

LA TIROIDECTOMIA TOTAL EN EL TRATAMIENTO DEL HIPERTIROIDISMO (*)

Dr. José A. Caeiro

La gravedad funcional de un hipertiroidismo y su rebeldía a ser dominado por los tratamientos asociados de las drogas anti-tiroideas y del yodo, constituye un verdadero índice o Test de gran valor, que nos indica la posibilidad que después de una tiroi-dectomía subtotal, la cantidad de tejido tiroideo, que habitualmente se deja en los muñones como suficiente, resulte en realidad excesivamente funcional, y tengamos por ello que lamentar una persistencia del hipertiroidismo después del acto operatorio.

Esto obliga más tarde posiblemente, a una nueva intervención para extirpar el resto de parénquima tiroideo y conseguir así la curación definitiva.

Si bien lo expresado no es frecuente, tampoco es raro, y lo hemos podido observar en algunos casos, en que ha sido necesario, después de varias operaciones llegar hasta las irradiaciones complementarias para obtener una cura completa. La actividad desproporcionada de los folículos tiroideos patológicos, tiene una repercusión marcada cuando existen en el organismo, con anterioridad afecciones cardiovasculares orgánicas o funcionales. Si las perturbaciones son provocadas directamente por la acción tóxica de la hormona cualitativamente patológica, los sistemas afectados quedan en un estado de hipersensibilidad a cualquier estímulo hormonal tiroideo tardío.

Como se comprende todo esto imprime una gravedad marcada a la enfermedad y una rebeldía hacia los tratamientos, lo que obliga fundamentalmente a suprimir todo factor de excita-

* Esta comunicación fué presentada en la sesión del 25 de octubre de 1950.

ción hormonal tiroidea para bajar el volumen minuto, y reducir al máximo el trabajo cardíaco, única manera de llegar a equilibrar y normalizar este tipo de enfermos.

Esto tiene importancia, pues es bien sabido, que en los hipertiroidismos severos y en particular en la enfermedad de basedow, la repercusión cardio-vascular y simpática, es inicialmente de carácter funcional, pero que termina si no se la corrige a tiempo y en forma permanente, con lesiones irreversibles cardio-renales.

La edad constituye otro factor de importancia en la evolución y tratamiento de un hipertiroidismo grave. Se ha dicho con razón que la vida de los tejidos es una permanente destrucción, reparación y adaptación, de tal manera que al promediar la mitad de la vida la fragilidad celular que se acentúa en relación directa a la mayor diferenciación funcional de los tejidos, hace disminuir esta capacidad de reacción, que constituye en realidad el fundamento de la defensa natural del organismo.

Se comprende pues, que un hipertiroidismo, que active las combustiones orgánicas y que acelere los intercambios, tenga un efecto agotador, que es marcadamente importante al promediar los 50 años. Las condiciones tisulares a esta edad muchas veces no permiten una capacidad de restitución y adaptación como en la juventud. De ahí, que es frecuente observar, aún, en los hipertiroidismos benignos con metabolismos basales reducidos y con manifestaciones clínicas discretas, que en un determinado momento, puedan adquirir gravedad por sus efectos funcionales que no guardan relación con la severidad del hipertiroidismo.

Esto en realidad no es más que la exteriorización de una incapacidad de tolerancia de ese organismo a una afección que lo agota rápidamente, donde el desgaste es superior a la capacidad de reparación.

Este cuadro puede verse con cierta frecuencia en los hipertiroidismos, estacionados espontáneamente durante años, o en enfermos con una afección de larga evolución reducida o estabilizada médicamente, pero que al llegar a los 55 ó 60 años notan que poco a poco, o en ciertas ocasiones rápidamente, un estado de agotamiento progresivo e inexplicable, con pérdida continuada de peso, disminución gradual de los líquidos intersticiales y con desfallecimientos cardiovasculares; síntomas todos alarmantes, que

no guardan relación con las tasas del metabolismo que son relativamente bajas, y que revelan funcionalmente una marcada incapacidad de reacción y un desgaste que termina por ser incompatible con la vida.

