result for second one. The incidence of malignancy showed in our series after the second intervention was 40% so we feel that a total thyroidectomy must be performed after a casual finding of thyroid carcinoma, because this allows oncological safety and a better control of the patient.

**KEY WORDS:** Thyroid carcinoma. Hemithyroidectomy on previous hemithyroidectomy. AP. Total thyroidectomy.

**Correspondencia:** Guillerma Pardo Romero. Servicio de ORL. Hospital Infanta Cristina. Avda. de Elvas, s/n. 06080 Badajoz.

E-mail: hicorl@hotmail.com

**Fecha de recepción:** 27-6-2003

**Fecha de aceptación:** 30-3-2004

## INTRODUCCIÓN

Después de realizar una hemitiroidectomía por una patología tiroidea presuntamente benigna, podemos encontrarnos con un diagnóstico anatómico-patológico definitivo de malignidad y con la duda de si reintervenir o no al paciente.

A pesar de que estudios recientes sugieren que la hemitiroidectomía puede dar seguridad oncológica en determinados tipos de paciente seleccionados, la tiroidectomía total continúa siendo el tratamiento inicial del carcinoma de tiroides sea hallazgo casual o no.

Presentamos un estudio retrospectivo en el que analizamos un total de 18 pacientes sometidos a una hemitiroidectomía presuntamente benigna a tenor de las pruebas complementarias preoperatorias. En todos ellos tras el diagnóstico anatómico-patológico definitivo de malignidad se realizó tiroidectomía total. Analizamos los resultados histológicos de ambas cirugías así como la morbilidad asociada a cada una de ellas. Nuestro objetivo principal es conocer si realmente está justificado siempre realizar una segunda cirugía y en qué casos sería posible abstenerse y optar por una vigilancia estrecha del caso.

El papel de las pruebas de imagen o complementarias es limitado siendo la Punción Aspiración con Aguja Fina o P.A.A.F. la más útil en manos expertas para descartar malignidad. Sin embargo, el diagnóstico AP de la pieza es fundamental y determina la actitud posterior a seguir en cada paciente.

Realizamos una revisión bibliográfica al respecto para cotejar nuestra serie con otras más numerosas y comparar resultados. Estimamos en un 3% el porcentaje de hemitiroidectomías sobre hemitiroidectomías previas en el global de la cirugía del tiroides que hemos llevado a cabo hasta la fecha.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 18 pacientes, todas ellas mujeres, sometidas a hemitiroidectomía por patología tiroidea supuestamente benigna entre 1990 y 2002, cuyo resultado AP definitivo fue informado como carcinoma siendo reintervenidas días después para completar una tiroidectomía total. En estas segundas intervenciones y ante el diagnóstico previo de malignidad se realizaron revisiones de las cadenas ganglionares, y en el caso del carcinoma medular se completó con un vaciamiento bilateral profiláctico. Hay que señalar que en todos los casos se solicitó una biopsia intraoperatoria pero que en ninguno de ellos fue in-

formada de malignidad, ya que en este caso y siguiendo el protocolo de nuestro Servicio se hubiera completado una tiroidectomía total durante la misma intervención.

La edad media fue de 45 años con un rango entre los 17 años de la paciente más joven y los 69 de la más mayor. Casi la totalidad de ellas fueron remitidas desde el Servicio de Endocrinología de nuestro hospital.

Se recogieron individualmente los siguientes síntomas: disnea, disfagia, disfonía, crecimiento reciente y dolor. Las pruebas complementarias valoradas fueron: a) hormonas tiroideas; b) ecografía; c) gammagrafía tiroidea y d) P.A.A.F.

Analizamos los resultados anatómopatológicos de las primeras hemitiroidectomías y los correspondientes a las segundas para conocer la incidencia final de carcinoma de tiroides tras completar la tiroidectomía total. Finalmente distinguimos los siguientes grupos: 1) nada maligno en la 2ª AP; 2) microcarcinoma papilar; 3) carcinoma papilar y 4) otro.

Hemos utilizado el programa estadístico SPSS para las variables cuantitativas mientras que para las tablas y gráficos usamos *Harvard Graphics*. La revisión bibliográfica se llevó a cabo mediante búsqueda en *PubMed*.

