

(Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. H. García Lagos)

CONTRIBUCIÓN AL ESTUDIO DEL ABORDAJE QUIRÚRGICO DE LA REGIÓN TIROIDEA ⁽¹⁾

Eduardo C. PALMA

La cirugía de la glándula tiroides ha llegado a un elevado grado de perfección desde hace ya varios años. Puede decirse que desde los trabajos básicos de Halsted, Crile, Mayo, etc. etc., no se ha producido ningún aporte nuevo importante en las técnicas de realización de los diversos tipos de tiroidectomías.

Nuestra experiencia en cirugía tiroidea es todavía limitada; y en lo que respecta a la técnica de realización de las diversas tiroidectomías, nos hemos limitado a seguir las directivas establecidas por los grandes maestros de la cirugía. La operación que hemos efectuado de preferencia ha sido la tiroidectomía sub-total, siguiendo fundamentalmente la técnica ya clásica, precisada por Halsted (en 1919).

El abordaje quirúrgico a la logia tiroidea ha sido también perfectamente descrito por numerosos autores. Sin embargo, en esta etapa inicial del acto quirúrgico de la tiroidectomía, hemos creído encontrar algunos pequeñísimos detalles de técnica, que pueden facilitar un tanto la rapidez y amplitud del abordaje a la glándula tiroides, con un mínimo de "delabrement" de los planos de cobertura de la región.

Hemos utilizado siempre en nuestros operados, la incisión en corbata de Kocher. Pero además hemos tratado de conservar intactos los músculos infrahioideos, realizando la disociación longitudinal, a lo largo de la línea media, siguiendo la técnica ya

(1) Presentado a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 3 de julio de 1940 y dado prioridad a uno anterior por carencia de originales.

precisada por Crile, Mayo, Halsted y por infinidad de otros autores.

La amplitud del campo operatorio que obtuvimos no fué todo lo satisfactoria que hubiéramos deseado (obs. 1 y 2). Así en la observación 1, en que se trataba de un bocio exoftálmico voluminoso, con un metabolismo altísimo y un estado general bastante alterado, no vacilamos en seccionar transversalmente los músculos infrahioides, para obtener amplia luz, teniendo en cuenta que la conservación de la total integridad de estos músculos es un problema accesorio, frente a la trascendental importancia de la realización correcta de la intervención en el plano de la acción visceral, para lo cual es necesario tener un amplio abordaje operatorio.

A partir de estos 2 casos iniciales, introdujimos unas pequeñas variantes en la técnica de abordaje de la logia tiroidea, con lo que al par que obtuvimos una amplitud operatoria bastante grande en el plano visceral, conservamos los músculos infrahioides, que si bien se hallan a menudo alterados y hasta atrofiados en ciertos casos de bocio, llevan indudablemente una función en la dinámica del cuello.

El abordaje por la incisión en corbata, seguida de la disociación vertical en la línea media del plano músculo - aponeurótico de recubrimiento, es un verdadero abordaje estelar, por disociación, con orientación perpendicular de las líneas de sección de los dos planos, pues la incisión de piel, tejido celular y músculo cutáneo es horizontal, siendo vertical la línea de disociación del plano músculo - aponeurótico. Es por tanto capital, para poder reclinar ampliamente este plano músculo aponeurótico y obtener buena luz en la profundidad, que se realice un clivaje bien amplio entre los dos planos antedichos. En este sentido, hemos extendido nuestro clivaje del plano superficial, arriba hasta el hueso hioides, no deteniéndonos en el cartílago tiroides como aconsejan algunos, y yendo hacia abajo, hasta el esternón y las clavículas, a pesar de que algunos autores no consideran necesario clivar bajo el labio inferior de la incisión. A los lados hemos realizado el clivaje hasta llegar al nivel de la cara externa del músculo esternocleido - mastoideo, llegando mismo hasta las proximidades de su borde posterior, y esto desde la parte inferior hasta la altura cercana al hioides. Este clivaje amplísimo ha sido indudablemente

la causa fundamental de que en todos los restantes casos, la luz operatoria obtenida en la profundidad (logia tiroidea) fuera buena.

