

Cirugía mayor ambulatoria de tumores benignos de la glándula tiroides

Ambulatory major surgery of benign tumors of the thyroid gland

MsC. Ernesto Manuel Luzardo Silveira ¹ y Dra. Juana Elisa Eirin Arañó ²

¹ Especialista de I Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Instructor. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Santiago de Cuba, Cuba.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Instructora. Policlínico Docente "Ramón López Peña", reparto Municipal, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se efectuó un estudio descriptivo y prospectivo sobre la ejecución de cirugía mayor ambulatoria para eliminar tumores benignos de la glándula tiroides, lo cual fue realizado en el Servicio de Cirugía General del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba durante los años 1996-2008, ambos incluidos, previa valoración clínica de 74 pacientes en la consulta especializada de endocrinología, donde se decidió que podían ser operados con carácter definitivo. En la casuística predominaron el sexo femenino, los grupos etarios de 31-45 años, la hemitiroidectomía como técnica quirúrgica, la acupuntura como procedimiento analgésico y el adenoma folicular como resultado citohistológico. Se produjeron complicaciones leves en 5 integrantes de la muestra, pero la recuperación fue absoluta en todos, de manera que incluso 72 de ellos egresaron antes de las 24 horas. Este método operatorio, por la buena aceptación, es beneficioso para pacientes e instituciones hospitalarias.

Palabras clave: glándula tiroides, tumor benigno, adenoma folicular, cirugía mayor ambulatoria, hemitiroidectomía. analgesia quirúrgica acupuntural, atención secundaria de salud

ABSTRACT

A descriptive and prospective study on the practice of ambulatory major surgery to eliminate benign tumours of the thyroid gland, was carried out in the General Surgery Service of "Dr. Joaquin Castillo Duany" Teaching Clinical Surgical Hospital in Santiago de Cuba during the years 1996-2008, both included, through a previous clinical evaluation of 74 patients in the Endocrinology Outpatient Department, where it was decided that they could definitely have a surgical treatment. The female sex, the age groups from 31 to 45 years, the hemithyroidectomy as surgical technique, acupuncture as analgesic procedure and the follicular adenoma as cytohistological result prevailed in the case material. Mild complications occurred in 5 members of the sample, but recovery was absolute in all, so that even 72 of them were discharged before the 24 hours. Due to its good acceptance, this surgical method is beneficial for patient and hospital institutions.

Key words: thyroid gland, benign tumour, follicular adenoma, ambulatory major surgery, hemithyroidectomy, surgical acupuncture analgesia, secondary health care

INTRODUCCIÓN

Muchos procedimientos quirúrgicos que antes eran considerados inseguros, son ahora realizados ambulatoriamente sin elevar el riesgo operatorio para el paciente.¹

Se estima que en los países desarrollados, 50 % de las intervenciones quirúrgicas son ambulatorias,² lo cual se asocia al número de personas operadas, a la reducción de los costos y al aumento de la satisfacción de los pacientes; además de ello, esa modalidad proporciona otras ventajas, que también la hacen ser muy preferida por la población, entre las cuales figuran: descenso de la tensión arterial y disminución de la probabilidad de adquirir infecciones hospitalarias.

El nódulo tiroideo es una alteración muy común; tanto, que solamente en Estados Unidos de Norteamérica se detectan alrededor de 275 000 casos nuevos cada año y su número varía sobre la base del método de estudio utilizado. Según González *et al*,³ en una investigación prospectiva realizada en Framingham (Massachussets), entre los años 1950 -1960, se estimó que el riesgo de presentar esa tumefacción tiroidea en el transcurso de la vida, es de 5-10 %, así como también que registros ecográficos han permitido calcular una prevalencia de la citada nudosidad en 19-46 % de la población en general.

