CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):108

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-108 - CIRUGÍA ENDOCRINA EN RÉGIMEN AMBULATORIO. 17 AÑOS DE EXPERIENCIA

Miguel Mesa, Diana; Muñoz de Nova, José Luis; Mora Guzmán, Ismael; Correa Bonito, Alba; Marín Campos, Cristina; Torres Mínguez, Emma; Auza Villegas, Jorge Percy

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: Aunque la cirugía endocrina en régimen de cirugía mayor ambulatoria (CMA) ha demostrado buenos resultados, su implementación se ha visto limitada tradicionalmente ante el temor a la aparición de complicaciones tempranas, como el hematoma sofocante. El objetivo de este estudio fue analizar los resultados obtenidos durante 17 años en los pacientes sometidos a cirugía tiroidea o paratiroidea realizada de forma ambulatoria en nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo de una cohorte de pacientes intervenidos por patología tiroidea o paratiroidea en régimen de CMA en el periodo de enero de 2000 a diciembre de 2016. Se recogieron motivo y tipo de intervención quirúrgica, incidencias intraoperatorias, estancia hospitalaria, resultado anatomopatológico definitivo, complicaciones postquirúrgicas y necesidad y motivo de ingreso hospitalario.

Resultados: Se incluyeron 188 pacientes: 84% mujeres, con una edad media de 48,8 ± 14,0 años y un riesgo anestésico ASA I o ASA II en el 97,8% de los casos. De los 87 procedimientos (46,3%) realizados por patología tiroidea, todos fueron hemitiroidectomías, salvo una totalización de hemitiroidectomía previa. El 82,9% presentaba una citología sugerente de benignidad, en el 10,2% había sospecha de malignidad, y en el 6,9% la muestra era insuficiente para el diagnóstico citológico. El tamaño medio del nódulo tiroideo fue 30,9 ± 12,4 mm. El diagnóstico anatomopatológico fue hiperplasia nodular en 36 casos (41,4%), adenoma folicular en 31 de ellos (35,6%), carcinoma papilar en 4 casos (4,6%, dos de ellos carcinomas mínimamente invasivos) y un carcinoma folicular mínimamente invasivo. 12 pacientes (13,8%) requirieron ingreso hospitalario por presentar débito mayor de lo esperado por el drenaje colocado durante la cirugía y un caso más por retención aguda de orina (1,1%). Únicamente uno de estos pacientes precisó un ingreso superior a las 24 horas. En 101 pacientes (53,8%) se realizó una paratiroidectomía selectiva por hiperparatiroidismo primario debido a adenoma único localizado mediante dos pruebas de imagen concordantes. En el 99,1% se confirmó el diagnóstico histológico de adenoma paratiroideo con un peso mediano de 956,4 mg (RIQ 299,2-1178,7 mg), evidenciándose carcinoma de paratiroides con patrón infiltrativo en un caso. El 92,1% fue dado de alta el mismo día de la intervención. El 3,0% precisó ingreso por presentar náuseas y/o vómitos postoperatorios. En el 4,9% se decidió cursar el ingreso del paciente durante la intervención quirúrgica tras haberse realizado una cirugía más laboriosa de lo previsto. No se registraron complicaciones una vez dados de alta, excepto un

paciente que acudió a urgencias 48 horas después de haberse realizado una paratiroidectomía selectiva mínimamente invasiva por parestesias sin hipocalcemia analítica, y otro caso que presentó infección de la herida quirúrgica siete días después de realizarse una hemitiroidectomía.

Conclusiones: En nuestra experiencia, una buena selección de los pacientes permite realizar una la cirugía tiroidea y paratiroidea en régimen de CMA de forma segura, ya que se asocia a una baja tasa de complicaciones y permite un ahorro significativo en los costes del proceso.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados