

3. Villar del Moral JM, Aledo Soria V, Colina Alonso A, Gutierrez Rodríguez T, Ortega Serrano J, Parra Hidalgo P, et al. Vía clínica de la tiroidectomía. *Cir Esp.* 2015;93:283-99.
4. Orloff LA, Wiseman SM, Bernet VJ, Fahey TJ III, Shaha AR, Shindo ML, et al. American Thyroid Association Statement on Postoperative Hypoparathyroidism: Diagnosis, Prevention, and Management in Adults. *Thyroid.* 2018;28:830-41.
5. Sitges-Serra A. Etiology and Diagnosis of Permanent Hypoparathyroidism after Total Thyroidectomy. *J Clin Med.* 2021;10:543.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de La Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jmunoz@salud.madrid.org
(J.L. Muñoz de Nova).

José Luis Muñoz de Nova*, Álvaro Gancedo Quintana
y Álvaro Valdés de Anca

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.04.007>

0009-739X/© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.

Respuesta al artículo: ¿Influye la demora en el inicio del tratamiento sustitutivo en la recuperación de la hipocalcemia postoperatoria?



Reply to the article: Does the delay in the start of replacement therapy influence recovery from postoperative hypocalcemia?

Estimado Director:

Recientemente los autores del trabajo: ¿Influye la demora en el inicio del tratamiento sustitutivo en la recuperación de la hipocalcemia postoperatoria?¹, hacen referencia al trabajo que publiqué meses atrás en su revista² y piden alguna aclaración del mismo.

En primer lugar quiero agradecer a este grupo de cirujanos-investigadores que se haya fijado en nuestro trabajo y tenga dudas o aspectos que quieran aclarar.

En segundo lugar empiezo por aclarar que, efectivamente, el periodo de tiempo en que se desarrolla el estudio venía de la época en que los pacientes con una tiroidectomía total permanecían ingresados hasta lograr una estabilidad clínica y analítica. Tras este estudio se pudo elaborar un protocolo para que los enfermos se fueran a las 24 h de alta con tratamiento de calcio y calcitriol según el algoritmo creado¹. Lo que me sorprendió del estudio fue el número de pacientes con hipocalcemia bioquímica que no se traducían en síntomas. Incluso se repetían analíticas urgentes por si hubiera sido un error de laboratorio. Tanto es así que algún paciente, en torno a un 8%, se le empezaba a dar calcio oral para poder ser dado de alta al no desarrollar síntomas.

Respondiendo a su pregunta, alrededor de un 53% de los pacientes presentaba síntomas más allá de las 24 h, durante el ingreso. Es posible que los pacientes con hipocalcemia bioquímica pero no sintomática que se les administraba calcio oral hubieran desarrollado síntomas pero quizás hubieran tenido que estar más tiempo hospitalizados y sin dicho tratamiento. El hecho de estar ingresados durante al menos 48 h y en los casos sintomáticos hasta 4 días permitió ver la evolución de la hipocalcemia postquirúrgica. Coincidió con los autores que esto es actualmente imposible de llevar a cabo dado que existe suficiente evidencia para afirmar que los enfermos pueden irse a las 24 h de forma segura. Pero donde no hay una evidencia completa es a quién hay que tratar y en qué momento. En parte por lo que indican los autores en la comunicación presentada en el XXXIII Congreso Nacional, la variabilidad de las definiciones, incluso en lo más básico, la definición de hipocalcemia. En mi opinión la ventaja de tratar precozmente es la de poder dar un alta temprana con seguridad y no he visto que influya en la recuperación de la función paratiroidea posterior aunque si creo que la desescalada/suspensión del tratamiento suplementario debe iniciarse pronto, a partir de los 7-10 días posttiroidectomía. De esta forma se pueden, por una parte, detectar antes los hipoparatiroidismos permanentes y por otra finalizar tratamientos innecesarios.

Actualmente estamos llevando a cabo un estudio prospectivo sobre qué parámetros y en qué momento pueden predecir mejor cual de los enfermos precisará de calcio oral previo alta.

Para terminar solo añadir que la paratohormona (PTH) es seguramente el mejor parámetro bioquímico a valorar, pero no se puede generalizar pues la variabilidad en cuanto a sus formas y momentos de análisis son muy heterogéneas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Muñoz de Nova JL, Gancedo Quintana A, Valdés de Anca A. ¿Influye la demora en el inicio del tratamiento sustitutivo en la recuperación de la hipocalcemia postoperatoria? *Cir Esp.* 2021. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.04.007>.
2. Gutiérrez Fernández G, López Useros A, Muñoz Cacho P, Casanova Rituerto D. Prediction of post-iodectomy hypocalcemia through rapid PTH determination. *Cir Esp.* 2021;99:115-23.

Gonzalo Gutiérrez Fernández

Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, Cantabria, España

Correo electrónico: gonzalo.gutierrez@scsalud.es<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.04.018>

0009-739X/© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.