

CONSIDERAÇÕES SÔBRE A TÉCNICA DA TIREOIDECTOMIA SUBTOTAL

PALMIRO ROCHA *

A cirurgia da tireóide teve início, segundo se tem notícia, há quase um milênio, atribuindo-se a Abdul Casen Khalaf Eben Abbas⁷ o mérito de haver realizado em Bagdá, pela primeira vez, a ressecção da tireóide.

A partir de então, outros cirurgiões se dispuseram a intervir sôbre aquela glândula, no sentido de praticar a sua exérese parcial ou total. Não resta dúvida de que sômente no fim do século passado e início dêste, as operações sôbre a tireóide tomaram novo rumo, em face dos conhecimentos médico-cirúrgicos adquiridos.

Os progressos verificados na antissepsia, na anestesia e sobretudo no campo da fisiopatologia da tireóide, permitiram ao cirurgião intervir sôbre a tireóide sem os riscos exagerados das complicações operatórias e pós-operatórias, ao mesmo tempo que as técnicas cirúrgicas empregadas tornaram-se mais precisas, seguras e capazes de atingir com absoluto sucesso as suas finalidades.

É hoje a tireoidectomia subtotal intervenção cirúrgica bem sistematizada nas suas bases gerais, variando apenas em detalhes, de acôrdo com a escola à qual se filia o cirurgião que a pratica, bem como em face da experiência dêste em cirurgia do pescoço.

Por essa razão, não pretendemos neste trabalho descrever com minúcias os vários tempos operatórios que se realizam no decorrer das tireoidectomias subtotais, mas sobretudo ressaltar detalhes de técnica e pontos controversos entre as diversas escolas cirúrgicas, procurando, dessa forma, despertar a atenção dos cirurgiões mais jovens para problemas que são de real importância.

A literatura médica é pródiga em assuntos relativos à cirurgia da tireóide. Excelentes trabalhos relativos à técnica das tireoidectomias poderão ser compulsados com facilidade^{2, 4, 5, 10}, nos quais os tempos operatórios sucessivos das tireoidectomias são descritos com muita clareza.

ANESTESIA

Comentaremos, em primeiro lugar, o problema da anestesia em cirurgia da tireóide. Neste particular os cirurgiões se dividem em dois grupos bem

* Docente Livre de Clínica Cirúrgica da Faculdade de Medicina da USP. Chefe do Grupo de Cirurgia de Glândulas Endócrinas do Departamento Cirúrgico da Faculdade de Medicina da USP. F.I.C.S. Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões.

distintos: aquêles que preferem a infiltração anestésica local e os que dão preferência à anestesia geral. Não resta dúvida que o número de cirurgiões que se utilizam dêste último tipo de anestesia é muito mais elevado, ao passo que os partidários da infiltração local dia a dia perdem adeptos.

Queremos crer que a segurança e o conforto para o paciente e para o cirurgião, proporcionados pela anestesia geral, justificam plenamente a preferência que êste tipo de anestesia vem grangeando no seio dos cirurgiões. Sem que tenhamos abandonado por completo o emprêgo da anestesia local na cirurgia da tireóide, somos partidários da anestesia geral. Entretanto, o uso indiscriminado da tubagem traqueal, como tendência que se observa hoje na grande maioria dos centros cirúrgicos, quer-nos parecer um tanto exagerado. É forçoso reconhecer que a sonda traqueal, utilizada nos casos de tireoidectomia por bócios volumosos, comprimindo os órgãos do pescoço, principalmente a traquéia, tem indicação absoluta e deve ser realmente utilizada. Por outro lado, na ressecção de pequenos bócios, nodulares ou não, que não estejam comprimindo a traquéia, nos quais o exame físico do paciente não nos faça prever dificuldades na remoção do bócio, somos de opinião que a entubação traqueal é perfeitamente dispensável. É imprescindível, em tais casos, que o cirurgião esteja bem familiarizado com a técnica da operação que se propõe realizar, para que as manobras de tração sôbre a glândula sejam evitadas ao máximo, a fim de não reduzir a luz da traqueia, perturbando, dessa forma, a respiração do paciente e impossibilitando o anestesista de realizar de maneira correta a sua missão.

