

ACCIDENTES EN CIRUGIA TIROIDEA

CARLOS J. VILLARÁN del Risco (*)

Por ser corto el tiempo que las circunstancias imponen a nuestra presentación, he de dedicarlo a la revisión de algunos de los accidentes a que está expuesto el cirujano que interviene en el tiroides; precisamente, aquellos en los que lamentamos experiencia personal, es tema, que, por ingrato, me pone a cubierto de exceder los 15 minutos concedidos.

Y lo hemos escogido, porque los recientes adelantos diagnósticos y de la terapia pre y post-operatoria, aprovechados también en la atención quirúrgica de los pacientes tiroideos, al reducir los promedios de mortalidad a cifras negligibles, y elevar el de las curaciones a sus más altos índices; con la "sensación de seguridad" que alientan, han conducido a una mayor radicalidad a las ablaciones; y éstas, a su vez, a un repunte de la morbilidad post-operatoria que, creo, debe actualizarse.

Cierto es, que estamos muy lejos de la situación que, en 1850, hacía que la Academia Francesa de Medicina, prohibiese la operación del bocio, dada su alta proporción de accidentes y óbitos operatorios. (9). Pero también es cierto que ya en la segunda mitad del siglo XIX, cirujanos como BILLROTH en el 80, habían bajado la mortalidad a 8% y llamado la atención sobre los peligros de herir el recurrente o conducir a tetania. Y KOCHER en el 83, en una de sus revisiones críticas — que fue de los primeros en introducir— reconocía la caquexia estrumi-priva. En el 98, había rebajado la mortalidad del bocio simple a 0.18 %. Y al morir, en 1917, basado en una experiencia de más de 5,000 casos, había dejado sentadas las precauciones que protegen al nervio, y evitan la tetania, que él asociaba a la caquexia tiropriva. (9).

(*) Cátedra de Clínica Quirúrgica. Hospital Arzobispo Loayza.

Los grandes progresos de la ciencia médica moderna, si se descuentan los logros en la atención de las glándulas hiperfuncionales y cancerosas, o lo masivo de las casuísticas de ciertas clínicas; no han mejorado sustancialmente, los mejores índices conseguidos por los consagrados expertos de otra época. El avance estriba, en que se ha reducido el contraste de resultados que existía, entre lo que podían exhibir unos pocos mejores, y lo que alcanzaban y ocultaban los muchos del término medio.

Y en éstos resultados finales, actualmente, hay un remanente de logros desfavorables, que, llámense complicaciones o accidentes, integran la morbilidad operatoria que paso a revisar.

Mencionando solo las contingencias de: insuficiencia circulatoria, hepática, renal, agranulocitosis, o las de atelectasia pulmonar, trombo-embolia, infección, etc., que son consecuencia de error u omisión en los tratamientos pre, y post-operatorios; y sin que me detengan tampoco, la crisis tirotóxica, el hipertiroidismo residual, la exoftalmía maligna o el mixedema; que lo son de fallas tácticas; los que quiero relieves son los accidentes, que ocurridos en el acto operatorio mismo, serán seguidos de perturbaciones funcionales que, precoces o tardías, transitorias o definitivas, interferirán luego, con la salud física de quien los sufre; y la tranquilidad espiritual de quien los ocasiona, siendo directamente imputables a la técnica operatoria.

Durante la operación, es posible herir la tráquea, el esófago, la pleura, el conducto torácico; lesionar el vago, el hipogloso, el simpático, los gruesos vasos del cuello, y hasta los vertebrales; pero son éstas, lesiones de escasísima incidencia clínica, difíciles de darse en los casos de patología frecuente y explicables sólo en ciertas desusadas condiciones patológicas. Recuérdese así, que el propio DE QUERVAIN (5) hirió un esófago, al desconocer un divertículo, detracción que lo ligaba a un bocio y que JOLL (7) refiere haber lastimado la tráquea durante la disección de un tiroides adherido. Las estrumitis, los cánceres, los bocios gigantes y sumergidos, se comprende, constituirán, especiales azares.