En muchos de estos enfermos, la medicación antitiroidea actual, no puede mantenerse indefinidamente ya sea por intolerancia o por falta de efecto, y la misma tiroidectomía subtotal clásica de dejar en los muñones una cantidad de parénquima tiroideo residual del tamaño de una tercera falange (Crile), puede ser insuficiente para corregir la reducción total de ese hipertiroidismo. Así se explicaría que a pesar del freno medicamentoso o de la exigua cantidad de parénquima dejado en la operación, no se llegue a la curación, pues estas pequeñas cantidades residuales, *son suficientes* para mantener y hacer persistir un hipertiroidismo que el organismo no lo tolera, pues el desgaste que provoca al acelerar las combustiones resultan irreparables. De ahí, la necesidad imperiosa de reducir en estos enfermos, al mínimun indispensable, su metabolismo y su catabolismo para equilibrar el activo y el pasivo funcional y limitar el desgaste orgánico.

La medida americana de los 40, es decir personas que han perdido el 40 % de su peso, que el metabolismo basal pasa de 40 % y que tienen más de 40 años, es de gran valor para apreciar la gravedad de un hipertiroidismo y poder indicar las directivas para la extensión y magnitud de la resección del parénquima tiroideo, a los efectos de conseguir la curación definitiva y total del hipertiroidismo. Los efectos y consecuencias anatómicas de un hipertiroidismo se acentúan y son más difíciles de modificar a medida que corren los años, de manera que esta regla de los 40, aparentemente teórica, adquiere verdadero valor pronóstico de la capacidad de recuperación que tiene un enfermo en relación al tiempo y gravedad del hipertiroidismo. Los clínicos y cirujanos no deben olvidar el viejo aforismo de Kocher: "que la mejoría de un hipertiroideo está en relación a la cantidad de tejido tiroideo que el operador *deja en los muñones*". La verdad de esta afirmación es indiscutible y ahí reside el éxito de las curaciones definitivas. El hipotiroidismo post-operatorio es la mejor garantía para la curación total y permanente del hipertiroideo grave y esta

circunstancia adquiere todo su valor en los hipertiroideos que pasan de los 50 años. En particular las perturbaciones funcionales cardiovasculares primitivas o secundarias al hipertiroidismo, con el correr de los años se transforman en lesiones orgánicas definitivas, que ya no retroceden con los efectos beneficiosos que se obtienen con la tiroidectomía subtotal. Si esto se lo observa en las personas en plena capacidad de recuperación, es lógico pensar que los recursos se reducen para los enfermos entrados en años. Reducir al máximo y en forma permanente los intercambios y oxidaciones tisulares y el trabajo cardíaco, es la seguridad futura de curación del hipertiroideo, en la edad media de la vida.

La técnica de la tiroidectomía subtotal perfeccionada, y la gran experiencia de los cirujanos familiarizados con esta clase de intervenciones, le han permitido llegar al máximo del control para dejar una cantidad de parénquima que sea la justa y necesaria para el equilibrio del intercambio y de la vida funcional de los sistemas. Pero no debe olvidarse que esta operación es eminentemente empírica, pues si es cierto que se extirpa todo el exceso de glándula y que el tejido residual será funcionalmente suficiente cuantitativamente, no es menos cierto, que el parénquima residual de los muñones es un epitelio patológico *y cualitativamente alterado*; es decir, que no hemos suprimido la enfermedad, solamente la hemos atenuado. Los folículos tiroideos que deben mantener la mínima actividad hormonal son patológicos, en lo funcional y en su estructura histopatológica.

