

Editorial

Cirugía endocrina en cirugía mayor ambulatoria

La incorporación de la cirugía endocrina a la cirugía sin ingreso se ha producido de manera más lenta y con mayor retraso que en otras parcelas quirúrgicas. Sin embargo, la creación de unidades de cirugía endocrina dentro de los servicios de cirugía general y del aparato digestivo, así como el reconocimiento de esta subespecialidad como una de las cuatro grandes áreas de capacitación específica que integran la especialidad de cirugía general, han favorecido la adquisición de una mayor experiencia por parte de los cirujanos dedicados a esta patología, lo que unido a los avances tecnológicos y los cambios en la práctica quirúrgica, han posibilitado una disminución de la estancia hospitalaria, permitiendo que algunos procedimientos quirúrgicos sobre patologías endocrinas puedan ser incluidos en el catálogo de procedimientos practicables en régimen ambulatorio.

La introducción de la cirugía tiroidea en régimen de CMA se inició con la hemitiroidectomía ya que las intervenciones bilaterales se asocian con mayor frecuencia a hemorragia postoperatoria que, aunque con baja incidencia (entre el 0,5 y el 3% de los casos), podría ser causa de hematoma cervical asfíctico y a cambios metabólicos ocasionados por insuficiencia paratiroidea (1). La mejora de las técnicas anestésicas, la utilización del bisturí armónico (2), la predicción de hipocalcemia sintomática postoperatoria mediante la determinación de la hormona paratiroidea (PTH) intraoperatoria (3) y la monitorización del nervio recurrente (4) permiten hacer con más seguridad este tipo de cirugía, aunque a expensas de un aumento del coste económico. La mayoría de hemorragias post-tiroidectomía se producen en las primeras 24 horas, siendo su mayor incidencia en las primeras 6 horas, no viéndose modificada su aparición según la técnica empleada, ya sea tiroidectomía con mínima incisión, tiroidectomía endoscópica o cirugía tiroidea vídeo-asistida, puesto que todas ellas requieren importante disección tisular. Ello podría originar sangrado postoperatorio por lo que, independientemente de la técnica utilizada, será necesaria una cuidadosa vigilancia del cuello durante las primeras horas del postoperatorio para detectar precozmente signos de sangrado. Por ello la mayoría de cirujanos endocrinos son partidarios de la permanencia del paciente en el hospital durante las primeras 24 horas postoperatorias, por lo que resulta de gran interés la inclusión de estas intervenciones en programas de estancia menor de 24 horas (5). Sin embargo son cada vez más numerosos los grupos que mantienen a pacientes seleccionados durante aproximadamente 10 horas. Tanto en CMA como en cirugía de corta estancia, la hipocalcemia es la causa principal de reingreso (6).

La cirugía paratiroidea, particularmente del hiperparatiroidismo primario causado por adenoma único, ha sido rápidamente incorporada a los programas de cirugía sin ingreso. Esto se ha visto facilitado gracias a los estudios de localización preoperatorios, incluyendo la gammagrafía con sestamibi (MIBI) y la ecografía de alta re-

Editorial

solución, facilitando el abordaje selectivo de la glándula patológica (7). Su extirpación y la confirmación de la curación del paciente mediante el descenso de la PTH intraoperatoria por debajo del 50% del valor basal (8), puede evitar la realización de una exploración cervical bilateral con mayor disección y riesgo de hipocalcemia postoperatoria (transitoria o permanente) por desvascularización del tejido paratiroideo remanente.

La posibilidad de realizar adrenalectomía por vía laparoscópica (AL) en casos seleccionados (9) ha permitido tratar a este grupo de pacientes en programas de CMA, si bien, en nuestro medio, es más frecuente su inclusión en régimen de corta estancia (10). La utilización del bisturí ultrasónico, al igual que en el caso de la tiroidectomía, obtiene una mejor hemostasia con disminución del riesgo de sangrado postoperatorio. Por otra parte, la valoración hormonal preoperatoria adecuada y el diseño de protocolos específicos tanto para la inclusión de pacientes como para la prevención de insuficiencia suprarrenal postoperatoria, forman parte del tratamiento integral de los enfermos sometidos a AL en régimen ambulatorio (11).

