

REVISION DE LA CIRUGIA DE LA GLANDULA TIROIDES  
EN EL INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGIA  
DE 1.975 a 1.984.

JAVIER PRIETO NIETO  
RESIDENTE DE CIRUGIA GENERAL  
Y GRUPO DE CABEZA Y CUELLO.  
I. N. C. BOGOTA

1985?

I 85/12

**Dedicatoria**

A los pacientes objeto de nuestros esfuerzos

A mi esposa mi principal estímulo

## INDICE

Introduccion

Reseña histórica

Resultados.

- Patología
- Edad y sexo.
- Procedimientos quirúrgicos.
- Complicaciones.

Paratiroides e hipoparatiroidismo.

Nervio recurrente.

Hemorrágicas.

Infecciosas.

Lesión de otros órganos.

Recidivas.

Otras.

Muerte.

Conclusiones.

Bibliografía.

## INTRODUCCION

Al realizar este trabajo pretendimos alcanzar una meta constructiva y ambiciosa y creemos que lo logramos.

En primera instancia, con el ánimo de incrementar el conocimiento de la patología tiroidea, autoevaluamos escuetamente y sin vicios nuestra casuística unificando la terminología quirúrgica, desglosando las diferentes patologías y, de acuerdo a ellas y la cirugía practicada, evaluamos la morbimortalidad de nuestra institución para así poder hablar en cifras propias, ver nuestros aciertos y nuestros errores y poder compararnos con otros centros mundiales en forma constructiva.

En segunda instancia, fué ambicioso y continúa siéndolo ya que se cumplió con el objetivo inicial y no conformes con esto revisamos detalladamente la patología y otros factores que se nos hicieron importantes. Además, se pretende que sea parámetro comparativo para el futuro próximo en el que se deberá disminuir la morbimortalidad que nos está mostrando esta investigación.

Deseamos iniciar este trabajo con una reseña histórica en reconocimiento a los pioneros de este arte.

## RESEÑA HISTORICA.

La patología tiroidea se ha reconocido desde tiempos inmemoriales pero la historia de la cirugía es relativamente corta. Se sabe que la primera tiroidectomía fué practicada por el cirujano francés Pierre Joseph Desault en 1791, la cual no tuvo éxito. Posteriormente y hasta 1850 otros cirujanos practicaron en total 70 tiroidectomías con una mortalidad del 41% generalmente secundaria a sepsis.

La verdadera historia de la cirugía tiroidea comienza con Theodor Billroth quien tuvo dos épocas. La primera perteneció a la era preaséptica, época en la que tampoco contaba con pinzas hemostáticas presentando mortalidad del 40%. Para la segunda época con los progresos en instrumental y antisepsia la mortalidad descendió a 8.3%.

La cirugía moderna de la tiroides, con técnica que se ha modificado poco a través de los años, se debe al doctor Theodor Kocher, padre de la cirugía tiroidea. Fué el primer cirujano en ganar el premio Nobel en el año de 1.909 por sus aportes a la fisiología, patología y cirugía tiroidea. Revisando sus primeras 100 tiroidectomías se encontró una mortalidad de 12%. En el grupo de las 250 siguientes descendió a 2.4% y a finales de siglo llegó al 1%, siendo para patología benigna de 0.2%. En 1917 antes de su muerte revisa toda su casuística reportando casi 5000 tiroidectomías con mortalidad de 0.5%.

Anton Wolfler, discípulo de Billroth, describió por vez primera el cuadro típico de tetania y la importancia de preservar el nervio recurrente.

Glen en 1891 descubrió que la tetania se debía a la extirpación de las glándulas paratiroides.

William Halsted contribuyó con el transplante de las paratiroides, innovación en instrumental, infiltración de anestesia local y la monografía clásica "La historia de la cirugía de bocio".

Charles Mayo en compañía del doctor Plummer trabajó en la enfermedad de Graves estableciendo la importancia del uso del yodo preoperatorio en esta enfermedad.

George Crile considerado como el pionero de la cirugía oncológica de cabeza y cuello proporcionó las bases actuales de la disección radical de esta area.

Frank Lahey perfeccionó la técnica de la tiroidectomía y personalmente practicó casi 10000. En su clínica se evaluaron en 1953 más de 40000 tiroidectomías con mortalidad del 0.1%. Preconizó la identificación del nervio recurrente en toda cirugía para minimizar el riesgo de lesión. (2)

## MATERIAL Y METODOS.

La base de datos inicial la constituyeron los libros de registro de procedimientos quirúrgicos del Instituto Nacional de Cancerología (I.N.C.), de los cuales se recopilaron todos los reportes de tiroidectomías del período comprendido entre el 1 de enero de 1975 y el 31 de diciembre de 1984.

