¿Es posible indicar la tiroidectomía total aún en pacientes hipertiroideos previo a

Categoría: Publicaciones destacadas
Publicado: Viernes, 17 Noviembre 2023 21:18
Escrito por: Sofia
Visitas: 4054

El tratamiento quirúrgico del hipertiroidismo puede ser realizado de modo seguro antes del alcanzar un estado de eutiroidismo

¿Es posible indicar la tiroidectomía total aún en pacientes hipertiroideos previo a la misma? Este trabajo retrospectivo de Alabama demuestra similar tasa de complicaciones perioperatorias y postquirúrgicas entre pacientes hipertiroideos controlados y no controlados previo a la cirugía.

Surgical Treatment of Hyperthyroidism Can Be Performed Safely Before a Euthyroid State is Achieved

El tratamiento quirúrgico del hipertiroidismo puede ser realizado de modo seguro antes del alcanzar un estado de eutiroidismo

Jessica Fazendin y col. Thyroid (2023) 33(6): 691-696

DESCARGAR PDF

Puntos de interés:

En la actualidad, la indicación de tiroidectomía para pacientes con hipertiroidismo es muchas veces reservada como una de las últimas opciones, dado que se intenta alcanzar el eutiroidismo previo a la misma a fin de evitar complicaciones post quirúrgicas. Este trabajo pone en duda este concepto, comparando retrospectivamente dos cohortes de pacientes hipertiroideos, controlados y no controlados, y analizando su evolución y complicaciones postquirúrgicas.

Resumen:

Contexto: Las guías del 2016 de la Asociación Americana de Tiroides (ATA) recomiendan que los pacientes con hipertiroidismo deben estar eutiroideos antes de la tiroidectomía. Esta recomendación se basa en evidencia de baja calidad. En este estudio retrospectivo de cohorte, se compararon la evolución peri y post operatoria de pacientes con hipertiroidismo que estaban controlados versus los no controlados al momento de la tiroidectomía.

Phoca PDF

Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo sobre 275 pacientes hipertiroideos de una sola institución entre diciembre 2015 y noviembre 2022. Los pacientes se definían como hipertiroideos si tenían el diagnóstico de hipertiroidismo con al menos una TSH suprimida. Se los consideraba no controlados si la T3 o la T4 estaban elevadas inmediatamente antes de la cirugía. Los datos demográficos y la evolución perioperatoria y post operatoria de los pacientes fueron comparados con los tests de Chi-cuadrado y Wilcoxon, según correspondiera.

Resultados: De los 275 pacientes, el 84,3% fueron mujeres y el 51,3% tenían un hipertiroidismo no controlado al momento de la cirugía. Los pacientes con adecuado control tuvieron medianas de TSH más elevadas (0,4 [RIC 0,0, 2,4] mIU/L vs. 0.0 [RIC 0,0, 0,0] mIU/L, p < 0,001) y niveles más bajos de T4 libre (0,9 [RIC 0,7, 1,1] ng/dL vs. 3,1 [RIC 1,9, 4,4] ng/dL, p < 0,001) respectivamente. Los pacientes no controlados tuvieron mayormente diagnóstico de enfermedad de Graves (85,1% vs. 67,9%, p < 0,001) y fueron llevados a cirugía por intolerancia a los medicamentos (12,1% vs. 6%) o por el antecedente de haber tenido una crisis tirotóxica (6,4% vs. 1,5%) (p = 0,008). Además, los pacientes no controlados tomaban mayor cantidad de fármacos previo a la cirugía (2,3 vs. 1,4, p < 0,001). Ningún paciente de ambos grupos desarrolló una crisis tirotóxica precipitada por la cirugía. Los pacientes controlados tuvieron un tiempo operatorio más corto (7,3% vs. 19,8% < 0,014) y una mediana estimada de pérdida de sangre menor (15,0 [RIC 5,0, 30,0] mL vs. 20,0 [RIC 10,0, 50,0] mL, p = 0,002). Ambos grupos tuvieron similares bajas tasas de complicaciones postoperatorias, salvo un incremento en la hipocalcemia temporaria en el grupo no controlado (13,4% vs. 4,7%, p = 0,013).

> **Conclusión: Este es el trabajo más grande a la fecha que examinó la evolución post operatoria de pacientes con hipertiroidismo no controlado que fueron llevados a tiroidectomía. Los resultados de este estudio confirman que la tiroidectomía en pacientes con tirotoxicosis activa es segura y no desencadena una crisis tirotóxica.**

Comentario:

Las guías de la ATA 2016 recomiendan fuertemente que los pacientes hipertiroideos que vayan a ser operados deben estar eutiroideos al momento de la cirugía para prevenir una crisis tirotóxica. Algo similar sugirió en 2020 la Asociación Americana de Cirujanos Endocrinólogos (AAES). Sin embargo, estas recomendaciones son de baja

Phoca PDF

calidad y realizadas a través de evidencia limitada. Se cree que la crisis tirotóxica podría ser precipitada por la manipulación de la glándula, llevando a la liberación de hormonas tiroideas al torrente sanguíneo. También se postula que la anestesia en sí misma podría precipitar la crisis. Si bien alcanzar el eutiroidismo previo a la cirugía es ideal, existen múltiples factores relacionados al paciente que determinan cuándo esta enfermedad puede o no ser controlada previamente (tales como alergias farmacológicas, efectos adversos a los medicamentos, enfermedad refractaria, adherencia al tratamiento y la urgencia de un tratamiento definitivo). Se compararon en este trabajo pacientes hipertiroideos controlados y no controlados previo a la cirugía en relación a su evolución peri y post operatoria. La hipótesis de estos autores es que la tiroidectomía puede realizarse antes de alcanzar el eutiroidismo en pacientes hipertiroideos sin afectar la evolución post operatoria.