Aunque la ejecución de la primera tiroidectomía se atribuye a Albucassis hace un milenio atrás, fueron Theodor Billroth y Theodor Kocher los creadores de la técnica moderna, después de lo cual ese tipo de cirugía ha ido perfeccionándose con ritmo creciente.⁴ Antes, los resultados de casi todos los tumores tiroideos operados eran negativos en 90 % de los pacientes; pero hoy los criterios son selectivos y se encuentra justificación para extirparlos quirúrgicamente en 25-50 % del total. Este basamento se sustenta en el desarrollo de los medios de diagnóstico, entre ellos la biopsia aspirativa con aguja fina (BAAF), que acompañada de exámenes bioquímicos e imagenológicos han revolucionado la conducta a seguir por cirujanos y otros especialistas en materia de salud.⁵

Lo más importante para decidir cómo proceder en cada caso, es diferenciar un nódulo benigno de otro maligno;⁶ pero sabiendo que a veces tal distinción se dificulta y la evolución resulta impredecible, se recomienda mantener una constante vigilancia de esa área anatómica, ya sea mediante ecografía o palpaciones. Las guías clínicas para indicar qué hacer al respecto, fueron publicadas en 1996 por la *American Thyroid Association* y todavía se consultan como válidas.⁷

En las pasadas décadas, el avance en los medios de diagnóstico como la gammagrafía, la tomografía axial computarizada y la resonancia magnética, entre otros, han ayudado a los cirujanos a identificar los nódulos malignos; pero ningún examen es completamente seguro y quienes operan a pacientes con estos tumores deben ser juiciosos en el uso de dichas herramientas.⁸

A pesar de que siempre existe el riesgo de complicaciones, estas son raras cuando el especialista en cirugía conoce suficientemente la fisiopatología de la glándula tiroidea, está familiarizado con la anatomía del cuello, posee experiencia en esa modalidad de intervención y ejecuta las técnicas quirúrgicas adecuadas,⁹ lo cual no excluye algunas

circunstancias específicas que ponen a prueba al profesional más experimentado en este tipo de acto quirúrgico.¹⁰

En el presente artículo se analiza la posibilidad de operar con carácter ambulatorio a personas afectadas por tumores benignos en la mencionada glándula, como programa priorizado del Ministerio de Salud Pública de Cuba.

MÉTODOS

Se efectuó un estudio descriptivo y prospectivo de 74 pacientes con tumores benignos de la glándula tiroidea, a quienes se realizó cirugía mayor ambulatoria de estos en el Servicio de Cirugía General del Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany" de Santiago de Cuba durante los años 1996-2008.

Previo a la intervención, los pacientes fueron valorados primero en la consulta de endocrinología y luego en la de cirugía ambulatoria, donde se les diagnosticaron los nódulos fundamentalmente a través de la ecografía y la biopsia por aspiración con aguja fina (BAAF). En la selección de los integrantes de la casuística se tomaron en cuenta los siguientes criterios de inclusión:

1. Cumplimiento de los requisitos personales indispensables para recibir una cirugía mayor ambulatoria.
2. Nódulo tiroideo único, no tóxico y menor de 3 cm de diámetro.
3. Resultado preoperatorio negativo de la BAAF de células neoplásicas.
4. Clasificación en los grupos ASA I y ASA II según la *American Society of Anesthesiologists* (Sociedad Americana de Anestesiología).

En el período posoperatorio se extrajeron muestras para biopsia por congelación y parafina, a fin de confirmar el diagnóstico, si bien se excluyó a los pacientes cuyos resultados eran sospechosos o positivos de células neoplásicas.

La analgesia quirúrgica acupuntural (AQA) se aplicó en los puntos acupunturales Ig 18, bilaterales, pertenecientes al meridiano IG (yang de la mano), localizado en el cuello a 2 cun (1 cun = longitud de la falange media del segundo dedo de la mano), por fuera de la línea media del cartílago cricoides (nuez de Adán) y la articulación esternoclavicular, sobre el tendón del músculo esternocleidomastoideo.¹¹ También se infiltró anestésico local en el sitio de la incisión.

A los efectos de la investigación, los datos primarios fueron obtenidos de las historias clínicas correspondientes.

RESULTADOS

Los nódulos tiroideos fueron más comunes en las mujeres (90,6 %) y en el grupo etario de 31-45 años, igualmente en el sexo femenino (**tabla 1**).

Tabla 1. *Pacientes con nódulos tiroideos según edad y sexo*

Edad	Sexo				Total	%
	Fem.	%	Masc.	%		
15-30	13	17,6	1	1,3	14	18,9
31-45	48	64,9	4	5,4	52	70,3
46-60	4	5,4	2	2,7	6	8,1
Más de 60	2	2,7			2	2,7
Total	67	90,6	7	9,4	74	100,0

En la serie (**tabla 2**), los tumores de la glándula tiroides se localizaron en el lóbulo derecho en 77,1 % de los pacientes; área anatómica donde primaron también los de naturaleza sólida (81,2 %).

