

Complicaciones y secuelas de cirugía tiroidea

Dres. Vartan Tchekmedyan, Roberto Delbene y Carlos Aguirre

Análisis de las complicaciones y secuelas de 100 tiroidectomías efectuadas en el Hospital de Clínicas en el período 1968 - 1974. En esta serie no hubieron muertes imputables a la cirugía. La morbilidad fue del 25 %; incluye: parálisis recurrencial, 12 casos; infección de herida operatoria, 7 casos; queloide de cicatriz operatoria, 2 casos; sangrado postoperatorio, 2 casos; hipoparatiroidismo, 1 caso; hipotiroidismo, 1 caso; crisis tirotóxica, 1 caso; edema de cuello y cara, 1 caso, nódulo de recidiva, 1 caso.

A propósito de esta casuística se efectúa un estudio bibliográfico sobre el tema.

Palabras clave (Key words, Most clés) MEDLARS: Thyroidectomy.

FINALIDAD DE TRABAJO

Al inicio de nuestra Clínica, dirigida por el Profesor Dr. Luis Praderi desde el año 1974 hemos hecho una revisión de 100 historias clínicas de enfermos operados anteriormente de patología tiroidea en el Hospital de Clínicas y en otras clínicas.

Los resultados de esta revisión, que comentaremos posteriormente, mostraron una alta morbilidad y una conducta operatoria no uniforme, en relación a la exploración quirúrgica.

Creemos importante tener un profundo conocimiento anatómico de la región y cumplir la técnica operatoria correctamente para disminuir la morbilidad postoperatoria, pero también es fundamental aplicar un criterio uniforme en cuanto a la práctica operatoria a utilizar.

Este trabajo es pues una nota preliminar, que formará parte de un estudio comparativo, con los casos tratados a partir del año 1974 en la Clínica Quirúrgica "F", pretendiendo mejorar la morbilidad mediante una técnica depurada, uniforme y un seguimiento médico-quirúrgico más estricto, ya que todos los pacientes son atendidos conjuntamente con la clínica Endocrinológica del Profesor Navarro.

Para poder cuantificar nuestra conducta, hemos confeccionado junto con la Clínica Endocrinológica, un protocolo que permitirá en forma prospectiva, obtener resultados estadísticos valederos.

Clínica Quirúrgica "F" (Prof. L. Praderi). Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela". Fac. de Medicina. Montevideo.

CASUÍSTICA

Analizaremos 100 casos operados por patología tiroidea en el Hospital de Clínicas desde 1968 a 1974. Correspondieron en 93 ocasiones al sexo femenino y en 7 casos al masculino.

La distribución por edades se aprecia en el cuadro siguiente:

CUADRO I

10 - 20 años	9
21 - 30 años	12
31 - 40 años	21
41 - 50 años	26
51 - 60 años	20
61 - 70 años	8
71 - 80 años	2
Edad desconoc.	2

La presentación clínica se ajustó al siguiente detalle:

CUADRO II

Bocio Difuso	13
Bocio Multinod	29
Bocio Uninodul	19
Nódulo Tiroideo	24
Se ignora ...	15

Correspondiendo anatomopatológicamente de acuerdo al Cuadro III:

CUADRO III

Bocio Coloide Difuso	18
Bocio Nodular Coloide ..	26
Cáncer de Tiroides Primit	12
Hashimoto	5
Bocio parenq. Hiperplas	4
Adenocarcinoma Metastas	1
Quiste Hidático	1
Se ignora	1

Encontramos una incidencia mayor de neoplasmas, 12 %, en relación a otros autores, que dan cifras del 4 al 8 % (1, 19). Gregorio (14) en nuestro medic, analizando todos los casos de patología tiroidea, encuentra 1.32 % de cáncer tiroideo. Esta cifra baja se debe a que la misma toma todos los casos de patología ti-

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 31 de mayo de 1978.

Asistente de Cirugía y Médicos Auxiliares.

Dirección: Gerardo Grasso 2603, Montevideo. (Dr. V. Tchekmedyan).

roidea sin la natural selección que se hace al enviar los pacientes a un servicio de cirugía.

Analizando en conjunto los casos de Nódulo Tiroideo y Bocio Uninodular encontramos una frecuencia del 16 % de Carcinomas Tiroideos. Lahey (2) encuentra más del 10 % de carcinomas en nódulos tiroideos operados.

Los 13 carcinomas de esta serie, adoptaron la siguiente presentación clínica:

CUADRO IV

Nódulo Tiroideo	5
Bocio Unidular	2
Bocio Multinodular	4
Bocio Difuso	2

En 3 casos hubo adenopatías regionales.