Tais restrições à entubação traqueal merecem ser destacadas, porquanto, mesmo nas mãos dos anestesistas mais experimentados, o uso da sonda traqueal traz alguns inconvenientes, de pequena monta, é verdade, mas que podem e devem ser evitados.

Poder-se-ia dizer que a queixa constante de grande número de pacientes operados da tireóide, sob entubação traqueal, é certo mal-estar na garganta no 1º e 2º dias de pós-operatório, chegando alguns a se queixar de dor intensa, com dificuldade à fonação e à deglutição. Não queremos imputar tais queixas unicamente ao possível traumatismo que a sonda poderia ter causado, porquanto é evidente que o traumatismo cirúrgico local concorre também para o desconforto relativo que o paciente manifesta no pós-operatório. A boa técnica operatória, praticada com delicadeza, com precisão, as disseções feitas com segurança e com um mínimo de traumatismo, muito concorrem para evitar êsse óbice.

Por outro lado, edema de glote, complicação grave que pode ocorrer no pós-operatório imediato das tireoidectomias, bem como o estabelecimento de papilomas das cordas vocais, são eventualidades que não raramente ocorrem, e para o estabelecimento das mesmas a sonda traqueal representa fator etiológico de importância.

O emprêgo da anestesia geral nas tireoidectomias, com entubação traqueal nos casos bem indicados, constitui, sem dúvida, um dos fatores preponderantes do aperfeiçoamento da técnica operatória, permitindo ao cirurgião dissecação cuidadosa, hemostasia perfeita, reconhecimento exato de tôdas

as estruturas vitais de que é ricamente dotada essa região anatômica, ao mesmo tempo que liberta o cirurgião do martírio do relógio. É a tireoidectomia, por excelência, intervenção na qual a segurança e a exatidão das manobras devem sobrepor-se ao fator tempo operatório.

No que diz respeito à anestesia local, apenas algumas vezes a temos empregado em tireoidectomias. Somente nos casos de absoluta contra-indicação ao uso da anestesia geral, ocorrência cada dia mais rara, temos recorrido a esse tipo de anestesia.

SECÇÃO DOS MÚSCULOS PRÉ-TIREÓIDEOS

Os músculos esternotireóideo e esternoióideo se dispõem em um plano imediatamente sobre a glândula tireóide, constituindo como que uma cinta elástica que procura manter aquêle órgão na sua loja. Nessas condições, quando se pratica a incisão da rafe mediana, separando os bordos mediais desses músculos, verificamos que cada lobo tireoidiano mantém-se na sua posição, contido principalmente por essa faixa muscular. Para se expor a glândula tireóide é necessário afastar lateralmente êsses músculos, verificando-se, algumas vezes, certa dificuldade em se realizar esta manobra. Realmente, nos indivíduos de musculatura muito forte e de pescoço curto, nem sempre conseguimos luxar os lobos tireoidianos, sem que para isso se pratiquem manobras mais ou menos violentas, desaconselhadas pela boa técnica operatória.

Para obviar êste inconveniente, alguns autores^{4, 10} aconselham a prática da secção transversa desses músculos, o que facilita notavelmente a dissecação da glândula, principalmente o isolamento e ligadura do pedículo vascular superior (fig. 1). Tal conduta é combatida por outros cirurgiões, que preferem afastar lateralmente, de maneira mais ou menos violenta, os músculos pré-tireóideos e luxar o lobo tireoidiano, em vez de praticar a secção transversa dos mesmos.

Neste particular adotamos conduta eclética. Na grande maioria das vezes, não seccionamos os músculos em referência; entretanto, quando encontramos dificuldades em expor o lobo tireoidiano, principalmente nos grandes bócios, com pólo superior em posição muito cranial, não hesitamos em praticar aquela manobra, que facilita e dá ampla garantia à dissecação e ligadura dos vasos do pedículo superior da tireóide.

