

Uso selectivo de drenajes en tiroidectomías*

Drs. JUAN ANTONIO PÉREZ P.^{1,2}, VERÓNICA URRUTIA SCH.^{1,2},
PAULINA SILVA C.^{1,2}, ALEJANDRO MURÚA A.^{1,2}

¹ Subdepartamento de Cirugía de Adultos, Hospital Regional Valdivia.

² Instituto de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.
Valdivia, Chile.

Abstract

Selective use of drainages in thyroidectomy

Background: There is controversy about the universal use of drainages in thyroid surgery. **Aim:** To evaluate the selective use of drainages in thyroid surgery, using them only in patients with high risk of developing a cervical hematoma. **Material and Methods:** Eighty four patients subjected to thyroid surgery, were prospectively evaluated. Drainages were only used in those patients in whom a big cavity was left after thyroidectomy, patients with intrathoracic goiter and patients subjected to lymph node dissection. **Results:** Drainages were omitted in 68 patients (81%) aged 18 to 68 years, 59 females. Forty four (65%) of these patients were subjected to a total thyroidectomy, 14 (21%) to a subtotal thyroidectomy and 10 (7%) to a lobectomy. In 19 cases (28%) the biopsy informed a papillary cancer, the rest were benign lesions. One patient had a cervical hematoma that required a new operation. Hospital stay ranged from 1 to 4 days. **Conclusions:** The selective use of drainages in thyroid surgery is feasible, safe and allows a shorter hospital stay.

Key words: Thyroidectomy, drainage, hematoma.

Resumen

Introducción: El objetivo de este trabajo fue evaluar el uso selectivo de drenajes, omitiendo el dispositivo en la cirugía tiroidea corriente y empleándolo en pacientes con riesgo de desarrollar hematoma cervical. **Material y Métodos:** Estudio prospectivo de casos consecutivos entre enero 2008 y junio 2009 que incluyó 84 pacientes con diversas patologías tiroideas sometidos a tiroidectomía total o parcial. Los parámetros evaluados fueron: edad, género, procedencia, extensión de la cirugía, biopsia de piezas operatorias, estadía hospitalaria y complicaciones perioperatorias. **Resultados:** De los 84 casos, en 68 (81%) no se usó drenaje y en 16 (19%) se empleó el dispositivo. De los 68 casos en que no se utilizó drenaje 59 (86,8%) fueron mujeres y 9 (13,2%) hombres, edad promedio 44,4 años (rango: 18 y 68 años). Se practicó 44 (64,7%) tiroidectomías totales, 14 (20,5%) tiroidectomías subtotales y 10 (6,8%) lobectomías e istmectomía. La biopsia informó cáncer papilar en 19 (27,9%) casos y 47 (69,1%) lesiones benignas. Las complicaciones fueron 1 (1,4%) hematoma cervical que requirió reoperación y 7 (10,2%) seromas. La estadía hospitalaria fluctuó entre 1 y 4 días, promedio 1,9; con hospitalización de 1 día 21 (30,8%) pacientes, 2 días 36 (52,9%), 3 días 8 (11,7%) y 4 días 2 (2,9%). **Conclusiones:** Concluimos que es posible el uso selectivo de

*Recibido el 18 de Julio de 2009 y aceptado para publicación el 7 de Septiembre de 2009.

Correspondencia: Dr. Juan Antonio Pérez P.
Arturo Günther 1664. Valdivia, Chile.
E-mail: jperez.dr@gmail.com

drenaje en tiroidectomías. Acorde a la patología tiroidea quirúrgica que manejamos y aplicando nuestros criterios de selección la mayoría de los pacientes no precisa estos dispositivos. La ausencia de drenajes no conlleva mayores complicaciones y posibilita una estadía hospitalaria breve.

Palabras clave: Tiroidectomía, drenajes, bocio.