La distribución por edades de los carcinomas fue:

CUADRO V

11 - 20 años	0
21 - 30 años	3
31 - 40 años	2
41 - 50 años	3
51 - 60 años	3
61 - 70 años	1
71 - 80 años	1

Solamente uno de los casos correspondió al sexo masculino y presentaba el único carcinoma metastásico en ambos lóbulos tiroideos, de cuyo primitivo era responsable el riñón. El carcinoma ubicado en el cuadro entre los 71 y 80 años era indiferenciado, presentando adenopatías regionales, hecho no común, ya que matan en la etapa local habitualmente.

HIPERTIROIDISMO (incidencia 13 %)

Clínicamente adoptaron las características informadas en el siguiente cuadro:

CUADRO VI

Bocio Difuso	8 casos
Bocio Multinodular	4 casos
Bocio Uninodular	1 caso

La correspondencia anatomopatológica fue la siguiente:

CUADRO VII

Bocio Coloide Difuso	6
Bocio Parenquimatoso Hiperplas	3
Bocio Nodular Predominant. Co-	
loide	1
Adenocarcinoma Folicular	1
Adenocarcinoma Folicular	1
Adenocarcinoma papilar y folic.	1
Adenocarcinoma sin otros datos	1

Extraemos de lo antedicho que en esta serie el hipertiroidismo se presentó 6 veces en Bocio Coloide o sea el doble de lo observado para el Bocio Parenquimatoso. En 3 ocasiones correspondió a un adenocarcinoma.

ENFERMEDAD DE HASHIMOTO

Presentación por edad:

51 - 60 años	3
61 - 70 años	1
41 - 50 años	1

COMPLICACIONES Y SECUELAS DE LA CIRUGIA TIROIDEA

Hecha esta breve introducción, analizaremos las complicaciones y secuelas de cirugía tiroidea, incluyendo las realizadas por carcinoma tiroideo.

Hay 2 tipos de complicaciones (3):

1) Anatómicas: derivadas de las importantes estructuras vinculadas a la glándula.

2) Fisiológicas: en relación al trastorno de la función endocrina.

MORTALIDAD

La mortalidad de la cirugía tiroidea ha disminuido francamente (5, 6, 9, 10), no sólo por el mejor manejo quirúrgico y anestesiológico, sino fundamentalmente por la mejor preparación preoperatoria ya que actualmente sólo operamos en eutiroidismo, contando con magníficas drogas para alcanzar esta situación clínica.

La mortalidad de esta cirugía alcanzaba, en 1850, el 40 % según Mayo. En 1883 llega al 15 %. En 1905, sobre 182 casos Mayo tenía una mortalidad del 3 %. En 1950, la misma se reduce a menos del 1 % según Behars y Vandertoll (5).

En esta serie no hubo mortalidad, dado que a pesar que se registró una muerte al 23er. día de operado, se trataba de un paciente de 73 años, portador de un carcinoma indiferenciado de tiroides que falleció por causa no imputable al acto quirúrgico.

MORBILIDAD

Muy variable dado los diferentes criterios utilizados en su evaluación. Nosotros encontramos el 25 % de morbilidad; las cifras consultadas (9, 13), son de 8.8 % a 16.5 %.

OSTRUCION RESPIRATORIA

En estadísticas nacionales (4, 9) se registran muertes por esta complicación.

La más importante es la obstrucción respiratoria traqueal por las siguientes causas:

- Hemorragia;
- Edema laríngeo;
- Desplazamiento traqueal no corregido por la operación y traqueomalacia;
- Lesión recurrential bilateral.

A) Hemorragia

Hay 2 tipos de hemorragia postoperatoria:

- arterial,
- venosa.

Puede ser de real importancia y determinar obstrucción respiratoria obligando a reabrir la herida operatoria en la misma cama del enfermo (21).

Cattel (6) tuvo que abrir la herida operatoria en 0.33 % por sangrado. En la mayoría de los casos fue de tipo venoso. Una vez de cada 750 casos fue de origen arterial, siendo la responsable más frecuente la arteria tiroidea superior.

En la serie estudiada, hubo que reintervenir en 2 oportunidades por sangrado en napa, sin elementos de obstrucción respiratoria. Uno de los casos fue al segundo día y el otro al vigesimoprimer día del postoperatorio.

La hemorragia del 21er. día es excepcional, tratándose en este caso de una paciente portadora de un carcinoma indiferenciado de tiroides.

Hubo además 4 casos de hematomas sin obstrucción respiratoria que fueron solucionados por simple drenaje de los mismos.

B) Edema laríngeo

Si el paciente está desorientado, nervioso o agitado, se debe catalogar de hipóxico hasta prueba gasométrica de lo contrario. En nuestra serie no se registraron casos de edema laríngeo.