Quando se decide proceder à secção transversal desses músculos tornam-se necessárias algumas medidas prévias, tais como a dissecação do bordo medial do m. esternocleidomastóideo, que será afastado lateralmente, a fim de não ser incluído no plano de secção. Além disso, freqüentemente encontramos veias jugulares anteriores, calibrosas, dispostas sobre os músculos pré-tireóideos. É necessário que se faça a ligadura prévia desses vasos, para o que é aconselhável usar-se fio montado, em sutura transfixante, localizada em dois níveis (cranial e caudal), entre os quais será feita a secção muscular. Previnem-se dessa forma possíveis hemorragias quando fôr reconstituída a continuidade desses músculos, por meio de sutura.

Não temos verificado maiores inconvenientes na prática desse detalhe de técnica cirúrgica; pelo contrário, só tem trazido vantagens, dando mais segurança, facilitando a dissecação e exposição de estruturas vitais que devem ser reconhecidas pelo cirurgião. Alguns minutos a mais de duração do ato cirúrgico são plenamente compensados por uma dissecação anatômica, delicada, sem manobras violentas de luxação do lobo tireoidiano.

É conduta recomendável a todos os cirurgiões que se iniciam na prática de intervenções sobre a glândula tireóide.

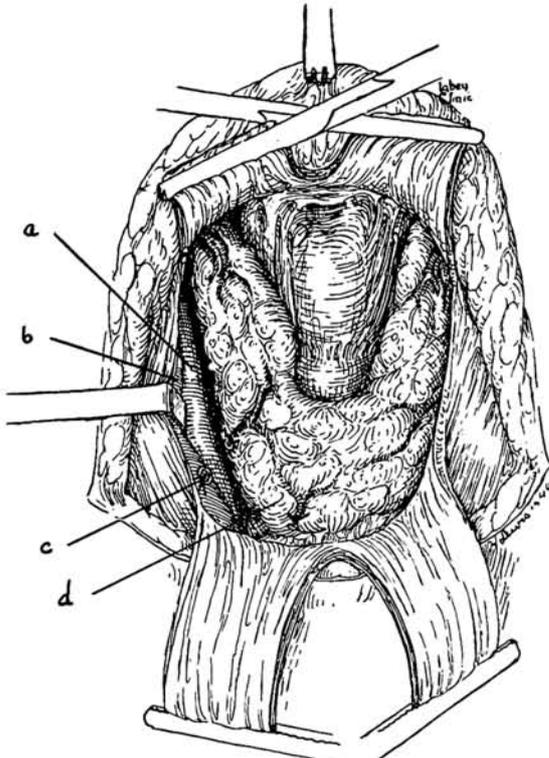


Fig. 1

Fig. 1 — Após secção dos músculos pré-tireóideos, vê-se amplamente exposta a glândula tireóide. Os ramos vasculares do pedículo superior são de fácil acesso. Além disso, identifica-se: *a*, artéria carótida comum; *b*, veia jugular interna, afastada lateralmente; *c*, veia tireóidea média ligada; *d*, glândula tireóide. Reprodução autorizada de figura de Lahey¹⁰.

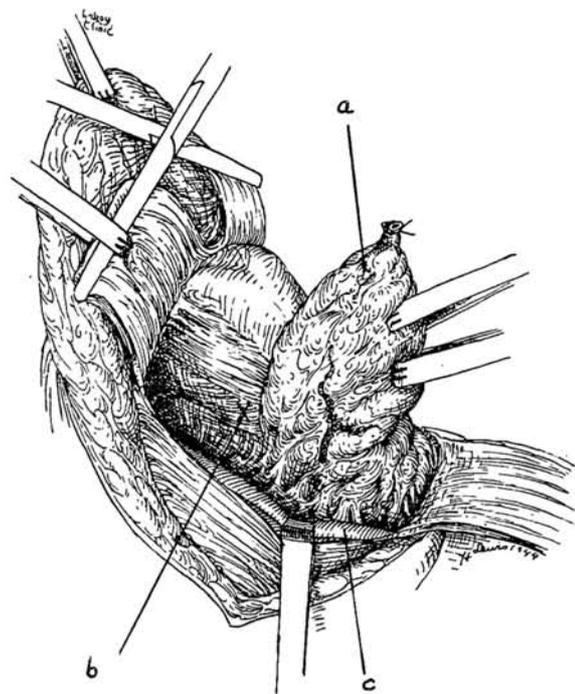


Fig. 2

Fig. 2 — Os ramos do pedículo vascular do pólo superior direito já foram ligados (*a*) e o pólo, tracionado para baixo. Em *b* está assinalado o corno da cartilagem tireóide, nível em que o n. recorrente se torna intralaringeo. Em *c* identifica-se a artéria carótida comum afastada lateralmente, manobra que facilita a ligadura do tronco da artéria tireóidea inferior. Reprodução autorizada da figura de Lahey¹⁰.

