

## Uso de drenajes en cirugía tiroidea y paratiroidea

José Miguel Sánchez-Blanco

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España.

### Resumen

El uso de drenaje posquirúrgico en las tiroidectomías y paratiroidectomías sigue creando controversias. Una revisión de CIRUGÍA ESPAÑOLA muestra que sólo se cita el drenaje (se deje o no) en el 11% de las publicaciones sobre tiroides y paratiroides. De las discusiones en nuestros congresos parece adivinarse que la mayoría de los cirujanos lo usa sistemáticamente. Se lleva a cabo un análisis de 25 publicaciones: sólo 2 recomiendan el drenaje sistemático. De esta revisión se deduce que: *a)* el uso de drenajes no evita o previene la hemorragia; *b)* el tratamiento de la hemorragia no es más rápido por usar drenajes; *c)* cuando hay una hemorragia postoperatoria, el drenaje es obstruido por los coágulos; *d)* la forma de prevenir hematomas es prestar una atención escrupulosa a la hemostasia; *e)* el drenaje no evita las colecciones cervicales; *f)* el drenaje alarga la estancia hospitalaria; *g)* es causa de molestias para los pacientes; *h)* la tasa de infección no es mayor sin drenaje, e *i)* el drenaje no ofrece beneficios o es innecesario en la cirugía no complicada. Según nuestra experiencia, el drenaje puede obviarse en el 90% de las tiroidectomías y en el 100% de paratiroidectomías por hiperparatiroidismo primario. Parece aconsejable cambiar nuestra práctica en este sentido.

**Palabras clave:** *Drenaje cervical. Tiroidectomía. Paratiroidectomía. Complicaciones.*

### USE OF DRAINS IN THYROID AND PARATHYROID SURGERY

The use of postsurgical drains in thyroidectomy and parathyroidectomy continues to be controversial. A review of CIRUGÍA ESPAÑOLA shows that drainage (whether left in place or not) is cited in 11% of publications on the thyroid and/or parathyroid glands. From discussions in congresses, it can be deduced that most surgeons use drainage systematically. We performed an analysis of 25 publications: only two recommend systematic drainage. From this review, it can be concluded that: *a)* the use of drainage does not prevent hemorrhage; *b)* postoperative hemorrhage is not treated more rapidly when drainage is used; *c)* when hemorrhage occurs, the drain becomes obstructed by clots; *d)* the way to prevent hematomas is by paying close attention to hemostasis; *e)* drainage does not prevent cervical collections; *f)* drainage increases the length of hospital stay; *g)* drains cause discomfort to the patient; *h)* the infection rate is not higher without drainage; *i)* drainage does not provide benefits or is unnecessary in uncomplicated surgery. In our experience, drainage can be avoided in 90% of thyroidectomies and in 100% of parathyroidectomies for primary hyperparathyroidism. Changing current practice would seem to be advisable.

**Key words:** *Cervical drainage. Thyroidectomy. Parathyroidectomy. Complications.*

### Introducción

Clásicamente, la cirugía endocrina cervical ha sido considerada de riesgo vital potencial ante la posibilidad de desarrollo del llamado "hematoma sofocante". El cuello es una región poco distensible, cerrada por músculos potentes, por donde pasan estructuras vitales como la tráquea. Por ello, una hemorragia postoperatoria no advertida pue-

de ocasionar la muerte por asfixia en un corto espacio de tiempo. El problema no es teórico, y en diferentes discusiones de congresos siempre se ha advertido y presentado algún caso de muerte por esta causa. Aunque en la actualidad esos casos son anecdóticos, ésta es la principal razón por la que dejar un drenaje cervical tras una tiroidectomía o una paratiroidectomía parece sensato. Tal vez por ello, el hecho de cerrar una cervicotomía sin drenaje sigue creando inquietud e intranquilidad entre los cirujanos y se sigue debatiendo "ardorosamente" esta cuestión. Asimismo, seguimos inculcando a nuestros residentes la política del drenaje sistemático cervical. Pero, ¿cómo está realmente la cuestión en nuestra práctica profesional?

Correspondencia: Dr. J.M. Sánchez Blanco.  
Perís Mencheta, 17. 41002 Sevilla. España.  
Correo electrónico: jmsanchezbla@inicia.es

Manuscrito recibido el 25-9-2003 y aceptado el 22-12-2003.

## Estado del drenaje cervical en nuestras publicaciones

Una revisión de la Revista de nuestra asociación, CIRUGÍA ESPAÑOLA, desde 1985 hasta junio de 2003, con un total de 35 volúmenes y 211 números, excluidos los suplementos, muestra que se ha publicado un total de 4.852 artículos. De ellos, 203 (4,18%) se referían a cirugía tiroidea y paratiroidea o estaban en relación con vaciamientos ganglionares cervicales. En la tabla 1 se expone el tipo de artículo y su porcentaje respecto a sus homónimos de otros temas. Ante la dificultad de clasificar algunos artículos publicados en números monográficos, se han considerado como *Originales* los artículos publicados en estos números, aunque no se refirieran a experiencia personal de los autores. Tras comprobar si se citaba el drenaje cervical en cualquiera de los diferentes apartados, se han clasificado los artículos, según si procediera o no hablar de drenajes, en editoriales, originales de temas exclusivamente diagnósticos o de postoperatorio tardío (p. ej., supervivencia a largo plazo del carcinoma, efectos de la tiroidectomía sobre diversos iones, etc.); no parece oportuno referirse a detalles de la técnica quirúrgica. Así, en 74 artículos (36,46%) no procedía citar drenajes y sí hubiera sido adecuado en 129. De estos últimos, sólo se hablaba del drenaje en 15 (11,63%)<sup>1-15</sup>. Por secciones, se citaba el drenaje en 13 (18,05%)<sup>2-8,10-15</sup> de 72 originales, en 2 (4,87%)<sup>1,9</sup> de 41 notas clínicas, en ninguna de las 15 cartas al director ni en la única revisión de conjunto en la que parecía procedente un comentario al respecto. Estos 15 estudios se habían realizado de modo retrospectivo en 2 casos<sup>4,14</sup> y prospectivo en uno<sup>13</sup>; en el resto no se citaba su carácter. Obviando las 2 notas clínicas, referidas a un caso, se recomendaba drenaje sistemático en 5 estudios<sup>2,3,5,12,15</sup>, casi sistemático en uno<sup>8</sup>, selectivo en la hemitiroidectomía y sistemático en la tiroidectomía bilateral en uno<sup>6</sup>, selectivo en 3<sup>4,7,14</sup> y se cerraba sin drenaje en 3<sup>10,11,13</sup>, estos últimos referidos a paratiroidectomía mínimamente invasiva. Sólo en uno de los artículos se investigaba la necesidad de dejar drenajes tras la cirugía tiroidea<sup>4</sup>, y en otro<sup>14</sup> se comprobó que la "especialización" en cirugía endocrina conllevaba el abandono del drenaje sistemático, que pasaba de ser usado en el 100% de los pacientes a sólo en el 10% (diferencia estadísticamente significativa).

Cabe pensar que si no se citan los drenajes es que no se utilizan. Sin embargo, la realidad de las discusiones en los congresos de nuestra Asociación hace pensar lo contrario. Acaso no se citan los drenajes cervicales porque se considera una práctica sistemática, de la misma forma que la mayoría de las publicaciones no menciona el cierre de la piel. Un estudio de 1998<sup>16</sup> evaluó el uso de drenajes

en 799 hospitales de Austria, Alemania y Suiza por medio de una encuesta: el 98,2% de los cirujanos usaba drenajes tras la tiroidectomía subtotal bilateral, y el más utilizado era un drenaje de alto vacío. La muestra de que la controversia continúa es que siguen publicándose estudios retrospectivos y prospectivos al respecto en diferentes revistas quirúrgicas internacionales.

## Estado del drenaje tras cirugía tiroidea y paratiroidea

En un intento de comprobar la eficacia de los drenajes tras la cirugía endocrina cervical, hemos realizado un análisis de las publicaciones a nuestro alcance utilizando la base de datos de Pub-Med. Se han obviado intencionalmente los estudios que no investigan el drenaje de manera específica. Tampoco se han considerado 2 estudios<sup>17,18</sup> cuyos datos eran duplicados de otros<sup>16,19</sup>, respectivamente.

Hay 2 tipos genéricos de drenaje: los drenajes abiertos o pasivos, en los que el líquido se evacúa por gravedad o capilaridad (p. ej., tipo Penrose), y los drenajes cerrados o activos, en los que el líquido es drenado por succión externa, a base de aplicar una presión negativa, ya sea incluida en un frasco (botella de prevacío) o por medio de un fuelle o concertina. Estos últimos se subdividen en drenajes de alto o bajo vacío, dependiendo de la presión negativa aplicada. Tanto los drenajes activos como los pasivos han sido utilizados en diversos medios, probablemente dependiendo de la "escuela", sistemática o política asistencial de cada servicio.

En las tablas 2-4<sup>4,16,19-42</sup> se reseñan los estudios publicados sobre drenaje cervical en cirugía tiroidea y paratiroidea. Se han dividido en 3 grupos, según el carácter del estudio, y se han clasificado por orden cronológico. En la tabla 2 se exponen los datos de los estudios unilaterales, es decir, aquellos en los que se usa el drenaje sistemático o, por el contrario, se cierra habitualmente sin drenaje. En la tabla 3 se reseñan los estudios retrospectivos comparativos entre cierre con y sin drenaje. En la tabla 4 se indican los estudios comparativos prospectivos y aleatorizados, que supondrían un nivel Ib de evidencia. Basándonos en estos y otros trabajos, pasaremos revista a las razones que suelen manifestarse para usar un drenaje tras una cirugía endocrina cervical.

## Razones esgrimidas para el uso sistemático de drenajes

### Prevención del hematoma sofocante

TABLA 1. Artículos publicados en CIRUGÍA ESPAÑOLA (1985-2003)

	Ed	Or	NC	CD	RC	NT	AE	IM	Total
Artículos publicados	204	2.571	1.211	697	104	35	27	3	4.852
Artículos sobre tiroides y/o paratiroides	6	130	43	19	5	—	—	—	203
Porcentaje de artículos de tiroides o paratiroides respecto al global	2,94	5,05	3,55	2,72	4,8	—	—	—	4,18

AE: artículos especiales (a partir de 1995); CD: cartas al director/editor; Ed: editorial; IM: imagen del mes (sólo en 2003); NC: notas clínicas; NT: notas técnicas; Or: originales; RC: revisiones de conjunto.

TABLA 2. Estudios sobre política de drenajes

Autor, año y referencia bibliográfica	Tipo de estudio	Política de drenaje	Tipo de drenaje	Objetivo del estudio	Pacientes	Conclusiones
De Toma et al, 1992 <sup>20</sup>	Retrospectivo	Sistemática	Redon	Eficacia	534	El drenaje es importante en la prevención y el tratamiento de la hemorragia
Willy et al, 1998 <sup>16</sup>	Prospectivo Aleatorizado	Sistemática	Pasivo/Redon	Comparativo de eficacia	80 (40 + 40)	Drenaje pasivo mejor que Redon
De Salvo et al, 1998 <sup>21</sup>	Prospectivo comparativo	Sistemática	Abierto Con antibióticos/sin antibióticos	Prevención infección	113 (57 + 56)	Sin diferencias significativas. El drenaje abierto comporta sepsis
De Salvo et al, 1998 <sup>22</sup>	Prospectivo Aleatorizado	Sistemática	Abierto/cerrado	Prevención sepsis	80 (40 + 40)	Sin diferencias significativas
Ardito et al, 1999 <sup>23</sup>	Retrospectivo	Sistemática	Redon	Beneficio del drenaje	1.217	Drenaje recomendado aunque no facilita el diagnóstico precoz ni la prevención de hemorragia
Benoit et al, 1999 <sup>24</sup>	Retrospectivo comparativo	Sistemática	Cerrado AP Cerrado BP	Comparativo de eficacia	123 (77 + 71)	Eficacia similar
Ruark y Abdel-Misih, 1992 <sup>25</sup>	Retrospectivo	Selectiva	No deja	Seguridad cierre sin drenaje	132	Drenaje profiláctico sistemático innecesario
Ariyanayagam et al, 1993 <sup>26</sup>	Prospectivo	Selectiva	No deja	Seguridad cierre sin drenaje	260	Tiroidectomía sin drenaje es segura
Wax et al, 1995 <sup>27</sup>	Prospectivo	Selectiva	No deja	Seguridad cierre sin drenaje	65	Drenaje innecesario en cirugía no complicada
Daou, 1997 <sup>28</sup>	Prospectivo	Selectiva	No deja	Seguridad cierre sin drenaje	150	Drenaje sistemático no indispensable
Davis, 1996 <sup>29</sup>	Experiencia personal <sup>a</sup>	Nunca	Ya no deja	Seguridad cierre sin drenaje	150	Recomienda cambio de práctica
Farndon, 1999 <sup>30</sup>	Experiencia personal <sup>a</sup>	Nunca	No deja	Seguridad cierre sin drenaje	80/año	No ha usado drenaje en los últimos 10 años

AP: alta presión; BP: baja presión.  
<sup>a</sup>Carta al Director.

La hemorragia postoperatoria es considerada la complicación más grave de la cirugía endocrina cervical<sup>12</sup>. Aunque su incidencia es baja (0,3-1%), en estudios recientes<sup>43-45</sup> no ha sido posible identificar los factores de riesgo para ésta, con la excepción de las anomalías de la coagulación conocidas<sup>43</sup>. Un factor causal se ha relacionado con los esfuerzos asociados a vómitos o tos<sup>12</sup>. Ésta es la razón más esgrimida para dejar un drenaje: supuestamente, la sangre se evacuará por el drenaje y será visible de forma temprana. Por otra parte, el drenaje puede evacuar la sangre y evitar una reintervención. Sin embargo, en la mayoría de las publicaciones no se han podido confirmar estas sospechas. Dos estudios italianos recomiendan el drenaje sistemático<sup>20,23</sup>. El primero se basa en una experiencia en 534 pacientes con una tasa de hemorragia que requirió reintervención del 0,56%; el segundo recomienda el drenaje porque el volumen medio evacuado fue de 100 ml, aunque reconoce que el drenaje no ha facilitado el diagnóstico precoz de hemorragia ni la ha prevenido. La mayoría de las publicaciones muestra que: a) el uso de drenajes no evita o previene la hemorragia<sup>23,28,31,37,39,41</sup>; b) la hemorragia postoperatoria no se trata o diagnostica más rápidamente por el uso de drenajes<sup>31,34,37,42</sup>; c) cuando hay una hemorragia significativa, el drenaje es obstruido por los coágulos<sup>4,23,27,31,34,37,39</sup>; d) el

drenaje alarga la estancia hospitalaria<sup>4,19,39,41,42</sup>; e) no ofrece beneficios o es innecesario en la cirugía no complicada<sup>4,19,25-29,31-42</sup>; y f) la cirugía endocrina cervical es segura sin drenaje<sup>26,29,30,33,35</sup>.

#### *El drenaje "me deja más tranquilo"*

Ésta es una apreciación subjetiva que muchos cirujanos confiesan sólo en los pasillos de los congresos. La única forma de quedarse tranquilo es extremar la hemostasia. En un estudio retrospectivo comparativo<sup>46</sup> se evaluó el sellado del campo quirúrgico tras tiroidectomía o paratiroidectomía con adhesivo de fibrina y sin él, dejando drenaje cervical. En los pacientes en que fue usado, el volumen de drenaje fue menor, los drenajes se retiraron antes y se ahorraron 0,9 días de estancia por paciente (lo que supuso una reducción del coste añadido del producto). Otra experiencia similar se realizó tras el cierre sin drenaje, sin que se observaran complicaciones hemorrágicas en ninguno de los 81 pacientes intervenidos<sup>47</sup>. Otros autores<sup>32</sup> sugieren rellenar el lecho tiroideo cruento con láminas de celulosa oxidada regenerada (Surgicel<sup>®</sup>) que, además poseen propiedades bactericidas, obviando el drenaje. Tal vez, éstas sean manifestaciones de ese "mie-

TABLA 3. Estudios retrospectivos comparativos

Autor, año y referencia bibliográfica	Tipo de drenaje	Pacientes		Complicaciones hemorrágicas		Reoperados hemorragia		Infección herida		Estancia hospitalaria (días)		Conclusiones
		D	ND	D (%)	ND (%)	D (%)	ND (%)	D	ND	D	ND	
Shaha y Jaffe, 1993 <sup>31</sup>	Jackson-Pratt	150 35	115	2	0	2	0	Idéntica		3	1-2	El drenaje no evita hemorragias El drenaje debe ser selectivo
Defechereux et al, 1997 <sup>32</sup>	Redon	1.789 575	1.214	22(1,2)	11 (0,6) p < 0,001	5 (0,9)	5 (0,4) p = NS	2	0	NC		El drenaje profiláctico es innecesario
Karayacin et al, 1997 <sup>33</sup>	Penrose <sup>a</sup> Redon	1.057 520	537	¿	¿	12 (2,3)	2 (0,37) p < 0,05	7	0 p < 0,05	NC		El drenaje sistemático es innecesario. El drenaje selectivo es seguro
Sánchez Blanco et al, 1998 <sup>4</sup>	Redon	333 251	82	5	3	1	2	0	0	4,05	2,7 p < 0,001	El drenaje sistemático es innecesario. El drenaje prolonga la EH
Tabaqchali et al, 1999 <sup>34</sup>	Succión cerrado	606 325	281	8 (2,4)	1 (0,35) p < 0,05	5	0	6	0 p < 0,05	NS		El drenaje no tiene ventajas El drenaje aumenta la infección
Joudinaud et al, 2002 <sup>35</sup>	¿Redon?	264 29	235	NC	7	NC	3	NC		NC	1,77	El drenaje constituye una falsa seguridad. La tiroidectomía es tan segura con como sin drenaje

D: con drenaje; EH: estancia hospitalaria; NC: no consta; ND: sin drenaje; NS: no significativo.  
<sup>a</sup>Penrose inicialmente y Redon después.

do" al hematoma, pero ambas parecen una forma costosa de "quedarse más tranquilo". Si en algo están de acuerdo la totalidad de las publicaciones revisadas es que la mejor forma de evitar hematomas es seguir esa recomendación, que Halstead expresó hace casi 100 años y que algunos citan en su bibliografía<sup>25,27,31,34,41</sup>. "Prestar atención a la hemostasia con cuidado escrupuloso y cerrar las heridas sin drenaje". Por otra parte, dado que la mayoría de las hemorragias graves suele producirse en las primeras 6 h postoperatorias<sup>45,48,49</sup>, la vigilancia estrecha de los pacientes durante ese tiempo parece una manera más eficaz de quedarse tranquilo.

#### *El drenaje no da complicaciones, ¿a qué llamamos complicaciones?*

Aunque escasas, se han descrito embolias aéreas tras la retirada del drenaje<sup>50</sup>, hemorragia significativa por el orificio de drenaje tras su retirada<sup>4</sup>, metástasis únicas de carcinoma de células de Hürthle en el orificio de salida de éste<sup>51</sup>, pérdidas de tiroxina que representaron más del 11% del conjunto de la tiroxina sérica total<sup>52</sup> (aunque sea un hecho que no tenga relevancia clínica) pero, sobre todo, es causa de molestias para gran parte de los pacientes. Los estudios comparativos que evalúan este factor muestran que el dolor fue mayor en los pacientes con drenaje<sup>39</sup>, así como el "malestar" subjetivo<sup>36</sup>. Otra publicación<sup>40</sup> muestra que un 15% de los pacientes manifestaron dolor en la extracción, y otro estudio que compara drenaje

activo frente a pasivo refiere mayor dolor a la extracción del drenaje activo<sup>16</sup>. Incluso, los que recomiendan el drenaje<sup>23</sup> reconocen que representa tan sólo una mínima molestia para el paciente. Pero también existe el motivo estético que supone una cicatriz adicional. Esto ha llevado a algunos autores a diseñar un sistema que esconde el orificio de salida bajo la tira del sujetador<sup>53</sup>.

#### *El drenaje evacuará seromas que pueden infectarse posteriormente*

En 2 estudios<sup>16,42</sup> se evalúan las colecciones residuales del lecho quirúrgico por ultrasonografía. En el primero se compara la colección, tras drenaje pasivo frente a activo, una vez retirado el drenaje. La media del volumen de esta colección no fue estadísticamente diferente (5,3 ml en los casos de drenaje activo frente a 4,4 ml del drenaje pasivo). El segundo estudio comparó las colecciones con y sin drenaje. El tamaño de la colección en pacientes sin drenaje fue mayor que en el grupo con drenaje (1,9 frente a 0,9 ml; p= 0,016), pero en una cantidad demasiado pequeña para tener relevancia clínica, según la opinión de los autores. No hubo casos de infección en ninguno de los 2 estudios. Esto confirmaría que tanto con drenaje como sin drenaje, quedan pequeños hematomas residuales en el lecho de tiroidectomía. Por lo que respecta a la infección, 2 estudios italianos la evalúan<sup>21,22</sup>. En ambos se compara el drenaje abierto frente al aspirativo y en ambos se concluye que la tasa de infección, aunque algo supe-

