

Informe preliminar sobre cirugía tiroidea ambulatoria

Preliminary report on ambulatory thyroid surgery

Joel Artiles Ivonnet,^I Edelberto Fuentes Valdés,^{II} Miguel Martín González,^{III}
Adalberto Infante Amor^{IV}

^I Especialista de I Grado en Cirugía General. Profesor Asistente. ISCM-H. Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras». Servicio de Cirugía General. La Habana, Cuba.

^{II} Especialista en Cirugía General. Profesor Titular de Cirugía ISCM-H. Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras». Servicio de Cirugía General. La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de II Grado en Cirugía General. Instructor ISCM-H. Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras». Servicio de Cirugía General. La Habana, Cuba.

^{IV} Especialista en Endocrinología. Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras». Servicio de Cirugía General. La Habana, Cuba.

RESUMEN

INTRODUCCIÓN. La cirugía ambulatoria de la glándula tiroidea se practica desde hace varios años, y además de la incorporación de las ventajas propias del régimen, no se han registrado alteraciones en los índices de complicaciones. El objetivo del presente estudio fue describir los resultados preliminares obtenidos en 19 pacientes operados ambulatoriamente por enfermedad nodular tiroidea.

MÉTODOS. Entre octubre de 2007 y octubre de 2008, 19 pacientes fueron sometidos a 20 intervenciones quirúrgicas para resección de la glándula tiroidea. La edad varió de 18 a 77 años, y a todos los pacientes se les practicó una hemitiroidectomía con istmectomía y biopsia por congelación. A una paciente se le completó la tiroidectomía de forma ambulatoria, por lo que se realizaron 20 operaciones en total. El diagnóstico citológico por BAAF, biopsia por congelación y parafina coincidió en 17 enfermos.

RESULTADOS. Se presentaron 3 complicaciones: una parálisis recurrente transitoria, un seroma de la herida y un hematoma. No hubo necesidad de ingresar a ninguno de los pacientes. Todos los enfermos mostraron satisfacción con el método ambulatorio.

CONCLUSIONES. La cirugía tiroidea ambulatoria es un método seguro y con buena aceptación por parte de los pacientes.

Palabras clave: Cirugía tiroidea ambulatoria, enfermedad tiroidea, hemitiroidectomía con istmectomía.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Ambulatory surgery of thyroid gland is performed from several years and in addition to the incorporation of the advantages typical of regime, no alteration was registered in complication rates. The aim of present study was to describe the preliminary results achieved in 19 ambulatory patients operated on due to thyroid nodular disease.

METHODS: Between October, 2007 and October, 2008, 19 patients underwent 20 surgical interventions to resect of thyroid gland. Age varied from 18 to 77 years and all of them underwent Hemithyroidectomy with isthmectomy and freezing biopsy. One patient had an ambulatory thyroidectomy for a total of 20 surgeries. Cytology diagnosis by fine needle aspiration biopsy (FNAB), freezing biopsy and paraffin was similar in 17 patients.

RESULTS: There were 3 complications: transient recurrent paralysis, wound seroma, and a hematoma. No patient was admitted. All patients were satisfied with ambulatory method.

CONCLUSIONS: Ambulatory thyroid surgery is a safe method with a good acceptance by patients.

Key words: Ambulatory thyroid surgery, thyroid disease, Hemithyroidectomy with isthmectomy.

INTRODUCCIÓN

En los últimos 30 años el mejoramiento del arsenal terapéutico y diagnóstico, así como las presiones económicas han incorporado muchos procedimientos de cirugía mayor al sistema de cirugía ambulatoria, entre ellos las operaciones de la glándula tiroidea.

En 1986 *Steckler*¹ publicó el primer artículo sobre tiroidectomía ambulatoria; lo siguieron *Mowschenson* y *Hodin*² en 1995, y fueron estos quienes describieron una corta estadía de 6 a 8 h posoperatorias en pacientes a los cuales se les realizó tiroidectomía total, entre otras técnicas. Existen otros estudios en la literatura mundial sobre este tema, pero a pesar de demostrar que es un procedimiento que se puede realizar ambulatoriamente y que los análisis de costo y la aceptación de los pacientes son favorables, no se ha generalizado la aplicación.³⁻⁷

La motivación por incrementar las técnicas quirúrgicas en régimen ambulatorio fue la principal para la realización de este estudio.