Sin embargo la realización de este clivaje, sin directivas técnicas precisas, es lenta y dificultosa, produciendo la sección de numerosos vasos venosos que obscurecen el campo operatorio.

Entre el músculo - cutáneo del cuello y la aponeurosis superficial hay un plano celuloso más o menos fácil de clivar. Sin embargo, cuando se efectúa el clivaje en este espacio yendo de la línea media hacia los lados, con cierta frecuencia y facilidad, hemos observado que nos vemos conducidos a pasar por dentro del borde anterior del músculo externo - cleido - mastoideo, dejando de ser un clivaje superficial en esa zona para volverse relativamente profundo, por debajo del músculo externo - cleido - mastoideo. Este hecho lo hemos observado no sólo en los actos quirúrgicos, sino también en disecciones realizadas en el anfiteatro de Anatomía. La explicación de este hecho puede ser múltiple, siendo posiblemente la más próxima a la realidad el que la parte anterior de la aponeurosis superficial del cuello, siendo sumamente débil y delgada, adhiere bastante a la cara profunda del músculo cutáneo del cuello, motivo por el cual el clivaje tiende a efectuarse con mayor facilidad por debajo de esta zona delgada de la aponeurosis superficial, cuando efectuamos el clivaje de dentro hacia afuera. Pero por el momento no nos pronunciamos al respecto; una interpretación más precisa del hecho, trataremos de efectuarla cuando hayamos terminado las investigaciones anatómicas sobre aponeurosis del cuello, que estamos realizando. Teniendo en cuenta este hecho es que cuando efectuamos la incisión en corbata, seccionamos con bisturí la piel y el tejido celular, y no el músculo cutáneo. Para seccionar a éste, comenzamos por clivarlo de la aponeurosis superficial en los ángulos de la incisión, para desde allí extender el clivaje hasta la línea media y poder seccionar luego el músculo, con un golpe de tijera de cada lado (fig. 1).

Efectuada la sección del plano superficial en esta forma, tenemos certeza que en toda la extensión de la incisión nos hallamos en el buen plano.

Para realizar luego el levantamiento de los labios de la incisión tenemos en cuenta la existencia de zonas fácilmente clivables y otras con adherencias más importantes.

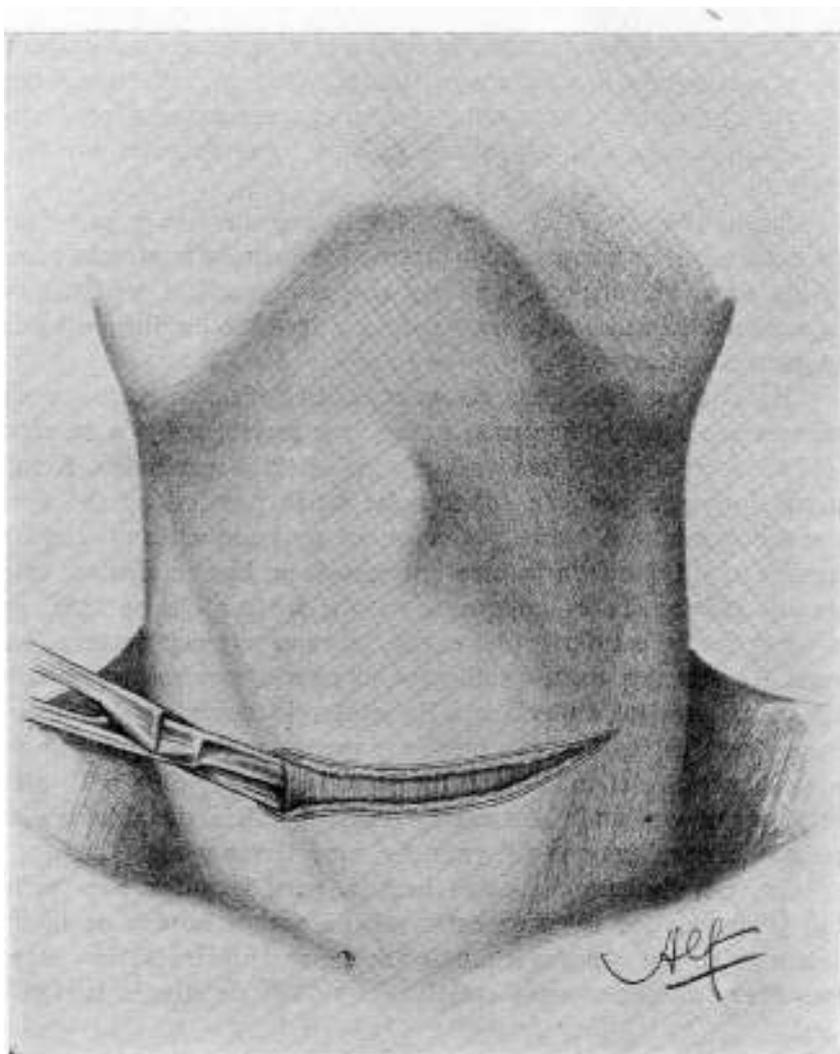


Figura 1

La piel de nuestro organismo se halla vinculada a las aponeurosis superficiales por tractos conjuntivos y elásticos, que en ciertas zonas son de verdadera importancia llegando a constituir verdaderos ligamentos lineales o zonas de profunda adherencia. Son bien conocidas, ciertas zonas de grandes adherencias, como la zona de la tuberosidad isquiática y en general, toda la nalga, cierta parte de la palma de la mano, el ligamento de Petrequin

en el pliegue ínguino - crural, la zona superior de la cara externa del músculo esterno - cleido - mastoideo, etc., etc. Creemos que todavía hay muchos ligamentos cutáneos, constantes y perfectamente aislables en el organismo humano, que deberán ser descritos.

En lo que se refiere a las regiones infrahioidea y carotídea del cuello, hemos comprobado, tanto en la sala de anatomía como en los actos quirúrgicos, que hay una zona vertical mediana de expansiones fibrosas del plano aponeurótico, que se dirigen hacia los planos cutáneos.

Existen además unas zonas más limitadas en ancho y de adherencias más débiles pero netas, que corresponden a la zona del borde anterior del músculo esterno - cleido - mastoideo. Finalmente hay otra zona de adherencias en la proximidad del área que corresponde al borde posterior del músculo esterno - cleido - mastoideo y también a la cara externa de su haz clavicular; esta área de adherencia es importante porque junto a ella se halla, en la parte media e inferior del cuello, la vena yugular externa, así como los ramales correspondientes al nervio cervical transverso del plexo cervical superficial. En el tercio superior del cuello, estas zonas de los bordes anterior y posterior de adherencias de la aponeurosis del músculo esterno - cleido - mastoideo a la piel, se llegan a confundir formando una superficie de adherencias de toda la cara externa del músculo, muy firme y resistente.

En conocimiento de estos hechos, para levantar con facilidad y rapidez los colgajos cutáneos, de ambos bordes de la incisión en corbata, aprovechamos las zonas intermediarias entre esas áreas de adherencias relativas, que son de clivaje bastante fácil.

Así para el labio superior, efectuamos de cada lado el clivaje hacia arriba, con un instrumento de punta roma, en la pequeña área decolable que corresponde a la cara externa del músculo esterno - cleido - mastoideo, entre las zonas de adherencias más firmes de sus bordes (fig. 2), así como en el área decolable más fácil y extensa que se halla entre el borde anterior del músculo y las adherencias de la línea media (fig. 2). Nos es entonces muy fácil seccionar (fig. 3), estas zonas un tanto lineales de adherencias, y levantar ampliamente el labio superior (piel, tejido celular y músculo cutáneo) hasta las vecindades del