TABLA 4. Estudios comparativos, prospectivos y aleatorizados

Autor, año y referencia bibliográfica	Tipo drenaje	Pacientes		Complicaciones hemorrágicas		Reoperados hemorragia		Infección herida		Estancia hospitalaria (días)		Conclusiones
		D	ND	D (%)	ND (%)	D (%)	ND (%)	D	ND	D	ND	
Kistofferson et al, 1986 <sup>36</sup>	NC	100 50	50	1	0	0	0	0	0	NV	NV	Drenaje innecesario en cirugía no complicada
Wilborg et al, 1988 <sup>37</sup>	Aspirativo	150 75	75	7	5	1	1	0	1	NV	NV	El drenaje no disminuye la tasa de hemorragias y es innecesario su uso sistemático
Ayyash et al, 1991 <sup>38</sup>	Aspirativo	100 50	50	2? <sup>a</sup>	7? <sup>a</sup>	0	0	0	0	4,4	4,15	No hay evidencias estadísticas para drenaje sistemático
Peix et al, 1992 <sup>19</sup>	Aspirativo	97 48	49	1	3	0	0	0	0	3,26	3,8	El drenaje no es útil
Schoretsantis et al, 1998 <sup>39</sup>	Aspirativo	200 100	100	6	9	1	2	2	4	3,6	1,6	El drenaje no protege de hemorragia. Alarga la EH y molesta al paciente
Debry et al, 1999 <sup>40</sup>	Redon	100 43	57	4	0	0	0	0	NC	1,89	1,7	No hay razones para usar drenaje
Hurtado-López et al, 2001 <sup>41</sup>	Penrose y aspirativo	150 50+50 <sup>b</sup>	50	1	0	0	0	0	0	2,6	2	El drenaje no previene las complicaciones
Tübergen et al, 2001 <sup>42</sup>	Redon	100 52	48	14 <sup>c</sup>	15 <sup>c</sup>	2	0	0	0	3,6	3,9	Hemorragia postoperatoria no se trata más rápido con drenaje

D: con drenaje; EH: estancia hospitalaria; NC: no consta; ND: sin drenaje; NS: no significativo; NV: no valorado.

<sup>a</sup>Referido como colección de líquidos.

<sup>b</sup>50 Penrose y 50 aspirativo.

<sup>c</sup>Incluye mínimos hematomas de herida.

rior en el drenaje pasivo, no mostró diferencias significativas<sup>22</sup>, se usaran o no antibióticos profilácticos (ceftriaxona)<sup>21</sup>. Los estudios comparativos retrospectivos que evalúan la infección de la herida<sup>32-34</sup> muestran que sólo ha surgido en pacientes con drenaje. En los estudios aleatorizados en los que existió<sup>37,38</sup> no tuvo diferencias estadísticamente significativas. Los seromas, cuando no se resuelven de manera espontánea, se pueden tratar por aspiración percutánea<sup>25,26,38,41</sup>.

#### *El drenaje no añade costes excesivos al procedimiento*

Aunque, evidentemente, es más barato no usarlo, el problema de los costes no procede del precio del dispositivo, sino porque es motivo de prolongación de la estancia hospitalaria, como se ha citado con anterioridad. Por otra parte, exige cuidados adicionales de enfermería, no sólo en lo referente a la evaluación del aspecto y la cantidad del drenaje, sino también en la retirada y las curas.

#### **Cuándo dejar un drenaje**

Sería irracional suponer, a la luz de lo expuesto, que nunca está justificado un drenaje tras una cirugía endocrina cervical. Todos los artículos desaconsejan su uso sistemático, pero también facilitan su opinión respecto a los casos en que está justificado dejarlo: ante anomalías de la coagulación o tratamiento anticoagulante<sup>35-37</sup>, en disecciones amplias o linfadenectomías extensas<sup>27,32,35-37,40</sup> o ante un espacio muerto amplio (en caso de bocios gigantes o grandes bocios retrosternales)<sup>27,31,32,34,35</sup>; resumiendo, en las intervenciones quirúrgicas complejas. La consideración de si una cirugía es compleja o no suele depender de múltiples criterios personales, pero un estudio de nuestro país proporciona una cifra razonable<sup>14</sup>, evaluando en un 10% el uso de drenaje en una unidad de especialización en cirugía endocrina.

#### **Cambiar para mejorar**

Si algo no es útil no debe seguirse usando. El cambio puede hacerse de modo gradual. De hecho, nuestra propia experiencia<sup>4</sup> y la de otros autores<sup>33</sup> así lo estima. La confianza en que no drenar el cuello no conlleva más complicaciones la adquirimos después de evaluar a nues-

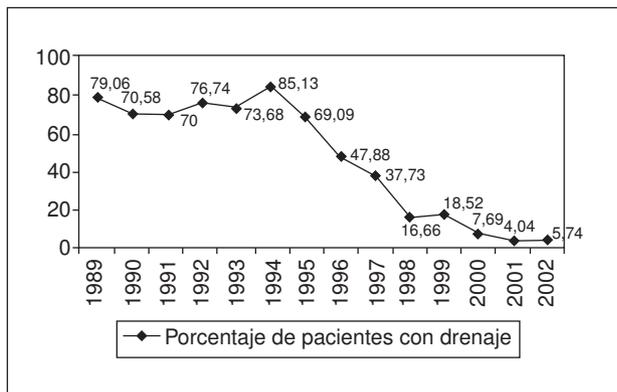


Fig. 1. Evolución en el tiempo (1989-2002) de la colocación de drenaje en la tiroidectomía (valores en porcentaje).