Tabla 2. *Pacientes con nódulos tiroideos según localización y naturaleza*

Localización	Naturaleza						Total	%
	Sólido	%	Mixto	%	Quístico	%		
Lóbulo derecho	50	67,7	5	6,7	2	2,7	57	77,1
Lóbulo izquierdo	10	13,5	2	2,7	3	4	15	20,2
Istmo			2	2,7			2	2,7
Total	60	81,2	9	12,1	5	6,7	74	100,0

El tamaño de los nódulos seleccionado fue menor de 3 cm de diámetro, con predominio de los que medían entre 1-2 en 68 (91,9 %), seguidos por los de 1-2 en 4 (5,4 %) y por debajo de 1 en 2 (2,7 %).

Con referencia al resultado citohistológico cabe especificar que el adenoma folicular se confirmó en 60 (81,0 %), el nódulo hiperplásico coloide en 10 (13,5 %) y el quiste simple o degenerativo en 4 (5,5 %).

La técnica quirúrgica realizada en 72 de los pacientes (97,3 %) fue la hemitiroidectomía, según la localización del nódulo; sin embargo, la istmectomía se practicó solo en 2 del total (2,7 %), pues se trataba de nódulos de menos de 1 cm de diámetro, localizados en el istmo, que permitían efectuarla sin dificultad.

También se empleó la AQA en el mayor número de pacientes (44, para 59,5 %), seleccionados al azar, mientras que en los otros 30 se utilizó la anestesia general orotraqueal con los métodos habituales. Las complicaciones se limitaron a una ligera disfonía en 5 de ellos (6,8 %), por lo cual la recuperación fue absoluta en todos.

En la casuística, 72 de sus integrantes (97,3 %) se manifestaron conformes con la modalidad ambulatoria, mientras que los 2 restantes (2,7 %) no lo estuvieron por haber experimentado molestias con la AQA, ya descritas.

DISCUSIÓN

La cirugía del tiroides en régimen ambulatorio ha demostrado ser eficaz; pero la probable ocurrencia de hemorragia en las primeras 24 horas del período posoperatorio y el desarrollo posterior de un hematoma sofocante, inquietan a los cirujanos y promueven la

desconfianza hacia esta indicación técnica. La aparición de nuevos procedimientos para eliminar los nódulos tiroideos y la especialización del equipo quirúrgico pueden acelerar la aceptación consensuada de extirpar esos tumores ambulatoriamente,¹⁰ sobre todo porque en estos casos se han reducido notablemente las complicaciones posquirúrgicas.

Se plantea que las afecciones benignas de la glándula tiroides se diagnostican en 4-6 % de la población en general y que resultan más frecuentes en la mujer, en una relación de 6:1; preponderancia que se corresponde con lo encontrado en esta serie.¹² La citología aspirativa con aguja fina es muy importante en el período preoperatorio por su alta eficacia para confirmar la naturaleza benigna de los nódulos tiroideos; constituye un recurso seguro y rápido, con muy pocas complicaciones, que no obliga a exponerse a radiación alguna y disminuye los costos hospitalarios en 25 %. Los resultados de las biopsias por congelación y parafina son muy confiables, de modo que el hallazgo de adenoma folicular como el tumor más frecuente en este estudio, coincide con lo informado por Bennedbaek¹³ y Shaha¹⁴ acerca de ello.

La preferencia anestésica se inclina hacia las técnicas quirúrgicas regionales y locales -- independientemente de la radicalidad del mecanismo aplicado --, pero muy poco hacia las generales. La aplicación de la AQA puede beneficiar a los pacientes, pues aunque algunos refieren experimentar calambres y dolor ligero, esas molestias desaparecen de inmediato cuando se reajustan los puntos acupunturales.

A escala mundial, solo 3-4 % de las personas seleccionadas para cirugía mayor ambulatoria requieren ser hospitalizadas por presentarse complicaciones;¹⁵ sin embargo, ningún integrante de la población tratada en este Servicio fue ingresado por esa causa.