Métodos: Estudio retrospectivo de 275 pacientes hipertiroideos que realizaron tiroidectomía entre Diciembre 2015 y Noviembre 2022.

Criterios de inclusión: Cirugía en la institución que realizó el estudio, edad > 18 años y diagnóstico de hipertiroidismo documentado en historia clínica. Los pacientes debían tener previo a la cirugía una TSH suprimida o un nivel de T3/T4 elevados.

Se los subdividió en dos grupos: Controlados (n=134) y no controlados (n=141). Se definió hipertiroidismo no controlado a aquellos pacientes con niveles de T3 o T4 elevadas inmediatamente antes de la cirugía. Se analizaron de las historias clínicas datos demográficos, la etiología del hipertiroidismo, la razón de la cirugía, medicación preoperatoria, duración de la cirugía, pérdida sanguínea y evolución post operatoria.

Resultados: El 84,3% de la cohorte fue femenina y 51,3% presentaron un hipertiroidismo no controlado al momento de la cirugía. Los pacientes controlados tuvieron una mediana de TSH más elevada y una mediana de T4 libre más baja. Los pacientes no controlados tuvieron predominantemente diagnóstico de enfermedad de Graves y fueron a cirugía por intolerancia medicamentosa o antecedente de crisis tirotóxica. Además, este subgrupo tenía antecedente de haber recibido una mayor cantidad de fármacos previo a la tiroidectomía. Once (11) pacientes ingresaron al hospital cursando una crisis tirotóxica, de los cuales 9 pertenecían al grupo de hipertiroideos no controlados. ***Del resto de los pacientes en ambos grupos, ninguno desarrolló una crisis en el período perioperatorio. Los pacientes del grupo controlado tuvieron un menor tiempo operatorio y menor pérdida sanguínea estimada. La asociación entre el hipertiroidismo controlado y el tiempo quirúrgico fue estadísticamente significativa. Ambos grupos tuvieron similar baja tasa de complicaciones post quirúrgicas.***

Phoca PDF

La hipocalcemia temporaria (< 6 meses post cirugía) fue mayor en el grupo no controlado. No hubo diferencias entre ambos grupos respecto a la aparición de hipocalcemia permanente y disfonía transitoria y permanente.

Discusión: Dado que se postula que el trauma que ocasiona la cirugía tiroidea podría ser un disparador de la crisis tirotóxica, las guías de la ATA plantean que el paciente con enfermedad de Graves debe encontrarse eutiroideo al momento de ésta. Sin embargo, la evidencia que apoya esta recomendación es escasa en la bibliografía. Las guías de la AAES plantearon en 2020 que la cirugía en sí misma trae como riesgo precipitar una crisis tirotóxica, aún si el paciente llega eutiroideo a la misma. Esto estaría ocasionado por la manipulación de la glándula tiroidea. El objetivo de alcanzar el eutiroidismo previo a la cirugía muchas veces no se logra en estos pacientes debido, por ejemplo, a la intolerancia al tratamiento farmacológico o la falta de adherencia al mismo. Muchas veces la derivación al cirujano se rechaza, justamente por esperar que el paciente se encuentre eutiroideo para llevar a cabo la tiroidectomía. Además, probablemente, las sociedades con mayor pobreza tengan menor adherencia al tratamiento, lo cual complicaría alcanzar el estado de eutiroidismo prequirúrgico. Justamente, este sería el subgrupo poblacional que más se beneficiaría con una derivación oportuna a cirugía. En una revisión sistemática de 2021, 12 estudios de la misma demostraron la ausencia de crisis tirotóxica, tanto en pacientes hipertiroideos controlados como en aquellos no controlados previo a la cirugía.

Este estudio retrospectivo es el más grande en demostrar la seguridad de operar pacientes en estado de hipertiroidismo. De los 275 pacientes de esta cohorte, más de la mitad tenían un hipertiroidismo no controlado al momento de la cirugía y no se observaron diferencias estadísticamente significativas en las tasas de complicaciones quirúrgicas permanentes ni en la incidencia de crisis tirotóxica. Si bien los pacientes del grupo no controlado tuvieron mayor pérdida sanguínea y un tiempo quirúrgico más prolongado, estos serían desafíos técnicos superables por un cirujano entrenado, que no tendrían efecto sobre la evolución del paciente. ***Respecto a la hipocalcemia temporaria post quirúrgica, el grupo no controlado presentó un porcentaje más elevado de la misma respecto al controlado (13,4% vs. 4,7%). Se podría plantear que esto se debe a un síndrome de hueso hambriento más severo en pacientes con hipertiroidismo no controlado. Esto es importante sobre todo en la preparación prequirúrgica de estos pacientes a quienes se les debería indicar suplementación adecuada de calcio y vitamina D.***

Limitaciones: Comunicación detallada entre miembros del equipo de trabajo, uso de glucocorticoides en la inducción anestésica para

Phoca PDF

reducir la conversión de T4 a T3, recolección de datos limitada, sólo se seleccionaron pacientes candidatos a cirugía, uso de los criterios de la Asociación Tiroidea Japonesa para definir crisis tirotóxica y no los de la escala de Burch Wartofsky, siendo éstos menos sensibles que los segundos.

> **<u>Conclusiones:</u> La tiroidectomía puede ser realizada de modo seguro sin precipitar una crisis tirotóxica en pacientes con hipertiroidismo activo. Por tanto, la consideración de cirugía no sólo debe limitarse a pacientes que estén eutiroideos.**

Phoca PDF