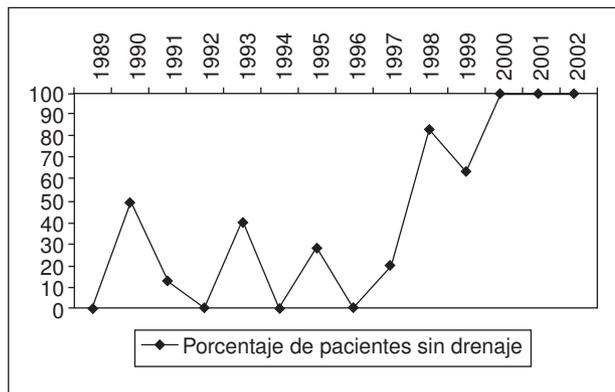


Fig. 3. Evolución en el tiempo (1989-2002) del cierre sin drenaje en la enfermedad de Graves (valores en porcentaje).

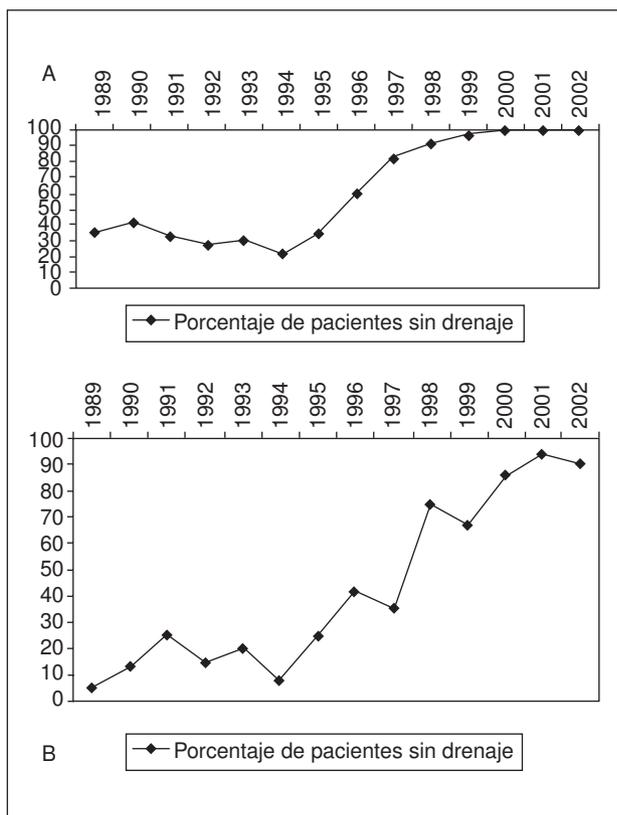


Fig. 2. Evolución en el tiempo (1989-2002) del cierre sin drenaje en tiroidectomía. A: tiroidectomía unilateral. B: tiroidectomía bilateral (valores en porcentaje).

tros propios pacientes, y con los años hemos ido calmando los "miedos". En la figura 1 se expone de manera gráfica la evolución de nuestro servicio, que muestra ese cambio gradual. En los últimos 3 años no consideramos necesario el cierre con drenaje en ninguna tiroidectomía unilateral, ni en el 90% de las bilaterales (fig. 2). Tampoco la enfermedad de Graves ha sido considerada una cirugía compleja (fig. 3), aunque para algunos autores, el hipertiroidismo sea una indicación de drenaje<sup>31,41</sup>. Más de la mitad de los bocios intratorácicos (fig. 4) se benefician, en la

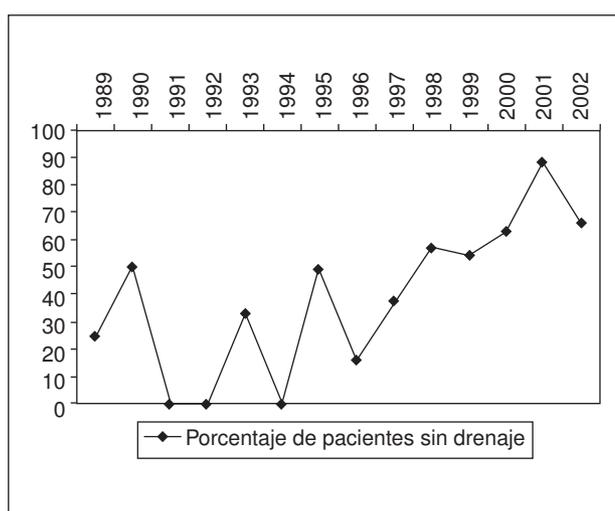


Fig. 4. Evolución en el tiempo (1989-2002) del cierre sin drenaje en el bocio intratorácico (valores en porcentaje).

actualidad, del cierre sin drenaje. Por último, nunca hemos considerado necesario dejar un drenaje cervical tras la cirugía del hiperparatiroidismo primario.

**Conclusión**

A la luz de lo expuesto, no parece haber muchos motivos para dejar un drenaje de forma sistemática en cirugía cervical endocrina no complicada. Parece aconsejable cambiar nuestra práctica en ese sentido. Y cabría añadir que esto supone también formar de esta manera a nuestros futuros especialistas.

**Bibliografía**

1. Beltrán de Heredia y Onís JM, Rabadán Jiménez J, Beltrán de Heredia Rentería J, Andrés Muñoz A, Farto Nieto M, Fernández de la Gándara G. Adenoma paratiroideo gigante situado en mediastino posterior. Cir Esp 1990;48:217-21.

