

NOTA DE LA REDACCIÓN

El Comité de Redacción de la *Revista Cubana de Cirugía* expone lo siguiente:

1. La estadística presentada por el autor del trabajo está fundamentada en la experiencia en un país extranjero, con características diferentes de las de Cuba.
 2. En las *Normas de Cirugía* N.º 1 (1967), la *Normas de Cirugía* N.º 2 (1992) y el *Manual de Procedimientos* (2006), que se publica por capítulos en la *Revista Cubana de Cirugía* y en el sitio web de la Sociedad Cubana de Cirugía, Cirured, está establecido que siempre que se realice alguna cirugía exerética de la glándula tiroides debe dejarse drenaje. Con ese simple procedimiento se evitan graves complicaciones como sería el hematoma y la asfixia subsiguiente. Además, esta conducta es avalada por la práctica internacional.
-

Hospital General Docente «Martín Chang Puga», Nuevitas

Tiroidectomías sin drenajes

Dr. Miguel Emilio García Rodríguez,¹ Dr. Alejandro Mohedano Leyva² y Lic. Fidelina Acosta Amador³

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo, analítico y observacional de los pacientes a los cuales se les realizó intervención quirúrgica sobre la glándula tiroides y no se usó drenaje. Los pacientes fueron operados en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Koforidua (Ghana), en el período comprendido entre los años 2002 y 2004. En este período fueron operados 126 pacientes, cuya enfermedad fundamental fue el bocio por deficiencia de yodo. La tiroidectomía subtotal fue la intervención más frecuentemente realizada y en ella no se utilizó drenaje. La información se recogió en encuestas que se procesaron mediante métodos estadísticos. En ningún caso se observaron complicaciones que el drenaje pudiera evitar. Se concluye que con una técnica cuidadosa, así como con una delicada hemostasia, el drenaje no es necesario.

Palabras clave: Bocio endémico, tiroidectomías, drenajes.

La cirugía tiroidea ha sido considerada de riesgo ante la posibilidad de desarrollo del llamado «hematoma sofocante». El cuello contiene estructuras vitales como la tráquea y

grandes vasos, y está cerrada por músculos como los esternocleidomastoideos y los pretioideos.¹

Theodor Billroth y Theodor Kocher fueron los creadores de la técnica de tiroidectomía.² Esta técnica requiere de una gran destreza, paciencia y conocimiento preciso de la anatomía de la zona, por las posibles y graves complicaciones relacionadas con las estructuras vasculares del tiroides; los nervios laríngeos superiores e inferiores y las glándulas paratiroides.

Por ello, una hemorragia posoperatoria no advertida puede ocasionar la muerte por asfixia en corto tiempo. En algún momento de nuestra vida como cirujanos hemos visto esta complicación, que ha requerido de drenaje incluso en la sala hospitalaria. Aunque estos casos son infrecuentes, ésta es la principal razón por la que dejar un drenaje cervical tras una tiroidectomía parece lógico. Es por ello que cerrar la incisión sin drenaje es fuertemente criticado. Durante nuestros años como residente de cirugía general se nos inculcó la política del drenaje sistemático cervical. Pero, ¿cómo está realmente la cuestión en nuestra práctica profesional?

El empleo de los drenajes se remonta a la época de Hipócrates quien describió el empleo de las cánulas.³ En 1895 Kellogg describió el precursor del drenaje aspirativo. Tres años después Heaton aplicó aspiración constante a un drenaje en sifón. A comienzos de siglo, Yates llegó a la conclusión de que «el drenaje de la cavidad peritoneal es imposible desde el punto de vista fisiológico» y que la única función era «peritonealizar adicionalmente» la zona afectada. Para citar un hecho local, por mucho tiempo se utilizó como regla el drenaje al «lecho vesicular» después de practicada una colecistectomía. Con el advenimiento de la cirugía laparoscópica, este drenaje se utilizó de forma muy selectiva y en la actualidad es raro que se use un drenaje después de una colecistectomía, tanto clásica como laparoscópica.^{3,4}

El tema es controvertido, las alternativas de drenar o no dependen de la escuela quirúrgica. Aunque fuimos formados en una escuela que orienta drenar la región cervical en las tiroidectomías, durante 2 años como colaboradores internacionalistas en el Hospital Regional de Koforidua, en Ghana, obviamos el drenaje en 126 casos.

MÉTODOS

Se estudiaron 126 pacientes operados por afecciones tiroideas, a los cuales no se les dejó drenaje como parte del proceder. Los pacientes fueron operados entre octubre de 2002 y agosto de 2004 (ambos incluidos), durante nuestra misión internacionalista como parte del Programa Integral de Salud, en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Koforidua (Ghana).

Las operaciones realizadas fueron: tiroidectomía total, tiroidectomía subtotal y hemitiroidectomía. La información fue recogida en encuestas, en las que se reflejaron las variables siguientes: edad, sexo, diagnóstico, técnica quirúrgica, complicaciones y estadía posoperatoria. Estas fueron procesadas por métodos estadísticos y vertidas en tablas sencillas, que facilitaron arribar a resultados y conclusiones.