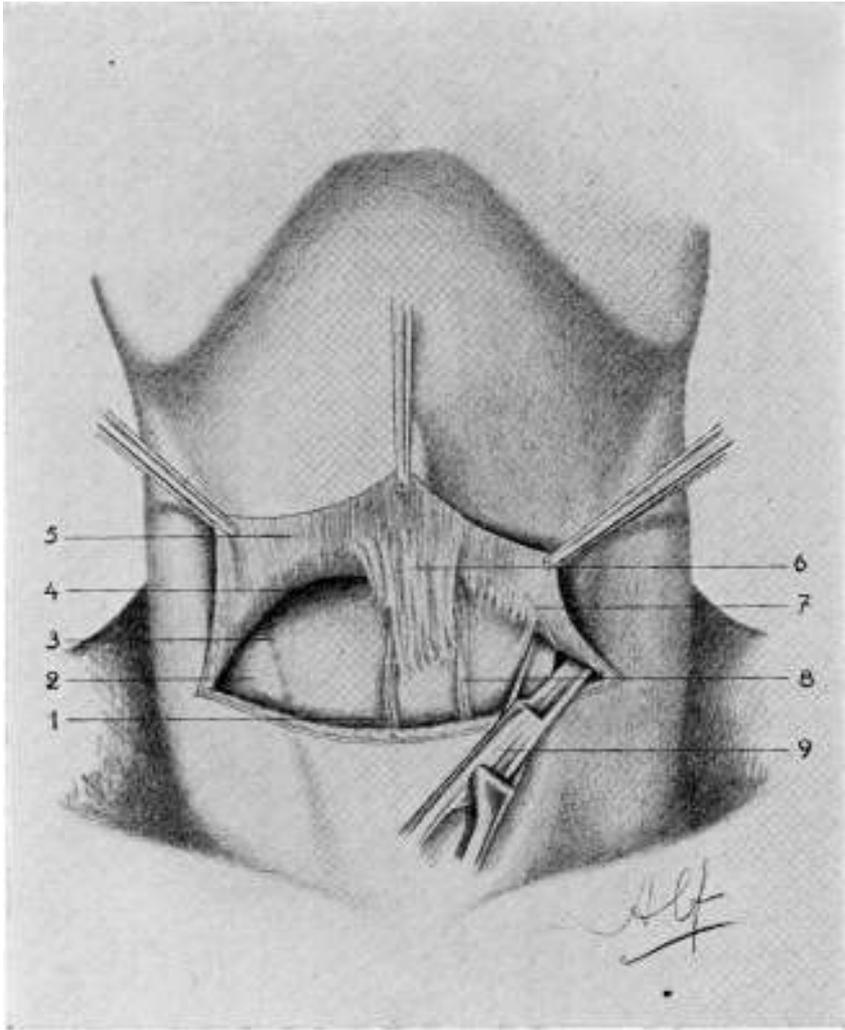


Figura 2. — 1. Vena yugular anterior der. 2. Músculo esterno-cleido-mastoideo; zona clivable con facilidad. 3. Borde anterior del músculo esterno-cleido-mastoideo; zona de adherencia de la aponeurosis a los planos superficiales. 4. Zona fácilmente clivable subcutánea, extendida desde el borde anterior del esterno-cleido-mastoideo a las adherencias de la línea media. 5. Colgajo superior, con el músculo cutáneo. 6. Zona de adherencias de la línea media. 7. Ramo cervical transverso del plexo cervical superficial. 8. Vena yugular ant. izq. 9. Clivaje de la zona decolable superficial, al nivel de la cara externa del esterno-cleido-mastoideo.