2. Botella Bolorinos JA, Sancho Rodríguez-Fornos S, Pallas Regueira A. Control y tratamiento postoperatorio en el hiperparatiroidismo. *Cir Esp* 1991;50:226-9.
3. Larrañaga Barrera E, Martín Pérez E, Gómez Díaz C, Serrano Sánchez PA, Izaguirre Anduaga J. Tratamiento quirúrgico del bocio intratorácico. Análisis de 100 casos. *Cir Esp* 1992;52:199-204.
4. Sánchez Blanco JM, Gómez Bujedo L, Ruiz Luque V, Martínez Santos C, Galnares Barro R, Delgado Jiménez C. ¿Son necesarios los drenajes en cirugía tiroidea? *Cir Esp* 1998;63:20-4.
5. Martos Martínez JM, Pérez Andrés M, Del Valle López de Ayala A, Naranjo Fernández JR, Pérez Andrés I, Sousa Vaquero JM, et al. Hipoparatiroidismos posquirúrgicos. *Cir Esp* 1998;63:25-9.
6. Rueda Chimento JC, Alonso Troncoso I, Domínguez Comesaña E, Martínez Sueiro AM, Martínez Almeida R, Fernández Catalina P, et al. Cirugía tiroidea con criterios de corta estancia. *Cir Esp* 1998;64:536-9.
7. Gómez Bujedo L, Sánchez Blanco JM, Roldán Aviña JP, Ruiz Luque V, Delgado Jiménez C, Galnares Barro R, et al. Tiroidectomía de un día. *Cir Esp* 1999;65:107-9.
8. Peralta Pérez R, Cassola Santana JR, Fleites González G, Gutiérrez Calderín J, Guerra Mesa JL, Collado Otero JC. Cirugía de los bocios nodulares. Nuestra experiencia. *Cir Esp* 1999;65:224-7.
9. Grigioni M, Bedini I, Gómez J, Scocco L, Lavallén G, Seinfeldin C. Fistula quilífera cervical derecha postoperatoria: a propósito de un caso. *Cir Esp* 1999;66:525-54.
10. Deus Fombellida J, Gil Romea I, Marsella A, Noguera A, Sancho MA, et al. Cirugía selectiva bajo anestesia local para el tratamiento de los adenomas paratiroideos. *Cir Esp* 2000;68:111-5.
11. Martín Fernández J, García Vicente A, Sastre A, López Buenadicha A, Ramia Ángel JM, Padilla Valverde D, et al. Cirugía mínimamente invasiva radiodirigida en el hiperparatiroidismo primario. Resultados preliminares. *Cir Esp* 2000;68:543-7.
12. Sancho Fornos S, Vaqué Urbaneja J, Ponce Marco JL, Palasi Giménez R, Herrera Vela C. Complicaciones de la cirugía tiroidea. *Cir Esp* 2001;69:198-203.
13. Larrañaga Barrera E, Martín Pérez E, Cardeñoso Payo P, et al. Tratamiento ambulatorio del adenoma único de paratiroides mediante abordaje unilateral. *Cir Esp* 2001;70:222-6.
14. Ortega Serrano J, Sala Palau C, Lledó Matoses S. Utilidad de la especialización en cirugía endocrina de una unidad del servicio de cirugía general: análisis tras 500 tiroidectomías consecutivas. *Cir Esp* 2002;72:264-8.
15. Larrad Jiménez A, Quadros Borrajo P, Ramos García I, Sánchez-Cabezudo C. Tiroidectomía subtotal con resto volumétrico unilateral en la cirugía de la enfermedad de Graves-Basedow. *Cir Esp* 2003;73:206-12.
16. Willy C, Steinbronn S, Sterk J, Gerngross H, Schwarz W. Drainage systems in thyroid surgery: a randomised trial of passive and suction drainage. *Eur J Surg* 1998;164:935-40.
17. Schwarz W, Willy Ch, Ndjee Ch, Gerngross H. Schwerkraft oder saugdrainage in der schilddrüsenchirurgie? Effizienzkontrolle mittels sonographischer resthämatabestimmung. *Langenbecks Arch Chir* 1996;381:337-42.
18. Teboul F, Peix JL, Guibaud L, Massard JL, Ecochard R. Drainage prophylactique après thyroïdectomie: un essai randomisé. *Ann Chir* 1992;46:902-4.
19. Peix JL, Teboul F, Feldman H, Massard JL. Drainage after thyroïdectomy: a randomized clinical trial. *Int Surg* 1992;77:122-4.
20. De Toma G, Sgarzini G, Gabriele R, Campi M, Plocco M. Il drenaggio nella chirurgia della tiroide. *Minerva Chir* 1992;47:1545-8.
21. De Salvo L, Razzetta F, Tassone U, Arezzo A, Mattioli FP. Il ruolo del drenaggio e della profilassi antibiotica in chirurgia tiroidea. *Minerva Chir* 1998;53:895-8.
22. De Salvo L, Arezzo A, Razzetta F, Tassone U, Mattioli FP. Rapporto fra tipo di drenaggio e sepsi nella chirurgia tiroidea. *Ann Ital Chir* 1998;69:165-7.
23. Ardito G, Revelli L, Guidi ML, et al. Il drenaggio nella chirurgia della tiroide. *Ann Ital Chir* 1999;70:511-7.
24. Benoit L, L'Helgouarc'h JL, Goudet P, Cougard P. Intérêt du drain unique à basse pression dans les suites opératoires des thyroïdectomies bilatérales. Comparaison rétrospective avec le drainage bilatéral de Redon. *Ann Chir* 1999;53:123-6.