TRATAMENTO DOS PEDICULOS VASCULARES SUPERIORES DA TIREÓIDE

Outro ponto que merece comentários é o que diz respeito à laqueadura dos vasos do pedículo superior. A artéria tireóidea superior de regra apresenta-se trifurcada ao atingir o pólo superior da glândula: ramos medial, anterior e póstero-lateral. Alguns cirurgiões preferem luxar caudalmente o pólo superior da tireóide, por meio de pinças de garras, praticando, a seguir, ligadura dupla do próprio tronco daquele vaso. Além de exigir tração um tanto violenta para a sua execução, a ligadura do tronco da a.ª tireóidea superior não está isenta do perigo de lesão do ramo externo do nervo la-

ríngeo superior, dadas as relações topográficas muito íntimas que guardam essas duas estruturas¹¹. Outro inconveniente desta prática consiste na ligadura feita em condições não muito satisfatórias, porquanto as pinças hemostáticas, nessa eventualidade, se acham profundamente situadas, o que obriga o cirurgião a praticar a ligadura usando fio calibroso e resistente, o que evidentemente é índice de técnica pouco primorosa e por isso não recomendável.

Os inconvenientes acima apontados são obviados quando se pratica a ligadura dos ramos da artéria tireóidea superior, no ponto onde penetram na própria glândula. É manobra cirúrgica de execução mais simples, porquanto os vasos a serem laqueados estão sob as vistas do cirurgião, mais segura, porquanto previne a lesão do ramo externo do laríngeo superior, e menos traumatizante, porque dispensa o esforço exagerado de afastamento muscular, por parte do assistente.

LIGADURA DO TRONCO DA ARTÉRIA TIREÓIDEA INFERIOR

Quando se pratica a tireoidectomia subtotal não é obrigatória a ligadura do tronco da a. tireóidea inferior. O ato cirúrgico torna-se, entretanto, muito mais elegante, uma vez realizada a laqueadura bilateral daquele vaso, previamente à secção da glândula. É óbvio que a hemorragia proveniente da superfície cruenta da tireóide seccionada diminui consideravelmente, permitindo um campo cirúrgico praticamente exangue. O ponto topográfico mais adequado para se praticar esta ligadura (fig. 3) está situado fora da glândula tireóide, no local em que a referida artéria cruza posteriormente a carótida comum, que deve ser afastada lateralmente. Basta que se faça a ligadura na continuidade do vaso, sem praticar a sua secção.

Com êsses cuidados evita-se lesão do n. recorrente, estrutura que guarda relações muito íntimas com os ramos da a. tireóidea inferior, quando da sua distribuição na glândula tireóide.

A ligadura bilateral do tronco da a. tireóidea inferior poderá, por outro lado, concorrer para o aparecimento de sintomas de hipoparatiroidismo, uma vez que a irrigação das paratiroides depende fundamentalmente daquele tronco arterial. Nesse sentido tivemos a oportunidade de realizar trabalho de pesquisa, em colaboração com Moraes Barros Filho¹². Para evitar o risco dessa complicação passamos a isolar o tronco da a. tireóidea inferior, reparando-a com uma laçada de fio de algodão, sem praticar a laqueadura.

No momento em que praticamos a secção glandular, tracionamos o fio assim colocado, praticando dessa forma uma hemostasia provisória e suficiente para que o tratamento do coto tireoidiano seja feito em melhores condições. Terminado êste tempo operatório, retiramos a laçada e a artéria continua permeável. Entretanto, quando se prevê hemorragia mais abundante no coto da tireóide ou quando se realiza a extirpação total do lobo tireoidiano, deve-se praticar a ligadura daquele vaso mesmo contando com o provável aparecimento de sintomas de hipoparatiroidismo, que em geral são frustrados e sem maior gravidade.

