

CARTA AL DIRECTOR

Cirugía paratiroides en CMA

Parathyroid surgery in Day Surgery

J. Capela Costa

*Unidad de Cirugía Endocrina y Cervical del Hospital São João, Porto, Portugal.
Coordinador de Cirugía Endocrina de la Sociedad Portuguesa de Cirugía.*

Autor para correspondencia: joacapela@gmail.com

Sr. Director:

La paratiroidectomía es un excelente ejemplo de la cirugía que se puede realizar en régimen ambulatorio, ya que presenta rara mortalidad y baja tasa de morbilidad (menos del 2 %) si es realizada por un equipo experimentado. La mayoría de las veces, el postoperatorio es relativamente tranquilo y con un resultado favorable. Sin embargo, la gravedad de las complicaciones que se pueden dar requiere un cuidado especial en la selección de los pacientes, el tipo de cirugía realizada y la vigilancia postoperatoria.

Para ello, enseñar a los pacientes y a los familiares los signos y síntomas de alarma es esencial para poder dar el alta con seguridad y no aumentar la tasa de reingresos hospitalarios.

La morbilidad más frecuente consiste en la lesión del nervio laríngeo recurrente, el sangrado y la hipocalcemia.

Una lesión unilateral del nervio laríngeo recurrente no es particularmente preocupante en términos de cirugía ambulatoria y una lesión bilateral, a pesar de ser potencialmente mortal y de poner en peligro las vías respiratorias, es muy rara y de fácil pronóstico en el postoperatorio inmediato.

La ausencia de una cavidad natural en el cuello es una razón importante para la gravedad de la hemorragia cervical. El hematoma compresivo es particularmente preocupante y su reconocimiento temprano es clave para prevenir la inflamación cerebral o la muerte del paciente. Casi siempre tiene

lugar dentro de las primeras 4-6 horas después de la operación, pero se han descrito casos en los que aparece hasta dentro de las 72 horas siguientes a la cirugía, especialmente en pacientes hipocoagulados.

La hipocalcemia iatrogénica puede ser relevante en los casos de cirugía por enfermedad paratiroidea multiglandular, patología osteoarticular o patología renal asociada. La medición del PTH pre y postoperatorio y de calcio postoperatorio predice el desarrollo de la hipocalcemia y nos guía hacia la suplementación con calcio y vitamina D.

El riesgo de complicaciones asociadas a la cirugía paratiroidea está relacionado con la extensión de la disección. La exploración cervical bilateral fue durante muchos años el método más utilizado por los cirujanos para asegurar el éxito de la paratiroidectomía. La medición de PTH intraoperatorio, los avances en las técnicas de imagen y la disponibilidad de medios para la cirugía radioguiada, endoscópica o video-asistida permiten la eliminación selectiva de la/s glándula/s afectada/s. Los datos disponibles en la literatura han demostrado que el hiperparatiroidismo uniglandular puede ser controlado eficazmente por vía glandular selectiva, y que esta vía de abordaje puede rivalizar con la vía clásica en la eficacia del tratamiento. También se ha demostrado que la cirugía se puede realizar bajo anestesia general, regional o incluso local, sobre todo en la cirugía ambulatoria. La identificación de la hiperplasia paratiroidea es crucial. Para ello se exige la localización glandular preoperatoria por ecografía y/o medicina nuclear y la comprobación de la eficacia de la cirugía por la medición del PTH intraoperatorio.

Se han descrito varias técnicas poco invasivas, siendo el uso de la minicervicotomía el método más utilizado en todo el mundo. También se han sido descritos los abordajes endoscópicos con la creación de un espacio artificial a través de la insuflación de CO₂ y el abordaje vídeo-asistido con retracción externa, como es el caso de la paratiroidectomía vídeo-asistida presentada por Miccoli (MIVAP), permitiendo una excelente visualización anatómica mediante amplificación e iluminación del campo quirúrgico. Merece una especial atención el uso de las fuentes modernas de energía, ya que el aumento de la temperatura puede causar lesión en el nervio recurrente paratiroideo. La duración de la intervención depende de la experiencia del equipo quirúrgico, pero no debería ser mucho más alta que la duración media del abordaje clásico. La técnica, para que sea mínimamente invasiva, además de realizar una incisión cervical mínima, también debe eliminar poco tejido glandular con el fin de lograr menor morbilidad, menor dolor postoperatorio, una estancia hospitalaria más corta y una incorporación más rápida a la vida activa. Las ventajas que hay que destacar son la reducción de los síntomas de hipocalcemia, menor necesidad de suplementos de calcio y costes asociados más bajos.

La paratiroidectomía mínimamente invasiva es una opción válida, segura y eficaz en pacientes seleccionados, operados en centros con experiencia en cirugía endocrina. Debido a los buenos resultados logrados, esta técnica se ha vuelto cada vez más atractiva. Se ha realizado con aumento

de incidencia y es Gold Standard en formas esporádicas de hiperparatiroidismo primario. Sin embargo, a pesar de poder ser utilizada en más del 50 % de los pacientes, su realización no ha sido tan amplia y, por ejemplo, SP Balasubramanian y BJ Harrison han descrito que en el Reino Unido solo se ha realizado en el 35 % de los casos.

En la Unidad de Cirugía Endocrina y Cervical del Servicio de Cirugía General del Hospital São João do Porto se realizaron 288 cirugías por hiperparatiroidismo primario en los últimos 10 años, de las cuales 97 eran paratiroidectomías uniglandulares con abordaje unilateral o selectivo (solo dos con anestesia locorregional) y 47 paratiroidectomías vídeo-asistidas. Aunque la mayoría de los pacientes fueron dados de alta en el primer día postoperatorio y, por lo tanto, son potencialmente elegibles para la cirugía ambulatoria, casi todos los casos se realizaron bajo la hospitalización clásica. En otros pacientes, en los que se lleva a cabo la exploración cervical bilateral, también se realiza la tiroidectomía y la determinación del PTH postoperatorio, lo que también nos permite optar por la cirugía mayor ambulatoria en el Hospital São João.

Al mismo tiempo, se han operado 109 casos de hiperparatiroidismo renal, 13 de los cuales eran paratiroidectomías uniglandulares con abordaje unilateral o selectivo y 3 MIVAP, que también se podrían hacer en la cirugía ambulatoria con el apoyo perioperatorio de las unidades de diálisis en los pacientes tratados.