MÉTODOS

Se realizó el estudio prospectivo de 19 pacientes con enfermedad nodular tiroidea e indicación de hemitiroidectomía más istmectomía, los cuales fueron estudiados y tratados por los autores en el Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras», en el período comprendido entre octubre de 2007 y octubre de 2008. En la fecha referida se evaluaron 20 pacientes y uno decidió no entrar en el estudio. Una vez decidida la indicación quirúrgica en régimen ambulatorio, los pacientes fueron remitidos a la consulta ambulatoria de anestesiología. Cuando el anestesiólogo aprobó la operación, se solicitó a los enfermos que firmaran el consentimiento informado y el cirujano les entregó, por escrito, la preparación preoperatoria.

El día de la intervención los pacientes acudieron al hospital a las 7.30 a.m. Fueron trasladados a la sala de preoperatorio por personal debidamente entrenado. La intervención quirúrgica se realizó con anestesia general orotraqueal.

Período posoperatorio inmediato. Después de concluida la operación los pacientes fueron trasladados a la sala de recuperación, donde se mantuvieron hasta la recuperación de sus funciones vitales. La salida del hospital fue autorizada por el anestesiólogo.

Todos los enfermos fueron evaluados a las 24 h, momento en el cual se retiró el drenaje de la herida cervical. A partir de ese momento fueron vistos en la consulta externa, con una frecuencia quincenal durante el primer mes y mensual posteriormente.

Descripción de la muestra. Los criterios de selección de los pacientes fueron: tener indicación de hemitiroidectomía más istmectomía, vivir en Ciudad de La Habana, tener cobertura del médico de la familia y un transporte asequible en caso de urgencias.

Se confeccionó una base de datos en Microsoft Access para el análisis y procesamiento de los datos. Se confeccionó, además, una encuesta por el departamento de psicología de la institución, para medir el grado de satisfacción con el procedimiento (en una escala del 1 al 10, donde el 1 era el mínimo grado de satisfacción y el 10, el máximo) y sus resultados. Dicha encuesta fue entregada en consulta y se orientó devolverla ya completa en el Departamento de Psicología.

RESULTADOS

La edad de los pacientes estuvo en rango de 18 a 77 años. En cuanto al sexo, 15 pacientes eran del sexo femenino y 4 del masculino. A todos se les realizó hemitiroidectomía con istmectomía y biopsia por congelación. A una paciente se le completó la tiroidectomía ambulatoriamente pues la parafina fue positiva de carcinoma micropapilar, por lo que se realizaron en total 20 operaciones. El diagnóstico citológico por BAAF, biopsia por congelación y parafina coincidió en 17 enfermos. En 2 pacientes la BAAF y la biopsia por congelación fueron negativas; sin embargo, con la parafina se diagnosticó en una paciente un cáncer medular y en la otra un carcinoma micropapilar, para 10,52 % de falsos negativos.

En el posoperatorio inmediato hubo un caso con disfonía ligera, que al realizarle una fibrolaringoscopia, la cuerda vocal se encontró en posición intermedia. Su función se restableció al mes de tratamiento médico y seguimiento por foniatría y otorrinolaringología.

Hubo 2 complicaciones de la herida resueltas en consulta externa: 1 seroma y 1 hematoma, ambos se evacuaron a través del orificio del drenaje y los pacientes quedaron complacidos con el resultado cosmético del proceder. Ningún enfermo necesitó ingreso por complicaciones.

Todos los pacientes manifestaron en la encuesta estar muy satisfechos con su experiencia con la cirugía ambulatoria y con el resultado cosmético de la herida. Ante la interrogante de si volverían a operarse de esta forma, respondieron afirmativamente (de hecho uno de los casos se reoperó de forma ambulatoria para completar tiroidectomía a los 20 días de la operación anterior, previa fibrolaringoscopia normal). Refirieron además sentirse seguros con este método; globalmente calificaron su experiencia con un 10.

