



V-214 - HIPOTIROIDISMO POSHEMITIROIDECTOMÍA: FACTORES DE RIESGO Y EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

M. García Poutón¹, R. Boente Varela², C. Trigo Barros², J. Lamas Ferreiro¹, J. Álvarez Otero¹, T. Gondar Barcala¹, I. Fernández Castro¹, J. de la Fuente Aguado¹

¹Medicina Interna, ²Endocrinología. Hospital Povisa S. A. Vigo (Pontevedra).

Resumen

Objetivos: Descripción de la prevalencia y de los factores de riesgo de desarrollo de hipotiroidismo en pacientes sometidos a hemitiroidectomía en nuestro hospital y análisis de su manejo clínico y terapéutico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyen a 89 pacientes sometidos a hemitiroidectomía desde 2010 a 2014. Los parámetros registrados para el riesgo de desarrollo de hipotiroidismo fueron sexo, edad, presencia de autoinmunidad, TSH previa a la cirugía e histología. Evaluamos el tratamiento implementado y el tiempo de seguimiento en cada caso. En el análisis estadístico para las variables dicotómicas se utilizó el test de chi cuadrado o el test exacto de Fisher bilateral según necesidad. Para las variables cuantitativas se utilizó el test de la t-Student de la U de Mann-Whitney en función de la distribución de cada variable. Para el análisis multivariante se realizó una regresión logística binaria. Se considera resultado estadística significativo cuando la $p < 0,05$.

Resultados: Incluimos a 89 pacientes, 86,5% mujeres y 13,5% hombres. El diagnóstico previo más frecuente fue el de adenoma nodular (58,4%) seguido de bocio multinodular (32,6%). El tiempo medio de seguimiento fue de 28,5 meses, durante el cual 35 pacientes de los 89 totales del estudio desarrollaron hipotiroidismo poscirugía (39,3%). De esos pacientes, 29 presentaron hipotiroidismo subclínico y 6 hipotiroidismo franco. El tiempo medio hasta el desarrollo del hipotiroidismo fue de 8,67 meses. Se trataron al 80% de los pacientes con TSH por encima del límite alto de la normalidad. En el análisis univariante resulta significativa para la aparición de hipotiroidismo el sexo femenino (OR 0,115; IC95% 0,14-0,938; $p = 0,018$) y la TSH previa a la cirugía mayor de 2,0 U/ml (OR 3,15; IC95% 1,235-7,857; $p = 0,014$); el resto de parámetros no fueron significativos. En el análisis multivariante el único factor de riesgo independiente de desarrollo de hipotiroidismo fue la TSH mayor de 2 U/ml (OR 3,029; IC95% 1,199-7,651; $p = 0,019$).

Discusión: El hipotiroidismo es la complicación más frecuente en los pacientes sometidos a hemitiroidectomía. Se han descrito factores de riesgo asociados, como la presencia de autoinmunidad o el valor de la TSH previa. El tiempo de desarrollo de hipotiroidismo después de la cirugía no está del todo definido, y en general se trata precozmente lo cual impide la valoración de su evolución natural. El hipotiroidismo postquirúrgico está descrito entre el 5,6 y el 48,9% de los casos sometidos a hemitiroidectomía, y en nuestro estudio se objetivó una tasa del 39,32%. Se han

relacionado como factores de riesgo de una manera significativa el sexo femenino y la TSH mayor de 2 U/ml, en comparación con otros descritos como la presencia de tiroiditis de Hashimoto previa o la presencia de autoanticuerpos. Estudios recientes especulan acerca de la importancia de evitar el tratamiento precoz (TSH < 10 U/ml) y un tiempo de seguimiento largo hasta 9 meses, debido a la demostración de casos con resolución del hipotiroidismo pasada la fase aguda posintervención.

Conclusiones: En nuestro trabajo hemos visto que se realiza un tratamiento precoz del hipotiroidismo subclínico en pacientes asintomáticos. Ante la evidencia descrita en la literatura puede ser beneficioso prolongar el tiempo de seguimiento sin tratamiento y permitir la recuperación natural de la hormona.