

Cirugía endocrina en régimen ambulatorio

La cirugía mayor ambulatoria (CMA) surge y se desarrolla ante la necesidad de controlar el gasto sanitario, esperando que reduzca el coste por proceso y que mejore la eficacia de los hospitales. Los avances en las técnicas anestésicas, la reducción de la agresividad quirúrgica, la mejora del soporte extrahospitalario a los pacientes, un cambio de mentalidad de profesionales y pacientes y la necesidad de aplicar políticas de contención del gasto sanitario han sido las bases fundamentales para el espectacular desarrollo de la CMA.

Como contrapartida, la CMA debe mantener el mismo nivel de calidad asistencial y no empeorar los resultados. Todo ello debe contar, siempre, con la aceptación del paciente.

¿Cómo llegamos a la cirugía mayor ambulatoria en cirugía endocrina?

La cirugía endocrina en régimen ambulatorio parece ser consecuencia de la aplicación de técnicas poco invasivas dando lugar a lo que actualmente denominamos cirugía mínimamente invasiva (CMI).

Desafortunadamente, las definiciones de CMI no son homogéneas. Así, mientras que para unos autores la CMI implica la utilización de técnicas poco invasivas (videoscopia, laparoscopia) otros la definen como aquella que se realiza de forma selectiva (exploración unilateral en el hiperparatiroidismo) con mínima incisión y mediante anestesia local y sedación; finalmente, para otros autores simplemente sería necesario para su definición la utilización de una mínima incisión. En todos los casos, el denominador común parece ser la mínima incisión y cómo hacerlo depende del armamentario diagnóstico y terapéutico de cada grupo y de su experiencia¹.

Cirugía del hiperparatiroidismo

La necesidad de mejorar la relación coste/eficacia, con el consiguiente ahorro de recursos, y la presión asistencial han sido detonantes para el desarrollo y la implementación de la CMA. Concretamente, en la cirugía del hiperparatiroidismo primario (HPTP) no sólo se debe operar bien y curar al 95% de nuestros pacientes (cifra ya obtenida por la cirugía clásica con exploración bilateral)^{2,3}, sino que se debe hacerlo más barato y más rápido, si es posible, para disminuir las listas de espera.

¿Es más barata la cirugía del hiperparatiroidismo primario en cirugía mayor ambulatoria?

En el HPTP, la localización preoperatoria del adenoma, mediante el uso sistemático de la gammagrafía con sestamibi (MIBI) y ecografía, la determinación intraoperatoria de la hormona paratiroidea (PTH), la localización intraoperatoria con sonda gamma, la mínima incisión (con o sin videoscopia y/o laparoscopia) y la realización de exploraciones cervicales con anestesia local y sedación han promovido la paratiroidectomía selectiva, la CMI y el consecuente manejo de estos pacientes en régimen de CMA^{1,4,5}.

Los estudios realizados en la última década han puesto de manifiesto que, en casos seleccionados, la CMI-CMA es eficaz y segura y, además, los pacientes se benefician de un postoperatorio más liviano y con mejores resultados cosméticos⁶.

Existen controversias sobre si el despliegue técnico dirigido a localizar el adenoma mediante la utilización sistemática de ecografía, MIBI y sonda gamma es más barato que la exploración cervical bilateral; son muchos los trabajos que, aún hoy, consideran que la mejor técnica de localización del adenoma es la realización de la cirugía por un cirujano experto^{5,7}. Por otra parte, la exploración bilateral sigue siendo el referente en el tratamiento del HPTP con unos resultados difíciles de batir cuando son realizados por cirujanos expertos (95-98% de curación)^{2,3}.

Tampoco parece que la determinación intraoperatoria de la PTH disminuya el tiempo operatorio, ni que sea útil o por lo menos igual de útil en todos los casos (hiperplasia), ni que deba emplearse sistemáticamente en casos donde ecografía y MIBI coincidan en lado y posición. Es más, hay quien cree que sólo sirve para saber que el paciente sale curado del quirófano y sólo es barata si se agrupan los pacientes en una misma sesión quirúrgica. Pero el despliegue técnico es inevitable, y contribuye a mejorar la seguridad de la cirugía. Así: a) el MIBI permite detectar ectopias que de otra forma, y dependiendo de la experiencia del cirujano, podrían acabar en cirugía no resuelta, b) con la PTH intraoperatoria el paciente sale del quirófano sabiendo que se ha curado, c) con la sonda gamma o con adenoma localizado con 2 técnicas coincidentes se puede hacer con seguridad una cirugía selectiva, etc. Probablemente, la utilización de todos los recursos no hace que el proceso sea más barato, aunque se realice ambulatoriamente. Es por eso que ha llegado el

momento de gestionar bien y, en este sentido, algunos autores proponen rentabilizar la cirugía mediante el uso secuencial de técnicas de localización, comenzando por la ecografía (más barata y no invasiva) y dejar al MIBI en segundo lugar cuando aquélla sea negativa o no concluyente⁸.

Finalmente, en nuestra experiencia, la CMA ha venido de la mano de la CMI pero, poco a poco, hemos comprobado que no de una forma rígida, que la cirugía del HPTP es independiente de ella y que puede realizarse con una incisión convencional, con anestesia general, sin necesidad de tecnología intraoperatoria (videolaparoscopia, PTH intraoperatoria, sonda gamma,...) e incluso, cirugías con exploración bilateral pueden ser candidatas a CMA. Todo depende de la agresión quirúrgica.

Parece que al final, tan importante es tener una selección adecuada del paciente como un cirujano técnicamente adecuado.

Cirugía tiroidea

Aunque la cirugía mayor ambulatoria en la cirugía tiroidea ha demostrado ser eficaz, su implementación no ha sido la esperada. La probabilidad de la presentación de hemorragia en las primeras 24 h del postoperatorio y el desarrollo posterior de hematoma sofocante planean sobre los cirujanos endocrinos y promueven la desconfianza en esta indicación.

La especialización del cirujano endocrino y el advenimiento de tecnologías de vanguardia en la cirugía tiroidea, así como la monitorización intraoperatoria del nervio recurrente, la CMI, la utilización del bisturí armónico –que permiten cirugía sin suturas– y la determinación intraoperatoria de PTH, pueden contribuir a desbloquear esta situación.

El índice de sangrado después de la tiroidectomía está entre el 0,5 y el 3% y, aparte de a causas técnicas, también se atribuye el desarrollo de hematomas precoces en el lecho tiroideo al uso cada vez mayor de sustancias antiagregantes. Actualmente, no hay estudios que evalúen la eficacia de material procoagulante dejado *in situ*⁹.

La tiroidectomía, en cualquiera de sus variedades (hemi, subtotal o total bilateral), ha sido realizada ambulatoriamente, unas veces de forma estricta, dando al paciente de alta sin pernoctar, y en otros casos en régimen de recuperación prolongada, con pernocta y estancia menor a 24 h (23h 59 min)^{10,11}.

La hipocalcemia postoperatoria como resultado de la devascularización de las glándulas paratiroideas puede ser diagnosticada tempranamente monitorizando intraoperatoriamente la PTH. Aunque está aún por concretar su utilidad definitiva, en la tiroidectomía bilateral puede ser un punto de apoyo para el manejo del paciente con estancias cortas o en CMA⁷.

La CMI tiroidea (videoasistida o por laparoscopia) no se ha generalizado en la mayoría de los grupos que se dedican a cirugía endocrina; además parece que sólo puede utilizarse en un pequeño porcentaje de pacientes (10%)⁹.

Sin embargo, la CMI no es un criterio imprescindible para hacer CMA; una vez más una técnica depurada, la comprobación meticulosa de la hemostasia, la selección adecuada de los pacientes y un cirujano experimentado en cirugía tiroidea son los pilares para hacer CMA en cirugía tiroidea. Concretamente, el cirujano que quiera hacer tiroidectomía en régimen ambulatorio debe tener un bagaje previo importante en cirugía tiroidea y analizar sus resultados, que son el mejor aval.

La cirugía tiroidea en régimen mayor ambulatorio cumple perfectamente el primero de los objetivos de la CMA al reducir el coste del proceso. Su realización no implica ningún gasto extraordinario ya que la mayoría de los grupos que hacen cirugía endocrina han incorporado de forma rutinaria el uso instrumentos de última generación tales como el bisturí armónico.

La determinación intraoperatoria de PTH puede ayudar a la ambulatorización de la tiroidectomía bilateral, aunque se supone que encarecerá el proceso. Hacen falta estudios que demuestren si su uso sistemático en cirugía tiroidea bilateral es rentable desde el punto de vista coste-eficacia.

Pablo Moreno Llorente

Servicio de Cirugía General y Digestiva.
Hospital de Bellvitge. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Duh Q-Y Presidential address: Minimally invasive endocrine surgery- standard treatment or hype? *Surgery*. 2003;134:849-57.
2. Chen H, Zeiger MA, Gordon TA, Udelsman R. Parathyroidectomy in Maryland: effects of an endocrine center. *Surgery*. 1996;120:948-53.
3. Bergenfelz A, Lindblom P, Tibblin S, Westerdaal S. Unilateral versus bilateral neck exploration for primary hyperparathyroidism. *Ann Surg*. 2002;236:543-51.
4. Henry J-F. Minimally invasive surgery of the thyroid and parathyroid glands. *Br. J. Surg*. 2006;93:1-2.
5. AACE/AAES position statement on the diagnosis and management of primary hyperparathyroidism. *Endocrine practice*. 2005;11:49-54.
6. Miccoli P, Bendinelli C, Berti P, Vignali E, Pinchera A, Marcocci C. Video-assisted versus conventional parathyroidectomy in hyperparathyroidism: a prospective randomized study. *Surgery*. 1999;126:1117-22.
7. Pasiaka JL. What's new in General surgery: endocrine surgery. *J Am Col Surg*. 2004;437-45.
8. Solorzano CC, Carneiro-Pla DM, Irvin GL 3rd. Surgeon-performed ultrasonography as the initial and only localizing study in sporadic primary hyperparathyroidism. *J Am Col Surg*. 2006;202:18-24.
9. Dralle H. Impact of modern technologies on quality of thyroid surgery. *Langenbecks Arch Surg*. 2006;391:1-3.
10. Lo Gerfo P, Gates R, Gazetas P. Outpatient and short-stay thyroid surgery. *Head and Neck*. 1991;13:97-101.
11. Mc Henry CHR. "Same day" thyroid surgery: An analysis of Safety, cost savings, and outcome. *Am Surg*. 1997;63:586-90.