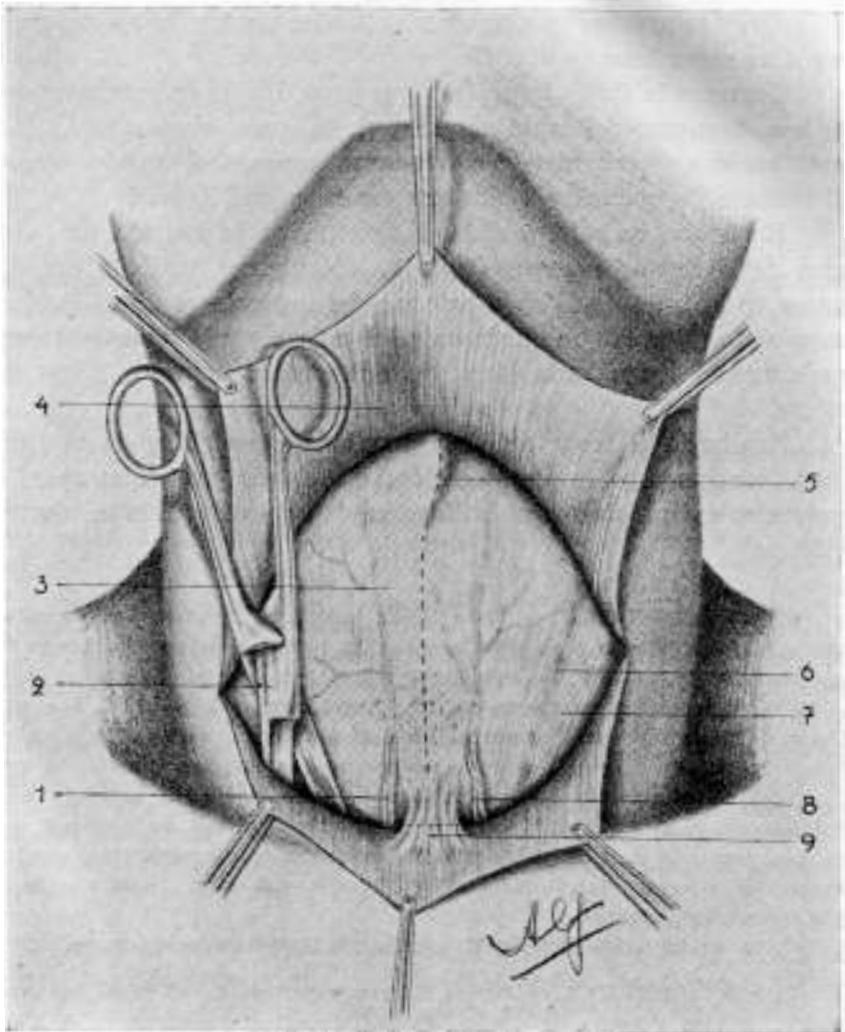


Figura 4. 1 y 8. Venas yugulares anteriores. 2. Clivaje debajo del labio inferior de la incisión. 3. Aponeurosis cervical superficial. 4. Colgajo superior. 5. Sección de la aponeurosis en la línea media. 6. Zona del borde anterior del músculo esterno-cleido-mastoideo. 7. Zona de la cara externa de este músculo. 9. Zona de adherencias medianas del labio inferior de la incisión.

yugulares anteriores que quedan aplicadas contra la aponeurosis cervical superficial.

Tenemos la firme impresión que procediendo de esta manera, el levantamiento del labio superior de la incisión se efectúa con más rapidez y con menor corrimiento sanguíneo, siendo menor el número de pequeños vasos que tenemos que ligar.

En lo que se refiere al labio inferior de la incisión procedemos de la misma manera (fig. 4). Efectuamos también los cli-vajes en la zona de la cara externa del músculo esterno - cleido - mastoideo, y en la que queda entre el músculo y la línea mediana, seccionando luego cada línea de adherencias con un golpe de tijera.

Realizado el levantamiento amplio de los labios de la incisión, continuamos la intervención, disociando verticalmente los músculos infrahioideos en la línea media, de acuerdo a la técnica clásica.

OBSERVACIÓN N° 1. — Clara D. V., uruguaya, 22 años. Bocio exoftálmico, muy voluminoso, con gran circulación colateral del cuello. Luego de un tratamiento médico prolongado el metabolismo basal desciende hasta + 60 %, y el pulso se mantiene en 132. Intervención el 10-XII-1936. Doctores Palma y Cantón y Pte. Fortunato. Incisión amplia en corbata de Kocher; levantamiento de los colgajos cutáneos no muy extendidos; disociación vertical del plano músculo - aponeurótico en la línea media. El bocio es muy voluminoso y se halla muy vascularizado; la amplitud de abordaje del campo operatorio no es satisfactoria. Se seccionan transversalmente, parcialmente los músculos infrahioideos. Tiroidectomía sub - total bilateral. Cierre por planos, con drenaje.

Crisis de hipertiroidismo post - operatorio. Buena evolución posterior.