DISCUSIÓN

La cirugía de la glándula tiroidea en régimen ambulatorio se realiza desde finales del decenio de 1980; sin embargo, el temor al sangramiento posoperatorio que provoque un hematoma sofocante del cuello, entre otras complicaciones, no ha generalizado su implementación. La presencia del sangrado posoperatorio oscila entre 0,5 y 3 %¹⁸ y en un 75 % se diagnostica generalmente entre las 6 a 8 h después de la operación.^{1,13,18,19}

El análisis de la bibliografía se torna difícil pues en muchos artículos se documentan tiroidectomías totales y subtotaes de forma ambulatoria, pero no se desglosan las complicaciones según la técnica quirúrgica realizada. Además, son pocas las publicaciones que también miden los nervios en riesgo (número total de nervios que fueron disecados en dependencia de si el paciente es operado de uno o ambos lados del cuello).^{15,17}

Tampoco se realizan encuestas de satisfacción con la aplicación de una escala que permita conocer con mayor certeza lo que piensan y sienten estos pacientes. Con frecuencia la información suele ser ambigua, p. ej., «*casi todos satisfechos con la realización ambulatoria del proceder*»,¹ «*muy bueno*»,¹⁸ «*muy alta o alta en 95,2 %*».¹⁹

No hubo fallecidos en esta serie.

Entre las complicaciones de la herida en la cirugía de la tiroides los seromas tienen una incidencia que varía entre un 1,1 % y el 3,2 %, ^{10,16} y los hematomas, entre el 0,88 % y el 1,92 %. ^{10,12,15} Aunque hubo un caso de cada una de ellas, estas fueron muy pequeñas y de fácil solución en consulta. La hemorragia de la herida y las reoperaciones por este concepto se reportan entre el 1,3 % y el 2 %, ^{6,7,17} aunque no tuvimos esta complicación. Por otro lado, las infecciones, ausentes en este estudio, pueden variar del 0,6 % al 2,2 %. ^{10,16,18}

En cuanto a las lesiones recurrentes algunos trabajos son muy específicos pues informan de la realización de fibrolaringoscopia a todos los pacientes con cambios en la fonación. Otros solo reportan el cambio en el tono de la voz sin realizar evaluaciones de la movilidad de las cuerdas vocales, pero la estadística muestra un

espectro general del 0,88 %.¹² Algunos otros la desglosan en permanentes (entre 0,3 % y 1,1 %) ^{6,10,16,17} y transitorias (3,8 %).¹⁵ Otros recogen cambios temporales en el tono de la voz entre el 1,1 % y el 4 % de los casos, ^{7,10,17-19} sin explicar el origen de dichos cambios.

La necesidad de ingreso posoperatorio se comporta entre el 6,2 % y el 16 %.^{1,7,19} Vale señalar que en algunas de estas series se realizaron procedimientos quirúrgicos más complejos que los nuestros, lo cual explica estos datos. Sin embargo, también reportan aquellos que se ingresaron por ansiedad, sangramiento con reoperación y otras condiciones que no guardan relación con el motivo de ingreso antes expuesto. Hasta el momento, no ha sido necesario reingresar a los pacientes de la presente serie y el promedio de estadía en recuperaciones ha sido de 3 h. El tiempo de estadía más breve que se ha reportado oscila entre 90 y 120 min;¹⁵ en el resto de los reportes oscila entre las 4 y las 6 h.