C) Desplazamiento traqueal no corregido durante la intervención y traqueomalacia

Son factores raros de obstrucción respiratoria y cuando se produce en general se asocia a otra causa, por ejemplo el sangrado postoperatorio. Ningún caso de esta complicación en la serie estudiada.

D) Lesión recurrencial bilateral

Produce habitualmente grave obstrucción respiratoria, que requiere traqueostomía inmediata (3, 13). En esta serie hubo un caso de parálisis bilateral, al que no se le practicó traqueostomía, mejorando en el postoperatorio, desconociéndose su evolución alejada.

Luego de las consideraciones sobre causas de obstrucción respiratoria comentaremos otras complicaciones relacionadas a la cirugía tiroidea.

E) Lesión unilateral recurrencial

En la serie que estamos analizando hay un porcentaje alarmante de parálisis recurrencial: 12 %.

Las mismas fueron comprobadas por otorrinolaringólogo durante el postoperatorio, pero

hay que destacar que no se realizó un seguimiento alejado en todos los casos y por lo tanto ignoramos si hubo reversibilidad en alguna oportunidad. Aunque en algún caso haya regresado la parálisis igual la injuria resurreccional fue muy alta en relación a otras cifras nacionales y extranjeras (3, 4, 6, 9, 11, 13, 15).

En 6 oportunidades la parálisis fue izquierda, 5 veces derecha y una vez como comentamos bilateral.

Sólo en una oportunidad fue de necesidad.

En una oportunidad se reconoce la sección suturándose el nervio; se desconoce el resultado alejado de este caso.

En 2 oportunidades el anestesista encuentra buena funcionalidad de cuerdas vocales al extubar al paciente, por lo que se puede deducir que dicha valoración inmediatamente luego de la intervención, no da garantías absolutas de indemnidad recurrencial (13).

En una oportunidad la agresión se produjo en una reintervención.

La patología que en esta serie motivó la lesión fue la siguiente:

CUADRO VIII

Carcinoma diferenciado de tiroides	4
Adenoma	2
Bocio coloide nodular	5
Hashimoto	1

La intervención realizada se aprecia en el Cuadro IX:

CUADRO IX

Tiroidectomía subtotal	8
Tiroidectomía total	2
Lobectomía derecha	2

En el siguiente cuadro relacionamos la anatomía patológica con las intervenciones realizadas, en los casos de parálisis recurrencial:

CUADRO X

PARALISIS DERECHA

adenoma microfolicular	tiroidectomía subtotal
adenocarcinoma	tiroidectomía subtotal
carcinoma folicular	Tiroidectomía total y vaciamiento der.
carcinoma diferenciado con met.	tiroidectomía total
bocio coloide nodular	lobectomía derecha

PARALISIS IZQUIERDA

bocio nodular coloide (3 casos)	tiroidectomía subtotal en los 3 casos
epitelioma papilífero	tiroidectomía derecha y vaciam. ganglion.
bocio coloide difuso con adenoma	tiroidectomía subtotal
Hashimoto ..	tiroidectomía subtotal

PARALISIS BILATERAL

bocio coloide multinodular ...	tiroidectomía subtotal
--------------------------------	------------------------

Como vemos, sólo en 4 casos se trataba de carcinomas diferenciados, el resto corresponde a patología no maligna.

En 2/3 de los casos (8 veces) se realizó tiroidectomía subtotal. En 2 oportunidades tiroidectomía derecha y sólo en 2 ocasiones se realizó tiroidectomía total.

Para evitar la lesión recurrencial se debe tener un conocimiento perfecto de la región y es necesario cumplir estrictamente los tiempos operatorios. En cuanto a la técnica a seguir hay autores que identifican el recurrente y otros que no lo hacen en forma sistemática.

Según Judel Now y Marn, encontraron parálisis recurrencial, que no había cedido al año, en perros a los cuales pinzaron dicho nervio con una hemostática o bien ligaron firmemente. Por lo tanto, cuando se decide buscar el recurrente se debe evitar traumatizarlo o pinzarlo y además hay que evitar dañar su irrigación.

Hawe y Lothian (15) practicaron 1.011 tiroidectomías con exposición sistemática del recurrente y tuvieron 28 parálisis que fueron permanentes en 3 casos.

Lahey (16) incluyendo operaciones por cáncer de tiroides exponiendo el recurrente tiene una incidencia de parálisis del 0.3 %.

Williams, en 100 tiroidectomías sin exposición del recurrente, no tuvo parálisis en el postoperatorio inmediato; sin embargo, a los pocos días aparecieron 7 disfunciones unilaterales; 5 mejoraron y 2 fueron permanentes. O sea que la exposición sistemática del recurrente, es la causante muchas veces de la disfonía inmediata postoperatoria que en la mayoría de los casos es reversible.

