

5. Levy AC, Vanni AJ. Refractory urethral stricture management: Indications for alternative grafts and flaps. *Curr Urol Rep.* 2018;19:20. <http://dx.doi.org/10.1007/s11934-018-0769-0>.
6. Atallah S, Albert M, Larach S. Transanal minimally invasive surgery: A giant leap forward. *Surg Endosc.* 2010;24:2200-5.
7. Castaño R, Dario J, Palacios LJ, Uribe D. Cirugía mínimamente invasiva transanal (TAMIS): técnica y resultados de la experiencia inicial. *Rev Colomb Gastroenterol.* 2019;34:125-34.
8. Moreira A, Zapata G, Bollo C, Morales R, Sarotto L. TAMIS: ¿Un nuevo estándar para los pólipos de recto? Revisión de la bibliografía y reporte de nuestra experiencia. *Rev Argent Coloproct.* 2019;30:1-11.
9. Morán E, Bonillo MA, Fernández-Estevan L, Martínez-Cuenca E, Arlandis S, Broseta E, et al. Oral quality of life after buccal mucosal graft harvest for substitution urethroplasty. More than a bite? *World J Urol.* 2019;37:385-9.

^aDepartamento Clínico, Facultad de Ciencias Biomédicas, Universidad Europea de Madrid, Villaviciosa de Odón, Madrid, España

^bServicio de Urología, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

^cServicio de Cirugía General y Digestivo, Hospital Universitario de Getafe, Getafe, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: sonia.ruiz.grana@gmail.com, srgrana@salud.madrid.org (S. Ruiz-Graña).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.06.001>

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

Todos los derechos reservados.

Sonia Ruiz-Graña^{ab}, José Luis Ramos^{ac}, Ignacio Arance^{ab} y Javier C. Angulo^{ab}

Manejo de la cirugía tiroidea y paratiroidea en régimen ambulatorio

Management of thyroid and parathyroid surgery in major ambulatory surgery



La cirugía mayor ambulatoria (CMA) ha demostrado ser coste-efectiva manteniendo la calidad asistencial y la seguridad del paciente¹. En la cirugía tiroidea y paratiroidea resultan controvertidos, debido a las complicaciones a las que se asocia dicha cirugía: el hematoma asfíctico, la lesión recurrential y la hipocalcemia².

Hay que destacar la importancia de la especialización en la cirugía endocrina³ y en la cirugía ambulatoria, donde la morbilidad debe ser mínima. El principal obstáculo para llevar a cabo la ambulatorización de estos procesos es el sangrado postoperatorio, el cual tiene una incidencia de entre el 0,5% y el 3% de los casos, siendo más frecuente en las primeras 6 horas y excepcional después de las 24 horas⁴.

La utilización de nuevas tecnologías en la coagulación y el sellado de los pedículos vasculares ha permitido recortar el tiempo quirúrgico e incrementar los niveles de seguridad respecto al sangrado postoperatorio⁵.

Se presenta un estudio observacional retrospectivo de los pacientes con indicación de hemitiroidectomía o paratiroidectomía realizadas en régimen ambulatorio entre 2019 y 2020.

Los pacientes programados para hemitiroidectomía o paratiroidectomía (decisión tomada en comité multidisciplinar) son programados desde la consulta como cirugía ambulatoria. Los criterios de selección son los siguientes: paciente mayor de edad, riesgo anestésico ASA I-III, soporte social o familiar adecuados, independientemente del Bet-

hesda (fig. 1) o el tamaño del nódulo (el tamaño medio registrado es de 27,7 cm, con un rango entre 7 y 57 cm).

Todos los pacientes son intervenidos por cirujanos con dedicación exclusiva a la cirugía endocrina, con el apoyo de la infraestructura de CMA.

Los pacientes acuden al hospital una hora antes de la intervención, y se mantienen 6 horas en observación. Posteriormente son dados de alta a domicilio si cumplen los siguientes criterios: signos vitales estables; no equimosis, hematomas ni tumefacción cervical; no disfonía, disnea o

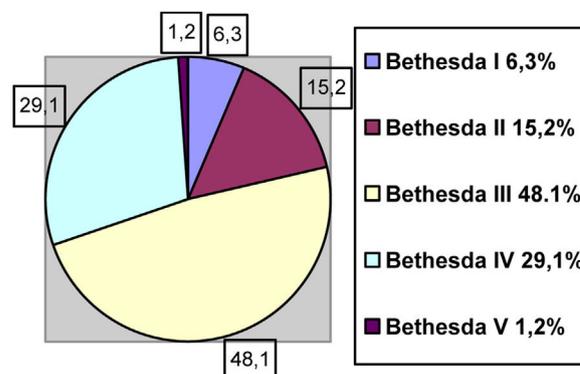


Figura 1 – Características del nódulo dominante de los pacientes con indicación de hemitiroidectomía. Tamaño medio: 27,7 cm. Rango: 7-57 cm.

disfagia, buena tolerancia oral, control adecuado del dolor, deambulaci3n, comprensi3n de las instrucciones, adecuado soporte domiciliario y posibilidad de control telef3nico.