EXPOSIÇÃO DOS NERVOS RECORRENTES

Uma das complicações que mais freqüentemente ocorrem na execução das tireoidectomias é, sem dúvida, a paralisia das cordas vocais por lesão de um dos recorrentes. Por isso mesmo, a atenção dos cirurgiões está constantemente voltada para êste problema, no sentido de preconizar técnicas operatórias que evitem aquela complicação.

Duas são as correntes: os que procuram identificar aquêles nervos, dissecando-os em tôda a sua extensão, procurando, assim, evitar lesão dos mesmos quando da ressecção glandular. Ao contrário, há os partidários da não identificação dos nervos recorrentes, procurando ressecar a tireóide em plano que esteja afastado da assim chamada "zona perigosa"

Quer-nos parecer que mais convém ao cirurgião que se inicia na prática das tireoidectomias, a primeira das condutas acima mencionadas. Não resta dúvida que dá maior segurança às manobras cirúrgicas subseqüentes, a identificação dos referidos nervos. Não é necessária, entretanto, a dissecação de todo o trajeto cervical dos recorrentes. Basta que sejam reconhecidos, para o que deverá o cirurgião tomar como reparo o tronco da artéria tireóidea inferior. De regra o recorrente cruza medialmente aquêle tronco arterial, dirigindo-se oblíquamente no sentido cranial, em direção da laringe (fig. 3).

Com êsses cuidados de técnica, pode o cirurgião praticar amplas ressecções glandulares sem correr maior risco de complicação, permanecendo fiel ao princípio que garante a cura do paciente (principalmente quando se trata de hipertireoidismo) ao mesmo tempo que previne a recidiva do bócio, ocorrência verificada mais freqüentemente entre os cirurgiões que partilham das ressecções econômicas.

IDENTIFICAÇÃO DAS PARATIREÓIDES

A ressecção inadvertida das paratireóides traz como conseqüência o quadro de hipoparatiroidismo, de tratamento difícil quando assume a forma crônica, porquanto escraviza o doente ao uso permanente e continuado de medicamentos, que nem sempre proporcionam os efeitos desejados.

O hipoparatiroidismo frustrado pode decorrer de traumatismo das paratireóides, sem que sejam extirpadas, ou, como vimos anteriormente, manifesta-se após ligadura bilateral do tronco da artéria tireóidea inferior.

Nessa forma, não assume maior gravidade, sendo facilmente controlado pela administração de medicamentos à base de cálcio.

Com a finalidade de se prevenir a retirada cirúrgica das paratireóides, seria desejável que o cirurgião reconhecesse no campo operatório aquelas estruturas, podendo, dessa forma, preservá-las integralmente.

Guardam as paratireóides relações muito estreitas com a glândula tireóide, estando localizadas nas áreas de distribuição dos pedículos arteriais (superior e inferior), em íntimo contato com a cápsula própria da tireóide (fig. 3). Dadas as pequenas dimensões apresentadas pelas paratireóides, nem

sempre é fácil o seu reconhecimento durante o ato operatório. Frequentemente são confundidas com pequenos conglomerados de tecido adiposo, ficando o cirurgião, pouco habituado a lidar com essas estruturas, em dúvida se realmente se trata de paratireóide. Sômente a experiência cirúrgica, após repetidas vêzes, dará ao cirurgião um sentido de segurança e de certeza quanto à identificação de órgãos de tamanha importância.