Pero, son: la hemorragia, las perturbaciones laríngeas y la tetania, las clásicas complicaciones de la tiroidectomía. Las que han merecido la preferente atención de anatomistas y cirujanos en la voluminosa literatura que existe, sobre la ubicación y relaciones de los órganos comprometidos, sobre sus variaciones y anomalías; sobre "zonas de seguridad", "áreas peligrosas" y "tierras de nadie". Teniéndolas en cuenta es que se han multiplicado las maniobras técnicas, (he alcanzado a contar más de 20) que hacen residir el "seguro contra accidentes"

en que: se empiece la exéresis por el polo superior, el inferior, o el istmo; que se exteriorice el lóbulo, antes o después de la ligadura; que se comience ésta por las venas laterales, o por las arterias; que se las ligue en el tronco, o en las ramas; por fuera o por dentro de la cápsula externa, o aún dentro del parénquima mismo. Autores, hay que exigen, que desde el comienzo de la intervención se disequen y exhiban los elementos vulnerables; pero no falta quien considere que tal conducta aumenta el riesgo de herirlos, o comprometerlos en la cicatriz ulterior, etc., etc.

Indudablemente, que el conocimiento de la topografía anatómica más frecuente y la prudente medida que en ella se basa, al conservar una buena porción del parénquima posterior y vecino al surco tráqueo esofágico, ha dado mucha tranquilidad al cirujano, cuando interviene bocios corrientes, o cuando, por cauteloso, generaliza éste proceder a la cirugía de las glándulas hiperfuncionales y neoplásicas. Pero, también es experiencia, que ésta cautela que no mata, ni invalida, tampoco cura, y que las hiperfunciones residuales y las pretendidas recidivas, antes de los 5 años son su casi obligada consecuencia.

Para que el éxito terapéutico acompañe al operatorio, hay que ser más ambicioso en la resección; hay que llevar la tiroidectomía de parcial, a subtotal ampliada, y ésta, a costa de comprometerse en el "campo minado" del nervio y las glandulitas paratiroides, de ubicación variable.

Y no quiero con esto, dar a entender que durante la amplia resección, el accidente, como fatalidad inexorable, está más allá de todo control o previsión posible. No, muy por el contrario, lo considero debido a error humano. A no haber aplicado todo el conocimiento disponible. Pero destaco, si, que éste conocimiento disponible, no es el comendado en tal o cual concepto de topografía o de circulación, que informa tal o cual recurso técnico.

En su apoyo bástenos citar que, experimentados cirujanos-tratadistas, creadores de recursos de seguridad, como CROTI (4), con una experiencia personal de 11,139 tiroidectomías, cuando analiza sus 3,043 últimos casos, anota 24 muertos (0.8%), 21 lesiones de nervios laríngeos (0.18%) y 16 casos, reconocidos microscópicamente, de ablación involuntaria de paratiroides, (0.1%). LAHEY (8) el de las 28,000 ablaciones, en sus últimas 1,000 con 0.1% de muertes tiene: 1% de lesiones del recurrente, 1.5% de tetanias transitorias, y 1.5% de tetanias permanentes. CIRILE Jr., (3) de la Clínica en que su padre acumulara 25,000 operados, analizando sus 540 últimos, con mortalidad 0%, acusa: 3% de parálisis transitorias, 0.37% de perennes, y 1.5% de tetanias.

La hemorragia post-operatoria, es complicación de rarísima incidencia, gracias a los perfeccionamientos de la técnica quirúrgica general. De darse, es fácilmente diagnósticada por equipos prevenidos, y su tratamiento, descompresivo y de hemostasia, está perfectamente reglado. Interesa más, cuando, al ocurrir en plena operación, con las maniobras intempestivas que se empleen en cohibirla, puede ocasionarse daño en las estructuras vecinas. Anotaré que, en su génesis, merecen especial mención, la congestión de los bocios compresivos, la fragilidad vascular de los esclerosos, y la hiperhemia que en el parénquima producen los tioderivados de la preparación. Calma y prudencia del operador y ayudantes que, evitando el pinzamiento ciego, la ligadura en masa o el frotamiento con gasas, tienen en el taponamiento provisional, el uso del aspirador eléctrico, las finas pinzas hemostáticas y las incisiones de ampliación, sus mejores recursos de terapia.

La lesión nerviosa es la más tenida en cuenta, se la refiere al nervio recurrente, y de ella se ha dicho que, si de un lado es lamentable, la de ambos es un desastre. Para ocasionarla no es obligado que se le seleccione; la elongación, angulación, pellizco, frotamiento, contusión y ligadura, son injurias que igualmente hay que evitar, particularmente en bocios voluminosos o adheridos, con relaciones distorsionadas, y en los que un dedo que enúclea una lengüeta retrofaríngea, o una prolongación mediastínica, puede ser, el agente causal.