E en lo hipertiroidismos graves tipo Basedow, donde se observa con mayor frecuencia estas alteraciones de cantidad y de calidad, lo mismo que en aquellos enfermos que padecen de una afección de largo tiempo y en lo bocio de tipo fetal, que tanta importancia tienen en la etiología de los hipertiroidismos agudos. Es en estos enfermos, donde se observa a pesar de operaciones correctas, los hipertiroidismos residuales, recidivados, o nunca normalizados. Es estar en lo cierto al afirmar, que la enfermedad persiste debido a las características patológicas del tejido residual de los muñones. Bastan estos pequeños restos, que segregan hormonas cualitativamente y cuantitativamente alteradas, para despertar una intolerancia en estos organismos en verdadero es-

tado alérgico hacia esas hormonas patológicas. Este efecto se traduce en la irritabilidad del sistema simpático y cardiovascular, estados que impiden la total normalización de ese organismo, que se ha hecho hipersensible, a una hormona patológica que ha actuado durante largo tiempo. La supresión total de estos restos patológicos, constituye la mejor garantía para las curas definitivas. Esto es un hecho evidente, pues en los graves y rebeldes hipertiroidismos, es donde hemos podido observar estos cuadros persistentes, que no llegan a la curación, si no se lleva al máximo, la resección tiroidea.

Ante los buenos resultados y no observando inconvenientes con las resecciones casi totales, fuimos ampliando la cantidad de parénquima resecado, hasta terminar en las tiroidectomías totales, que es nuestro criterio actual, para tratar los bocios hipertiroides graves y complicados en personas alrededor de los 50 años. Esta operación la efectuamos en uno o en dos tiempos, según la gravedad y tolerancia del enfermo.

La tiroidectomía total, aceptada e indicada como procedimiento funcional, para aliviar el trabajo cardíaco en las personas de edad con cardiopatías orgánicas o funcionales, no hipertiroides, demuestra plenamente la tolerancia de una extirpación completa, sin mayores consecuencias para el futuro.

Hemos operado enfermos con esta indicación y los resultados han sido muy aceptables, sin llegar a comprobar el hipotiroidismo grave, tan temido y sobre lo que tanto se ha repetido.

El gran temor de las amplias resecciones en el hipertiroidismo grave, siempre fué la posibilidad de un hipotiroidismo residual, y esto ha sido un concepto muy arraigado en las escuelas quirúrgicas europeas, en particular en Francia. El origen de este recelo se originó en la famosa comunicación de Kocher, que había obtenido una grave caquexia tiropriva, después de una resección tiroidea en un bocio, sirviendo, este caso, de ejemplo para limitar la extensión de las resecciones. Si se analiza la observación de Kocher, que como bien dice A. Hertzler (Kansas) tuvo la virtud de "atemorizar la profesión médica", vemos que se trataba de una niña de 10 años, donde el proceso del desarrollo orgánico no ha terminado, y la tiroides en esta época es imprescindible para regular el crecimiento y la evolución neuro-psíquica. Se comprende

que a esta edad, el temor sea justificado, pero llegando a la edad adulta y en la madurez sexual, el problema cambia fundamentalmente de aspecto.

La idea cada vez más aceptada, de extremar la amplitud de las resecciones subtotales, en los casos de graves hipertiroidismos, implica dejar en los muñones tiroideos una pequeñísima cantidad de parénquima glandular, que termina por eliminarse funcionalmente, por el procedimiento cicatrizal terminal y por la falta de irrigación provocada por la sutura y esclerosis de los muñones.

Estas amplias resecciones, prácticamente constituyen verdaderas tiroidectomías totales tardías, y ellas han ido abriendo el camino a la tiroidectomía total, al poner de manifiesto, la ausencia de hipotiroidismos post-operatorios alejados. Si a esto se agrega, que la extirpación total experimental de la tiroides en perros adultos no ocasiona mayores efectos patológicos, se comprenderá que la tiroidectomía total efectuada en enfermos que se caracterizan por tener tiroides profundamente afectadas, con secreción extremadamente tóxica, los efectos de estas resecciones totales sean muy favorables.

Nuestros casos operados con tiroidectomía total; el criterio sostenido por A. Hertzler, Mehans Piulacas y, últimamente, por Hermetto Junior, de San Pablo, son bien demostrativos y claros. La tiroidectomía total en el hipertiroidismo grave y complicado, en las personas que llegan a la edad media de la vida, es una operación efectiva y perfectamente tolerada y no debe abrigarse ningún temor de los hipotiroidismos o mixedemas operatorios, que puedan ocasionar perturbaciones graves.