En la clínica donde actuamos no identificamos sistemáticamente el recurrente; reservamos su exposición para las reintervenciones, los casos de cáncer evolucionados, bocios intratorácicos y bocios muy grandes que distorsionan la anatomía de la región.

Si un solo nervio es seccionado y el paciente no tiene serias dificultades respiratorias debido a la disfunción laríngea, no es necesario tomar medidas inmediatas ya que habitualmente esta parálisis es bien tolerada y las alteraciones de la voz que determinan son bien compensadas en parte por la motilidad de la otra cuerda vocal.

F) Hipoparatiroidismo

El hipoparatiroidismo permanente, es un problema serio pero felizmente poco frecuente.

En esta serie encontramos sólo un caso de tetania al 3er. día cuya evolución ignoramos. Se trataba de un paciente de 58 años, del sexo femenino, al que se le realizó una tiroidectomía subtotal, por una enfermedad de Hashimoto.

Los porcentajes en la literatura consultados oscilan entre el 0.8 % y el 3 % (3, 4, 6, 9).

Dada la gravedad de esta afección algunos preconizan la exposición de las paratiroides en el acto operatorio.

Si se extirpan accidentalmente se deben implantar en el músculo.

La vascularización de las paratiroides está dada por las tiroideas inferiores, hecho que tiene su importancia en cuanto a que la isquemia de dichas glándulas puede existir (3).

En casi todas las estadísticas la tetania se asocia generalmente a la tiroidectomía total.

Bell y Bertels (3) presentaron 2.000 casos de tiroidectomías por hipertiroidismo, 58 (2.9 %) tuvieron cierto grado de tetania y en 16 (0.8 %) la tetania fue permanente. Cuando la operación fue por hipertiroidismo recurrente, el porcentaje de tetania aumentó al 9.5 %.

G) Hipotiroidismo

Se presentó en una oportunidad ante una reintervención por carcinoma papilífero.

Generalmente el tiempo de aparición es variable, pero no antes del mes de operado (10). El 81 % de los mixedemas ya son evidentes antes del año de la operación (3), el resto tarda entre 1 y 5 años en dar sintomatología.

En nuestro medio Chiara (1) sobre 134 casos encuentra 1 hipotiroidismo. Crile y Mac Cullaga, encontraron 4.5 % de mixedema en tiroidectomías conservadoras y 21 % en tiroidectomías radicales.

Bartels encontró en 942 casos de hipertiroidismo, preparados con antitiroideos, 7.3 % de mixedemas, siendo permanente en el 5.2 %. En pacientes reintervenidos por hipertiroidismo la frecuencia es aún mayor.

H) Crisis tirotóxica

Registramos sólo un caso de crisis tirotóxica intraoperatoria que fue dominada con la terapéutica habitual. Esta complicación tan frecuente anteriormente, en la actualidad es rara.

Con los fármacos actuales no se justifica operar pacientes que no hayan alcanzado el eutiroidismo (3).

Si el mismo no se logra algunos autores prefieren no operar y administrar yodo radiactivo, afirmando que el riesgo de malignización por este método es menor que el de la muerte por crisis tirotóxica.

I) Hipertiroidismo residual y recidivante

Son 2 complicaciones distintas. Hipertiroidismo residual o persistente se debe a resección insuficiente y aparece antes del sexto mes de la operación.

Hipertiroidismo recidivante aparece luego del sexto mes de la operación. La frecuencia varía entre el 2 y el 10 %.

Para el tratamiento se puede indicar la reintervención o bien radioyodo. Muchos autores prefieren esto último, ya que el porcentaje de agresión recurrencial y paratiroides es máximo en las reintervenciones (3).

En esta serie no encontramos esta complicación.

J) Exoftalmos maligno postoperatorio

No figura en nuestra serie. Es de rara observación, cuando hace peligrar la visión, es conveniente intentar descomprimir por medios quirúrgicos.

K) Procesos infecciosos locales

Registramos un porcentaje del 7 %.

L) Nódulos subcutáneos de naturaleza incierta

En 3 ocasiones. Llamamos la atención sobre los mismos, ya que pueden corresponder a implantes de células tiroideas.

M) Edema de cuello y cara

Existió en una oportunidad resolviéndose favorablemente.

N) Dolor y molestias en la cicatriz operatoria

En 4 casos.

O) Nódulo de recidiva

Un caso, a los 5 años del postoperatorio de un bocio multinodular. Venturino (22) encuentra 3 casos en 44 observaciones.