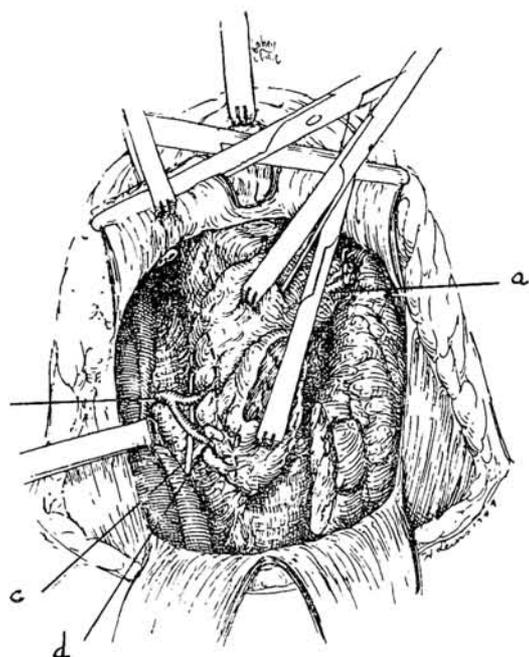


Fig. 3

Fig. 3 — Relações da face pósterolateral da tireóide com outras estruturas do pescoço. Em *a* vê-se o pólo superior direito já isolado e rebatido para baixo. Em *b*, o tronco da *a.* tireóidea inferior já isolado e ligado, após afastamento lateral da *v.* jugular interna e da *a.* carótida comum. Em *c*, o tronco do *n.* recorrente, passando entre os ramos de bifurcação da *a.* tireóidea inferior (lateralmente) e a traquéia (medialmente). Em *d* está assinalada uma das paratireóides, localizada entre os ramos de bifurcação da *a.* tireóidea inferior e em íntimo contato com a glândula tireóide. Reprodução autorizada de figura de Lahey¹⁰.

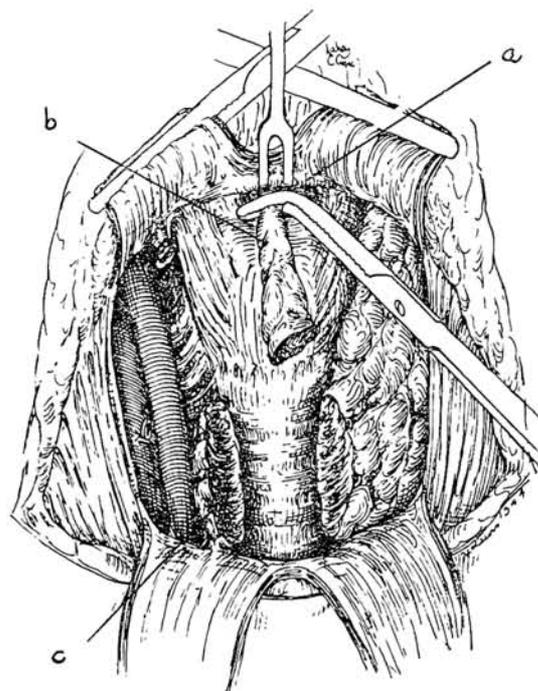


Fig. 4

Fig. 4 — Aspecto do campo cirúrgico após a ressecção parcial do lobo direito da glândula tireóide. Em *a*, o osso hióide afastado por uma garra, manobra que facilita a exérese da pirâmide de Lalouette (*b*). Em *c*, o coto remanescente do lobo direito, em condições de ser suturado, manobra que completa a hemostasia. Reprodução autorizada de figura de Lahey¹⁰.

Enquanto essa experiência não é integralmente adquirida, seria conveniente a prática de se dissecar minuciosamente a glândula tireóide, libertando-a de todos os tecidos frouxos que a envolvem, no seio do qual geralmente se localizam as paratireóides. Só então seria delimitada a extensão do parênquima a ser ressecado.

Como medida complementar, uma vez feita a ressecção glandular, a peça operatória é conservada estéril, na mesa dos instrumentos, devendo ser reexaminada antes do completo fechamento da ferida cirúrgica. Nessas condições, sendo encontrada uma das paratireóides, deverá ser reimplantada

na musculatura do pescoço, como uma tentativa de enxerto em condições que parecem favoráveis a um resultado satisfatório.

RESSECÇÃO DO LOBO PIRAMIDAL

Detalhe que não deve ser omitido pelo cirurgião é a ressecção do lobo piramidal (pirâmide de Lalouette), quando realiza a tireoidectomia subtotal. É alta a incidência do lobo piramidal, que se localiza imediatamente em contato com a laringe, apoiando-se, por assim dizer, sobre as cartilagens que constituem o arcabouço daquele órgão (fig. 4). Sabe-se que os cotos glandulares remanescentes, após a tireoidectomia, apresentam certo grau de hiperplasia e de hipertrofia, aumentando de volume. Permanecendo o lobo piramidal, sofrerá êle igualmente o mesmo processo de hiperplasia e de hipertrofia. Por outro lado, estando apoiado sobre um plano mais ou menos rígido, constituído pelas cartilagens da laringe, dar-se-á a protrusão do tumor para o lado da pele, constituindo assim novo bócio, exigindo reintervenção.

