

El post-operatorio del bocio exoftálmico

Por el Dr. Félix Puchulu (Adscrito a la Cátedra) Octava conferencia del curso de seminario de enfermedades endocrinas

SUMARIO: Indicaciones para las horas posteriores a la operación, al día siguiente y en los días ulteriores.—Complicaciones del postoperatorio. Crisis de hipertiroidismo postoperatorio. Hemorragias. Choc. Colapso de la tráquea. Edema y parálisis de la laringe. Complicaciones pulmonares. Fiebre. Hematoma. Infección. Tetania. Resultados de la operación..

Indicaciones para las horas posteriores a la operación

Una vez que el cirujano nos devuelve el enfermo ya intervenido, procuraremos, como indicación primera y fundamental, el reposo absoluto, con todos los cuidados y consideraciones ya expresadas en el pre operatorio.

Por lo común, en las horas inmediatas a la operación el enfermo no necesita sedantes ni analgésicos, y sólo a las diez o doce horas después es necesario hacer una inyección de eucodal o morfina.

chy o por electrocoagulación; vía transvesical: 1º, discisión del cuello; 2º, sección; 3º, escisión cuneiforme; 4º, ablación total, sea con el dedo, sea con el bisturí, cree Marión que la técnica más práctica es con la vejiga abierta y ejecutar la extirpación a un centímetro del cuello y a otro de la uretra; taponar y cerrar la vejiga en dos planos dejando un tubo del autor (Marión); a continuación relata las historias clínicas.

Conclusiones. 1º, disuria y re-

Aparte del reposo, a otra indicación fundamental es el cuidado en mantener hidratado al enfermo, a cuyo efecto puede recurrirse al Murphy con suero glucosado o con suero fisiológico. Este último ha sido contraindicado por algunos médicos norteamericanos, fundados en que los basedowianos suelen tener lesiones renales; no obstante mantendremos su empleo por ser esta razón de orden muy general, aparte de que las lesiones renales que como coincidencia pueden hallarse en algunos casos no implican siempre

tención como principales síntomas; 2º, aceptable teoría congénita; 3º, diagnóstico (eliminar otras causas); 4º, exámenes anatomopatológicos demuestran la hipertrofia; 5º, tratamiento, extirpación total con bisturí; 6º, no está bien definida su naturaleza; 7º, debe recibir el nombre de hipertrofia congénita del cuello vesical.

(Ap. *Rev. Ib. Am. de Cien. Méd.*, noviembre de 1929.) Maza. De *Revista Española de Medicina y Cirujía.*

una insuficiencia renal. Y antes de operar a nuestro enfermo, conoceremos el estado de su riñón.

También puede ayudarse la hidratación con la inyección subcutánea de suero glucosado isotónico (47 y 50 por mil) en una cantidad de 500 c. c., "hecha en una o dos sesiones.

Varias horas después, si la deglución no es dolorosa, podrá tomar naranjada, agua con azúcar, leche helada.

Y por la noche se le hará un enema para retener de 150 c. c. de agua con cincuenta gotas de lugol.

Resumiendo, entonces, tres son las indicaciones fundamentales de las horas consecutivas a la operación: el reposo absoluto, la hidratación y el enema con cincuenta gotas de jugo.

Al día siguiente será más fácil el empleo de la vía oral, por esto mantendremos la hidratación dando naranjada, leche, agua azucarada por la boca. Aprovecharemos para incorporar hidrocarbonados bajo forma de sémola o tapioca con leche, dulce de leche.

Le daremos unas 60 gotas de lugol, que es la dosis más común, repartidas en cuatro porciones de 15 gotas cada una.

Finalmente volveremos a la valeriana como sedante y sólo en caso de verdadera necesidad inyectaremos eucodal o morfina.

En los días ulteriores se vuelve progresivamente al régimen del preoperatorio, pasando de los alimentos líquidos a los pastosos y a los sólidos.

Seguiremos utilizando los sedantes en la misma forma del preoperatorio y el lugol se irá disminuyendo a dosis de 30 a 40 gotas en el día, o aún menos si el caso lo permite.

