

Cirugía endocrina en tiempos de COVID-19

Endocrine surgery in COVID-19 pandemic

Escoresca Suárez I, Utrera González A

Unidad de Cirugía Endocrina. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva.

INTRODUCCIÓN

En estos tiempos difíciles que nos toca vivir debido a la pandemia del Covid-19, se hace necesaria la reorganización de los recursos sanitarios para poder dar cobertura al aumento de demanda previsto. Los servicios quirúrgicos no pueden ser menos y las distintas Sociedades Científicas están proponiendo para ello una serie de medidas que suelen coincidir en el descenso de la actividad quirúrgica ordinaria suspendiendo toda cirugía programada no oncológica (excepto casos individualizados). Por otro lado en las indicaciones oncológicas es conveniente valorar mortalidad Covid-19 frente a la mortalidad oncológica, sobre todo en pacientes con comorbilidades.

CORRESPONDENCIA

Ignacio Escoresca Suárez
Hospital Universitario Juan Ramón Jiménez
21005 Huelva
iescoresca2@gmail.com

XREF

CONSIDERACIONES GENERALES

El objetivo de estas recomendaciones no es otro que reservar recursos que sin duda están siendo necesarios para la atención de los pacientes afectados por la pandemia además de prevenir una mayor propagación de ésta. Como ha reconocido la OMS, cuando el SNS no pueda proporcionar la atención necesaria porque las unidades disponibles sean insuficientes y no haya posibilidad real de aumentarlas, el establecimiento de prioridades más que necesario es imprescindible y una obligación ética y deontológica”

Estas medidas deben ser dinámicas y adaptarse a las necesidades locales y las recomendaciones del Ministerio de Sanidad pudiendo cambiar según el momento evolutivo en el que nos encontremos.

Las guías publicadas se basan en su mayoría en opiniones de expertos existiendo muchas áreas de incertidumbre siendo aún necesarias nuevas evidencias que las resuelvan basadas en investigación multicéntrica de calidad.

CITA ESTE TRABAJO

Escoresca Suárez I, Utrera González A. Cirugía endocrina en tiempos de COVID-19. Cir Andal. 2020;31(2):130-33.

La interrupción de la actividad programada motivada por la pandemia es imprevisible y los retrasos pueden ser prolongados. Se deben priorizar los estudios de pacientes con síntomas de alto riesgo y ofrecer cirugía del cáncer en todos los pacientes posibles.

La situación debe ser revisada regularmente.

Esta revisión no pretende emitir una serie de recomendaciones rígidas. Debe ser tenida en cuenta como una ayuda para la planificación quirúrgica en Cirugía Endocrina. Consideramos que la priorización de la actividad quirúrgica debe adaptarse a los distintos escenarios locales y temporales.

PRIORIZACIÓN EN CIRUGÍA ENDOCRINA

En el caso de la Cirugía Endocrina, las indicaciones que podrían mantenerse en este periodo de emergencia serían:

Cirugía tiroidea:

-Enfermedad de Graves potencialmente mortal o con síntomas severos que no se pueden controlar de forma conservadora.

-Bocio que causa compromiso de la vía aérea.

-Cáncer de tiroides con factores de riesgo de mala evolución. Podríamos incluir:

- o Extensión local (compromiso vía aérea, tracto digestivo, recurrente,...).
- o Adenopatías.
- o Crecimiento rápido.
- o Tumor anaplásico o pobremente diferenciado (si existe indicación quirúrgica).
- o Ca medular de tiroides.
- o Cirugía profiláctica en pacientes pediátricos MEN 2 con riesgo elevado de malignidad.

-Biopsia para confirmar la sospecha diagnóstica de cáncer anaplásico de tiroides o linfoma para dirigir el tratamiento adecuado.

Los pacientes con cáncer de tiroides de bajo riesgo podrían ser diferidos. Incluimos en este apartado:

-Cáncer diferenciado sin síntomas de compresión local y sin adenopatías.

-Cuando se indica completar la cirugía tras una hemitiroidectomía pero no hay evidencia de enfermedad persistente clínica ni radiológicamente.

Estos pacientes deben ser vigilados y si se detecta crecimiento o adenopatías deben ser considerados para cirugía.

Cirugía paratiroidea:

-HPT con hipercalcemia potencialmente mortal que no se puede controlar de forma conservadora.

Cirugía suprarrenal:

-Patología maligna adrenocortical.

-Feocromocitoma o paraganglioma que no se pueda controlar farmacológicamente.

Por otro lado se aconseja limitar la evaluación diagnóstica en aquellos pacientes con escasa sospecha clínica de malignidad.

Es conveniente mantener la actividad de los Comités de Tumores adaptándose a la situación por ejemplo empleando métodos telemáticos.

También se aconseja, siempre que sea posible, que los pacientes (sobre todo los de alto riesgo por edad o comorbilidades) se intervengan en un ambiente clínico que minimice la exposición y por cirujanos con experiencia con vistas a minimizar el tiempo quirúrgico y la estancia hospitalaria.

Al alta, los pacientes deben recibir instrucciones precisas y un teléfono de contacto para minimizar los desplazamientos al hospital.

Tabla 1. Indicaciones quirúrgicas

	No demorable	Demorable
Cirugía tiroidea	-Enfermedad de Graves no controlable -Bocio con compromiso de vía aérea -Cáncer de tiroides con factores de riesgo de mala evolución -Biopsia para confirmar la sospecha diagnóstica de cáncer anaplásico de tiroides o linfoma	-Patología benigna -Cáncer diferenciado sin síntomas de compresión local y sin adenopatías - Cuando se indica completar la cirugía tras una hemitiroidectomía sin evidencia de enfermedad persistente clínica ni radiológica
Cirugía paratiroidea	- HPT con hipercalcemia elevada no controlada de forma conservadora	
Cirugía suprarrenal	-Patología maligna adrenocortical -Feocromocitoma no controlabl	

Los pacientes diferidos deben seguir siendo apoyados y reevaluados, interviniéndose una vez pasada la emergencia (o antes si cambia su situación clínica). Es primordial informar a los pacientes de forma exhaustiva explicando los riesgos tanto del retraso de los procedimientos como los que se asumen durante una cirugía en este periodo.

Estas recomendaciones están basadas en opiniones de expertos, dada la excepcionalidad del momento y deben de ser adaptadas a los distintos hospitales y a la evolución de la pandemia.

La acumulación de procedimientos tras la emergencia será inevitable. Los hospitales deben planificar cómo abordar esta cuestión de forma efectiva para garantizar que los pacientes presenten los mejores resultados posibles.

BIBLIOGRAFÍA

1. European Society of Endocrine Surgeons (ESES). Prioritisation of Endocrine Surgery during the Covid-19 pandemic. Newsletter 2020.
2. British Association of Endocrine & Thyroid Surgeons. BAETS statement on COVID-19 and Thyroid Cancer Services. March 2020.
3. COVIDSurg Collaborative. Global guidance for surgical care during the COVID-19 pandemic. BJS 2020.
4. Balibrea, J.M. et al. Manejo quirúrgico de pacientes con infección por COVID-19. Recomendaciones de la Asociación Española de Cirujanos. Cir Esp 2020.