Una complicación seria, que puede seguir a la tiroidectomía total, pero que se puede evitar, es el hipo-paratiroidismo. Pero esta complicación *nada tiene que hacer con la extensión de la resección tiroidea* y sus consecuencias. El hipo-paratiroidismo es una complicación que se origina por accidente o faltas de técnica operatoria, que son perfectamente evitables y que por otra parte, lo mismo se puede originar en las tiroidectomías subtotales corrientes al lesionar las paratiroides. Esta complicación es muy grave, pero es totalmente independiente del problema funcional

post-operatorio dependiente de la extensión que se dé, a la resección de la glándula tiroide.

Técnica operatoria. — No hemos de entrar en detalles en la técnica operatoria de conjunto, pues ella se funda en las mismas reglas y tiempos quirúrgicos de la tiroidectomía subtotal habitual que hemos publicado en el relato al Segundo Congreso Interamericano de Cirugía, en el Congreso de Cirugía de Chile y en otras oportunidades.

Pero creemos necesario puntualizar algunos detalles técnicos importantes que hemos descripto, en lo que llamamos la “tiroidectomía total subcapsular”, pues con esta técnica nos ponemos a cubierto de los accidentes sobre las paratiroides y del nervio laríngeo.

1º Movilizado el lóbulo tiroideo en la forma habitual de las tiroidectomías subtotales, efectuamos el corte del lóbulo lo más cerca posible de su polo posterior, quedando así un pequeño muñón con una exigua cantidad de parénquima tiroideo.

2º Se colocan pequeñas pinzas en los bordes de la cápsula del muñón y sin exteriorizarlo, ni traccionarlo, evitando en lo posible alterar el tejido celular retro-tiroideo, se procede con la punta de la tijera a vaciar y extraer todo el tejido tiroideo que llena la concavidad de los pequeños muñones. De esta manera salvamos de destruir la cápsula tiroidea que sirve de fondo al muñón y que representa un tabique de defensa que protege las paratiroides y sus pequeños vasos que deben ser cuidadosamente respetados.

3º Desocupamos el muñón de su tejido tiroideo, los bordes de la cápsula se suturan con catgut muy delgado (no debe usarse el hilo de algodón), quedando bien plegada y pegada a la tráquea. Se debe tener cuidado en la sutura, de no abarcar el tejido celular retrotiroideo, para salvar de destruir las paratiroides o sus pequeñas arterias terminales.

En cuanto al nervio laríngeo, si se tiene la precaución de no hacer tracciones, maniobras torpes o colocar pinzas a ciegas, el nervio siempre es respetado y no es necesario descubrirlo como aconsejan algunos autores. En nuestra experiencia en muy contadas ocasiones ha sido necesario visualizar el nervio recurrente laríngeo.

4º Es conveniente recordar que la técnica debe evitar en lo posible las disecciones inútiles del tejido celular, lo mismo que se debe efectuar una hemostasia precisa y anatómica. Respetar la estructura y disposición del tejido celular laxo retrotiroideo, donde anidan las paratiroides y sus vasos es de fundamental importancia para la vitalidad de estos elementos. Toda destrucción de este tejido, lleva a la formación de hematomas, ruptura de pequeños capilares, con las secuelas consiguientes de las cicatrizaciones tardías y la fibrosis que envuelve a las paratiroides, comprimen al nervio laríngeo y perturban la circulación tan necesaria para la vitalidad de las paratiroides.

Las lesiones de estas glándulas y del nervio laríngeo, siguiendo las reglas de la tiroidectomía total subcapsular es difícil que se produzcan.

5º Los cuidados post-operatorios son iguales a los aplicados en las tiroidectomías subtotales corrientes. Yodo por boca o por vía endovenosa según el caso edantes del sistema nervioso, combatir la elevaciones de temperatura y dar las calorías necesarias para reponer las rápidas combustiones, lo mismo que reemplazar los líquidos perdidos.