OBSERVACIÓN N° 2. — Aurora G., uruguaya, casada, 58 años. Adenoma tóxico, tiroideo, derecho, de tamaño de una tangerina. Insuficiencia cardíaca moderada. Metabolismo basal de + 28 %.

Intervención el 3-XI-1937. Doctor E. Palma y Pte. Rossi. Incisión en corbata, algo lateralizada; levantamiento de los colgajos cutáneos, no muy extendido. Disociación del plano músculo - aponeurótico infrahioideo, en la línea media. La luz operatoria no es muy buena, pero se efectúa sin incidentes la tiroidectomía sub - total. Cierre por planos, con drenaje.

Excelente evolución post - operatoria.

OBSERVACIÓN N° 3. — Julia U., húngara, 36 años. Adenoma derecho de tamaño mediano, con hipertiroidismo. Intervención el 25-III-1938. Doctores E. Palma, E. Apolo y Pte. Alonso. Incisión en corbata, con buen cli-vaje del espacio celular debajo del músculo cutáneo, según la técnica pre-

conizada. Incisión vertical mediana de la aponeurosis superficial. Tiroidectomía sub-total. Cierre por planos.

Ligera crisis de hipertiroidismo post-operatorio. Supuración parcial de la herida. Buena evolución ulterior.

OBSERVACIÓN N° 4. — Teresa M. de M., 50 años, uruguaya. Adenoma tiroideo simple. Intervención el 7-X-1938. Doctores E. Palma, A. Iturralde y Pte. Armas. Incisión en corbata de 6 ctms., con buen clivaje superficial, según la técnica preconizada, pero no muy extendida, por ser el bocio de tamaño moderado y de situación mediana. Reclinamiento de los músculos infrahioideos; amplio abordaje operatorio. Enucleación resección del bocio. Cierre por planos, con pequeño drenaje con tubo.

Excelente evolución post-operatoria.

OBSERVACIÓN N° 5. — Francisca A. de C., española. Gran adenoma tiroideo derecho, con ligera insuficiencia cardíaca. Intervención el 18-XI-1938. Doctor Palma y Ptes. Alonso y Torres. Incisión en corbata y clivaje amplio superficial, debajo del músculo cutáneo, según la técnica preconizada. Reclinamiento de los músculos infrahioideos. Abordaje operatorio amplio. Tiroidectomía sub-total derecha, amplia. Cierre por planos.

Excelente evolución post-operatoria.

OBSERVACIÓN N° 6. — Francisca T., 40 años, uruguaya. Bocio parenquimatoso difuso, voluminoso, a predominancia derecha, datando de 20 años, con hipertiroidismo. *Intervención* (28-XI-1938): Doctores Palma e Iturralde y Pte. Gorlero. Incisión en corbata, con amplio clivaje superficial, debajo del músculo cutáneo, siguiendo la técnica preconizada. Reclinamiento de los músculos infrahioideos en la línea media, sin sección. Amplio abordaje quirúrgico, a pesar del tamaño del bocio y de la gran vascularización. Tiroidectomía sub-total, bilateral. Cierre por planos; pequeño drenaje de goma.

Excelente evolución post-operatoria.

OBSERVACIÓN N° 7. — Isabel R., uruguaya, 53 años. Bocio de tamaño mediano, con hipertiroidismo. Intervención el 30-XII-1938. Doctor E. Palma y Ptes. Dermit y Ferro. Incisión en corbata, con clivaje superficial según la técnica preconizada. Reclinamiento mediano de los músculos infrahioideos, sin seccionarlos; amplia luz operatoria. Tiroidectomía sub-total. Cierre por planos; pequeño drenaje con goma.

Excelente evolución post-operatoria.

OBSERVACIÓN N° 8. — Eusebia B. de S., uruguaya, 63 años. Adenoma tiroideo, quístico, de lóbulo izquierdo, sin hipertiroidismo. Intervención el 17-IV-1939. Doctor E. Palma y Ptes. Pérez Fontana y Errandonea. Incisión en corbata; clivaje superficial, según la técnica preconizada. Reclinamiento mediano de los músculos infrahioideos. Abordaje operatorio que da amplia visibilidad. Tiroidectomía sub-total izquierda. Cierre por planos con pequeño drenaje de goma. Excelente evolución.

