

Técnica quirúrgica en la tiroidectomía para reducir la agresión recurrencial

Dres. Vartan Tchekmedyian, Carlos Aguirre, Norma Ricciardi, Héctor Geninazzi, Roberto Delbene y Luis Praderi

Proponemos una técnica de tiroidectomía que no pretende ser original. Está destinada fundamentalmente a mantener la indemnidad anatómica y funcional del nervio recurrente.

La misma debe cumplir en forma ordenada y sistemática con los siguientes tiempos operativos: 1) Abordaje y sección primaria del istmo tiroideo; 2) Abordaje del polo inferior del lóbulo tiroideo y ligadura escalonada de las ramas de la tiroidea inferior contra la glándula; 3) búsqueda sistemática del nervio recurrente; 4) ligadura del pedículo tiroideo medio, bien pegado a la cápsula glandular; 5) ligadura por separado de las tres ramas del pedículo tiroideo superior.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Thyroid Gland / Surgery.

INTRODUCCION

En un trabajo anterior sobre complicaciones y secuelas de la cirugía tiroidea (12), a propósito de 100 tiroidectomías efectuadas en el Hospital de Clínicas entre 1968 y 1974, comunicamos el hallazgo de 12 % de lesiones recurrenciales.

Si bien es comprensible, en primera instancia, esta cifra alarmante, por tratarse de un Hospital universitario, destacamos que no siempre era atribuible a la inexperiencia de los cirujanos jóvenes la responsabilidad de estas secuelas. Pensamos entonces, que podría tratarse de un defecto en la técnica empleada. Hasta ese momento nos oponíamos a la búsqueda sistemática del nervio recurrente y reservábamos dicho recurso a determinadas circunstancias clínicas:

- 1) Tiroidectomía total por cáncer.
- 2) Bocios gigantes.
- 3) Bocios intratorácicos.
- 4) Bocios recidivantes.
- 5) Vaciamientos ganglionares asociados.

Presentado como Tema libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, 1979.

Profesor Adjunto de Semiología, Médico Auxiliar, Ayudante de Investigación, Asistente de Clínica Quirúrgica y Profesor de Clínica Quirúrgica. Fac. de Medicina. Montevideo.

Dirección: Chacabuco 1780, Montevideo (Dr. V. Tchek-edyan).

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

Comparando los resultados obtenidos en el período anotado, con casuísticas extranjeras, el porcentaje de lesiones recurrenciales era altamente significativo (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7.). Tal como se refirió en ese trabajo preliminar, en los siguientes 5 años se trataron de unificar criterios terapéuticos, tanto en relación a la indicación como al procedimiento quirúrgico utilizado. Sin embargo, a pesar de haber tomado estas precauciones, el relevamiento completo de 100 nuevos casos, desde el año 1975 al año 1978, comprobamos que no hemos podido abatir los porcentajes de complicaciones en cuanto al compromiso recurrencial: se refiere.

De esta comprobación ha surgido la necesidad de modificar la técnica quirúrgica empleada, con miras a mejorar los resultados.

De la literatura extranjera consultada hemos podido comprobar que todos aquellos que buscan el recurrente en forma sistemática tienen un mayor porcentaje de paresias postoperatorias transitorias (7, 8), debidas a traumatismos, manipulaciones y sangrado por las maniobras de disección del nervio; pero tienen consecuentemente un menor porcentaje de parálisis definitivas por sección del mismo.

Teniendo en cuenta estos datos, hemos decidido incorporar a nuestra técnica, como paso previo a toda tiroidectomía, la búsqueda sistemática del nervio recurrente, para preservar su lesión. Pero con una salvedad: la búsqueda del mismo se hará en forma cuidadosa, metódica, con preciso conocimiento anatómico de la región (9, 10, 11) y siguiendo paso a paso los tiempos quirúrgicos; de modo de evitar que la intervención se torne complicada, engorrosa, prolongada o, peor aún, que comprometa la realización del plan quirúrgico adecuado a cada situación clínica.

Debemos destacar además un hecho y es que, al efectuar una tiroidectomía si es necesario actuar sobre ambos lóbulos, es sorprendente en estos casos, la facilidad de maniobra al actuar sobre el segundo lóbulo. Creemos que esto se deba a que tenemos dominada la cara interna del mismo. Esto nos lleva a efectuar la tiroidectomía comenzando por la istmectomía, equiparando el mejor dominio del campo quirúrgico para ambos lóbulos por igual. De acuer-

do a los conceptos anotados hemos modificado el procedimiento quirúrgico hasta ahora empleado para la tiroidectomía y basados en los mismos empleamos una nueva técnica; que no intenta ser original, sino que recoge lo que entendemos mejor de los procedimientos clásicos y los combina de modo de cumplir con los preceptos antedichos.

TECNICA

- 1) Abordaje y sección primaria del istmo tiroideo.
- 2) Búsqueda sistemática del nervio recurrente.
- 3) Ligadura de las ramas del pedículo superior por separado para evitar la lesión del nervio laríngeo externo.

Los pasos que proponemos seguir para realizar la tiroidectomía son:

1) Disección del istmo tiroideo, librando la cara interna de ambos lóbulos, ligando las ramas supra e infraístmicas y cargando el istmo con pinzas que se introducen por detrás del mismo, en el plano pretraqueal, y sección del istmo entre ambas pinzas y separación parcial de la tráquea por disección cuidadosa, retiramos pinzas previa ligadura.

2) Abordaje del polo inferior del lóbulo tiroideo, ligadura escalonada de las ramas de la tiroidea inferior contra la glándula, no abordamos el tronco de dicho pedículo pues nos exponemos a incluir el recurrente en su ligadura y comprometer la irrigación de las paratiroides que depende en gran parte de dichos vasos.