En resumen, la hemitiroidectomía más istmectomía ambulatoria es un procedimiento seguro, que no incrementa la morbilidad o la mortalidad, y los pacientes muestran un alto grado de satisfacción en las encuestas, con la realización de este proceder y con los resultados estéticos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Steckler RM. Outpatient thyroidectomy: a feasibility study. *Am J Surg* 1986;152:417-9.
2. Mowschenson PM, Hodin RA. Outpatient thyroid and parathyroid surgery: a prospective study of feasibility, safety, and costs. *Surgery* 1995;118:10513.
3. Samson PS, Reyes FR, Saldares WN. Outpatient thyroidectomy. *Am J Surg* 1997;173:499-503.
4. McHenry CR. "Same-day" thyroid surgery: an analysis of safety, cost savings, and outcome. *Am Surg* 1997;63:586-9.
5. Marohn MR, LaCivita KA. Evaluation of total/near-total thyroidectomy in a short-stay hospitalization: safe and cost-effective. *Surgery* 1995;118:943-7.
6. Lo Gerfo P. Local/regional anesthesia for thyroidectomy: evaluation as an outpatient procedure. *Surgery* 1998;124:975-8.
7. Chin CWD, Loh KS, Tan KSL. Ambulatory thyroid surgery: an audit of safety and outcomes. *Singapore Med J* 2007;48(8):720.
8. Schwartz AE, Clark OH, Ituarte P. Therapeutic controversy: thyroid surgery the choice. *J Clin Endocrinol Metab* 1998;83:1097-105.
9. Hochman M, Fee WE Jr. Thyroidectomy under local anesthesia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 1991;117:405-7.
10. Rodríguez García R, Rodríguez Marzo I, Arias Domínguez M, Brea López R, Infante Carbonell MC. Diagnóstico y tratamiento de nódulos de la glándula tiroides. *MEDISAN* 2006;10 (1).

11. Gharib H, Goellner JR, Jonson DA. Fine needle aspiration cytology of the thyroid. A 12 years experience with 11 000 biopsies. Clin Lab Med 1993;13:699-709.
12. González Fernández R, De Dios Vidal JM, Salinas Graham JR, Infante Amorós A, López Soto MV. Resultados del tratamiento quirúrgico de la patología nodular tiroidea en el Hospital "Hermanos Ameijeiras" (1995-2004). Rev Cubana Cir [serie en Internet] 2004;43(2). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/cir/vol43_2_04/cir04204.htm
13. Farrar WB. Complications of thyroidectomy. Surg Clin North Am. 1983;63:1353-61.
14. Navarro Despaigne D. Epidemiología de las enfermedades del tiroides en Cuba. Rev Cubana Endocrinol. [serie en Internet]. 2004;15(1). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/end/vol15_1_04/end04104.htm
15. Terris David J, Moister Brent, Seybt Melanie W, Gourin Christine G, Chin Edward, Augusta GA. Outpatient thyroid surgery is safe and desirable. OtolaryngologyHead and Neck Surgery. 2007;136:556-9.
16. Peralta Pérez R, Fleites González G, Cassola Santana JR, Guerra Mesa JL, Collado Otero JC. Cirugía tiroidea: principios anatómicos y técnicos para reducir complicaciones. Rev Cubana Oncol 1999;15(2):81-8.
17. Sánchez Blanco JM, Recio Moyano G, Gómez Rubio D, Lozano Gómez M, Jurado Jimenez R, Torres Arcos C. Influencia de la superespecialización en cirugía endocrina en los resultados de la tiroidectomía en un servicio de cirugía general. Cir Esp. 2005;78(5):323-7.
18. Moreno P, Francos JM, Bosch A, Miró M, et al. Resultados de la cirugía tiroidea limitada a un lóbulo en régimen ambulatorio. Estudio preliminar. Cir Esp. 2006;80:273-4.
19. Sánchez Blanco JM, Recio-Moyano G, Guerola Delgado A, Gómez Rubio D, Jurado Jimenez Rosario, Torres-Arcos Cristina. Tiroidectomía en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Estudio prospectivo. Cir Esp. 2006;80(4):206-13.

Recibido: 19 de enero de 2009.

Aprobado: 26 de marzo de 2009.

Joel Artiles Ivonnet. Hospital Clínicoquirúrgico «Hermanos Ameijeiras». Servicio de Cirugía General. Calle Padre Varela y San Lázaro, Centro Habana. La Habana, Cuba. Correo electrónico: jartinet@infomed.sld.cu