¿Cuánto tiempo se seguirá empleando el lugol después de la operación? No puedo darle una respuesta concreta a esta pregunta. Es corriente su utilización durante dos o tres meses. Pero, en lugar de dar un plazo fijo, podríamos decir que se le seguirá suministrando según lo indique la evolución de cada caso.

Así nos lo enseñan las observaciones acumuladas en esta Cate-

dra en estos dos últimos años.

Complicaciones del post-operatorio.—Se han registrado numerosas complicaciones, pero las que se han señalado en un tiempo, como más importantes y frecuentes, son: la crisis aguda de hipertiroidismo post operatorio y la hemorragia. Y digo «en un tiempo», porque actualmente estas contingencias desfavorables han sido notablemente reducidas, sobre todo la primera.

Pemberton (1), en su estadística de 1927, encuentra que de 1520 operados de tiroides sólo tuvo once fallecimientos, lo que le dá una mortalidad de 0.72%, es decir, según él mismo, que esta proporción le reduce a la quinta parte las cifras que señalaban sus estadísticas anteriores al empleo del lugol!. Porque es al lugol a quien hay que atribuir semejante beneficio ya que de los once muertos ninguno lo fue por crisis aguda de hipertiroidismo. Las causas de defunción fueron hemorragias, heridas de nervios e infecciones pulmonares.

Esta cita y estas cifras nos en-

señan con toda elocuencia acerca de la importancia del lugol en el preoperatorio, cuyo empleo no debemos ignorar y nos muestran cómo aún las hemorragias tienen su parte como complicación mortal del post operatorio. Por consiguiente, insisto por lo útil, tendremos siempre la obligación de llevar un basedowiano a la mesa de operaciones con un tiempo de coagulación normal.

Crisis de hipertiroidismo post-operatorio.—Por lo común cuando aparece, lo hace en el mismo día de la operación.

La **temperatura** comienza a aumentar y lo hace rápidamente, pudiendo llegar hasta 41°. Se hace apreciable una **polipnea** acentuada con una **taquicardia** muy elevada, con dilatación de cavidades cardíacas y descenso tensional. Hay una sudación abundante, la fonación es dificultosa y el paciente experimenta una gran inquietud, su mirada es brillante, hay temblor generalizado, siendo fácil la aparición de un estado de confusión mental. Pueden agregarse diarreas.

Si el sujeto va a la muerte, el cuadro final es el siguiente: dificultad respiratoria, anestesia de la cornea, pulso incontable, caída de la presión arterial, especialmente de la diastólica, sudores generalizados, postración extrema, relajación de esfínteres.

Esta complicación se la trata con cincuenta a cien gotas de lugol al día, por boca o por enema, con la ingestión de grandes dosis de valeriana, si es posible hacerlo, con inyecciones de morfina, hielo precordial y en tiroides, digipuratum endovenoso, hipodermocclisis con suero glucosado. Es lógico que el cuadro clínico de cada caso particular impondrá agregados o modificaciones a estas indicaciones generales.

Hemorragias. - Pueden producirse en la mesa de operaciones o en el post-operatorio.

1° En la mesa de operación:

El cirujano tratará de lograr la hemostasia.

Si llegase a producirse una gran pérdida de sangre se harían 500 c. c. de suero glucosado hipertónico (10%) endovenoso y transfusión sanguínea. Además

se usarán los tónicos cardíacos y a veces la morfina.

2° En el post-operatorio:

A veces es necesario reabrir la herida operatoria para lograr la hemostasia y así evitar la gran pérdida de sangre con los fenómenos de compresión que sobre los órganos de la vecindad puede dar.

Las otras indicaciones que acabo de referir para el caso de hemorragia, se cumplirán según las exigencias del momento.

Choc- Con el cumplimiento meticoloso de los cuidados del preoperatorio se reducen al mínimo las posibilidades del choc operatorio. Es que todos los cuidados de un buen preoperatorio pone al individuo al cubierto de los riesgos del «choc psíquico», así como la buena anestesia local lo preserva de los peligros del «choc físico».