Introducción

La tiroidectomía es una de las operaciones más frecuentes en la práctica quirúrgica. La extirpación total o parcial de la glándula tiroidea acorde a la patología que la afecta ofrece beneficios incuestionables. Sin embargo, dicha intervención quirúrgica no está exenta de complicaciones, algunas de ellas graves y/o invalidantes, lo cual conlleva que para minimizar los riesgos de eventos postoperatorios deletéreos se precisa que la cirugía sea efectuada por cirujanos con acabados conocimientos de la anatomía del cuello y con una técnica cuidadosa y prolija.

Una de las complicaciones más temidas de la tiroidectomía es la hemorragia masiva en el lecho operatorio, que puede llevar a un hematoma significativo, que una vez establecido comprime la vía aérea superior en diferentes grados pudiendo, eventualmente, provocar la muerte del enfermo por asfixia.

El rol de los drenajes en la prevención de esta complicación es motivo de controversias. Tradicionalmente se le ha utilizado en forma sistemática como elemento efectivo para evacuar el contenido de un posible sangrado, sin embargo, varios autores argumentan que en la mayoría de las tiroidectomías su empleo sería innecesario, con una desfavorable relación costo/beneficio, y que debiera reservarse el recurso para casos seleccionados¹⁻¹².

En nuestro hospital la conducta tradicional ha sido dejar en forma rutinaria un drenaje aspirativo a todo paciente sometido a tiroidectomía.

El objetivo de este trabajo fue evaluar en una serie de pacientes sometidos a tiroidectomía, la factibilidad de incorporar en nuestra práctica el uso selectivo de drenajes, omitiendo el dispositivo en la cirugía tiroidea corriente y empleándolo en los casos con riesgo elevado de desarrollar un hematoma cervical.

Material y Método

Estudio prospectivo de casos consecutivos manejados en el hospital Base de Valdivia en el período comprendido entre enero de 2008 y junio de 2009. Se incluyó 84 pacientes operados por distintas patologías tiroideas a los cuales se les practicó tiroidectomía total o parcial.

Previo a la cirugía se procedió a firmar un consentimiento informado donde se establecía dejar los

lechos tiroideos sin drenaje, excluyendo aquellos enfermos considerados de alto riesgo de sangrado, como bocio con proyección intratorácica, espacio muerto cervical amplio posttiroidectomía, tiroidectomía con disección linfonodal y cirugía tiroidea dificultosa.

En los casos sometidos a cirugía tiroidea corriente y en los cuales no se dejó drenaje, la técnica quirúrgica consistió en una cervicotomía transversa arciforme, tallado de colgajos, sección del rafe de los músculos pretiroideos, disección y separación de éstos, exposición de la glándula, tiroidectomía, hemostasia prolija, maniobra de Valsalva y cierre de cervicotomía. No se afrontó los músculos pretiroideos.

La información de la serie fue recogida de manera prospectiva a través de un protocolo, incorporando los datos en una planilla tipo Excel, en la que se incluyeron los siguientes parámetros: edad, género, procedencia, extensión de la cirugía tiroidea, estudio anatomopatológico de las piezas operatorias, estadía hospitalaria y complicaciones postoperatorias relacionadas con el drenaje.

Resultados

La serie incluyó 84 casos. De ellos, 68 pacientes (81%) fueron sometidos a tiroidectomía sin drenaje y en 16 casos (19%) se utilizó el dispositivo. Las condiciones que motivaron el empleo de drenaje fue espacio muerto amplio en 12 casos, entendiéndose como tal que realizada la tiroidectomía permaneció una cavidad real amplia a nivel de lechos tiroideos, bocio intratorácico en 3 y tiroidectomía total más disección linfonodal extensa en 1 caso.