P) Neumotórax

No se registró esta complicación. Se puede observar en la liberación de bocios endotorácicos. Según Colcok (12) el cirujano que tiene diagnóstico preoperatorio de bocio endotorácico no debe tener mayor morbimortalidad que en los bocios habituales.

Q) Queloide de cicatriz operatoria

Se observó en 2 casos.

R) Perforación de esófago y traquea

Cuando el bocio se insinúa entre traquea y esófago y se calcifica, o bien cuando hay un carcinoma que invade dichas estructuras, se puede producir la efracción de las mismas, efracción que puede ser de necesidad o accidental. Como regla para su tratamiento generalmente es suficiente con la sutura simple y drenaje; se debe indicar antibióticos ya que la posibilidad de supuración postoperatoria es elevada.

No tenemos casos de esta complicación en la serie analizada.

CONCLUSIONES

Del análisis de 100 casos de postoperatorio de cirugía tiroidea extraemos las siguientes conclusiones:

1) No hubo mortalidad, pero sí una alta morbilidad (25 %).

2) La frecuencia del carcinoma tiroideo en los bocios uninodulares y nódulos tiroideos en conjunto fue de 16 %.

3) Comparando las complicaciones y secuelas registradas en esta serie con estadísticas nacionales y extranjeras, encontramos porcentajes similares, salvo en la agresión recurrente.

4) La parálisis recurrente fue del 12 %, cifra sorprendentemente alta. Aunque debemos destacar que no tenemos un seguimiento prolongado de todos los casos y por lo tanto ignoramos si hubo reversibilidad en alguna oportunidad.

5) Preferimos no operar los pacientes que no alcancen el estado de eutiroidismo luego de un correcto tratamiento con drogas antitiroideas, indicando en estos casos tratamiento con radioyodo, ya que el riesgo de malignización por este método es menor que el de muerte por crisis tireotóxica.

RESUME**Complications et séquelles de la chirurgie thyroïdienne**

Analyse des complications et séquelles de 100 thyroïdectomies réalisées à l' "Hospital de Clínicas" de la Faculté de Médecine de Montevideo, dans la période de 1968 - 1974.

Dans cette série il n'y a pas eu mortalité due à la chirurgie. La morbidité a été de 25 %, elle comprend: paralysie récurrentielle, 12 cas; infection de la région opératoire, 7 cas; queloïde de l'insinuation opératoire, 2 cas; hypoparathyroïdisme, 1 cas; hypothyroïdisme, 1 cas; crise thyrotoxique, 1 cas; infiltration oedémateuse du cou et de la face, 1 cas; nodule de récurrence, 1 cas.

Les auteurs ont fait aussi un étude bibliographique à ce sujet.

SUMMARY**Complications and sequelae of thyroid surgery**

The paper comprises an analysis of the complications and sequelae of 100 thyroidectomies performed in the Hospital de Clínicas (University Hospital) in the period comprised between 1968 and 1974. This series involved no deaths attributable to surgery. Morbidity was 25 % and includes: recurrent paralysis, 12 cases; operatory wound infection, 7 cases; operatory scar keloid, 2 cases; postoperatory bleeding, 2 cases; hypoparathyroidism, 1 case; hypothyroidism, 1 case; thyrotoxic crisis, 1 case; edema of neck and face, 1 case; recurrence nodule, 1 case.

Case material is accompanied by bibliographic study of subject.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ABELNDA E, BARRANTES N, CALCAGNO J, SERIO P y GUILLAMONEGUI A. Cáncer Tiroideo. *Rev Argent Cir*, 20: 27, 1971.
2. ANAVITARTE E. Cirugía del Cáncer de Tiroides. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 6º, 1955.
3. ARTZ C, HARDY J. Management of surgical complications. Philadelphia. Saunders, 1975.
4. ASINER B, GILBERT P y ARRUTI C. Estudio Estadístico sobre 158 casos de Bocios Tratados en la Clínica Quirúrgica "B". *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 6º, 1955.
5. BEHARS O, VANDERTOLL J. Complications of Secondary Thyroidectomy. *Surg Gynecol Obstet*, 117: 535, 1963.
6. CATELL R. Post Operative Complications of Thyroid Surgery. *Surg Clin North Am*, 33: 867, 1953.
7. CATELL R. The Technic of Secondary Thyroidectomy for recurrent or persistent Hipertir. *Surg Clin North Amer*, 19: 573, 1939.
8. CATELL R, MORGAN E. Recurrent Hiperthiroidism. *Surg Gynecol Obstet*, 68: 347, 1939.
9. CAZABAN L. Morbilidad y Mortalidad de la Cirugía Tiroidea. *An Fac Med Montevideo*, 50: 454, 1965.
10. CERVINO J. Tratamiento del Bocio. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 6º, 1955.
11. CHIARA T. 134 casos de Cirugía del Tiroides. Clasificación Patológica y Resultados del Tratamiento. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 6º, 1955.
12. COLCOK B. Intrathoracic Goitier. *Surg Clin North Am*, 33: 773, 1953.
13. DEL CAMPO A, DIAZ L, CHIZZOLA M. Complicaciones y secuelas de la cirugía tiroidea. *Dia Med Urug*, 413: 82, 1967.
14. GREGORIO L. Cáncer Tiroideo. *Cir Uruguay*, 44: 166, 1974.
15. HAWE P, LOTHIAN K. Recurrent Laryngeal Nerve Injury During Thyroidectomy. *Surg Gynecol Obstet*, 110: 488, 1960.
16. LAHEY F. Exposure of the recurrent Laryngeal Nerve in Thyroid Operations. *Surg Gynecol Obstet*, 78: 239, 1944.
17. LAHEY F. Práctica quirúrgica de la clínica Lahey. Buenos Aires. Bernadas, 1954.
18. MADDEN J. Atlas de técnicas quirúrgicas. México. Interamericana, 1967.
19. MANZONI A. Cáncer de Tiroides. *Rev Argent Cir*, 20: 11, 1971.
20. ROUVIERE H. Anatomía Humana Descriptiva y Topográfica. Madrid. Bailly Bailliere. 1959.
21. SABISTON D. Tratado de patología quirúrgica de Davis Christopher. México. Interamericana. 1974.
22. VENTURINO W. 44 observaciones de Bocio Difuso. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 6º, 1955.

DISCUSION

DR. SUIFFET.—El trabajo presentado vuelve a traer a la discusión una serie de problemas de fundamental trascendencia en la cirugía tiroidea.

Desde luego que todos los puntos han sido analizados. Los comentarios vuelven a repetirse. En nuestro medio, en una de las tesis, el Dr. Cazabán analizó la experiencia del Archivo de la Clínica cuando estaba a nuestro cargo, con todo el material de la Clínica Quirúrgica 1, y después el trabajo del Dr. Estrugo y del Dr. Gregorio.

Los autores han analizado una serie de problemas. Hay algunas complicaciones que no fueron mencionadas que me imagino que no los deben de haber observado. No los hemos tenido tampoco felizmente, pero hemos tenido que intervenir en algunos momentos en hemorragias severas producidas por arrancamiento de las venas tiroideas medias o inferiores, ya sea de la vena yugular interna o del tronco venoso braquiocefálico izquierdo. Arrancamientos venosos que se producen por una pretendida maniobra de liberación del nódulo en forma digital, sin haber expuesto correctamente primero el cauce vascular. Eso es algo muy grave y que debe ser conocido, porque puede crear

una tremenda situación y una inquietud muy grande en el momento del acto quirúrgico. Los otros accidentes operatorios son la agresión del árbol respiratorio y digestivo. Hemos tenido agresión del esófago, pero ella sucedió en un caso de carcinoma, lo que debe ser distinguido, dada la posible infiltración de la pared esofágica, en esta patología.

En lo que respecta a la agresión nerviosa, no vamos a insistir en lo que ya se ha dicho tantas veces, de los problemas siempre pendientes de la posible agresión recurrente. Tuvimos la felicidad de aprender del propio Lahey la táctica quirúrgica seguida respecto a la exposición del nervio recurrente.

Muchas de las lesiones recurrentes, se producen cuando el recurrente entra bajo el haz cricoideo del constrictor inferior de la faringe, cuando penetra a la faringo-laringe. Eso es una de las cosas muy importantes a tener en cuenta. Otro nervio que no ha sido mencionado en el trabajo, pero que es conveniente que se tenga en cuenta, es la agresión del nervio laringeo externo.

Insistimos en el Congreso de Salto y está publicado en esta Revista, en los problemas que crea la posible agresión del nervio laringeo externo, que es posible-mente agredido, cuando se practica la ligadura en block de la arteria tiroidea superior. En más de un 10% de los casos, el nervio laringeo externo pasa entre las ramas de la arteria tiroidea superior. Esa es una de las razones por las cuales nosotros no ligamos nunca el tronco de la arteria tiroidea superior, sino sus ramas por separado. La agresión del nervio laringeo externo es muy difícil de reconocerla endoscópicamente. Trae como consecuencia una disminución de la tonicidad del músculo crico-tiroideo cuya función fundamental es la rotación del cartilago tiroides y su consecuencia, la tensión de las cuerdas vocales. Cuando se produce la lesión del nervio laringeo externo, la cuerda vocal pierde tensión. Esa es una de las razones de una alteración en la fonación que se ve en el postoperatorio de la cirugía tiroidea: la fatiga de la voz.