Como indicación especial en la tiroidectomía total, debe hacerse en forma de rutina la administración de calcio difusible como medicación preventiva de las crisis de hipocalcemia funcional. El simple traumatismo de las paratiroides es causa de una inhibición pasajera que se manifiesta dentro de las 48 horas. Es conveniente por lo tanto, administrar durante los 5 ó 6 primeros días calcio, para evitar el agotamiento de las reservas de calcio iónico, protegiendo de esta manera la posibilidad de fenómenos de hipocalcemia. En los días subsiguientes se lo retira paulatinamente, efectuándose los dosajes del calcio en sangre y líquido céfalo-raquídeo, para comprobar su normalidad.

Resultados: Hasta 1945 la tiroidectomía total la hemos efectuado en 10 oportunidades, en enfermos por arriba de los 50 años, especialmente en los tiro-cardíaco y en los que había una sospecha, o que la biopsia había confirmado la existencia una neoplasia tiroidea.

Los resultados fueron muy buenos y esto permitió extender las indicaciones de acuerdo a la gravedad funcional del caso y a sus complicaciones.

Desde 1945 hasta la fecha, se han intervenido 20 enfermos, 8 hombres y 12 mujeres. Todos respondiendo a hipertiroidismos severos, con metabolismos basales entre más 50 y más 120 con pulsos por arriba de 120', y pérdidas de peso de 10 a 15 kilos con deshidrataciones intensas. En cuatro enfermos la tiroidectomía total se hizo por recidiva post-operatoria de la primera operación, en otros diez la respuesta al yodo y al propiltuiracilo fueron breves y en seis enfermos existió una rebeldía a la acción yuguladora del yodo.

No hemos tenido que lamentar mortalidad. En cuatro enfermos fué necesario efectuar la operación en dos tiempos, con intervalos de 15 a 45 días, al resto lo fué en un tiempo. De acuerdo al estado psíquico y por las características regionales del bocio, 9 enfermos fueron operados con anestesia general e intubación, el resto con anestesia local y de base. No hemos tenido complicaciones paratiroides, ni lesiones de los nervios laríngeos, y los post-operatorios fueron normales.

Los resultados alejados han confirmado lo expuesto más arriba, la curación en todos fué total y definitiva. Solamente un caso tuvimos que reoperarlo nuevamente y a pesar de haberse extraído la totalidad del parénquima tiroideo, persistieron los signos del hipertiroidismo, por lo que fué necesario irradiarlo con lo que se consiguió su normalización (tiroides aberrantes?).

No hemos observado formas acentuadas de hipotiroidismo. Solamente en un enfermo hubo caída del pelo, frío, ligeros edemas en los tobillos, que espontáneamente se fueron corrigiendo sin dejar secuelas. En una enferma debido al aumento de peso se le indicó tiroxina, pero que más tarde fué suprimida.

Resumen: La tiroidectomía total es una operación de indicación precisa, de técnica ajustada y delicada; con ella se obtiene la curación total y definitiva de un hipertiroidismo grave y complicado. Debe hacerse con preferencia después de los 40 años, estando absolutamente contraindicada en la juventud y antes de terminar el desarrollo. Consideramos los 25 años como límite teórico de este período.

Tiene particular indicación en los tirocardíacos, en los hipertiroidismos con acentuada deshidratación y con M. B. por arriba de 80 %, lo mismo que en los basedow, con predominio de fenó-

menos vasculares y en los hipertiroidismos asociados con la diabetes. En los hipertiroides residuales, o en las recidivas post-operatorias, lo mismo que después de las tiroidectomías económicas, la indicación es formal. Finalmente la tiroidectomía total es de indicación absoluta en el hipertiroidismo asociado al cáncer tiroideo.

Las complicaciones post-operatorias en lo que se refiere al hipotiroidismo inmediato o tardío son de poca importancia. El hipoparatiroidismo y las lesiones de los nervios laríngeos son complicaciones serias, pero ellas se deben exclusivamente a defectos o a accidentes de carácter técnico. Finalmente es interesante hacer remarcar que en los hipertiroidismos con grandes exoftalmías, antes de indicarse la tiroidectomía total, debe apreciarse lo más exactamente posible, el alcance de la participación de la hipófisis para salvar en esta forma la agra acción de la exoftalmía, dado que en estos enfermos, la exoftalmía puede adquirir el carácter maligno y que en este caso, puede verse favorecida por la supresión total de la glándula tiroidea.