De los 68 pacientes en que se prescindió del drenaje, principal foco de nuestro estudio, 59 (86,8%) fueron del sexo femenino y 9 (13,2%) del masculino, con edad promedio de 44,4 años (rango entre 18 y 68 años). La procedencia fue de Valdivia en 21 casos y el resto de otras ciudades. La extensión de la cirugía correspondió a tiroidectomía total en 44 casos, tiroidectomía subtotal en 14 y lobectomía e istmectomía tiroidea en 10.

El estudio histopatológico de los especímenes operatorios mostró naturaleza maligna en 19 (27,9%) casos y benigna en 47 (69,1%). Todos los tumores malignos se trataron de cáncer papilar de tiroides y, de las 47 lesiones benignas, se encontró adenoma folicular en 21 (44,6%) casos, hiperplasia nodular del tiroides en 15 (31,9%), tiroiditis linfocítica cróni-

ca en 8 (17%), adenoma oncocítico en 1 (2,1%) y parénquima tiroideo normal en 2 (4,2%), casos que correspondieron a 2 lóbulos tiroideos producto de la totalización de tiroidectomías sometidas a tiroidectomía parcial en otros centros por cáncer papilar de tiroides.

Las complicaciones postoperatorias de los pacientes sin drenaje incluyeron un paciente con (1,4%) hematoma cervical que debió reintervenirse y vaciar una colección hemática de 180 cc cuyo sitio de sangrado fue una arteria del pedículo tiroideo superior izquierdo.

En el control postoperatorio de estos casos, 7 (10,2%) presentaron seromas cervicales. En 6 se aspiró entre 7 y 36 cc mediante punción. Un paciente ameritó varias punciones evacuando inicialmente 100 cc con posterior regresión progresiva del débito. Las punciones fueron bien toleradas, no se utilizó antibióticos profilácticos y no ocurrió ninguna infección.

La estadía hospitalaria de los casos no drenados fluctuó entre 1 y 4 días, con un promedio de 1,9 días, permaneciendo hospitalizados por un día 21 (30,8%) pacientes, dos días 36 (52,9%), tres días 8 (11,7%) y cuatro días 2 (2,9%) enfermos.

Comentario

Una vez realizada una tiroidectomía, la decisión de dejar un lecho operatorio con o sin drenaje continúa siendo un tema controvertido, teniendo gran influencia en ella la escuela quirúrgica a la cual se pertenece.

Para algunos cirujanos cerrar la cervicotomía sin dejar drenaje provoca inquietud e intranquilidad debido a que clásicamente la cirugía tiroidea se ha considerado de potencial riesgo vital, ante la posibilidad del desarrollo de un hematoma sofocante.

El uso rutinario de drenajes apuntaría fundamentalmente hacia la prevención del hematoma cervical postoperatorio al permitir evidenciar en forma precoz la existencia de una hemorragia, lo que junto con permitir a tiempo la evacuación de la sangre evitaría una reintervención y eventualmente la asfixia del paciente.

Quienes cuestionan el uso sistemático de drenajes en las tiroidectomías manifiestan que éstos no ofrecen beneficios o son innecesarios en la cirugía tiroidea corriente, puesto que no previenen, evitan ni diagnostican más oportunamente una hemorragia postoperatoria, que cuando se presenta un sangrado significativo el drenaje es obstruido por los coágulos y por último que los tubos provocan molestias y prolongan el tiempo de hospitalización. Alrededor del 80% de todas las cirugías tiroideas que se practican en la actualidad no requerirían dre-

naje¹³ y éste sólo estaría justificado en aquellos casos en que existan condiciones que representen un riesgo significativo de desarrollar un hematoma, particularmente tiroidectomías por bocios voluminosos que dejan espacios muertos amplios, bocios con proyección intratorácica y disección nodal extensa.

En lo que sí existe consenso es que la prevención del sangrado debe iniciarse en el preoperatorio realizando una buena anamnesis que indague por trastornos de coagulación, hipertensión arterial, ingesta de fármacos tales como anticoagulantes y ácido acetilsalicílico. Durante el intraoperatorio se debe realizar una rigurosa hemostasia de vasos pequeños y al final de la tiroidectomía el anestesiólogo debe simular una maniobra de Valsalva elevando la presión intrapulmonar a 40 cm de H₂O para evidenciar y así poder corregir un eventual sangrado mientras permanece expuesto el campo operatorio¹⁴.

