

CIRUGÍA HIPOFISARIA Y PANDEMIA COVID-19

Al igual que en otros países desarrollados, la pandemia COVID-19 está siendo una prueba de estrés para el sistema sanitario español. Considerando que cerca del 10% de pacientes con COVID-19 precisan asistencia en UCI por insuficiencia respiratoria grave, las autoridades sanitarias han ido estableciendo varias estrategias para tratar de aumentar la capacidad de las Unidades de cuidados críticos. Una de ellas es la reducción de todas las actividades quirúrgicas electivas, incluyendo las dirigidas a patología hipofisaria.

Durante la pandemia COVID-19 también es fundamental considerar la seguridad que ofrece cualquier técnica quirúrgica en cuanto a la transmisión de la enfermedad. En cirugía hipofisaria la vía de acceso más utilizada es la endoscópica y ésta genera una dispersión de gotas en aerosol, potencialmente muy peligrosa, al emplear desbridadores y taladros dentro de la cavidad nasal.

Estas circunstancias hacen que casi haya cesado por completo la actividad quirúrgica en patología hipofisaria y que, previsiblemente, aumente de forma considerable el número de pacientes en lista de espera quirúrgica.

Por otra parte, los adenomas de hipófisis no se consideran patología oncológica y, como consecuencia, su atención quirúrgica en Neurocirugía podría retrasarse a favor de otras patologías, como puede ser la tumoral o la vascular.

Este documento pretende orientar y ayudar a los equipos de Endocrinología y Neurocirugía encargados de la atención de pacientes con patología hipofisaria recogiendo las recomendaciones que se han establecido para el tratamiento quirúrgico durante la pandemia COVID-19 y propone un sistema de puntuación para priorizar pacientes en lista de espera.

Durante la fase aguda de la pandemia: recursos sanitarios saturados

Cirugía hipofisaria no demorable

- Valorar individualmente cada caso sopesando el beneficio de la cirugía frente a los riesgos que puede conllevar durante la pandemia.
- **Cuando la cirugía no se puede aplazar** (complicaciones agudas por compresión de estructuras vecinas, sangrado, etc...) **debe realizarse sólo por cirujanos con una gran experiencia, empleando equipos de protección personal con mascarillas faciales que aseguren el máximo de protección y extremando el cuidado con las secreciones nasales.**
- **A todos los pacientes a los que se va a intervenir se les debe hacer al menos una prueba PCR para detectar la presencia del virus en frotis de nasofaringe durante las 24-48 horas previas a la cirugía.** Hasta no conocer el resultado de las pruebas se considerará al paciente como positivo hasta que no se demuestre lo contrario.
- Es preferible que la primera revisión clínica del paciente tras la cirugía se haga de forma coordinada en las consultas de Endocrinología y Neurocirugía del hospital donde se ha

realizado el tratamiento quirúrgico. Facilita el control adecuado del paciente ante la reducción de las consultas presenciales.

Cirugía hipofisaria electiva

- **En general se desaconseja la cirugía endoscópica endonasal en todos los casos donde se pueda demorar por considerarse que no es una técnica segura** mientras la pandemia COVID-19 no esté controlada.
- Debe informarse a los pacientes del retraso de la cirugía y la razón del mismo.
- Los pacientes deben recibir tratamiento farmacológico (agonistas dopaminérgicos, análogos de somatostatina, ketoconazol, anti tiroideos, etc.) en todos los casos donde esté indicado, atendiendo además al control de posibles comorbilidades asociadas a la patología hipofisaria (hipertensión, diabetes, etc.).
- Mientras el paciente siga en lista de espera de cirugía, programar consultas para ajustes del tratamiento y para poder detectar la aparición de nueva sintomatología o indicios de crecimiento tumoral rápido. Estas consultas podrían ser telemáticas si la situación sanitaria lo requiere.

Todas las recomendaciones dadas, tanto para cirugía electiva como para no demorable, deberían ser reevaluadas con periodicidad (cada 2-3 meses) y adoptar decisiones según la fase de la pandemia y la situación del sistema de salud en cada momento.

Cuando se recupere la asistencia hospitalaria previa: priorización de lista de espera quirúrgica

- Intentar consensuar con el Servicio de Neurocirugía un número determinado y mantenido de quirófanos para atender la patología hipofisaria.
- Sería importante establecer criterios que permitan ordenar a los pacientes con patología hipofisaria en las listas de espera quirúrgica.
- Proponemos un sistema rápido y sencillo de puntuación por paciente pendientes de cirugía electiva, no urgente, teniendo en cuenta aspectos de la propia condición clínica (síntomas compresivos, tipo de adenoma, tamaño, velocidad de progresión), aspectos funcionales por incapacidad laboral y aspectos administrativos por tiempo de permanencia en la lista de espera, considerando prioritario el grado de gravedad de cada paciente (ver tabla adjunta). Desde luego **este sistema de puntuación no está validado** y sólo pretende ser un ejemplo de acciones que se pueden adoptar y, por supuesto, adaptar a las necesidades de cada hospital para asegurar una asistencia equitativa y eficaz de los pacientes, asignando al paciente con mayor puntuación una mayor preferencia dentro de la lista. Por ejemplo:
 - Paciente A: macroadenoma productor de GH no controlado con medicación sin alteración campimétrica, de baja laboral. Puntuación: 1 (macroadenoma) + 5 (productor de GH no controlado) + 1 (incapacidad) = 7 puntos (+ los puntos que habría que sumar por permanencia en lista de espera).