Sólo me resta decir sobre este particular, que el tratamiento del choc no difiere del clásicamente conocido, y que se señala al bocio intratorácico como el que con más probabilidad lo puede ocasionar al extirparlo, por la compresión

que ha estado ejerciendo sobre los órganos vecinos.

Colapso de la tráquea.— La formación de un hematoma puede llegar a provocarlo. En estas circunstancias el tratamiento lógico es la eliminación del hematoma. Se han atribuido algunos casos de colapso de la tráquea a parálisis del mecanismo abductor de la laringe causada por la injuria operatoria de los nervios motores de la laringe. En estos casos raros en que la parálisis puede ser grave, ha sido necesaria hasta la traqueotomía.

Aprovecho la oportunidad para recordarles que también se ha visto producir una disnea continua consecutiva a la extirpación del bocio. Esto ha sobrevenido en esas tráqueas en «vaina de sable* (2), estrechadas, y que se hundían cuando la extirpación del bocio las priva de su tutor.

Para prevenir este hundimiento De Quervain aconseja pasar suturas a través de los cartílagos de la tráquea, lo que permite separar las paredes hundidas y

mantenerlas separadas por medio de dos ansas de catgut fijadas a los dos esternocleidomastoideos. Sin embargo, el mismo autor dice que cuanto más se conserve el íntimo de la tiroides tanto menos se tendrá necesidad de utilizar estos recursos poco seguros.

Edema y parálisis de la laringe.—No es un hecho raro que después de la operación el enfermo tenga la voz ronca por algunos días, pudiéndose observar hasta afonía. Este hecho se lo explica por la injuria transitoria que sobre el nervio laríngeo superior puede provocar el acto operatorio (compresión, infiltración, edema).

Puede producirse una abolición pasajera de la percepción de los estímulos sensitivos de la faringe, lo que perturba la regularidad del cierre de la epiglotis con los movimientos de deglución. Esto trae dificultad para tragar porque, al hacerlo, sobrevienen violentos accesos de tos, con todos los inconvenientes imaginables para un operado del cuello.

Complicaciones pulmonares.— Pueden aparecer como en cualquier otro post-operatorio. Aún tienen su participación en la pequeña cifra de mortalidad a que se ha llegado en la Mayo Clinic. En esta institución se han empleado recientemente (3), y al parecer con buen éxito, las cámaras con un ambiente cargado de oxígeno a una determinada presión. Colocados los sujetos con complicaciones pulmonares y con una apreciable cianosis se han producido con frecuencia mejorías rápidas con descenso de la temperatura y del pulso y con desaparición de la disnea completa o parcialmente. Los autores (Haines y Boothby) iniciaron sus observaciones fundados en que experimentalmente se ha visto que si se inyecta tiroxina a algunos animales (ratas) se hacen más sensibles a la privación de oxígeno. En otro lugar ya hemos hecho mención de la mayor necesidad de oxígeno que tienen los hipertiroideos. Haines y Boothby creen que con este procedimiento no sólo han curado complicaciones pulmonares que hubieran evolucionado gravemente, sino que también han prevenido

en otros casos su advenimiento.

Como no tenemos a nuestra disposición este recurso que parece tan útil, nos conformaremos con seguir con el tratamiento clásico de los procesos, no descuidando las inhalaciones de oxígeno que, antes de llegar a las vías respiratorias del enfermo, habrá pasado a través de un recipiente con agua, a fin de evitar la acción secante que produciría su proyección directa sobre aquéllos.

Fiebre.—Es raro que no aparezca en los dos primeros días posteriores a la intervención. Es la fiebre que aparece en casi todos los post-operatorios, aparte de que aquí tiene un justificado más en la irritación producida en el resto de la tiroides que se ha conservado. Los basedowianos, ya lo hemos dicho, tienen temperaturas con facilidad; la operación es una causa capaz de originarla.