La evolución de nuestros pacientes sin drenaje mostró un número de complicaciones habituales en la cirugía tiroidea.

El caso N° 34 de la serie, un hombre que fue sometido a una tiroidectomía total por cáncer papilar de tiroides con técnica estándar desarrolló un hematoma importante que se evidenció a los 35 minutos de finalizada la cirugía, presentando apremio respiratorio moderado. Se reintervino y se vació un hematoma significativo. La extubación traqueal fue seguida por un despertar brusco con agitación psicomotora. El paciente evolucionó satisfactoriamente y no presentó otras complicaciones.

La incidencia de hematomas cervicales posttiroidectomía varía entre 0,3 a 3% y los más importantes se manifiestan ya sea inmediatamente después de la extubación o en las primeras horas del período postoperatorio pudiendo ocurrir una formación tardía, incluso dentro de los 2 a 3 días después de la cirugía, sin embargo, usualmente no tienen significado clínico¹⁵. Schwartz y cols¹⁶, señalan que un factor potencial que contribuye al retardo en el diagnóstico de los hematomas del cuello es el cierre de los músculos pretiroideos. Dejar sin sutura o sólo afrontar las porciones superiores de estos músculos, favorece que cualquier sangrado escape fácilmente de los lechos tiroideos, permitiendo evidenciar más precozmente un hematoma y evitar así los síntomas compresivos.

El manejo anestésico en una tiroidectomía es primordial para evitar sangrados. Durante la operación se precisa mantener la presión arterial estable y una vez finalizada la operación evitar esfuerzos durante la extubación, aparición de tos y/o vómitos, además de dolor, eventos que pueden dar origen a hemorragia en el postoperatorio inmediato debido a que ceda alguna ligadura vascular o que

sangre algún vaso inadvertidamente no cauterizado o sellado durante la intervención.

En el control postoperatorio de los pacientes sin drenajes, 7 (10,2%) presentaron seromas cervicales, 6 de ellos manejados sin dificultad con una punción evacuadora. En una revisión de nuestra casuística histórica de casos comparables en que se utilizó drenaje en forma rutinaria, el 9,8% de los casos evolucionó con seromas que al cotejarlos con nuestra serie sin drenaje se evidenciaron durante el postoperatorio más tardío.

La estadía hospitalaria de los enfermos fluctuó entre 1 y 4 días, destacando que en 21 (30,8%) pacientes la hospitalización fue de 1 día. Es interesante destacar que la mayoría de los pacientes que permanecieron 3 o más días, su alta pudo haber sido al segundo día, no obstante, su estadía hospitalaria se prolongó por solicitud del paciente, ruralidad, actividad laboral, y/o condiciones familiares.

A la luz de nuestros resultados preliminares, de varios estudios clínicos y metaanálisis^{13,17,18} que respaldan que la presencia de un tubo de drenaje no tiene efecto sobre la incidencia de formación de hematomas, estimamos que no existen suficientes motivos para dejar un drenaje en forma sistemática en la cirugía tiroidea habitual por lo que consideramos razonable incorporar esta práctica en nuestro medio. Omitir el drenaje del lecho tiroideo no conlleva mayores complicaciones, certidumbre que sólo se adquiere tras evaluar los propios pacientes. Con los años de experiencia se logran calmar los miedos, es así como la mayoría de los autores señala que esta conducta debiera implementarse a través de un cambio gradual en pro de optimizar el rendimiento de la cirugía tiroidea.

Por último, la expresión “*El drenaje me deja más tranquilo*” es común entre un número importante de cirujanos, sin embargo, la mejor forma de evitar hematomas, es seguir la recomendación que Halstead expresó en el año 1913: prestar atención a la hemostasia con cuidado escrupuloso y cerrar las heridas sin drenaje⁵.