## RESULTADOS

Cuatro pacientes referían síntomas compresivos con disnea y disfagia. Una mujer refería disfonía (luego se confirmó que era debida a un edema de cuerdas) y otras tres crecimiento reciente. Sólo una paciente refería dolor espontáneo y a la palpación del tiroides. El tiempo medio de evolución de los síntomas osciló entre 12 y 14 meses. En la exploración física se objetivó la presencia de un nódulo tiroideo en quince casos y un bocio nodular en los tres restantes, siendo de consistencia dura en la mayoría de ellos y con un diámetro medio de 26 mm. No se constataron adenopatías en el examen cervical.

Respecto a las exploraciones o pruebas complementarias, las hormonas tiroideas fueron normales en todos los casos. El resultado ecográfico más común fue la presencia de un único nódulo sólido seguido por los de consistencia quística. La gammagrafía realizada con Tc99 sestamibi informó como nódulos fríos o hipocaptantes el 100% de las mediciones. Los resultados de la P.A.A.F. (Figura 1) informaban 11 casos como bocio coloide, 5 como proliferación folicular, 1 adenoma folicular y 1 proliferación de células oxifílicas.

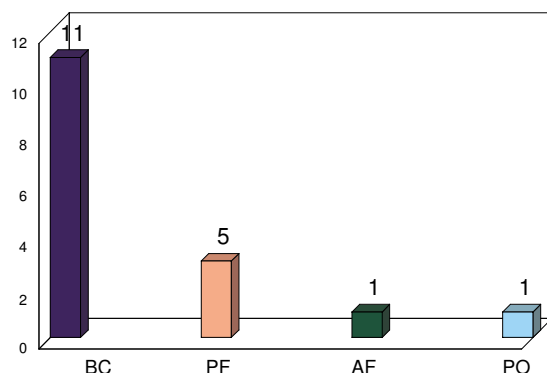


Figura 1. Resultados de la P.A.A.F. BC: Bocio Coloide; PF: Proliferación Folicular; AF: Adenoma Folicular y PO: Proliferación de Células Oxifílicas.

Ante la ausencia citológica de malignidad tras punción, en todas las pacientes se lleva a cabo, bajo anestesia general e IOT, una hemitiroidectomía según técnica habitual. Las biopsias intraoperatorias fueron informadas fundamentalmente como bocios coloides o en última instancia en el caso de los tumores foliculares como simples adenomas sin poder asegurar su naturaleza maligna por no poder identificar invasión vascular o capsular.

El diagnóstico AP tras esta primera intervención se recoge en la figura 2. Se obtuvieron 11 carcinomas papilares, 4 foliculares, 2 microcarcinomas papilares y 1 carcinoma medular de tiroides. Tras estos resultados se procede, con un intervalo de tiempo que osciló entre 7 y 45 días (media 21 días), a realizar una segunda hemitiroidectomía

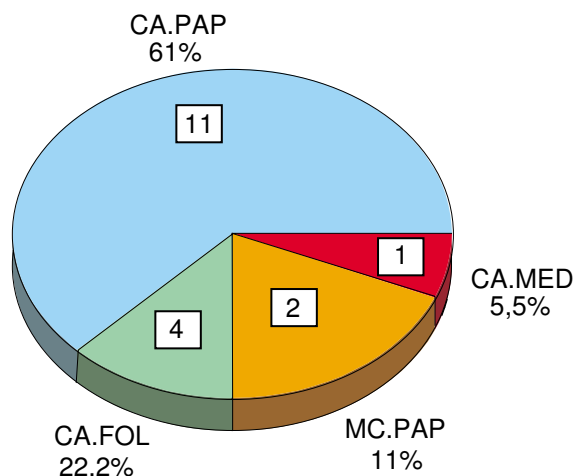


Figura 2. Resultados AP (número y porcentaje) de la Primera Hemitiroidectomía. CA.PAP: Carcinoma Papilar; CA.FOL: Carcinoma Folicular; MC.PAP: MicroCa. Papilar; CA.MED: Carcinoma Medular.