El nervio laringeo superior, a pesar de que hay casos descriptos de lesión, es excepcionalmente agredido. No así otro nervio, del cual hemos visto agresión en dos casos, no nuestros y es el nervio hipogloso mayor. El nervio hipogloso mayor, que es prevascular a diferencia del laringeo superior, puede ser agredido en la liberación del polo superior con nódulos voluminosos evadidos de la celda tiroidea y penetrados en el cauce vascular. La liberación de ese polo superior con las ramas de la arteria tiroidea superior abiertas en abanico es dificultoso y puede llegar hasta la zona del hipogloso.

Otro de los problemas es la agresión de la paratiroides. Es un problema de exposición.

La hemorragia postoperatoria grave es muy grave. Hemos visto morir dos pacientes, en dos centros asistenciales, por hematomas verdaderamente pequeños, encarcelados en una celda que se cierra herméticamente después de operada. Se drena, pero no drena como para evitar un hematoma a tensión, con la compresión del árbol respiratorio y la traqueomalacia inmediata.

Hay hemorragias que no son de origen arterial, sino que son de origen venoso. Hemos tenido que reintervenir un paciente operado por nosotros, antes de salir de recuperación, y en otro caso colaborar en su reintervención, con hemorragias venosas. Las venas que muy a menudo quedan colapsadas y no sangran al

final del acto quirúrgico, sangran en las maniobras de extubación y de respiración espontánea del enfermo. La tos y los primeros quejidos del enfermo, producen una salida abundante de sangre venosa a la celda tiroidea.

En cuanto a las secuelas, se trata de otro problema de gran importancia, que es fundamental conocer y evitarlas en el acto quirúrgico.

DR. VALLS.— Este trabajo es muy importante porque en primer lugar la cirugía tiroidea es una cirugía muy frecuente en nuestro medio y está llena de complicaciones. La historia de la cirugía tiroidea ha evolucionado con sus complicaciones. Tan es así que el que le dio la vuelta a la cirugía tiroidea fue Kocher, presentando una cantidad inmensa de tiroidectomías a principio de siglo, por lo que le dieron el premio Nobel, es decir, que él puso a punto las tiroidectomías y disminuyó las complicaciones que habían. Es tan importante el temor de las complicaciones que tiene un cirujano que yo personalmente cuando opero a una persona con bocio, no la dejo en una sala general y lo dejo en recuperación por lo menos durante 12 horas, porque puede hacer accidentes. Los accidentes más temibles son los respiratorios. Nosotros hemos visto hacer una crisis de asfixia brusca al tomar un vaso de agua una enferma joven que se murió en sala y la autopsia no mostraba absolutamente nada; se hablaba del famoso espasmo laríngeo. Es por eso que lo dejamos en recuperación. Decía Lahey que debía de tener una caja de traqueostomía al lado por las dudas, y no le damos agua en las primeras 12 horas a un enfermo que lo operamos del tiroides. No le damos nada por boca por el temor a que haga una complicación respiratoria. El otro mecanismo de la complicación es la hemorragia. Nosotros hemos tenido que operar en la guardia enfermos operados por la mañana porque han hecho una hemorragia tremenda de la logia tiroidea en dos ocasiones; hemos tenido que reabrir una herida y hacer saltar una cantidad enorme de sangre de la logia tiroidea y de todos los espacios cervicales desde el maxilar hasta la base del tórax, que ya estaban ahogando al enfermo. En una de las circunstancias se le había hecho una sección de los músculos infrahioideos y el cirujano había hecho la tracción del tiroides hacia arriba para hacerlo saltar la barrera de los músculos infrahioideos que habían quedado en la parte baja y al hacerlo saltar se le habían roto varias venas tiroideas inferiores que se hundieron en el mediastino y después se le hizo la tiroidectomía y luego en el postoperatorio siguió sangrando y se produjo esa hemorragia.

Hay que tener miedo además cuando se producen esas secciones venosas, no sólo a la hemorragia sino a la embolia gaseosa.

Con respecto al recurrente, es una cifra grande de la morbilidad, y es grande muchas veces no porque se seccione, sino que a veces son bocios grandes y el cirujano hace tracciones como decía el Dr. Blasiak en el Hospital de Clínicas, para movilizar el tiroides y eso ya puede ser motivo de parálisis recurrentes, que pueden o no retroceder. De modo que hay que hacer las maniobras en forma muy suave. Nosotros no vamos a buscar el recurrente en forma sistemática, sólo en las circunstancias en que dijo el Dr. Tchek-medyan.

Con respecto al hipoparatiroidismo es más el temor cuando uno hace tiroidectomías extensas bilaterales.

