



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-003 - ¿Cuándo recidivan los bocios?

*Gutiérrez Fernández, Gonzalo; Cañón, Marta; Fidalgo, María; González, Marta; Toledo, Enrique; Casanova, Daniel*

*Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.*

## Resumen

**Objetivos:** La hemitiroidectomía es el tratamiento habitual para los nódulos unilaterales, o los bocios multinodulares con afectación mayoritaria a un solo lóbulo, aunque también la tiroidectomía total ha sido tratamiento en estos casos. Presentamos una revisión de los tiroides con cirugía unilateral previa que han precisado cirugía por recidiva de bocio contralateral.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de los casos que se han reintervenido por patología benigna tiroidea, en el periodo 1/1/2009 a 31/12/2014, recogido en la base de datos prospectiva de patología endocrina de nuestra unidad. En este periodo se han reoperado 34 pacientes. Se excluyen pacientes con neoplasias en la primera cirugía. Se analizan datos demográficos, primera intervención, diagnósticos anatomopatológicos, intervenciones, complicaciones, hipotiroidismo tras primera intervención, tiempo desde la primera intervención, etc.

**Resultados:** La mayoría de las recidivas fueron mujeres 91%, edad media en la primera intervención 38,6 años, de la segunda 61,5. Años hasta la reintervención, media 22,9 años, mediana 24,5. La cirugía realizada inicialmente fue hemitiroidectomía en 23 casos (67%) y en 11 (32%), tiroidectomía subtotal. Tiempo hasta la segunda cirugía 22,97 años de media (8-47 años) y mediana 24,5. Anatomía primera intervención: hiperplasia nodular (hn) 64,7%, adenoma 26,5%, tiroiditis 5,9%, quiste simple 2,9%, en la reintervención: hn 70,6%, adenoma 14,7%, c. micropapilar 5,9%, c. folicular 5,9%, c. papilar 2,9%, 14,7% de tumores. 79,4% no se hicieron hipotiroides tras la primera IQ, ni siquiera cuando se hizo una subtotal. La morbilidad de la primera operación fue una hipocalcemia transitoria, la morbilidad de las reintervenciones 10 hipocalcemias que precisaron calcio oral temporalmente y un hematoma (p 0,000).

**Conclusiones:** Parece razonable y justificado realizar hemitiroidectomías en casos de adenoma unilobares o hiperplasias confinadas a un lóbulo, conlleva menor morbilidad, menor estancia y mejor calidad de vida. El riesgo de que recidive el lado contralateral ha justificado realizar tiroidectomías totales clásicamente, pero realmente el riesgo de recidiva no es muy alto, según las series, 12% a los 14 años, 9,9% a los 11, pero 56% en los casos de hiperplasia nodular. La recidiva no conlleva siempre reintervención. En nuestra serie hubo más casos de recidiva con hiperplasia nodular previa como esta publicado. Con estos datos podemos reafirmar que la hemitiroidectomía es segura tanto para el adenoma como para la hiperplasia unilobar. Tanto por el índice de recidiva como por la morbilidad, que aun en el caso de recidiva que implique reoperación, es baja. Cabe esperar que los casos de con hiperplasia nodular recidiven con más frecuencia. Dado el tiempo hasta la reoperación, no estaría indicado el seguimiento a largo plazo de estos enfermos tras la primera intervención.