Tabla 1: Resultados anatomopatológicos comparando los obtenidos en la primera cirugía con los de la pieza quirúrgica de la segunda

Resultados 1ª cirugía	Resultados 2ª cirugía
11 carcinomas papilares	3 carcinomas papilares
	3 carcinomas micropapilares
	1 micropapilar multicéntrico
	2 tiroiditis
4 carcinomas foliculares	2 bocios coloides
	4 sin alteraciones
2 carcinomas micropapilares	1 bocio coloide
	1 sin alteraciones
1 carcinoma medular	1 sin alteraciones
18 hemitiroidectomías	7 casos de patología malignas (40%)

completando de este modo una tiroidectomía total. Los resultados definitivos anatomopatológicos de las segundas intervenciones informaron de la ausencia de malignidad citológica en 11 casos; microcarcinomas papilares en 4 uno de ellos multicéntrico y carcinomas papilares en los 3 restantes (Tabla 1). El porcentaje de segundas hemitiroidectomías positivas para carcinoma fue del 40% en nuestra serie.

No se registraron complicaciones mayores postoperatorias (parálisis recurrencial, hipocalcemia definitiva) y el seguimiento posterior corrió a cargo del Servicio de Endocrinología tras una primera revisión en nuestras Consultas Externas.

## DISCUSIÓN

En la práctica clínico-quirúrgica podemos encontrarnos con diagnósticos anatomopatológicos de malignidad tras la realización de una hemitiroidectomía por patología tiroidea inicial presuntamente benigna o no informada como maligna tras estudios citológicos mediante P.A.A.F. En esta situación hay autores que abogan por un tratamiento conservador<sup>1-3</sup> y otros, entre los que nos incluimos, por completar una tiroidectomía total mediante la práctica de una segunda hemitiroidectomía. La serie que presentamos de 18 pacientes es corta pero abarca un período de 12 años en nuestra casuística sobre un total aproximado de 550 tiroides, todos ellos intervenidos por nuestro Servicio de O.R.L. Esto representa un 3% de reintervenciones (hemi-

roidectomías sobre hemitiroidectomías previas) por diagnóstico de carcinoma de tiroides.

Los tumores malignos más frecuentes en nuestra revisión fueron carcinomas diferenciados, fundamentalmente carcinomas papilares o microcarcinomas papilares. La mayoría de los trabajos consultados defienden la tiroidectomía total como tratamiento de elección ante un diagnóstico de carcinoma papilar<sup>4-6</sup>. Sin embargo, en los microcarcinomas o neoplasias papilares menores de 1 cm de diámetro y sin adenopatías metastásicas, algunos autores consideran una opción válida la vigilancia estrecha del paciente en lugar de la reintervención porque consideran que existe mayor riesgo de complicaciones tras la segunda cirugía, que no justificaría el beneficio a obtener debido al buen pronóstico que en la mayoría de las series posee esta variante siempre que se proceda a un seguimiento correcto de cada caso<sup>7,8</sup>.

Queremos destacar que el 40% de las segundas hemitiroidectomías fueron positivas para malignidad, porcentaje que creemos significativo y por lo que recomendamos la reintervención. A pesar de las dificultades técnicas que nos podemos encontrar por la fibrosis, los riesgos quirúrgicos son inapreciables, y el control postoperatorio del paciente es mucho mejor, el remanente tiroideo podría interferir en exploraciones futuras por ejemplo en los rastreos con radioisótopos. De esta forma se obtiene mayor seguridad oncológica y se disminuye el índice de recurrencias locales<sup>13,14</sup>. La mayoría de las series consultadas señalan una incidencia de carcinoma en la segunda hemitiroidectomía que oscila entre el 30% y el 60%. Así, Rodríguez-Cuevas

y col.<sup>9</sup> cifran dicha incidencia en un 39% sobre un total de 158 pacientes y para Pacini<sup>10</sup>, Pasieka<sup>3</sup> y otros autores<sup>11,12</sup> el porcentaje es aún mayor.