Conclusiones

Del análisis de nuestro estudio podemos concluir que es posible implementar en nuestro medio el uso de drenaje selectivo de los lechos operatorios de las tiroidectomías. Acorde a la patología tiroidea quirúrgica que manejamos y aplicando nuestros criterios de selección la mayoría de los pacientes no amerita el uso de tubos de drenaje. Prescindir de estos dispositivos no se acompaña de un mayor número de complicaciones y posibilita una estadía hospitalaria breve.

Referencias

1. Khanna J, Mohil RS, Bhatnagar D, Mittal MK, Sahoo M, Mehrotra M. Is the routine drainage after surgery for thyroid necessary? A prospective randomized clinical study [ISRCTN63623153]. *BMC* 2005; 5: 11.
2. Ozlem N, Ozdogan M, Gurer A, Gomceli I, Aydin R. Should the thyroid bed be drained after thyroidectomy? *Langenbecks Arch Surg* 2006; 391: 228-230.
3. Suslu N, Vural S, Oncel M, Demirci B, Gezen FC, Tuzun B, et al. Is the insertion of drains after uncomplicated thyroid surgery always necessary? *Surg Today* 2006; 36: 215-218.
4. Sánchez-Blanco JM. Uso de drenajes en cirugía tiroidea y paratiroidea. *Cir Esp* 2004; 75: 319-325.
5. Kennedy SA, Irvine RA, Westerberg BD, Zhang H. Meta-analysis: prophylactic drainage and bleeding complications in thyroid surgery. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2008; 37: 768-773.
6. Rosenbaum MA, Haridas M, McHenry CR. Life-threatening neck hematoma complicating thyroid and parathyroid surgery. *Am J Surg* 2008; 195: 339-343.
7. Colak T, Akca T, Turkmenoglu O, Canbaz H, Ustunsoy B, Kanik A, et al. Drainage after total thyroidectomy or lobectomy for benign thyroidal disorders. *J Zhejiang Univ Sci B* 2008; 9: 319-323.
8. Tabaqchali MA, Hanson JM, Proud G. Drains for thyroidectomy/parathyroidectomy: fact or fiction? *Ann R Coll Surg Engl* 1999; 81: 302-305.
9. Shaha AR. Revision thyroid surgery. Technical considerations. *Otolaryngol Clin North Am* 2008; 41: 1169-1183.
10. Ozlem N, Ozdogan M, Gurer A, Gomceli I, Aydin R. Should the thyroid bed be drained after thyroidectomy? *Langenbecks Arch Surg* 2006; 391: 228-230.
11. Sanabria A, Carvalho AL, Silver CE, Rinaldo A, Shaha AR, Kowalski LP, et al. Routine drainage after thyroid surgery a meta-analysis. *J Surg Oncol* 2007; 96: 273-280.
12. Pérez J A, Venturelli F. Complicaciones de la cirugía tiroidea. *Cuad Cir (Valdivia)* 2007; 21: 84-91.
13. Becker AM, Gourin CG. New technologies in thyroid surgery. *Surg Oncol Clin N Am* 2008; 17: 233-248.
14. Schwartz AE, Clark OH, Ituarte P, Lo Gerfo P. Therapeutic controversy: thyroid surgery the choice. *J Clin Endocrinol Metab* 1998; 83: 1097-1105.
15. Kennedy SA, Irvine RA, Westerberg BD, Zhang H. Meta-analysis: Prophylactic drainage and bleeding complications in thyroid surgery. *J Otolaryngol Head Neck Surg* 2008; 37: 768-773.
16. Samraj K, Gurusamy KS. Wound drains following thyroid surgery. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2007, Issue 4. Art. No.: CD006099. DOI: 10.1002/14651858. CD006099. Pub 2.