OBSERVACIÓN N° 9. — Covadonga C., española, 22 años, Bocio voluminoso, con adenomas múltiples y un gran adenoma quístico hemático; sin hipertiroidismo. Intervención el 27-V-1939. Dr. Palma y Ptes. Pérez Fontana y Alonso. Incisión en corbata, con amplio clivaje superficial, según la técnica descripta. Reclinamiento de los músculos infrahiodeos, en la línea mediana. Abordaje operatorio ampliamente suficiente a pesar del tamaño del bocio. Tiroidectomía sub-total izquierda. Enucleación. Resección de los adenomas derechos que se hallan en el polo inferior del lóbulo derecho. Cierre de la pared por planos.

Excelente evolución post-operatoria.

OBSERVACIÓN N° 10. — Adela M. de Q., uruguaya, 41 años. Bocio voluminoso, parenquimatoso, difuso, con hipertiroidismo e insuficiencia cardíaca moderada. Intervención el VI-1939. Dr. E. Palma y Pte. Pérez Fontana. Incisión en corbata; amplísimo clivaje superficial debajo del músculo infrahiodeo. Abordaje operatorio amplio. Tiroidectomía bilateral sub-total. Cierre por planos, con drenaje de goma.

Excelente evolución.

OBSERVACIÓN N° 11. — Matilde M. de C., 44 años, uruguaya. Adenoma tóxico, tiroideo izquierdo, voluminoso, con insuficiencia cardíaca. Metrorragias por fibroma uterino. Histerectomía (18-I-1940). Intervención doctores Palma y Cendán y Pte. Alonso. Incisión en corbata. Amplio clivaje superficial debajo del músculo cutáneo, según la técnica preconizada. Reclinamiento mediano, sin sección de los músculos infrahiodeos. Se obtiene un abordaje operatorio ampliamente suficiente. Tiroidectomía sub-total izquierda. Cierre por planos, drenaje con pequeño tubo de goma.

Excelente evolución.

OBSERVACIÓN N° 12. — Isidora R., 32 años, uruguaya. Adenoma tóxico, tiroideo derecho, de pequeño tamaño. Intervención el 2-II-1940. Doctor Palma y Ptes. Alonso y Pérez Fontana. Incisión en corbata; clivaje sub-cutáneo, de acuerdo a la técnica descripta. Reclinamiento de los músculos infrahiodeos en la línea media, sin seccionarlos. Abordaje operatorio amplio. Tiroidectomía total del lóbulo derecho, previa descubierta y liberación del recurrente. Cierre por planos.

Paresia hemilaríngea. Excelente evolución ulterior, con recuperación perfecta de la motilidad laríngea.

Resumen. Para un abordaje amplio a la logia tiroidea, en la realización de las tiroidectomías en bocios algo voluminosos, por medio de la incisión de Kocher, y sin sección de los músculos infrahiodeos, es necesario efectuar un clivaje amplio en el espacio celuloso entre la aponeurosis superficial del cuello y el músculo cutáneo, para poder movilizar bien los labios de la incisión. Este clivaje se lleva hasta el hueso hioides, arriba; las clavículas y

el esternón, hacia abajo; la parte posterior de la cara externa de los músculos esterno - cleido - mastoideos, hacia los lados.

Para caer con facilidad en este espacio celuloso, al efectuar la incisión en corbata inicial, se aconseja clivar primero entre la aponeurosis superficial y el músculo cutáneo, de afuera hacia adentro, de cada lado, antes de efectuar la sección de este músculo.

Se establecen áreas de clivaje superficial relativamente fácil, situadas entre las zonas de adherencias de la aponeurosis al plano cutáneo. Estas zonas de adherencias serían, una mediana vertical, y otras a lo largo de los bordes del músculo externo - cleido - mastoideo.

El levantamiento de los labios de la incisión se hará con facilidad, clivando primero en las zonas decolables y seccionando después los bordes de adherencias.

La banda posterior de adherencia protegería la vena yugular externa.

