

TÉCNICA DE LA TIROIDECTOMÍA SUB-TOTAL **(Film)**

Prof. O. CAMES (Rosario)

El film que proyectamos, demuestra la técnica seguida para efectuar la Tiroidectomía subtotal; procedimiento que reputamos como el método terapéutico de elección, en el tratamiento de los estados hipertiroideos.

Las estadísticas operatorias han mejorado sensiblemente, en base a los siguientes factores:

- 1) Operación precoz, antes de que serias alteraciones orgánicas, especialmente complicaciones cardíacas agraven el cuadro.
- 2) Preparación cuidadosa de los enfermos y elección oportuna del momento operatorio.
- 3) La exeresis amplia del cuerpo tiroideo.

En todos nuestros operados utilizamos la anestesia local por infiltración. Ella debe de ser cuidadosamente practicada ya que sabemos lo sensible que son los hipertiroideos al dolor, factor este último, que por sí solo es capaz de despertar y agravar la crisis post - operatoria.

Acostumbramos a seccionar los músculos infrahiodeos, sin haber tenido con ello inconveniente alguno. Obtenemos de este modo un mayor campo que nos permite ser más suaves en las maniobras ulteriores.

Es posible apreciar en el film, la ligadura aislada de los pedículos tiroideos superiores. Sólo procediendo así se puede llegar a desprender el lóbulo, luxándolo convenientemente, maniobra esta última que nos permitirá poner de manifiesto la posible existencia de una prolongación retrofaríngea.

La tiroidectomía "in situ", no permite una exeresis satisfactoria.

En el curso de la tiroidectomía, no hemos recurrido nunca a la ligadura aislada de la arteria tiroidea inferior.

Efectuamos en último término la sección y desprendimiento del istmo, cuidando de no hacerlo demasiado contra la tráquea para no interesar pequeños filetes nerviosos, cuya lesión es capaz de determinar fenómenos de traqueitis, que incomodan en el post operatorio.

La sutura de los músculos infrahiodeos la hacemos tomando punto de apoyo en la aponeurosis superficial, que ha sido bien expuesta y ligeramente separada del plano muscular al practicar la incisión.

La hemostasia debe de ser meticulosa en estas intervenciones.

Acostumbramos a drenar a través de una pequeña contra abertura, utilizando con este objeto una tira de celofán.

Los agrafes son retirados a las 48 horas.

El cuello se inmoviliza con un vendaje del tipo de Schanz.