En las paratiroidectomías se realiza medici3n de hormona paratiroidea (PTH) previa a la intervenci3n y tras 10 minutos de la extracci3n de la glándula, necesitando un valor dentro de los límites de la normalidad para el alta.

En las hemitiroidectomías, para el sellado vascular, se utiliza bisturí ultras3nico y motorizaci3n del nervio laríngeo recurrente (NLR).

A las 24 horas, se realiza una llamada por parte de la enfermera de CMA para control precoz y valoraci3n del grado de satisfacci3n, a trav3s de un cuestionario.

Posteriormente se realiza el seguimiento en consulta de endocrinología a las 4 semanas de la intervenci3n. Por parte de cirugía, la valoraci3n es «no presencial» con un formulario dirigido que permite valorar la evoluci3n postoperatoria, las posibles complicaciones relacionadas con la herida y las lesiones nerviosas. A los pacientes con clínica sugestiva de lesi3n nerviosa, se les solicita valoraci3n por otorrinolaringología (ORL).

Durante el periodo descrito se intervinieron 82 hemitiroidectomías y 13 paratiroidectomías. Tres pacientes programados para hemitiroidectomía y uno para paratiroidectomía no cumplían criterios de CMA, por lo que se programaron desde consulta para cirugía con ingreso (no han sido incluidos en el estudio).

En las 79 hemitiroidectomías ambulatorias el 77,2% fueron dadas de alta a las 6 horas de la cirugía (CMA pura), el 21,5% precisaron una estancia menor de 12 horas en el hospital (CMA corta estancia). Una única paciente (1,3%) precisó ingreso por alteraciones en el electrocardiograma para valoraci3n por cardiología.

En los pacientes CMA corta estancia, la causa de prolongar la estancia fue en un 64,7% el haberse realizado la cirugía en horario de tarde (tabla 1).

Con una vigilancia de 6 horas, no hubo ninguna complicaci3n precoz. De los 17 pacientes en CMA corta estancia, el 29,4% presentó seroma leve (relatado por el paciente, ya resuelto en la revisi3n) y disfonía el 17,6%, con fibrolaringoscopia sin parálisis en la revisi3n por ORL (tabla 2). De los 61 pacientes en CMA pura, el 19,6% presentó seroma leve, un paciente (1,6%) infecci3n de herida que precisó curas en su centro de salud, el 1,6% clínica de nervio laríngeo superior y el 6,3% clínica de NLR (sin lesi3n constatada por ORL).

Tabla 1 – Causas de noche de ingreso

Paratiroidectomía 12 pacientes	Causas
CMA pura (83,3%)	-
CMA corta estancia (16,7%)	1 cirugía en turno de tarde 1 lesi3n NLR
Hemitiroidectomía 79 pacientes	Causas
CMA pura (77,2%)	-
CMA corta estancia (21,5%)	64,7% cirugía en turno de tarde Otras: v3mitos, síncope, petici3n del paciente
CMA: cirugía mayor ambulatoria; NLR: nervio laríngeo recurrente.	

Tabla 2 – Complicaciones postoperatorias en funci3n de la técnica quirúrgica y el tipo de CMA

Hemitiroidectomía 79 pacientes	Complicaciones
CMA pura (73%)	19,6% seroma 1,6% infecci3n de herida 1,6% clínica nervio laríngeo superior 6,3% clínica NLR (sin lesi3n)
CMA corta estancia (26%)	29,4% seroma 17,6% disfonía sin lesi3n en CCVV
Paratiroidectomía 12 pacientes	Complicaciones
	8,3% lesi3n de NLR advertida (1 paciente)
CCVV: cuerdas vocales; CMA: cirugía mayor ambulatoria; NLR: nervio laríngeo recurrente.	

Las complicaciones no son estadísticamente significativas ($p > 0,05$) comparando los pacientes CMA pura con los CMA corta estancia.

En las 12 paratiroidectomías incluidas en el estudio, la tasa de ambulatorizaci3n fue del 83,3% para CMA pura y del 16,7% para CMA corta estancia. Los motivos del ingreso fueron el realizar la cirugía en horario de tarde en un caso y la lesi3n del NLR advertida en la intervenci3n en otro caso (tabla 1).