La CMA surgió como una medida para reducir el gasto sanitario mejorando la eficiencia de los hospitales. Para lograr estos objetivos los profesionales deben adaptarse a una serie de exigencias: siendo estrictos en la selección de pacientes, realizando una cuidadosa técnica quirúrgica, para lo que resulta imprescindible que sean cirujanos con experiencia en las técnicas que se proponen practicar en régimen de CMA y, además, el paciente debe ser adecuadamente informado, contando siempre con su aceptación y con instrucciones precisas perioperatorias. Desde estos principios se puede llevar a cabo una elevada proporción de cirugía endocrina en régimen de CMA o de corta estancia con altos niveles de calidad.

J. A. Ildefonso Martín

*Profesor Asociado de Cirugía. Unidad de Cirugía Endocrina.
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo II. Hospital Clínico San Carlos.
Universidad Complutense de Madrid*

BIBLIOGRAFÍA

1. Snyder SK, Hamid KS, Roberson CR, Rai SS, Bossen, AC, Luh JH, et al. Outpatient thyroidectomy is safe and reasonable: experience with more than 1,000 planned outpatient procedures. *J Am Coll Surg* 2010; 210: 575-84.
2. Manouras A, Markogiannakis H, Koutras AS, Antonakis PT, Drimousis P, Lagoudianakis EE, et al. Thyroid surgery: comparison between the electrothermal bipolar vessel sealing system, harmonic scalpel, and classic suture ligation. *Am J Surg* 2008; 195(1): 48-52.
3. Barczynski M, Cichon S, Konturek A, Cichon W. Applicability of intraoperative parathyroid hormone assay during total thyroidectomy as a guide for the surgeon to selective parathyroid tissue autotransplantation. *World J Surg* 2008; 32(5): 822-8.
4. Goretzki PE SK, Brinkmann J, Wirowski D, Lammers BJ. The impact of intraoperative neuromonitoring (IONM) on surgical strategy in bilateral thyroid diseases: is it worth the effort? *World J Surg* 2010; 34(6): 1274-84.
5. Materazzi G, Dionigi G, Berti P, Rago R, Frustaci G, Docimo G, et al. One-day thyroid surgery: retrospective analysis of safety and patient satisfaction on a consecutive series of 1,571 cases over a three-year period. *Eur Surg Res* 2007; 39(3): 182-8.
6. Trottier DC, Barron P, Moonje V, Tadros S. Outpatient thyroid surgery: should patients be discharged on the day of their procedures? *Can J Surg* 2009; 52(3): 182-6.
7. Siperstein ABE, Barbosa GF, Tsinberg M, Greene A, Mitchell J, Milas M. Predicting the success of limited

Editorial

- exploration for primary hyperparathyroidism using ultrasound, sestamibi, and intraoperative parathyroid hormone. Analysis of 1,158 cases. *Annals of Surgery* 2008; 248(3): 420-8.
8. Fraker DL, Harsono H, Lewis R. Minimally invasive parathyroidectomy: benefits and requirements of localization, diagnosis, and intraoperative PTH monitoring. Long-term results. *World J Surg* 2009; 33(11): 2256-65.
 9. Gill IS, Hobart MG, Schweizer D, Bravo EL. Outpatient adrenalectomy. *J Urol* 2000; 163(3): 717-20.
 10. Muñoz VMF, Manzanares C, Menéndez P, Sánchez S, Martín J. Adrenalectomía y cirugía mayor ambulatoria. ¿Es posible? *Cir May Amb* 2010; 15(1): 26-30.
 11. Mitchell J, Barbosa G, Tsinberg M, Milas M, Siperstein A, Berber E. Unrecognized adrenal insufficiency in patients undergoing laparoscopic adrenalectomy. *Surg Endosc* 2009; 23(2): 248-54.