Hemos operado cánceres de tiroides y hemos hecho lobectomías totales de un lado y hemos respetado el lóbulo del otro lado, la parte posterior para tratar de respetar las paratiroides porque hemos visto problemas muy serios, crisis de tetania, y una manera de resolverlo es hacerle la reimplantación como destacó hace unos años acá Cazabán haciendo inyección de Azul de Toloidina, el reconocimiento de las paratiroides y la reimplantación en el esterno-cleido-mastoideo. Una enferma que yo vi de paso que hizo una tetania y fue resuelta haciendo una reimplantación de un adenoma de paratiroides y retrocedió.

De modo que es una cirugía que uno tiene que hacerla pensando que puede tener una complicación y que debe ser cuidada en las primeras 12 horas porque puede hacer un accidente respiratorio que mate a la enferma.

DR. GREGORIO.— Me parece muy importante que se traiga a la Sociedad de Cirugía un problema como éste que afecta a un núcleo importante de enfermos, porque la patología del tiroides cada vez se ve más desde el punto de vista quirúrgico y naturalmente las complicaciones se siguen viendo y se ven en las mejores manos, en las manos más experimentadas.

La semblanza que ha trazado el expositor me parece muy ajustada a la realidad y yo también tengo la impresión de que el número de lesiones de recurrentes es más alto del que en general se ve expresado en algunas estadísticas. Hemos visto parálisis o parexias recurrentes definitivas o transitorias, y ya se ha dicho acá y no hay porqué insistir, cuáles son las razones para que ello ocurra, pero las parálisis recurrentes creo que se ven más en aquellos cirujanos que más exponen el recurrente. Nosotros al recurrente tratamos de no verlo, al revés de lo que hacemos con las paratiroides, no nos interesa el recurrente salvo cuando vamos a hacer una hemitiroidectomía total o tiroidectomía total bilateral. En esos casos si lo buscamos a los efectos de ponerlo a cubierto o en las reintervenciones como dijo el comunicante. Cuando son transitorias, el traumatismo del nervio, incluso los derrames hemáticos que se producen en la logia tiroidea seguramente son responsables de esa alteración.

Otra complicación muy importante ya fue citada por el Dr. Valls es la que se refiere a los hematomas, a las hemorragias. Los hematomas intralógicos digamos, han provocado más de una muerte. Nosotros hemos visto morir enfermos o nos hemos enterado de enfermos que han muerto a propósito precisamente de una hemorragia que se ha hecho incoercible, que rápidamente mata por asfixia. Por eso siempre hay que tomar todas las medidas y una correcta exposición poner a cubierto en general de algunas de estas graves situaciones. Pero hay un capítulo que me interesa mucho y es el de las paratiroides. A propósito de las mismas estamos estudiando en el Instituto de Endocrinología en el momento actual, muchas de estas situaciones. La tetania, se ve con bastante frecuencia, no en forma definitiva, sino en forma transitoria y a veces bastante diferida, es decir, que están actuando las mismas causas que para esas parálisis recurrentes transitorias. Pero como hecho significativo, y está presente aquí la Dra. Iraola, ella y el Dr. Toledo han encontrado reiteradamente paratiroides en las piezas de resección y han encontrado paratiroides en la parte

posterior a nivel de donde corresponde y las han encontrado también dentro del propio tejido tiroideo. Las han encontrado por delante y por debajo del istmo y aún podemos insistir, ellos mostraron en el Ateneo de Endocrinología, paratiroides incluidas en el istmo.

Me faltó decir con respecto al recurrente, que no siempre son lesiones recurrenciales, a veces dan las mismas manifestaciones lesiones del laringeo externo.

En cuanto a la infección yo creo que con el criterio con el que nos manejamos nosotros de que un punto enrojecido es una infección, el porcentaje en nuestros medios hospitalarios es significativamente más alto que éste que tiene la Clínica del Prof. Praderi en 100 casos, no sé si será por el criterio que aplicamos o porque efectivamente ha coincidido la realización de este tipo

de operaciones con una época feliz del Hospital de Clínicas con un índice de infecciones menor.

Yo termino diciendo que felicito a los ponentes nuestro que estos trabajos son muy importantes y sirven para que todos tengamos muy presente que la cirugía del tiroides es riesgosa, que tiene complicaciones, y que no sólo tiene morbilidad sino que también tiene mortalidad como ya expresara el Dr. Valls y como nosotros también en esta reseña insistiéramos.

DR. TCHEKMEDYIAN.— Agradecemos los conceptos vertidos por los Dres. Valls, Gregorio y Suiffet, con los que estamos totalmente de acuerdo en lo que han expresado.

Muchas gracias.