3) Descubierta del recurrente en el ángulo diedro traqueo - esofágico, detrás del pedículo tiroideo inferior, por disección cuidadosa con maniobras suaves, con instrumentos delicados de punta roma, dilaserao sin cortar ayudado con torundas y sin provocar sangrado. En nuestra experiencia, con maniobras precisas y en la topografía adecuada, la exposición del nervio se logra sin riesgos y sin dificultad. No es conveniente pinzarlo ni manipularlo en exceso, así como no exagerar su disección; basta exponerlo en un par de centímetros para tener noción de su recorrido y preservar su integridad anatómica en el resto de la operación. Tampoco creemos conveniente cargarlo con cintas o hilos porque son estas maniobras innecesarias de tracción y elongación del nervio, las responsables de las paresias postoperatorias, que aunque transitorias no dejan de ser muy molestas para el paciente y motivo de lógica preocupación para el cirujano.

4) Ligadura del pedículo tiroideo medio bien pegado a la cápsula glandular evitando violentas maniobras digitales que provoquen sangrados innecesarios. Finalizado este tiempo nos queda el lóbulo prendido del plano posterior, asegurando la indemnidad de las paratiroides y amarrado arriba por el pedículo superior.

5) Ligadura por separado de las tres ramas del pedículo superior, que pasan en esta téc-

nica a ser el paso final antes de la sección del lóbulo. Nos aseguramos de esta forma la homeostasis del pedículo tiroideo más importante, responsable de los más peligrosos sangrados postoperatorios y más difíciles de cohibir; a la vez que evitamos ligarlo en block, preservamos la indemnidad del nervio laríngeo externo causa frecuente, cuando es seccionado o ligado, de fatiga de la voz.

Este procedimiento permite además, en caso de sangrado, ligar el tronco de la tiroidea superior respetado en primera instancia, sin necesidad de tener que abordar, en tal caso, la carótida, con las graves consecuencias que ello implica.

Pensamos entonces que respetando los principios enunciados, lograremos mejorar los resultados obtenidos hasta ahora y abatir el alto porcentaje de secuelas, no solamente en cuanto al compromiso recurrencial se refiere, sino a todas las demás complicaciones, que aunque no tan frecuentes no por ello menos importantes. Nos proponemos tratar los próximos 100 casos con este procedimiento, y evaluaremos los resultados en forma comparativa comprometiéndonos a aportar los mismos en una próxima comunicación.

RESUME

Technique chirurgicale dans la thyroïdectomie pour reduire l'agression du nerf récurrent

Nous proposons une technique de thyroïdectomie qui ne prétend pas être originale. Elle est destinée fondamentalement à maintenir l'indemnité anatomique et fonctionnelle du nerf récurrent.

Celle-ci doit accomplir de façon ordonnée et systématique les temps opératoires suivants: 1) abordage et section primaire de l'isthme thyroïdien; 2) abordage du pôle inférieur du lobe thyroïdien et ligature échelonnée des branches de la thyroïdienne inférieure contre la glande; 3) recherche systématique du nerf récurrent; 4) ligature du pédicule thyroïdien moyen, bien collée à la capsule glandulaire; 5) ligature faite séparément des trois branches du pédicule thyroïdien supérieur.

SUMMARY

Thyroidectomy Surgical Technique Minimizing Aggression to Recurrent Nerve

The authors propose a technique for thyroidectomy which is not intended to be original. It is aimed fundamentally at maintaining anatomic and functional indemnity to recurrent nerve.

It should comply, in an orderly and systematic manner, with the following operator stages: 1) Approach and primary sectioning of thyroid isthmus; 2) Approach to inferior pole of thyroid lobe and stages ligation of branches of inferior thyroid artery against the gland; 3) Systematic search for recurrent nerve; 4) Ligation of middle thyroid pedicle right next well attached to the gland capsule; 5) Separate ligation of three branches of superior thyroid pedicle.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ARTZ C, HARDY J. Management of surgical complications. Philadelphia. Saunders, 1975.
2. ASINER B, GILBERT P, ARRUTI C. Estudio estadístico sobre 158 casos de Bocios Tratados en la Clínica Quirúrgica "B". *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 6º, 1955.
3. CATELL R. Post Operative Complications of Thyroid Surgery. *Surg Clin North Am*, 33: 867, 1953.
4. CAZABAN L. Morbilidad y mortalidad de la cirugía. *An Fac Med Montevideo*, 50: 454, 1965.
5. CHIARA T. 134 casos de cirugía del tiroides. Clasificación patológica y resultados del tratamiento. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 6º, 1955.
6. DEL CAMPO A, DIAZ L, CHIZZOLA M. Complicaciones y secuelas de la cirugía tiroidea. *Dia Méd Urug*, 413: 82, 1967.
7. HAWE P, LOTHIAN K. Recurrent Laryngeal Nerve injury during thyroidectomy. *Surg Gynecol Obstet*, 110: 488, 1960.
8. LAHEY F. Exposure of the recurrent laryngeal nerve in the thyroid operations. *Surg Gynecol Obstet*, 78: 239, 1944.
9. LAHEY F. Práctica quirúrgica de la Clínica Lahey. Buenos Aires. Bernadas, 1954.
10. MADDEN J. Atlas de técnicas quirúrgicas. México. Interamericana, 1967.
11. ROUVIERE H. Anatomía humana descriptiva y topográfica. Madrid. Bailly Bailliere, 1959.
12. TCHEKMEDYIAN V, DELBENE R, AGUIRE C. Complicaciones y secuelas de cirugía tiroidea. *Cir Uruguay*, 48: 457, 1978.