Pelas razões expostas, o lobo piramidal deve ser extirpado em tôda a sua extensão, o que exige do cirurgião uma exposição bem ampla daquele apêndice, no sentido cranial.

DRENAGEM DAS LOJAS TIREOIDIANAS

Quando se pratica a tireoidectomia subtotal, extirpando-se grandes bócios, permanecem vazias lojas maiores ou menores, onde se localizavam os lobos da tireóide. Dá-se, nesses casos, a coleção de líquido sero-hemorrágico que, além de outros inconvenientes, é meio propício à infecção. É aconselhável, em tais condições, drenar a ferida operatória. Para isso lança-se mão de drenos elásticos, tipo Penrose, que são exteriorizados através da própria incisão operatória. A ferida permanece drenada durante 24 a 48 horas, tendo-se o cuidado de fazer um curativo bem oclusivo, a fim de não permitir a sua contaminação.

Nos casos de pequenos bócios, não é imprescindível a drenagem, desde que se faça com bastante cuidado a hemostasia, inclusive dos pequenos vasos do subcutâneo.

À medida que cresce a experiência do cirurgião, que melhora o padrão da técnica operatória, menos freqüente se torna a indicação para drenagem das lojas tireoidianas.

RESUMO

O autor procura destacar pontos de possível controvérsia quanto à técnica cirúrgica da tireoidectomia subtotal.

Discute os seguintes aspectos do problema: a) anestesia em cirurgia da tireóide; b) secção dos músculos pré-tireóides; c) ligadura dos pedículos vasculares superiores; d) ligadura do tronco da artéria tireóidea su-

perior; e) exposição dos nervos recorrentes; f) identificação das glândulas paratireóides; g) ressecção do lobo piramidal; h) drenagem em cirurgia da tireóide.

Expõe a orientação adotada por outros autores e expressa a sua conduta, baseada em experiência pessoal.

BIBLIOGRAFIA

1. ALMEIDA, A. P. — Anestesia nas operações sobre a glândula tireóide. *Rev. Paulista de Med.*, 39:21-26, 1951.
2. ANDRADE, M. A. — Tireoidectomia subtotal. Tese, Rio de Janeiro, Ed. particular, 1947.
3. BASTOS, E. S. — Complicações operatórias das tireoidectomias subtotais. *Rev. Paulista de Med.*, 38:649-664, 1951.
4. COLCOCK, B. P. — Technique of thyroidectomy. *S. Clin. North America*, 33:765-772, 1953.
5. CORRÊA NETTO, A. — Afecções cirúrgicas da tireóide. *Rev. Paulista de Med.*, 38:589-626, 1951.
6. CRILE Jr., G. — Practical Aspects of Thyroid Diseases. Saunders, Filadélfia e Londres, 1950.
7. DALLALANA, E. M. — A tireoidectomia subtotal alargada com ligadura definitiva das artérias tireoidéias inferiores. *Bol. Col. Bras. Cir.*, 29:299-314, 1957.
8. DUARTE, L. C. — Das lesões dos nervos laríngeos nas tireoidectomias. *Rev. Paulista de Med.*, 38:669-676, 1951.
9. GUTHRIE, D.; SCHINMEL, I. — Drainage in thyroidectomy. *Surgery*, 16:725-730, 1944.
10. LAHEY, F. H. — Technique of thyroidectomy. *Surgery*, 16:705-724, 1944.
11. MORAES BARROS FILHO, N. — Contribuição para a anatomia do ramo externo do nervo laríngeo superior. Sua aplicação à técnica das tireoidectomias. Tese de docência, São Paulo, Ed. particular, 1948.
12. MORAES BARROS FILHO, N.; DANTAS, O. M.; ROCHA, P. — Tetania pós-operatória nas tireoidectomias subtotais. *Rev. Paulista de Med.*, 39:27-37, 1951.
13. OLIVEIRA, A. B. — Extensão da ressecção glandular na operação de bócio com hipertireoidismo. *Rev. Paulista de Med.*, 38:665-668, 1951.