Sin embargo y pese a todo lo expuesto queremos dejar constancia de que la actitud a tomar en nuestro Servicio está cambiando. En los años pasados, por norma, ante la presencia de un carcinoma de tiroides completábamos una tiroidectomía total, hoy en día en casos seleccionados nos abstemos de realizarla y sometemos al paciente a controles periódicos y seguimiento ecográfico. Ante el hallazgo casual de un micropapilar y siempre que no existan factores de riesgo como la multicentricidad o la presencia de adenopatías, no completamos la cirugía con una tiroidectomía total porque el pronóstico de éstos es excelente y en muy bajo porcentaje, en torno al 1%, evolucionan a carcinomas clínicamente manifiestos. En el caso de los papilares preferimos completar porque con frecuencia tienden a ser multifocales. En cualquier caso últimamente estamos analizando detenidamente los resultados anatomopatológicos y las características histológicas de los tumores encontrados, fijándonos en el índice proliferativo, el número de mitosis o el grado de atipias entre otros, teniendo en cuenta la opinión de los patólogos. Así cuando tenemos un carcinoma folicular que sólo presente invasión vascular, y el otro hemitiroideo sin ninguna alteración en las pruebas diagnósticas previas, podríamos tomar como opción válida la no extirpación del otro hemitiroideo y la vigilancia estrecha, porque los carcinomas foliculares fundamentalmente tienden a dar metástasis a distancia y en caso de darlas, éstas ya se podrían haber producido.

## REFERENCIAS

- 1.- Wilson DB, Staren ED, Prinz RA. Thyroid reoperations: Indications and risks. *Am Surg* 1998; 64: 674-8.
- 2.- Marchegiani C, Lucci S, De Antoni E, Catania A, Grilli P, Pierro A, et al. Thyroid cancer: Surgical experience with 322 cases. *Int Surg* 1985; 70: 121-4.
- 3.- Pasieka JL, Thompson NW, McLeod MK, Burney RE, Macha M. The incidence of bilateral well-differentiated thyroid cancer found at completion thyroidectomy. *World J Surg*. 1992; 16: 711-6.
- 4.- Farina GP, Pisano M, Baccoli A, Deserra A, Pani C, Cagetti M. Therapeutic strategies in differentiated cancer of the thyroid: Total thyroidectomy. *G Chir* 2000; 21: 469-74.
- 5.- Henry JF, Marchioni AM, Audiffret J, Hans D, Borsarelli J. Differentiated thyroid cancers. Thyroid recurrence after limited surgery. *Presse Med* 1984; 13: 1671-4.
- 6.- Clark OH, Levin K, Zeng QH, et al. Thyroid cancer: the case for total thyroidectomy. *Eur J Cancer Clin Oncol* 1988; 24: 305-13.
- 7.- Eroglu A, Berberoglu U, Buruk F, Yildirim E. Completion thyroidectomy for differentiated thyroid carcinoma. *J Surg Oncol*. 1995; 59: 261-6.
- 8.- De Wit A, Ostyn F. Surgical aspects in thyroid carcinoma. Retrospective studies of 216 patients operated on between 1971 and 1986. *Acta Otorhinolaryngol Belg* 1988; 42: 538-47.
- 9.- Rodríguez-Cuevas S, Labastida-Almendaro S, Briceno-Ancona N, González-Rodríguez D. Reintervention to complete the surgical treatment of thyroid cancer. Indications and histopathological findings. *Gac Med Mex* 1998; 134: 677-83.
- 10.- Pacini F, Elisei R, Capezzone M, Miccoli P, Molinaro E, Basolo F, et al. Contralateral papillary thyroid cancer is frequent at completion thyroidectomy with no difference in low and high risk patients. *Thyroid*. 2001; 11: 877-81.
- 11.- Levin KE, Clark AH, Duh QY, De-meure M, Siperstein AF, Clark OH. Re-operative thyroid surgery. *Surgery*. 1992; 111: 604-9.
- 12.- Chao TC, Jeng JB, Lin JD, Chen MF. Completion thyroidectomy for differentiated thyroid carcinoma. *Otolaryngol Head Neck Surg* 1998; 118: 896-9.
- 13.- Calabro S, Auguste LJ, Attie JN. Morbidity of completion thyroidectomy for initially misdiagnosed thyroid carcinoma. *Head Neck Surg* 1988; 10: 235-8.
- 14.- Pezzullo L, Delrio P, Losito NS, Caraco C, Mozzillo N. Post-operative complications after completion thyroidectomy for differentiated thyroid cancer. *Eur J Surg Oncol*. 1997; 23: 215-8.