RESULTADOS

En total fueron operados 126 pacientes con edad promedio de 47 años (máximo de 77 años y mínimo de 16 años). De ellos 123 eran del sexo femenino y 3, del masculino.

El bocio por deficiencia de yodo fue el diagnóstico más frecuente, con 101 casos seguidos por el nódulo tiroideo y el bocio toxico difuso (BTD), con 15 y 10 casos, respectivamente (tabla 1).

Tabla 1 *Distribución de los casos según el diagnóstico*

Diagnóstico	Casos	Porcentaje
Bocio por deficiencia de yodo	101	80,15
Nódulo del tiroides	15	11,9
Bocio tóxico difuso	10	7,93
Total	126	100

Fuente: Encuestas.

La tiroidectomía subtotal fue la técnica quirúrgica que más se utilizó. Esta se aplicó a un total de 110 pacientes (80,15 %) y fue seguida de la hemitiroidectomía, con 15 casos (11,9 %). Sólo se practicó una tiroidectomía total (7,93 %). En la mayoría de los casos (103 pacientes, 81,74 %) no se utilizó antibioticoterapia, sino que solo se utilizó en 23 casos (18,25 %) que tenían alguna enfermedad asociada como la diabetes mellitus o en los cuales el estado nutricional no era adecuado.

Solamente 7 pacientes presentaron complicaciones: infecciones superficiales de las heridas (5 pacientes; 3,96 %) y disfonías transitorias (2 pacientes; 1,58 %). Una de estas últimas estuvo relacionada con una lesión recurrencial unilateral. La mayoría de los pacientes permanecieron 48 horas en el hospital después de la operación y solamente 27 permanecieron más de 72 horas, como se observa en la tabla 2.

Tabla 2. *Estadía posoperatoria*

Estadía	Casos	Porcentaje
24 h	17	13,49
48 h	48	38,09
72 h	34	26,98
> 72 h	27	21,42
Total	126	100

Fuente: Encuestas.

DISCUSIÓN

En Ghana, país del África Subsahariana perteneciente al tercer mundo, las enfermedades del tiroides son muy frecuentes. El bocio endémico por deficiencia de yodo es el diagnóstico más común entre estas.

Los habitantes de este país utilizan para su alimentación una raíz tuberosa denominada «cassava», que genera bocio por su elevado contenido de tiocianato. Ello, asociado a las deficiencias de yodo en el agua y otros alimentos, es el responsable de la enfermedad. Las intervenciones quirúrgicas de la glándula tiroidea son muy frecuentes.⁵

En nuestra serie, la intervención quirúrgica que más se realizó fue la tiroidectomía subtotal, a pesar de que muchos de estos bocios eran multinodulares. Se hizo así para evitar la lesión recurrencial y la ingestión de por vida de sustitutos tiroideos.⁶

En diferentes publicaciones existe una controversia sobre si es prudente dejar o no drenaje en la intervención quirúrgica. Aquellos que defienden su uso alegan varias cuestiones como son prevenir el hematoma sofocante del cuello, que el drenaje deja tranquilidad, previene colecciones en el cuello que podrían infestarse, etc. Quienes desaconsejan su uso rutinario refieren casos de embolias aéreas en la retirada del drenaje, metástasis de carcinomas en el trayecto de colocación, hemorragia tras ser retirado, infección ascendente y drenaje retenido en el interior de la herida.⁷ Ahora cabía preguntarse, ¿cuál grupo tiene razón?

Si se hace un recuento sobre los tipos de drenaje que existen, llegamos a la conclusión de que hay dos tipos genéricos de drenaje: los drenajes abiertos o pasivos, en los que el líquido se evacua por gravedad o capilaridad (p. ej., tipo Penrose) y los drenajes cerrados o activos, en los que el líquido es drenado por succión externa, con la aplicación de una presión negativa, ya sea incluida en un frasco (botella de prevacío) o por medio de un fuelle o concertina. Estos últimos se subdividen en drenajes de alto o bajo vacío, dependiendo de la presión negativa aplicada.⁸ Tanto los drenajes activos como los pasivos han sido utilizados en diversos medios, probablemente en función de la «escuela», sistemática o política asistencial de cada servicio.