Los beneficios económicos de esa modalidad quirúrgica son tan reconocidos y altamente favorables para las instituciones de salud, que por esas razones persiguen su constante perfeccionamiento en las manos de médicos operadores cada vez más diestros, como ha venido ocurriendo en la unidad sanitaria donde labora el autor principal, pues los costos hospitalarios disminuyeron durante el período analizado, entre otros factores, a expensas de la aplicación de esa técnica, que permitió ahorrar \$21 759,00 por concepto de ingresos.

Estos resultados deberían, cuando menos, conducir a replantear la posibilidad de eliminar los tumores en la glándula tiroides sin hospitalizar a los pacientes e incluir la cirugía mayor ambulatoria de esos nódulos benignos en los procedimientos quirúrgicos habituales de los centros de atención secundaria de salud; pero, obviamente, asegurando que sea realizada por cirujanos con experiencia, tanto en esta forma de intervención como en nudosidades tiroideas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Marianowski R. Risk factors for thyroglossal duct remnants after Sistrunk procedure in a pediatric population. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol* 2004; 67:19-23.
2. Martínez Cabrera J. Efectividad de la cirugía mayor ambulatoria en la solución de afecciones de la glándula tiroides. <<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EkpEFpkVkpOwkDfFrq.php>> [consulta: 18 febrero 2011].
3. González Fernández R, De Dios Vidal JM, René Salinas JG, Infante Amorós A, López Soto MV. Resultados del tratamiento de la patología nodular tiroidea en el Hospital

- "Hermanos Ameijeiras" (1995-2004). Rev Cubana Cir 2004; 43(2).
<http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol43_2_04/cir04204.htm>[consulta:18 febrero 2011].
4. De Souza FM. Thyroidectomy. En: English G (ed). Otolaryngology. Philadelphia: Lippincott JB, 1992:1-18.
 5. Castro R, Gharib H. Continuing controversies in the management of thyroid nodules. Ann Intern Med 2005; 142:926-31.
 6. Pedroza Ballesteros A. Manejo del nódulo tiroideo: revisión de la literatura. Rev Colomb Cir 2008; 23 (2):100-11.
<<http://www.ascolcirugia.org/revista/revistaabriljunio2008/100-111.pdf>>[consulta:18 febrero 2011].
 7. Cooper DS, Doherty GM, Haugen BR, Kloos RT, Lee SL, Mandel SJ, et al. Management guidelines for patients with thyroid nodules and differentiated thyroid cancer. Thyroid 2006; 16(2):109-42.
 8. Meza M, Olazcoaga AC, Prochazca R. Caso clínico patológico en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Rev Med Hered 2004; 15:50-5.
 9. Rosato L, Avenia N, Bemante P, Palma M de, Gulino G, Nasi PG, et al. Complications of thyroid surgery: analysis of a multicentric study on 14 934 patients operated on in Italy over 5 years. World J Surg 2004; 28:271-6.
 10. Moreno Llorente P. Resultados de la cirugía tiroidea limitada a un lóbulo en régimen ambulatorio: estudio preliminar. Rev Esp Cir 2007; 81(2):87-90.
 11. Álvarez Díaz TA. Acupuntura. Medicina tradicional asiática. La Habana: Editora Capitán San Luis, 1992:81.
 12. Gómez Rubio D, Lozano Gómez M, Jurado Jiménez R, Torres Arcos C. Influencia de la superespecialización en cirugía endocrina en los resultados de la tiroidectomía en un servicio de cirugía general. Cir Esp 2005; 78(5):323-7.
 13. Bennedbaek FN. Diagnosis and treatment of the solitary thyroid nodule. Result of a European survey. Clin Endocrinol (Oxford) 1999; 50:357-63.
 14. Shaha AR. Controversies in the management of thyroid nodule. Laryngoscope 2000; 110:183-93.
 15. Artilles Ivonnet J, Fuentes Valdés E, Martín González M, Infante Amor A. Informe preliminar sobre cirugía tiroidea ambulatoria. Rev Cubana Cir 2009; 48(4).
<http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol48_4_09/cir01409.htm>[consulta:18 febrero 2011].

Recibido: 3 de marzo de 2011

Aprobado: 18 de marzo de 2011

MSc. Ernesto Manuel Luzardo Silveira. Hospital Clínicoquirúrgico Docente "Dr. Joaquín Castillo Duany", Punta Blanca s/n, Santiago de Cuba, Cuba.
Dirección electrónica: elisae@medired.scu.sld.cu