De aquí se pasó al archivo en donde se revisó cada historia con énfasis en los informes quirúrgicos y anatomopatológicos y la evolución postoperatoria. Las complicaciones las dividimos en 7 grupos según fueran por lesión de paratiroides, nervio recurrente, hemorragia, infección, lesión de otros órganos, recidiva de la enfermedad o muerte.

Se elaboró una codificación personal para procedimientos quirúrgicos, patologías y complicaciones apta para computadorizar. Toda la información se encuentra gravada en un diskette el cual está disponible para los interesados.

## RESULTADOS

Se revisaron 879 tiroidectomías practicadas entre el 1 de enero de 1975 y el 31 de diciembre de 1984, de las cuales 752 (85.5%) en mujeres y 127 (14.5%) en hombres -Gráfica No.1-, con edades que oscilaron entre los 7 y 84 años. Los diagnósticos anatomopatológicos comprendieron toda la gama de patología tiroidea, correspondiendo a patología benigna 570 casos (64.8%) y carcinomas 309 casos (35.2%).

Al hacer una proyección a través de los años vemos cómo se han restringido las intervenciones en pacientes con lesiones benignas debido a la sana política seguida por la institución y por otro lado vemos una mayor frecuencia de cáncer a expensas del tipo papilar -Gráfica No.2-.

## PATOLOGIA

Las lesiones benignas se dividieron en 463 Bocios (52.6%), 49 Tiroiditis (5.6%), 14 Hipertiroidismos (1.6%) y 44 Adenomas (5.0%). Vale la pena anotar que buen número de pacientes presentaban varios diagnósticos en los informes anatomopatológicos, de los cuales siempre se tomó para efectos del trabajo el de mayor severidad. En los cuadros que vamos a presentar para cada enfermedad podemos correlacionar el diagnóstico con la edad y sexo de los pacientes.

### BOCIO

Como la mayoría de las enfermedades tiroideas afecta especialmente a la mujer, principalmente en la quinta década de la vida -Cuadro No.1-. Se nota el descenso en esta patología quirúrgica en la institución pero se sigue y seguirán operando bocios mientras presenten alguna duda diagnóstica.

Cuadro No.1: BOCIO

EDAD	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	TOTAL
MUJER	0	8	31	80	139	104	42	3	4	411
HOMBRE	0	1	3	5	12	12	13	4	2	52
TOTAL	0	9	34	85	151	116	55	7	6	463

### TIROIDITIS

Clasicamente se han clasificado en aguda (ningún caso en nuestra serie), subaguda o de Quervein, linfoide, linfocítica o de Hashimoto y la leñosa o de Riedel de la cual tuvimos solo un caso en una mujer de 35 años. En esta revisión incluiremos un sexto grupo, el de las no clasificadas. El número bajo de procedimientos para estas enfermedades lo explica su baja incidencia en nuestro medio y el que en general son de manejo médico, quedando como indicaciones quirúrgicas el posible diagnóstico de cáncer, los problemas compresivos y los estéticos. En esta pequeña serie vemos que son enfermedades de la mujer, salvo dos casos de tiroiditis no clasificada.

En cuanto a las tiroiditis no clasificadas se encuentran en proceso de revisión las placas histopatológicas para ser reagrupadas en los otros tipos de tiroiditis. Esto será objeto de un informe posterior.

CUADRO No.2: TIROIDITIS SUBAGUDA

EDAD	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	TOTAL
MUJER	0	0	0	3	2	1	2	0	0	8
HOMBRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	3	2	1	2	0	0	8

CUADRO No.3: TIROIDITIS LINFOIDE

EDAD	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	TOTAL
MUJER	0	0	0	1	1	0	2	0	0	4
HOMBRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	0	0	1	1	0	2	0	0	4

CUADRO No.4: TIROIDITIS DE HASHIMOTO

EDAD	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	TOTAL
MUJER	0	1	2	2	1	2	0	0	0	8
HOMBRE	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTAL	0	1	2	2	1	2	0	0	0	8

CUADRO No.5: TIROIDITIS NO CLASIFICADA

EDAD	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	TOTAL
MUJER	0	0	1	2	13	8	2	0	0	26
HOMBRE	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2
TOTAL	0	0	1	2	13	9	3	0	0	28

HIPERTIROIDISMO

Son de tres clases: Enfermedad de Cope o adenoma tóxico juvenil, Enfermedad de Plummer o bocio adenomatoso tóxico y Enfermedad de Graves Basedow o bocio tóxico. Son infrecuentes en nuestro medio,

muy características en su presentación clínica y, salvo alguna contraindicación o una buena respuesta al tratamiento médico en las mujeres jóvenes o a la yodoradioterapia en las mayores de 45 años, son de manejo quirúrgico. De la enfermedad de Cope se presentó solo un caso en una niña de 7 años; en la Enfermedad de Graves Basedow las pacientes se encontraban en la segunda y tercera década de la vida, mientras que en la Enfermedad de Plummer se encontraban básicamente en la quinta y sexta décadas. Todos los pacientes en esta serie fueron mujeres. Vale la pena recordar que el cuadro siguiente corresponde solo a los casos manejados quirúrgicamente.

CUADRO No. 6: HIPERTIROIDISMO

EDAD	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	TOTAL
COPE	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
PLUMMER	0	0	1	0	3	2	0	0	0	6
GRAVES	0	4	3	0	0	0	0	0	0	7
TOTAL	1	4	4	0	3	2	0	0	0	14

#### ADENOMAS

No son infrecuentes en nuestro medio pues representan el 5% en nuestra casuística. Su diagnóstico preoperatorio es difícil y para una mayor aproximación ha sido de gran valor la ayuda de la citología. El manejo es netamente quirúrgico ya que con certeza solo con patología se puede hacer el diagnóstico diferencial con el cáncer tiroideo. Deben tener seguimiento de por vida en nuestra institución.

CUADRO No.7: ADENOMAS

EDAD	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	TOTAL
MUJER	0	2	5	6	11	6	2	1	0	33
HOMBRE	0	2	0	2	1	3	2	1	0	11
TOTAL	0	4	5	8	12	9	4	2	0	44

#### CANCER

Como anotábamos atrás la frecuencia de cáncer ha aumentado en los últimos años a expensas del tipo papilar, permaneciendo estable para las otras variedades, lo que corrobora estudios anteriores

de la institución (4-5-6-24). Los procedimientos quirúrgicos fueron más complejos requiriendo de limpiezas ganglionares hasta vaciamientos radicales bilaterales en 100 casos (32.4%) y de traqueostomías en 34 (11.0%) con morbilidad del 59.0% y mortalidad de 3.55% sobre el total de pacientes con cáncer, que son bastante más altas comparada con 41.0% y 0.35% respectivamente para entidades benignas, debido al alto número de pacientes que acuden tardíamente a la consulta especializada.

Se encontraron en estos 10 años 6 pacientes con cáncer de tipo metastásico u otros cánceres en los que no se definió con absoluta certeza si el primario era tiroideo, entre los que se encuentran tres linfomas, un escamocelular, un papilar y un cordoma.

Es justo anotar una observación general que desafortunadamente no cuenta con respaldo estadístico y es la muy buena correlación entre el diagnóstico clínico preoperatorio y el anatomopatológico postoperatorio. Se tuvieron en cuenta la edad y sexo de paciente, sintomatología, evolución de la masa, cambio en la rata de crecimiento, características locales de consistencia, fijación, adenopatías, compromiso de otros órganos y metástasis a distancia, gamagrafía tiroidea y, desde el año 1980 la citología por punción-aspiración. Fueron raros los pacientes con antecedentes de irradiación pero, al fin y al cabo, esto será motivo de un futuro trabajo. Veamos ahora si los cuadros correspondientes a cada tipo de cáncer.

#### CUADRO No.8: CANCER PAPILAR

EDAD	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	TOTAL
MUJER	0	10	45	32	35	31	21	12	0	186
HOMBRE	0	4	8	2	6	6	2	2	0	30
TOTAL	0	14	53	34	41	37	23	14	0	216

#### CUADRO No.9: CANCER FOLICULAR

EDAD	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	TOTAL
MUJER	0	1	1	6	7	12	8	3	0	38
HOMBRE	0	0	2	1	3	4	5	3	0	18
TOTAL	0	1	3	7	10	16	13	6	0	56

CUADRO No. 10: CANCER MEDULAR

EDAD	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	TOTAL
MUJER	0	0	0	0	0	3	0	0	0	3
HOMBRE	0	0	0	1	1	0	1	0	0	3
TOTAL	0	0	0	1	1	3	1	0	0	6

CUADRO No.11: CANCER DE HURTLE

EDAD	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	TOTAL
MUJER	0	0	0	0	1	3	1	2	0	7
HOMBRE	0	0	0	0	0	0	1	1	0	2
TOTAL	0	0	0	0	1	3	2	3	0	9

CUADRO No. 12: CANCER ANAPLASICO

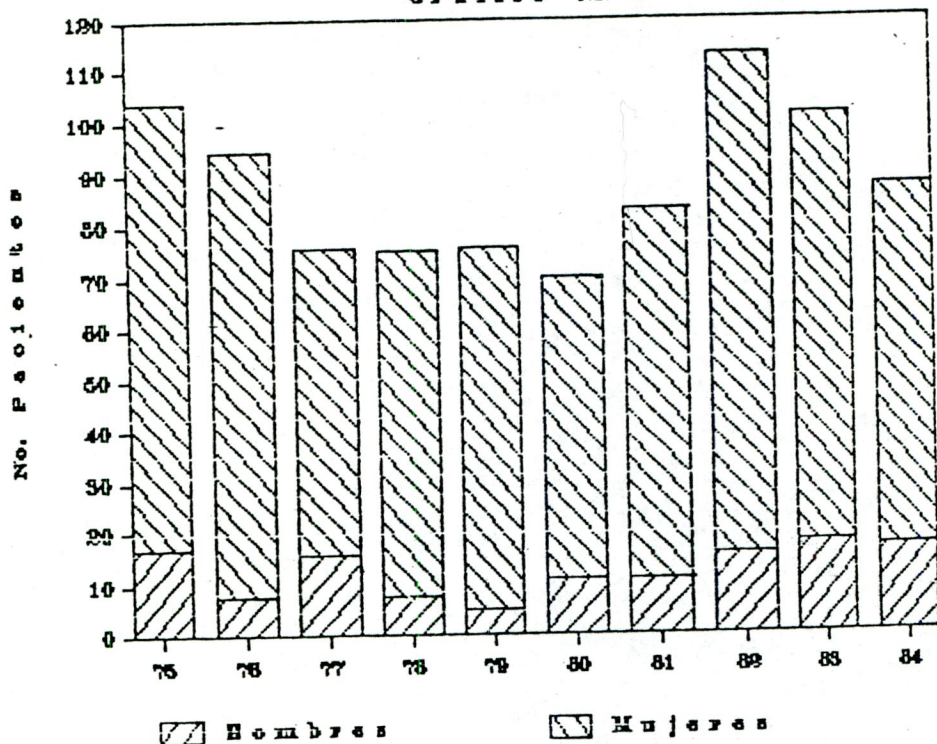
EDAD	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	TOTAL
MUJER	0	0	1	0	3	4	4	0	0	12
HOMBRE	0	0	0	0	1	2	0	1	0	4
TOTAL	0	0	1	0	4	6	4	1	0	16

EDAD Y SEXO

Las edades oscilaron entre 7 y 84 años con 752 mujeres (85.5%) y 127 hombres (14.5%) Gráfica No.1.. Dinámicamente vamos a ver en el cuadro No. 14 cómo el cáncer en el hombre a través de las edades se encuentra en alrededor del 50% del total de hombres, mientras que en la mujer en el 32.8%, pero siempre con un número total de mujeres mucho mayor. También podemos observar que el cáncer, en forma porcentual, se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes o muy viejos. Estos porcentajes con relación al sexo son similares a los obtenidos por los doctores Cortazar, Ahumada y la doctora Duarte en revisiones anteriores que abarcan toda la historia del I.N.C. (4-5-6).

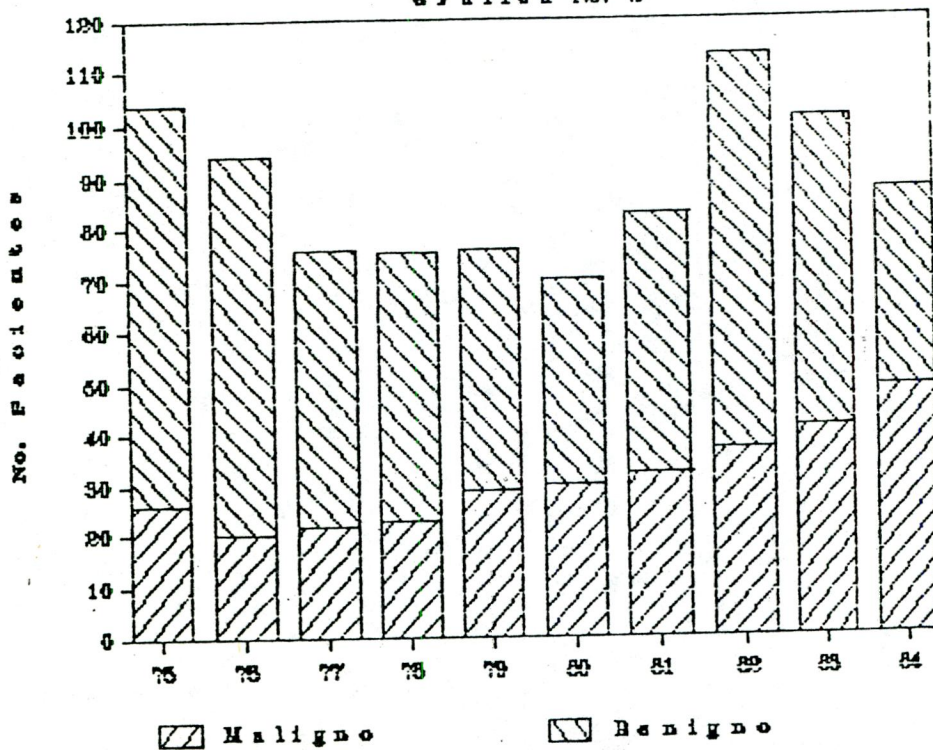
## CORRELACION POR SEXOS

Gráfico No. 1



## CORRELACION ANUAL DE CANCER

Gráfico No. 2



CUADRO No.13

EDAD	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	TOTAL
MUJER	1	26	90	133	216	176	85	21	4	752
HOMBRE	0	7	13	11	25	30	27	12	2	127
TOTAL	1	33	103	144	241	206	112	33	6	879
*Ca.M%	0	42	52	28	21	30	41	81	0	33
*Ca.H%	0	57	77	36	48	46	41	72	0	49
^Ca.T%	0	45	55	29	24	32	41	72	0	35

\* % de mujeres u hombres con Ca. sobre el total de M o H de cada década.

^ % de pacientes con Ca. sobre el total de casos por década.

### PROCEDIMIENTOS QUIRURGICOS

Múltiples procedimientos se pueden practicar sobre la tiroides y, por supuesto, más variados en los pacientes con cáncer ya que aquí se suman las disecciones ganglionares, en 100 casos, y en numerosos pacientes las traqueostomias, que en esta serie sumaron 46 casos. Lo llamativo cuando nos detuvimos a leer las descripciones quirúrgicas fué el uso inadecuado de la terminología para referirse al procedimiento practicado, lo que nos obliga a hacer un parentesis en este momento para unificar estos términos de acuerdo a las siguientes definiciones:

ISTMECTOMIA: Extirpación del istmo tiroideo.

LOBECTOMIA PARCIAL: Extirpación de parte de un lóbulo.

LOBECTOMIA: Puede ser DER. o IZQ. extirpándose todo el lóbulo.

LOBECTOMIA MAS ISTMECTOMIA: Extirpación de un lóbulo y el istmo.

TIROIDECTOMIA SUBTOTAL: Extirpación total de un lóbulo, parcial del otro y el istmo.

TIROIDECTOMIA TOTAL: Su nombre lo dice. No se deja remanente tiroideo.

TIROIDECTOMIA RESIDUAL: Extirpación del remanente tiroideo.

MUESTREO GANGLIONAR: Toma de ganglios al azar para estudio anatomopatológico de metástasis.

**LIMPIEZA GANGLIONAR:** Extirpación de ganglios macroscópicamente metastásicos.

**VACIAMIENTO RADICAL DE CUELLO:** Extirpación de los ganglios comprendidos entre el borde externo del trapecio, línea media, reborde clavicular y borde mandibular inferior incluyendo los músculos esternocleidomastoideo (E.C.M.) y vientre posterior del omohioideo, la vena yugular interna, la cola de la parótida y la submaxilar.

**VACIAMIENTO RADICAL MODIFICADO:** No incluye la yugular ni E.C.M ni el nervio del espinal.

**VACIAMIENTO INFRAHIOIDEO:** Como el anterior y sin incluir los tejidos superiores al hioides.

CUADRO No. 14

	TIROIDECTOMIA PARCIAL	TIROIDECTOMIA TOTAL
BENIGNOS	431	139
CANCER	136	173
TOTAL	567	312

## COMPLICACIONES

"La cirugía de la glándula tiroides tipifica, quizá más que cualquier cirugía, el triunfo supremo del arte del cirujano". HALSTED. (2).

La tiroidectomía a través de los años se ha convertido en un procedimiento muy seguro, con mortalidad de 0 o cerca al 0% y morbilidad alrededor de 16% (9), cifras que comparadas con las nuestras nos hacen ver una mayor morbimortalidad en nuestra institución, pues para patología benigna la morbilidad fué 41% y para cáncer 59%. A continuación vamos a evaluar cada una de ellas.

## PARATIROIDES E HIPOPARATIROIDISMO

La incidencia de hipoparatiroidismo definitivo varía ampliamente según los autores, desde 0 a 29%. Según Paloyan (18) en su grupo redujeron sus cifras de 3% a 0%. Autotransplantando las

paratiroides que accidentalmente se devascularizan o extirpan, cifra idéntica a la de la Clínica Lahey para pacientes con patología benigna o maligna. Es importante denotar de nuestro trabajo que correlacionamos la presencia de paratiroides en la pieza quirúrgica, comprobada por patología, con los síntomas de hipocalcemia transitoria o definitiva. Estos síntomas en un número importante de pacientes no se asoció con presencia de paratiroides en la patología de acuerdo al informe y no siempre la hipocalcemia se debe a disfunción paratiroidea pues puede deberse a malabsorción renal. (53).

CUADRO No.15  
\*LESION DE PARATIROIDES

	PARATIROIDES		HIPOCALC. TRANS.		HIPOPARA. DEFINIT	
	No.	%	No.	%	No.	%
BENIGNOS						
T. PARCIAL	84	19.5	3	0.7	3	0.7
T. TOTAL	35	25.2	11	7.9	2	1.4
CANCER						
T. PARCIAL	26	19.1	1	0.7	0	0.0
T. TOTAL	34	19.7	3	1.7	4	2.3
TOTAL	179	20.0	18	2.0	9	1.0

CUADRO No.16  
\*HIPOPARATIROIDISMO- SIN LESION DE PARATIROIDES Y TOTAL-

	HIPOCALCEMIA TRANS				HIPOPARA DEFINITIVO			
	SIN LESION-----		TOTAL		SIN LESION-----		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
BENIGNOS								
T. PARCIAL	6	1.4	9	2.1	1	0.2	4	0.9
T. TOTAL	13	9.3	24	17.2	3	2.1	5	3.5
CANCER								
T. PARCIAL	1	0.7	2	1.4	0	0.0	0	0.0
T. TOTAL	21	12.2	24	13.9	7	4.0	11	6.3
TOTAL	41	4.7	59	6.7	11	1.3	20	2.3

\* Porcentaje de lesion de paratiroides, hipocalcemia transitoria e hipoparatiroidismo definitivo de acuerdo al número de tiroidectomias parciales o totales por cáncer o no.

La conclusion que podemos tomar de estos cuadros es que debemos tratar de identificar mejor las paratiroides, ya que estamos extirpando por lo menos una en el 20% de los pacientes e

insistir, aún con biopsia por congelación si es necesario, en el autotransplante para poder reducir el hipoparatiroidismo definitivo a cifras ideales, pues son altas las cifras de 3.5% y 6.3% para tiroidectomías totales por lesiones benignas y cáncer respectivamente

## NERVIO RECURRENTE

La incidencia de lesión definitiva del nervio recurrente, según los autores más conocidos, va del 13% a menos del 1% (1-3-10-12-16-19) siendo más marcada cuando se trata de reintervenciones por cáncer. Esta complicación ha sido ampliamente estudiada por todos los grupos de Cabeza y Cuello del mundo y de ellos nos quedan varias enseñanzas. Primero, gracias al Dr. Holt, debemos hablar del número de recurrentes en riesgo ya que, por ejemplo, en una tiroidectomía total la morbilidad puede ser doble. Segundo, una vez presentadas las lesiones hay dos enfoques según los grupos quirúrgicos pues, unos tienden a reparar los nervios por diferentes medios llámense anastomosis, transplantes, etc., mientras que otros prefieren, por los malos resultados de la cirugía sobre los nervios, corregir el problema a nivel de la laringe mediante aritenopexias u otras medidas que al parecer han dado mejores resultados funcionales. (1-15-17)

No debemos olvidar que no todas las parálisis de las cuerdas son por trauma quirúrgico, y esto no fué posible evaluarlo en este trabajo porque no hacemos laringoscopia indirecta preoperatoria de rutina. Se pueden presentar preoperatoriamente asintomáticas en 1% a 2% de los pacientes y esto puede estar inflando nuestras cifras de morbilidad. Además, tampoco todas las parálisis postoperatorias son por lesión del recurrente, las hay por la intubación orotraqueal hasta en un 10% a 20% de los pacientes. (11)

Para evitar la lesión se han ideado muchas técnicas de identificación y muchos son los cirujanos que la preconizan, entre los que se contaba el Dr. Lahey pero también son muchos los cirujanos que creen que es innecesario, presentando cifras de morbilidad similares. La rutina en el I.N.C. es identificarlo en toda cirugía. (2-10-15-16-20-22). Veamos nuestras estadísticas en el siguiente cuadro.

CUADRO No.17  
 LESIONES DE RECURRENTE

	NERVIOS EXPUESTOS	LESIONES TRANSITORIAS %	LESIONES DEFINITIVAS %
BENIGNOS	840	3.2	1.1
CANCER	513	1.9	1.9
TOTAL	1353	2.7	1.4

HEMORRAGICAS

Las complicaciones de tipo hemorrágico las dividimos en intraoperatorias severas, hematoma no explorado y hematoma reexplorado constituyéndose en el 13.5% de las causas de morbilidad y 0.23% de mortalidad. Llámense intraoperatorias severas a las que ameritaron transfusión, las que sangraron más de 500 cc. en una tiroidectomía o más de 800 cc. en un vaciamiento. Estas complicaciones fueron más frecuentes en los pacientes con cáncer constituyéndose en el 46% de la morbilidad de quienes fueron sometidos a disecciones ganglionares. Cuadro No.18.

CUADRO No.18  
 HEMORRAGICAS

	OPERATORIA %	HEMATOMA %	REEXPLORACION %
BENIGNO	2.3	2.3	3.0
CANCER	6.7	2.4	5.3
LINFATICOS	37.0	4.0	5.0

INFECCIOSAS

Si comparamos el 0.6% de la Clinica Lahey con el 7.9% de nuestra revisión vemos que el problema infeccioso entre nuestros pacientes es alto y desafortunadamente no contamos con evaluación inmunológica para evaluarlos retrospectivamente. El hecho es que el problema está ahí y debemos interesarnos en disminuirlo al máximo.

CUADRO No.19  
INFECCIOSAS

	MODERADA	ESFACELE	PULMONAR	SEPSIS	TOTAL %
LINFATICOS	8	6	8	1	20.0
TRAQUEOSTOMIA	9	2	9	2	35.0
LINF + OSTOMIA	2	0	3	1	56.0
TOTAL GENERAL	35	12	20	3	7.9

Con las cifras de infección que nos muestra la tabla parece justificable el uso de antibióticos y terapia respiratoria pre y postoperatoria en todo paciente en que se vaya a practicar algún procedimiento ganglionar, traqueostomía o ambas y mejorar el entrenamiento de todo el personal médico y paramédico en el manejo de las heridas y traqueostomías.

LESION DE OTROS ORGANOS

Se presentaron en 2.6% de los casos, pero si evaluamos separadamente, con patología benigna correspondió a 0.9% mientras que con cáncer ascendió a 5.8% por razones obvias. Dentro de las lesiones hubo 8 traumas traqueo-laringeos, 5 faringoesofágicos, 3 pleurales, 2 del conducto torácico y el nervio hipogloso y una de los nervios vago y frénico.

RECIDIVAS

Todos conocemos las dificultades en nuestra institución cuando hablamos de seguimiento dadas las características socio-culturales de la mayoría de los pacientes asistenciales, razón por la cual las cifras siguientes las damos en números absolutos y no porcentuales ya que estos últimos serían irreales. Hasta donde es posible podemos reportar 3 recidivas de bocio, una de hipertiroidismo y 22 de cáncer. Tampoco podemos hablar de cifras reales de hipotiroismo para pacientes con tiroidectomías parciales pero el hecho es que 48 pacientes en quienes de acuerdo a la extensión de la cirugía no se esperaba que lo hicieran, presentaron hipotiroidismo.

OTRAS

Se encontró en 3 pacientes con traqueostomía tapones mucosos que les causó la muerte, de los 5 pacientes con trauma

faringoesofágico se fistulizaron 3, 2 pacientes con infarto del miocardio muriendo uno de ellos por esa causa, 2 con sangrado de vías digestivas y otros 2 con edema pulmonar y por último en un paciente se dejó una gasa y en 5 pacientes se presentaron granulomas a cuerpo extraño por el uso de seda.

## MUERTE

Se presentó en 1.5% de nuestros pacientes y si lo evaluamos separadamente en lesiones benignas fué de 0.35% y en cáncer de 3.6%. Las causas fueron por sepsis en 3 pacientes, problemas pulmonares o de vías aéreas en 6, sangrado masivo en 2 e infarto del miocardio y carcinomatosis en uno de cada uno.

## CONCLUSIONES

Vemos, finalizada la revisión, que contamos con una casuística voluminosa comparable a la de cualquier centro mundial al igual que son comparables los parámetros evaluados. El rigor con que se realizó nos muestra cosas positivas como por ejemplo que tenemos una buena fuente de datos en los libros de registro de procedimientos quirúrgicos, un archivo ágil, historias clínicas coherentes y, por su dinámica, fáciles de revisar. Consideramos que las evaluaciones preoperatorias son muy buenas porque sus diagnósticos se aproximan altamente al diagnóstico final. De acuerdo a las enfermedades el bocio sigue siendo la principal causa de morbilidad a pesar de la yodificación de la sal, el hipertiroidismo y las tiroiditis son infrecuentes en nuestro medio y el cáncer continúa porcentualmente con una alta frecuencia especialmente para el hombre o en los pacientes muy jóvenes o ancianos. Esta variedad de patología nos indujo a realizar toda la variedad de procedimientos practicables en la tiroides y su drenaje linfático que nos permite hablar con un respaldo serio sobre los procedimientos quirúrgicos y sus complicaciones. Llama la atención la falta de unificación de criterios en cuanto al procedimiento quirúrgico a realizar en los pacientes con cáncer de tipo papilar y no así para las demás variedades.

La morbilidad, como era de suponer tuvo mayor frecuencia en los pacientes con cáncer y si evaluamos separadamente cada una de ellas, al hablar de lesión de los nervios recurrentes nos encontramos con cifras similares a las de otros centros mundiales gracias de identificarlo en toda cirugía tiroidea; la hipocalcemia y el hipoparatiroidismo vemos que se presenta dentro de un rango aceptable hacia el límite superior el cual es

susceptible de minimizar si mejoramos nuestra técnica de identificación e insistimos en los autotransplantes de las paratiroides. Creemos que las cifras de complicaciones hemorrágicas, infección y muerte están moderadamente elevadas, siendo preocupantes quizá las de tipo infeccioso cuando se relacionan con procedimientos sobre los ganglios linfáticos, traqueostomías o ambas ameritando en estos casos antibióticos y terapia respiratoria pre y postoperatorias y mejor entrenamiento del personal médico y paramédico en el manejo de heridas y traqueostomías.

Esperamos que este esfuerzo no vaya a parar al archivo del olvido y que sirva como parámetro comparativo para el futuro próximo.

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- BEAHR, O.H.: Complicacions of secondary Thyroidectomy. Surg. Gyn. and Obst. 117,535 1963.
- 2.- BECKER, W.F.: Pioneers in thyroid surgery. Ann. Surg. 185: 493-504, 1977
- 3.- COLCOCK, B.P.: The mortality and morbidity of thyroid surgery. Surg. Gyn. and Obst. 110: 488, 1960
- 4.- CORTAZAR, J.: Cáncer de la glándula tiroides. La Tiroidología en Colombia. Soc. Col. de Endocrin. 1978.
- 5.- CORTAZAR, J.: Prevalencia de las enfermedades tiroidianas en el I.N.C. y en consulta privada. Soc. Col. de Endocrin. 1970.
- 6.- DUARTE, E.: Carcinoma de la glándula tiroides. Rev. I.N.C., Vol 2, no. 1, 1981.
- 7.- EDIS, A.J.: Complications of thyroid and parathyroid surgery. Surg. Clin. of N.A. 59: 83-92. 1979.
- 8.- FARRAR, W.P.: Surgical management of papillary and follicular carcinoma of the thyroid. Ann. Surg. 192: 701-704. 1980.
- 9.- FRASSILLA, K.O.: Prognosis in thyroid carcinoma. Cancer. 36: 1138, 1975.
- 10.- HAWE, P.: Recurrent laryngeal nerve during thyroidectomy. Surg. Gyn. and Obst. 110: 488, 1960.
- 11.- HOLLEY, H.S.: Vocal cord paralysis after tracheal intubation. J.A.M.A. 215: 281-284, 1971
- 12.- HOLT, G.R.: Recurrent laryngeal nerve injury following thyroid operation. Surg. Gyn. and Obst. 144: 567, 1977.
- 13.- KARLAN, M.S.: A safe technique for thyroidectomy with complete nerve dissection and parathyroid preservation. Head Neck Surg. 6(6):1014-9, 1984.
- 14.- KATZ, A.D.: Total thyroidectomy. Am. J. of Surg. 114: 131, 1962.
- 15.- KRATZ, R.C.: The identification and protection of the laryngeal motor nerves during thyroid and laryngeal surgery. Laryngoscope. 83: 59-78, 1972.
- 16.- MARTENSSON, H.: Recurrent laryngeal nerve palsy in thyroid gland surgery related to operations and nerves at risk. Arch. Surg. 120(4): 475-7, 1985.
- 17.- MOUNTAIN, J.C.: The recurrent laryngeal nerve in thyroid operations. Surg. Gyn. and Obst. 133: 978, 1971.
- 18.- PALOYAN: Successful autotransplantation of parathyroid glands during total thyroidectomy for cancer. Surg. Gyn. and Obst. 145: 364-8, 1977.
- 19.- ROY, A.D.: Thyroidectomy and recurrent laryngeal nerves. Lancet. 270: 988, 1956.
- 20.- THOMPSON, N.W.: The continuing development of the technique of thyroidectomy. Surg. 73: 913-922, 1973.
- 21.- TOLLESEN, H.R.: Papillary carcinoma of the thyroid, recurrence in the thyroid gland after initial surgical treatment. Am. J. Surg. 124: 468, 1972.

I/85/1985?)

- GLANDULA TIROIDES
- CIRUGIA
- TIROIDECTOMIA
- GLANDULAS PARATIROIDES
- HEMORRAGIA
- INFECCION
- BOCIO
- TIROIDITIS
- HIPERTIROIDISMO
- ADENOMA
- METASTASIS DEL NEOPLASMA
- CARCINOMA PAPILAR

Instituto Nacional de Cancerología



INC002395