La hemorragia posoperatoria con una incidencia de 0,3 % a 1 % es la complicación más temible de la tiroidectomía.⁷ Muchos factores pueden estar involucrados y es el caso de los esfuerzos (vómitos, tos, movimientos bruscos), también los trastornos de la coagulación o algún tipo de coagulación intravascular diseminada local que se puede ver en la exéresis de grandes bocios.^{7,8}

Un estudio publicado en México demostró que el empleo del drenaje Penrose no fue útil para prevenir la formación de colecciones líquidas en el lecho quirúrgico en los casos de cirugía tiroidea, pues se presentó un hematoma sofocante en un paciente que se utilizó el drenaje.⁹

Nosotros pensamos que la única forma de prevenir esta complicación es mediante el uso de una técnica cuidadosa que extreme la hemostasia como parte del proceder, lo cual coincide con diferentes autores. La técnica de la tiroidectomía es una técnica delicada, donde un error puede provocar serias complicaciones.¹⁰

En una revisión de la literatura encontramos que diferentes estudios refieren que, cuando se ha producido un hematoma en el cuello de pacientes con drenajes, estos se han obstruido por coágulos y por tanto no han funcionado correctamente.^{7,9}

Por otro lado la cantidad de sangre residual en el posoperatorio, evaluada por ultrasonido en pacientes con drenajes o sin ellos, no muestra diferencia. Ello se recoge en el estudio realizado por Tübergen y cols., que también determinaron que la cantidad de sangre no estuvo relacionada con procesos infecciosos posoperatorios.¹¹

El uso de antibióticos profilácticos no está justificado en las tiroidectomías, pues esta es una intervención quirúrgica limpia so pesar de que el paciente tenga alguna enfermedad que predisponga a la aparición de infecciones. En nuestros casos los pacientes infestados eran diabéticos.¹²

Generalmente la estadía posoperatoria es corta en las tiroidectomías y no está influenciada por el uso del drenaje ni por el costo de este, aunque indudablemente es menos costoso no dejarlo. La mayoría de nuestros pacientes estuvieron 48 horas en el hospital, porque ellos decidieron prolongar la estadía.

No obstante los resultados de nuestro trabajo, somos del criterio que se debe seguir el principio quirúrgico mencionado por Charles Mayo: ajustar la operación a los pacientes y no los pacientes a la operación.¹³

Conclusiones

La inexistencia de hematoma sofocante en 126 casos operados demuestra que el uso de drenaje en la cirugía tiroidea puede obviarse en muchos casos y que lo más importante en esta cirugía es la realización de una hemostasia cuidadosa, que es finalmente la que previene la presentación de esta complicación tan temible.

AGRADECIMIENTOS

A los colaboradores del Programa Integral de Salud que trabajaron en Ghana desde el 2002 hasta el 2004.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Testut L, Latarget A. Tratado de anatomía humana. Barcelona: Salvat; 1951. pp. 190-6.
2. Underwood EA, Singer CH. Breve historia de la medicina. Madrid: Ediciones Guadarama; 1961. p. 500.
3. Sabiston DC. Tratado de patología quirúrgica. 13 ed. México: Editorial Interamericana McGraw-Hill; 1988.
4. Durán Sacristán H. Cirugía: Tratado de patología y clínica quirúrgicas. 2 ed. Madrid: Editorial Interamericana McGraw-Hill; 1992.

5. Jácome Roca A. Trastornos por deficiencia de yodo. Trabajo presentado en sesión de la Academia Nacional de Medicina. Colombia. 2005.
6. Andrade MA. Tiroidectomía subtotal. Buenos Aires: EDIAR; 1953. pp. 187-9.
7. Sánchez Blanco. Uso de drenajes en cirugía tiroidea y paratiroidea. Cir Esp. 2004;75(6):319-25.
8. Francisco López K. Uso de drenajes en cirugía. [en línea] Consultado el 3 de febrero de 2006. Disponible en: <http://escuela.med.puc.cl>.
9. Rizzo-Fuentes C, Gutiérrez VR. Evaluación de la utilidad del drenaje Penrose en cirugía de tiroides. Rev Med Hosp Gen Méx. 1997; 60(3): 118-122.
10. Peralta R. Cirugía tiroidea: principios anatómicos y técnicos para reducir complicaciones. Rev Cubana Oncol. 1999;15(2):81-8.
11. Willy C, Steinbronn S, Sterk J, Gerngross H, Schwarz W. Drainage systems in thyroid surgery: a randomized trial of passive and suction drainage. Eur J Surg. 1998;164:935-40.
12. De Salvo L, Razzetta F, Tassone U, Arezzo A, Mattioli FP. Il ruolo dell drenaggio e della profilassi antibiotica in chirurgia tiroidea. Minerva Chir. 1998; 53:895-8.
13. Gray LA. Vaginal Hysterectomy: Indications, Technique and Complications. Springfield Illinois: Charles C Thomas; 1955. p. 137.

Recibido: 6 de marzo de 2006. Aprobado: 25 de abril de 2006.

Dr. Miguel Emilio García Rodríguez. Edificio 12 plantas, Apto. L-O. Micro 2, Nuevitas. Camagüey. CP. 72520

Correo electrónico: grmiguel@finlay.cmw.sld.cu

¹**Especialista de II Grado en Cirugía General. Profesor Instructor.**

²**Especialista de I Grado en Medicina Interna.**

³**Enfermera Especialista en Anestesiología.**