- Paciente B: macroadenoma no funcionante con alteración campimétrica, de baja laboral. Puntuación: 1 (macroadenoma) + 1 (no funcionante) + 10 (afectación campimétrica) + 1 (incapacidad) = 13 puntos (+ los puntos que habría que sumar por permanencia en lista de espera)

En estos 2 casos, se priorizaría la cirugía del paciente B (13 vs 7 puntos).

Propuesta para priorización de pacientes en lista de espera de cirugía electiva hipofisaria

CONDICIÓN CLÍNICA	PUNTUACIÓN
Síntomas por compresión, en particular sobre la vía óptica*, y/o adenomas con riesgo por crecimiento tumoral**.	10
Adenoma de hipófisis productor de ACTH no controlado con tratamiento médico	5
Adenoma de hipófisis productor de GH o TSH no controlado con tratamiento médico	4
Adenoma de hipófisis productor de ACTH, GH o TSH controlado con tratamiento médico	3
Adenoma no funcionante	1
Macroadenoma	1
Limitación funcional / incapacidad derivada del adenoma	1
0,1 punto por cada mes en lista de espera***	
TOTAL	

* Si hay afectación visual, a igual puntuación, tendrán prioridad los casos en los que no se evidencie atrofia óptica en OCT.

** Riesgo por crecimiento tumoral: aumento del diámetro tumoral >20% en 3-6 meses con un incremento mínimo de 2mm, cualquier crecimiento detectado en un adenoma a < 3 mm de la vía óptica, reducción >50% de la distancia del tumor al quiasma en 6 meses, o cambio en categoría Knops de invasividad del adenoma.

***Importante para diferenciar pacientes con igual puntuación en los criterios anteriores.

BIBLIOGRAFIA

- Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy: early experience and forecast during an emergency response JAMA. Doi:10.1001/jama.2020.4031.
- Patel ZM, Fernández-Miranda J, Hwang PH, Nayak JV, Dodd R, Sajjadi H, et al. [Letter: Precautions for Endoscopic Transnasal Skull Base Surgery During the COVID-19 Pandemic](#). Neurosurgery. 2020 Apr 15. pii: nyaa125. doi: 10.1093/neuros/nyaa125. [Epub ahead of print]
- Kulcsar MA, Montenegro FL, Arap SS, Tavares MR, Kowalski LP. High risk of COVID-19 infection for head and neck surgeons. Int Arch Otorhinolaryngol.2020;24:e129-e130
- Patel ZM, Fernandez-Miranda J, Hwang PH, Nayak JV, Dodd RL, Saijadi H, et al. In reply: precautions for endoscopic transnasal skull base surgery during the COVID-19 Pandemic. [Neurosurgery](#). 2020 Apr 15. pii: nyaa125. doi: 10.1093/neuros/nyaa125. [Epub ahead of print]
- Fakhry N, Schltz P, Moriniere S, Breuskin I, Bozec A, Vergez S, et al. French consensus on management of head and neck cancer surgery during COVID-19 pandemic. European Annals of Otorhinolaryngology. Head and Neck diseases (2020). <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2020.04.008>
- Newell-Price J, Nieman LK, Reinke M, Tabarin A. Cushing's síndrome: clinical management guidance during the COVID-19 pandemic. Aceptado para publicación en Eur J Endocrin el 20-4-2020
- Stahel Ph. How to risk-stratify elective surgery during the COVID-19 pandemic? Patients Safety in Surgery 2020;14:8
- Coccolini F, Perrone G, Chiarugi M, Di Marzo F, Ansaloni L, Scandroglio I et al. Surgery in COVID-19 patients: operational directives. World Journal of Emergency Surgery 2020;15:25-31
- Couceiro A. El problema ético de la asignación de recursos sanitarios. En: El derecho a la asistencia sanitaria y la distribución de recursos. Documentos de trabajo. Madrid: Universidad de Comillas. 1999.
- Marti J. La gestión de las listas de espera quirúrgicas por los centros sanitarios y los profesionales. Gaceta Sanitaria (versión impresa). ISSN 0213-9111.

Documento elaborado por: Rosa Cámara Gómez. Endocrinología y Nutrición. Hospital La Fe. Valencia; Cristina Álvarez Escolá. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario La Paz. Madrid; Marta Araújo Castro. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid; María Calatayud Gutiérrez. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid; Juan José Díez Gómez. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid; Alberto Fernández Martínez. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles; M^{ra} Ángeles Gálvez Moreno. Endocrinología y Nutrición. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba; Cristina Lamas Oliveira. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete; Gema López Gallardo. Endocrinología y Nutrición. Hospital Santa Bárbara. Puertollano; Carlos Pérez López. Neurocirugía. Hospital Universitario La Paz. Madrid; Juan Antonio Simal. Neurocirugía. Hospital La Fe. Valencia.

En representación del Área de Neuroendocrinología de la Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición.