



P-090 - NECESIDAD DE HEMOSTÁTICOS EN CIRUGÍA ENDOCRINA AMBULATORIA. NUESTRA EXPERIENCIA

de La Fuente Bartolomé, Marta; Vieiro Medina, M. Victoria; Nieto Barros, Víctor; Alonso Murillo, Laura; Rihuete Caro, Cristina; Sánchez Argüeso, Arsenio; García Vasquez, Carlos; Jiménez de Los Galanes Marchan, Santos

Hospital Infanta Elena, Valdemoro.

Resumen

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) ha demostrado ser coste-efectiva manteniendo la calidad asistencial y la seguridad del paciente. En la cirugía endocrina resulta controvertido debido a las complicaciones asociadas a dicha cirugía: hematoma asfíctico, lesión recurrencial e hipocalcemia, siendo el primero el principal obstáculo para llevar a cabo la ambulatorización, debido a que es una de sus complicaciones potencialmente más graves. La edad, sexo masculino, hipertiroidismo, cirugía prolongada y la patología maligna asocian a un mayor riesgo de presentarlo. Este sangrado tiene una incidencia de 0,5-3% de los casos, máximo en las primeras 6h (75%) y excepcional después de las 24h. Las nuevas tecnologías de coagulación y sellado para los pedículos vasculares permiten recortar el tiempo quirúrgico e incrementar la seguridad. El uso de drenajes así como el de agentes hemostáticos tópicos han sido y son objeto de controversia.

Métodos: Se analizaron todas las hemitiroidectomías y paratiroidectomías a partir de 2020, dejando el uso rutinario de hemostáticos locales, excluyendo pacientes anticoagulados y grandes bocios. En todos los casos se omitió el uso de drenajes, se utilizó energía ultrasónica, y la hemostasia cuidadosa se comprobó con maniobra de Valsalva.

Resultados: En 2020 se realizaron 37 hemitiroidectomías, en 13 pacientes no se colocó hemostático. Ningún paciente precisó reintervención por sangrado, presentaron seroma dos pacientes sin hemostático y 6 pacientes con hemostático. Ninguna infección de herida. En 2021, comenzamos a realizar tiroidectomía total sin hemostáticos. El uso del mismo dependió de las características del paciente, preferencias del cirujano y los hallazgos intraoperatorios. Se realizaron 89 cirugías tiroideas, 37 de las cuales fueron sin hemostático. No hubo reintervenciones por sangrado, tres pacientes presentaron hipocalcemia transitoria, ninguna permanente. Tres pacientes presentaron disfonía, sin lesión del NLR (por fibrolaringoscopia). El tamaño medio del nódulo mayor en este grupo es de 21mm (6-40mm). Las 52 cirugías con hemostático, 2 precisaron reintervenciones por sangrado (uno con Graves mal controlado con drenaje, otro un BMN de gran tamaño, anticoagulado y con HTA). 4 presentaron hipocalcemia transitoria. 2 presentan hipocalcemia permanente, siendo uno de ellos el paciente reintervenido por sangrado. 2 pacientes presentaron disfonía, 1 sin parálisis de CCVV en la fibrolaringoscopia y 1 lesión unilateral del NLR. Ningún paciente presentó seroma y un paciente presentó infección de la herida quirúrgica, uno de los reintervenidos por sangrado. El tamaño medio del nódulo mayor fue de 30,1mm (5-55 mm).

Conclusiones: En nuestra experiencia, el uso sistemático de hemostáticos locales tras la cirugía tiroidea, no ha demostrado ser útil para prevenir el sangrado. En los dos pacientes que precisaron reintervención por sangrado, se había aplicado hemostático. No hay diferencias en cuanto a la aparición de seroma ni infección de herida. Se podría asociar a un aumento de riesgo de hipoparatiroidismo permanente en caso de precisar reintervención por sangrado, al retirar los restos de hemostático. Por tanto, en nuestro centro, se realiza una hemostasia rigurosa, comprobada con maniobras de Valsalva y no se utiliza hemostático de rutina.