La fiebre con ascenso rápido hasta alturas increíbles con una asociación sintomática grave, ya lo hemos señalado como iniciación de una crisis aguda de hipertiroidismo post-operatorio.

Hematoma.—Es una complicación no deseable, porque puede dar lugar a accidentes de impor-

tancia, como ser: la compresión de la tráquea o la infección consecutiva. Su aparición es cada vez más rara debido a la meticulosidad con que se cumple el acto operatorio, así como el pre-operatorio, y el empleo de compresas especiales.

Infección.—La infección de la región intervenida puede tener dos orígenes: la supuración de un hematoma allí formado, o la larga exposición operatoria de una herida amplia.

El uso de las compresas de goma ha disminuido las probabilidades de esta complicación.

Tetania. — Aparece con suma rareza. Las indicaciones de la técnica operatoria son muy precisas y de esta manera resulta muy difícil que al intervenir se extirpen también las paratiroides.

Es cierto que al ver extraer la gran cantidad de glándula (5/6) que actualmente se extirpa, se piensa en la posibilidad de esta complicación, pero lo que se deja es la parte posterior de los lóbulos, que es donde se alojan las paratiroides. Y esta extirpación

abundante de la glándula bociosa es necesaria porque, si así no se hace, se corre el riesgo de realizar una operación ineficaz, ya que con ella sólo se habrá conseguido un ligero alivio. Muchos cirujanos norteamericanos son terminantes, declarando que cuando la enfermedad continúa después de la operación es porque la cantidad de glándula extirpada ha sido insuficiente.

Hay otras causas aparte de la extirpación quirúrgica que pueden dar lugar a síntomas de insuficiencia paratiroidea en el post-operatorio.

Una, aunque excepcional, es la supuración de la zona operada. Tal es el caso referido por Bartlett (4), que reingresa en su clínica con convulsiones epileptiformes para morir poco después, comprobándose en la autopsia una amplia supuración de la región intervenida y de las partes vecinas, que seguramente había invadido a las paratiroides.

Causas menos graves son las que producen la compresión de las paratiroides por un hematoma

o por un vendaje demasiado ajustado.

En los casos hechos operar en esta Cátedra no se ha producido esta complicación.

Con un interés meramente ilustrativo recuerdo el método que sigue Crile (5) para el tratamiento de la tetania post-operatoria:

Aparecidos los síntomas, hace una inyección endovenosa de le. c. de Hormona de Coilip y, a la media hora, según dice, aparece la mejoría.

Hace después tres dosis de 2 c. c, consiguiendo una completa mejoría. Tal es lo que ha observado en cinco casos agudos.

Si no hay a mano Hormona de Coilip, indica: Extracto tiroideo (?), extracto paratiroideo y lactato de calcio cada cuatro horas. Igualmente aconseja el cloruro de calcio endovenoso al 10% durante tres días seguidos. El dosaje del calcio en la sangre indicará el tiempo en que se continuará utilizando en cualquiera de sus formas. Si los síntomas fuesen muy alarmantes, se inyectará c. c. de morfina y 20 c. c. subcu-

táneo de sulfato de magnesia al 25% cada cinco a seis horas durante tres o cuatro días.

Resultados de la operación.— A través de todas estas exposiciones hemos podido ir destacando el concepto de que sin la lobectomía subtotal es muy difícil esperar una cura radical del bocio exoftálmico.

No obstante, si los resultados que generalmente se muestran coinciden en vigorizar esa convicción, es conveniente exigir, para afianzarla definitivamente, el informe acerca del estado de esos mismos operados a los cinco más años de intervenidos.

Con las observaciones clínicas q' he compilado para realizar este curso, no podemos satisfacer esta exigencia. La mayoría corresponde a casos estudiados en estos dos últimos años, de manera que sólo podemos hablar de resultados inmediatos.

Puede apreciarse en ellos que los éxitos mejores se han logrado con basedowianos de poco tiempo de enfermedad y operados, por consiguiente, precozmente. Por