Como complicaciones relacionadas con la herida, no se ha descrito ninguna (tabla 2). Tampoco hay registro de reingresos o visitas a urgencias por clínica de hipocalcemia en los pacientes estudiados.

Por tanto, con los datos obtenidos, la tasa de ambulatorizaci3n en hemitiroidectomías y paratiroidectomías es cercana al 80% y el índice de ingresos no deseados (entendiendo no deseados como corta estancia) es del 16,7% para la paratiroidectomía y del 21,5% en la hemitiroidectomía. Ningún paciente presentó complicaciones mayores en su domicilio y el grado de satisfacci3n fue alto o muy alto según las encuestas de enfermería y los *Net-Promotor-Score* del hospital. La mayor limitaci3n del estudio es el escaso número de pacientes incluidos.

La ambulatorizaci3n no incrementa el número de complicaciones en relaci3n con la herida, sangrado o lesiones nerviosas, siendo los resultados superponibles a los encontrados en la literatura⁶.

Podemos concluir que, la paratiroidectomía con abordaje selectivo y la hemitiroidectomía realizadas por cirujanos expertos, en régimen ambulatorio, cumplen con los objetivos de la cirugía ambulatoria: rebajan el coste del proceso, son seguras, efectivas y bien aceptadas por los pacientes⁷. Para ello, es importante hacer una correcta selecci3n de pacientes (lo que minimiza los posibles riesgos⁸) y ofrecerles informaci3n detallada desde la consulta.

BIBLIOGRAFÍA

- Zarb P, Coignard B, Griskeviciene J, Muller A, Vankerckhoven V, Weist K, et al. The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) pilot point prevalence survey of

- healthcare-associated infections and antimicrobial use. *Euro Surveill.* 2012;17. <http://dx.doi.org/10.2807/ese.17.46.20316-en>. 20316.
2. Orosco RK, Lin HW, Bhattacharyya N. Ambulatory thyroidectomy: a multistate study of revisits and complications. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2015;152:1017-23. <http://dx.doi.org/10.1177/0194599815577603>.
 3. Lorenz K, Raffaelli M, Barczyński M, Lorente-Poch L, Sancho J. Volume, outcomes, and quality standards in thyroid surgery: an evidence-based analysis-European Society of Endocrine Surgeons (ESES) positional statement. *Langenbecks Arch Surg.* 2020;405:401-25. <http://dx.doi.org/10.1007/s00423-020-01907-x>.
 4. Caulley L, Johnson-Obaseki S, Luo L, Javidnia H. Risk factors for postoperative complications in total thyroidectomy: A retrospective, risk-adjusted analysis from the National Surgical Quality Improvement Program. *Medicine (Baltimore).* 2017;96:e5752. <http://dx.doi.org/10.1097/MD.0000000000005752>.
 5. Shan-Yao H, Wang Q, Jun-Wang W, Ping-Ruan C. Prospective clinical trials of thyroidectomy with LigaSure vs conventional vessel ligation: a systematic review and meta-analysis. *Arch Surg.* 2009;144:1167-74. <http://dx.doi.org/10.1001/archsurg.2009.201>.
 6. Jin S, Sugitani I. Narrative review of management of thyroid surgery complications. *Gland Surg.* 2021;10:1135-46. <http://dx.doi.org/10.21037/gs-20-859>.
 7. Moreno P, Francos JM, Bosch A, Miró M, García Ruiz de Gordejuela A, Rafecas A. Resultados de la cirugía tiroidea limitada a un lóbulo en régimen ambulatorio. Estudio preliminar *Cir Esp.* 2007;81:87-90. [http://dx.doi.org/10.1016/s0009-739x\(07\)71269-1](http://dx.doi.org/10.1016/s0009-739x(07)71269-1).
 8. Balentine CJ, Sippel RS. Outpatient thyroidectomy. Is it safe? *Surg Oncol Clin N Am.* 2016;25:61-75. <http://dx.doi.org/10.1016/j.soc.2015.08.003>.
- Marta de la Fuente Bartolomé,
María Luisa Sánchez de Molina Rampérez,
Carlos García Vasquez, María Victoria Vieiro Medina
y Santos Francisco Jiménez de los Galanes Marchan
- Hospital Universitario Infanta Elena, Madrid, España
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: Marta.fuente@quironsalud.es
(M. de la Fuente Bartolomé).
- <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.05.016>
0009-739X/© 2021 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U.
Todos los derechos reservados.