25. Ruark DS, Abdel-Misih RZ. Thyroid and parathyroid surgery without drains. *Head Neck* 1992;14:285-7.
26. Ariyanayagam DC, Naraynsingh V, Busby D, Sieunarine K, Raju G, Jankey N. Thyroid surgery without drainage: 15 years of clinical experience. *J R Coll Surg Edinb* 1993;38:69-70.
27. Wax MK, Valiulis AP, Hurst MK. Drains in thyroid and parathyroid surgery. Are they necessary? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;121:981-3.
28. Daou R. Thyroïdectomie sans drainage. *Chirurgie* 1997;122:408-10.
29. Davis O. Drainage after thyroid and parathyroid surgery. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1996;122:898.
30. Farndon JR. Securing of surgical drains in the neck. *Ann R Coll Surg Engl* 1999;81:143.
31. Shaha AR, Jaffe BM. Selective use of drains in thyroid surgery. *J Surg Oncol* 1993;52:241-3.
32. Defechereux Th, Hamoir E, Nguyen Dang D, Meurisse M. Le drainage en chirurgie thyroïdienne. Est-ce toujours une nécessité? *Ann Chir* 1997;51:647-53.
33. Karayacin K, Besim H, Ercan F, Hamamci O, Korkmaz A. Thyroïdectomy with and without drains. *East Afr Med J* 1997;74:431-2.
34. Tabqchali MA, Hanson JM, Proud G. Drains for thyroïdectomy/parathyroïdectomy: fact or fiction? *Ann R Coll Surg Engl* 1999;81:302-5.
35. Joudinaud T, Corre FL, Pagès JC, Renou G, Deraedt S. Drainage dans la chirurgie thyroïdienne. À propos de 264 patients. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2002;119:146-9.
36. Kristoffersson A, Sandzén B, Järhult J. Drainage in uncomplicated thyroid and parathyroid surgery. *Br J Surg* 1986;73:121-2.
37. Whilborg O, Bergljung L, Martensson H. To drain or not to drain in thyroid surgery. A controlled clinical study. *Arch Surg* 1988;123:40-1.
38. Ayyash K, Khammash M, Tibblin S. Drain vs no drain in primary thyroid and parathyroid surgery. *Eur J Surg* 1991;157:113-4.
39. Schoretsanitis G, Melissas J, Sanidas E, Christodoulakis M, Vlachonikolis JG, Tsiftsis DD. Does draining the neck affect morbidity following thyroid surgery? *Am Surg* 1998;64:778-80.
40. Debry C, Renou G, Fingerhut A. Drainage after thyroid surgery: a prospective randomized study. *J Laryngol Otol* 1999;113:49-51.
41. Hurtado-López LM, López-Romero S, Rizzo-Fuentes C, Zaldivar-Ramirez FR, Cervantes-Sánchez C. Selective use of drains in thyroid surgery. *Head Neck* 2001;23:189-93.
42. Tübergen D, Moning E, Richter A, Lorenz D. Prophylaktische drainage in der schilddrüsenchirurgie? Eine effizienzüberprüfung anhand klinischer und sonographischer parameter. *Zentralbl Chir* 2001;126:960-3.
43. Abbas G, Dubner S, Heller K. Reoperation for bleeding after thyroïdectomy and parathyroïdectomy. *Head Neck* 2001;23:544-6.
44. Burkey SH, Van Heerden JA, Thompson GB, Grant CS, Schleck CD, Farley DR. Reexploration for symptomatic hematomas after cervical exploration. *Surgery* 2001;130:914-20.
45. Hurtado-López LM, Zaldivar-Ramirez FR, Basurto Kuba E, Pulido Cejudo A, Garza Flores JH, Muñoz Solís O, et al. Causes for early reintervention after thyroïdectomy. *Med Sci Monit* 2002;8:CR247-50.
46. Matthews TW, Briant TDR. The use of fibrin glue in thyroid surgery: resource utilization implications. *J Otolaryngol* 1991;20:276-8.
47. Lachachi F, Descottes B, Durand-Fontanier S, Sodji M, Pech de la Clause B, Valleix D. The value of fibrin sealant in thyroid surgery without drainage. *Int Surg* 2000;85:344-6.
48. Shaha AR, Jaffe BM. Practical management of post-thyroïdectomy hematoma. *J Surg Oncol* 1994;57:235-8.
49. Lo Gerfo P. Local/regional anesthesia for thyroïdectomy: evaluation as an outpatient procedure. *Surgery* 1998;124:975-9.
50. Chang JL, Skolnick K, Bedger R, Schramm V, Bleyaert AL. Postoperative venous air embolism after removal of neck drains. *Arch Otolaryngol* 1981;107:494-6.
51. Chadwick DR, Harrison BJ, Manifold IHM. Solitary drain-site metastasis from Hürthle-cell carcinoma of the thyroid. *Eur J Surg Oncol* 2000;26:102.
52. Young HB, Twiss DH. Hormonal aspects of suction drainage after thyroïdectomy. *Surg Gynecol Obstet* 1979;149:343-5.
53. Clark MPA, Patel NN, Farrell RW. Drain placement after thyroid surgery: the bra-strap line. *J Laryngol Otol* 2002;116:722.