Dr. Cendán. — Me felicito de haber podido asistir a escuchar al Dr. aeiro, cuya versación en el tema es ampliamente conocida a través de su excelente relato al Congreso Argentino de Cirugía, sobre Cirugía del Hipertiroidismo, porque estas ideas que él ha expuesto, acerca de la tiroidectomía total, las vengo meditando y sosteniendo desde hace más de diez años. Actualmente tengo un escaso número de operados, 11 tiroidectomías totales; pero ya hemos podido sacar valiosas conclusiones. La razón por la cual nos decidimos a practicar la primera tiroidectomía total merece ser contada:

Se trataba de una enferma con Basedow grave, a la cual le practicamos en el año 1940 una tiroidectomía sub-total clásica; la enferma en el post-operatorio desarrolló un mixedema de gran importancia y a pesar de un tratamiento de suplencia con extractos tiroideos, las cosas no marchaban como era de esperar.

Por ese tiempo cayó en mis manos el libro de Hertzler y encontré allí ideas completamente nuevas, conceptos revolucionarios sobre hipertiroidismo y mixedema, que llevaban al autor a practicar la tiroidectomía total ante esas situaciones.

En ese estado de cosas y luego de haber pedido consejo a cirujanos de gran experiencia, decidí reintervenir la enferma y practiqué la exeresis del tejido tiroideo restante. El resultado fué, por así decir, espectacular, pues el mixedema si bien no desapareció completamente, mejoró en tal grado que el hipotiroidismo pudo ser controlado después de la operación

con una dosis mínima de 2 cgs. de extracto tiroideo diario, que la enferma usó sólo durante algo más de un año.

Después de esta observación, continuando la lectura de Hertzler llegamos a la conclusión de que realmente la tiroidectomía total era una intervención que debía tener indicaciones mucho más amplias que las que nosotros le adjudicábamos.

El problema de la tiroidectomía total se presenta, a mi manera de ver, desde tres puntos de vista:

El 1º en lo que se refiere al tratamiento del enfermo.

El 2º en lo que se refiere al hecho de evitar una complicación postoperatoria que es efectiva como ha dicho el Dr. Caeiro que es ya sea el hipertiroidismo postoperatorio (persistente o recidivante), y por otra parte el hecho de que puede sobrevenir este otro proceso del mixedema sobre el cual todavía nuestros conocimientos son muy escasos respecto a su fisiología patológica al punto de que no ha podido todavía lograrse una explicación de los casos aquellos en que el mixedema coexiste con una enfermedad de Basedow.

Precisamente para casos de esos nosotros hemos hecho la tiroidectomía total; hace más o menos un año practicamos la tiroidectomía total en una enferma que tenía al lado de un Basedow típico una serie de síntomas de mixedema. La enferma curó perfectamente de su afección y no conservó en el postoperatorio sino un discreto hipotiroidismo que fué fácilmente controlado.

Y decimos mixedema antes de la operación, e hipotiroidismo después, porque creemos con Hertzler que mixedema e hipotiroidismo no es la misma cosa; creemos que mixedema es consecuencia de una hipofunción con disfunción, con secreción glandular alterada y por lo tanto, es lógica la conducta, entonces, de hacer la extirpación total, pues el parénquima glandular que se deja al realizar la tiroidectomía subtotal clásica, es tan pernicioso como el que se sacó.

El 3º en lo que se refiere a la técnica de la realización. Nosotros hemos seguido siempre la técnica de Hertzler con excelente resultado. Nos resulta una técnica sencilla y podríamos decir más sencilla todavía que la de la tiroidectomía subtotal, especialmente en esos bocios muy vascularizados, sangrantes, donde la hemostasis es difícil.