Las variaciones del recorrido deben tenerse presentes, pues, aparte de que puede ser francamente anómalo; BERLIN (2) ha destacado en sus investigaciones anatómicas que, en 10% de los casos penetra en el interior de la glándula, en el 25% atraviesa la zona adherente del ligamento crico-tráqueo-tiroideo de Gruber y en solo 65% hace el recorrido extra-capsular que señalan los textos.

El nervio laríngeo superior, y en especial su rama externa, está también expuesto a la injuria operatoria en el momento de tratar el polo superior; y, aunque no ha merecido la atención dispensada a su homólogo, es también responsable de buen número de trastornos laríngeos, al ser interferida su función motora sobre el músculo cricotiroideo, o la conducción sensitiva de la mucosa de la laringe.

Los trastornos deficitarios, ni se presentan inmediatamente, ni son exclusivos de la fonación, de allí que el control de la voz durante la operación, practicada bajo anestesia local, no constituya tampoco salvaguarda eficaz.

GORDON HEYD (6) en orden creciente de seriedad los tabula así :

1) Episodios de tos espasmódica, sin expectoración, 2) Retención, o incapacidad de expeler el mucus, 3) Dolor en el areado molares y oído, 4) Atragantamiento por líquidos, 5) Fatiga y enronquecimiento fácil de la voz, 6) Cambios del tono, 7) Ronquera permanente, 8) Estridor inspiratorio 9) Estridor y ronquido al dormir, 10) Voz cuchicheada, 11) Dísnea de esfuerzo, 12) Dísnea constante y asfixia.

Los trastornos paralíticos de las cuerdas, cuando unilaterales, pueden pronto ser compensados con el mayor desplazamiento de la cuerda sana, y, al no dar sintomatología aparente, ser desconocidos de buena fe por los compiladores de estadísticas, o, más grave que eso, por el cirujano que tuviera que reintervenir. De paso debe decirse, que con el mismo disimulo, se dan parálisis pre-operatorias, que entrañan riesgos de catástrofe, aún en operaciones unilaterales, y que solo el examen sistemático por laringoscopia, descubren. Precisamente, desde que hemos adoptado esta precaución, en 3 oportunidades hemos sido prevenidos por los especialistas de la Clínica de O. N. y G., de que tal parálisis previa existía, una que resultó ser un cáncer, otra una estrumitis y una tercera a la que no encontramos explicación.

En cuanto al tratamiento, las suturas, liberaciones, injertos y anastomosis nerviosas, así como las operaciones plásticas laríngeas, están aún en fase de prueba y no han dado los uniformes resultados, que son de desear.

La tetania, resultante de la extirpación quirúrgica de la lesión inadvertida de las paratiroides, tiene una incidencia que fluctúa entre 0.2 y 3.4% con una media de 1.5% según las estadísticas más autorizadas y recientes (1).

La intensidad y gravedad del trastorno, está más en relación con la cantidad de sustancia paratiroidea indemne que con la lesionada. Cuando la remoción ha sido completa se asiste a la tetania grave, que ningún recurso puede detener. Tetanias severas, medianas, latentes, transitorias y asintomáticas, denuncian grados decrecientes de incompatibilidad entre las necesidades orgánicas y las cantidades de hormona disponible, traducidas a su vez, por intensidad decreciente de los síntomas, signos y modificaciones humorales, hasta el extremo de pasar desapercibidas.

Por ser que es grande la variabilidad de número y posición de glandulitas, se comprende que unas veces, por abundantes y alejadas del foco operatorio, (desde la base del cráneo al diafragma) están particularmente defendidas de la agresión operatoria; cuando en número y posición habitual, pueden ser visualizadas y beneficiarse de las me-

didias que protegen al nervio; mas, cuando reducidas a 1 ó 2 o situadas en la superficie anterior, o en el espesor del tiroides; o al lado de la carótida o en el espacio retroesternal etc., están excepcionalmente expuestas a su ablación inadvertida, o a su mortificación al privárseles de circulación, o contusionarlas.

De otro lado como, su aspecto, forma y tamaño, las hace confundir con lóbulos tiroideos, ganglios o pelotones adiposos, no es fácil su identificación, cuando por estar fuera de su topografía corriente, no está el cirujano prevenido para buscarlas.

Asunto discutido, es el referente al peligro que puede entrañar, para la adecuada nutrición de la glándula, la cuádruple ligadura tiroidea. A juzgar por lo experimentado en uno de nuestros últimos casos, me inclino a creer que, efectivamente, la extirpación de gran parte del parénquima tiroideo, al interrumpir las vías de circulación colateral, hacia el ramito que nutre la paratiroides, hace riesgosa la ligadura de ambas tiroideas inferiores, y constituye causa de tetania.

En el tratamiento, las sales de calcio endovenosamente aplicadas constituyen el recurso heroico, ante las crisis espasmódicas agudas. Sales de calcio en poción y en dosis adecuadas a la sintomatología, y a los hallazgos de la calcemia, y prueba de Sulkewitch para la calciuria, pueden ayudar a la recuperación de las glándulas no dañadas definitivamente. Administradas por vida, constituyen el alto precio de la complicación, en las latentes, en las cuales previene la aparición de cataratas, y perturbaciones tróficas de los cabellos, dientes y uñas. La parathormona pronto se torna ineficaz. El Dihidrotaquisterol, caro, y debe suplementarse con calcio. El injerto glandular, no viable.

El mejor tratamiento de las complicaciones reside en su profilaxia, y ésta en una buena técnica quirúrgica general, en la familiaridad con la anatomía normal y patológica de la región; en el dominio de una técnica fundamental que se suplemente con el conocimiento de los varios recursos preconizados, y que sin prejuicio se emplearán, según las necesidades de la patología presente.

Nuestra experiencia se ha incrementado con 121 casos, desde que presentáramos los 250 de la Clínica Quirúrgica, en el 4º Congreso Pe-

ruano de Cirugía de 1950. (10). En contraste con las series que revisáramos en esa oportunidad, no han habido operaciones en 2 tiempos. Hemos descendido la mortalidad de 2.48% a 0%. Las hemorragias postoperatorias de 0.4% a 0%. Pero, en cambio, con la tiroidectomía subtotal ampliada, que es el método actualmente empleado, hemos ocasionado 2 parálisis del recurrente derecho, y 2 casos de tetania, una transitoria que desapareció clínica y humoralmente a las 2 semanas y otro más serio, que ha requerido ser hospitalizada nuevamente en un Servicio de Medicina. Nuestra morbilidad laríngea se ha incrementado pues, de 1.49% a 1.66% y la tetania, que no fue acusada en 1950 es ahora de 1.66%.

Este "repunte de morbilidad", presente también en nuestra pequeña casuística, es el que me ha movido a hacer la presente exposición, en la que determinaré, haciendo el mismo reclamo que en anterior oportunidad :

La integración, aunque solo sea funcionalmente, de las Clínicas de tiroides como existen en otros países y que, reuniendo a médicos, endocrinólogos, laringólogos, cirujanos, y otros especializados, determine la oportunidad y calidad de los tratamientos, reunidas las casuísticas, analice sus resultados y con la educación cooperativa a que de lugar, propenda a mejorarlos.

B I B L I O G R A F I A

- 1.—ANDRADE DE M. A. : Tiroidectomía subtotal. Ediar. Bs. Aires, 1951.
- 2.—BERLIN D. D. : The recurrent laryngeal nerves in total ablation of the normal thyroid gland. Surg. Gyn. & Obst. 1935. V60. No. 1.
- 3.—CRILE G. J. R. : Practical Aspects of Thyroid disease. Saunders. Phil. 1949.
- 4.—CROTT A. : A. study Based en 41 years of Thyroid Surgery. Jour. Int. Coll. Surg. 1950. V 13. No. 6.
- 5.—DE QUERVAIN : Citado por Piulachs y Cañadell. Enfermedades del Tiroides. J. Janos. Barcelona, 1950.
- 6.—HEYD GORDON CH. : The Surgical concept in Hyperthyreidism. Journ. Int. Coll Surg. 1947. V10. No. 1.
- 7.—JELL C. A. : Diseases of the thyroid gland. Mesby St Louis, 1940.
- 8.—LAHEY F. H. : Surgical Practice of the Lahey Clinic. Saunders Phill, 1951.
- 9.—MC. GAVACK : The Thyroid. Mesby St Louis, 1951.
- 10.—VILLARAN C. J. : IV. Congreso Peruano de Cirugia. Lima, 1950. Edit. Méd. Per.