El único problema de técnica que realmente ofrece dificultades en la tiroidectomía total es la ligadura de las ramas tiroideas inferiores que debe ser realizada con mucho cuidado en sus ramas terminales para evitar englobar en la ligadura la rama de nutrición de las paratiroides. Este es el único, a mi manera de ver, punto difícil de la intervención; lo demás no tiene diferencia con la subtotal. Nosotros la hemos podido realizar siempre y solamente en un caso estuvimos inseguros en lo que se refiere a la vitalidad de la paratiroides de un lado; resolvimos la situación haciendo una tiroidectomía sub-total del lado opuesto para evitar las contingencias posibles.

En el postoperatorio, realmente es espectacular la evolución absolutamente tranquila de estos enfermos. Como medida de precaución hacemos sistemáticamente calcio intravenoso, postoperatorio, para evitar los fenómenos de tetania postoperatoria que se pueden desencadenar como consecuencia del manipuleo de las paratiroides o de los tejidos vecinos a ellas, por más suaves que hayan sido las maniobras operatorias.

Hay que aprender a abandonar el dogma de la necesidad de dejar tejido tiroideo en la intervención, que como dice el Dr. Caeiro, ha dominado a la humanidad desde las épocas de Kocher y que se basa precisamente, como dice Hertzler, en una observación de "caquexia estrumipriva" observada por Kocher en una niña de 10 años, es decir, antes del desarrollo. Llama la atención que esta interpretación haya permanecido tanto tiempo sin ser debidamente criticada.

Nosotros podemos decir que en varios de los casos que hemos tenido ocasión de intervenir, no ha sido necesario dar ni 1 cgr. de extracto tiroideo; no ha habido el más mínimo hipotiroidismo postoperatorio. Y los casos en que ha aparecido ha sido fácilmente controlable con pequeñas dosis de extracto glandular.

Hay otro aspecto del tratamiento quirúrgico del hipertiroidismo del que quiero ocuparme a propósito de la tiroidectomía total. Hay casos en los cuales el diagnóstico de un bocio ofrece dificultades en el sentido de que exista hipertiroidismo o si existe alguna otra alteración. Nosotros tenemos tendencia a hablar en forma distinta cuando nos referimos a un bocio funcionante diciendo que estamos frente a un hipertiroidismo cuando hay una hiperfunción manifiesta por el estudio de la medida del metabolismo basal o que hay una tiro-toxicosis cuando los trastornos tóxicos son los que toman la mayor parte y se manifiestan, por ejemplo, con alteraciones sobre el corazón. En esos casos, creo, aun cuando la ríaquina metabólica no dé un solo punto de elevación, debe también con más razón realizarse la tiroidectomía total porque ese parénquima enfermo, el parénquima que se deja en la sub-total, es realmente tan pernicioso para el corazón, como todo el que se sacó. En uno de los casos que tuvimos ocasión de intervenir, se trataba de una enferma con algunas alteraciones cardíacas que no pueden realmente ser atribuidas a su bocio, porque no eran del tipo de la fibrilación y de la insuficiencia cardíaca congestiva sino más bien del tipo anginoso. Luego de tomar consejo con el internista que lo trataba, propusimos la tiroidectomía total. Ella fué realizada y el estudio de la pieza demostró tratarse de una enfermedad de Hashimoto, que como es sabido evoluciona con el tiempo hacia el mixedema.

En esta afección, la conducta quirúrgica es precisamente a nuestro criterio, la tiroidectomía total. Para terminar, deseo hacer llegar al Dr. Caeiro mis sinceras felicitaciones por su brillante comunicación.

Dr. Ardao. — La mesa desea agradecerle a su vez al Dr. Caeiro esta comunicación que es interesante por varios conceptos, y tiene la virtud

de establecer medida en nuestro medio en donde actualmente, después, como ha sucedido en todos los ambientes de haberse practicado sistemáticamente la tiroidectomía sub total existe en el momento actual un ambiente de revisión sobre la conducta frente a los resultados de la tiroidectomía total.

Especialmente las indicaciones tan ajustadas que propone el Dr. Caeiro, estimo que han de servir de elementos de juicio entre nosotros para poder en definitiva, aportar también la experiencia y la solución de las indicaciones de un tipo de intervención.
