

TREINTA Y NUEVE TIROIDECTOMIAS*DR. GUSTAVO BAZ.*

Es ampliamente conocida por quienes se dedican a la cirugía del cuello o a la endocrinología, la discusión entre los que piensan que el bocio basedowiano y el adenoma tóxico son variaciones de la misma degeneración glandular y los que piensan que se trata de padecimientos distintos. Yo pienso como los primeros, los dos síntomas fundamentales: elevación del metabolismo y taquicardia, son constantes en todos los casos, y es el predominio del simpático, del vago o las alteraciones funcionales de otras glándulas endócrinas lo que viene a dar un aspecto especial al cuadro clínico; en apoyo de esta manera de pensar, presento el estudio de conjunto de mis enfermos que pueden agruparse como sigue: Nueve casos de bocio exoftálmico basedow, trece casos de adenoma tóxico total, cinco casos de adenoma tóxico nodular implantado sobre uno de los lóbulos del tiroides, ocho casos de adenoma tóxico de todo un lóbulo del tiroides, cinco casos de quistes del tiroides, un caso de tumor mixto de la tiroides de origen embrionario.

De los 39 casos, uno ha sido en un niño de 9 años, otro una niña de 14; el resto de los casos ha sido en personas cuya edad ha variado de los 22 a los 40 años. Llama la atención que de estos 39 casos sólo 5 son hombres y 34 mujeres; en todos ellos ha habido fenómenos hipertóxicos, pero el cuadro clínico que presentaban ha sido extraordinariamente variable. En todos los casos de adenoma ha habido de común la elevación del metabolismo; este dato clínico que es desde luego el de mayor importancia en el estudio y preparación para operar los hipertiroideos, es uno de los síntomas cuyo estudio es más interesante: puede notarse que no está en relación con el volumen del bocio y sufre variaciones que en unos enfermos se mantiene arriba del 20%, encontrándose otros en los cuales el descenso del metabolismo ha llegado, en determinadas remisiones hasta menos 4. Estos últimos enfermos son para mí los que presentan perturbaciones funcionales más graves puesto que al aparecer la crisis de hipertiroidismo el enfermo se funde materialmente, el enflaquecimiento es rápido, la taquicardia exagerada y en general todos los síntomas de la intoxicación evolucionan como un verdadero período agudo; cada crisis es más grave y si es verdad que en las primeras obedece fácilmente al tratamiento, con el tiempo se vuelven más rebeldes.

Algunos de mis enfermos fue preciso operarlos con un metabolismo alto porque el tratamiento médico, el reposo y el tratamiento psico-

terápico no lograron abatir satisfactoriamente las cifras del metabolismo; una de estas enfermas se encontraba en período de menopausia, quizá esta época de la vida con todos sus trastornos haya influido en la dificultad seria que tuvimos en el descenso del metabolismo; de mis otros enfermos, los más jóvenes presentaron una gran facilidad de descenso del metabolismo con el tratamiento médico.

La taquicardia, otro de los síntomas constantes, sufre variaciones que están en general en relación con el metabolismo, sin embargo, cuando el miocardio ha sido intoxicado más o menos profundamente por el tiroides, a pesar del descenso del metabolismo persiste el pulso frecuente: una de mis enfermas, operada con el doctor Teófilo Ortiz Ramírez en el Hospital Francés, presentaba una taquicardia de 110 a 120 pulsaciones por minuto, con un metabolismo de más 4, veinte días después de efectuada la tiroidectomía. Esta señorita quedó con una ligera perturbación funcional del corazón que vino a desaparecer como cuatro o cinco meses después de operada.

El volumen de la tiroides es muy variable, de mis enfermos en 20 de ellos había aumentado, en 2 podía considerarse como de volumen menor que el normal.

El exoftalmos es un síntoma que sólo se presentó en 9 de mis enfermos. Solamente en dos el exoftalmos era exagerado, uno de ellos con un tiroides voluminoso y en el otro al contrario la tiroides tenía un volumen menor que el normal. Enferma operada con el doctor Gurría Urgel, en el Sanatorio Valdés.

En todos los enfermos había temblor que podía demostrarse, cuando no era fácilmente perceptible, haciendo que los enfermos hicieran ligero ejercicio o cuando tenían una emoción; el temblor como el exoftalmos, no lo encontré en ninguno de mis enfermos en relación con el volumen del cuerpo tiroides, pero sí me pareció que tienen los dos cierta relación con la consistencia de esta glándula; mientras más duro era el tiroides más temblor, más exoftalmos se presentaba. No todos mis enfermos llegaron a la operación enflaquecidos, algunos de ellos, en los cuales había remisiones marcadas del metabolismo lograban recuperar su peso y fueron operados en buenas condiciones físicas, pero en la historia de todos había adelgazamiento, en unos progresivo y sin detenerse y en otros con las remisiones de que ya he hecho mención.

Llaman la atención, cuando se estudia un grupo de hipertiroideos, las variaciones marcadas que presentan en el psiquismo; unos se presentan con sus resoluciones tomadas, firmes en su voluntad, tratando

de que todo se desarrolle lo más pronto posible, casi urgiendo al cirujano; otros por el contrario, y son los más, se presentan con temor, mostrando casi pánico cuando ellos mismos proponen el tratamiento quirúrgico. En todos se pueden notar variaciones considerables de la afectividad. Deseo constante de variar de posición. En su conversación es frecuente que pasen de un asunto a otro y en todos se marca gran emotividad, se ríen o lloran por cualquier cosa.

En las mujeres la repercusión en la función genital varía con la época en que el desarrollo del bocio las sorprende: en la enferma de 14 años que operé, el período menstrual no se ha presentado, en la enferma que se encuentra en pleno período de menopausia el período persiste exacto en la fecha pero variando en cantidad. En las otras enfermas, los fenómenos producidos por el bocio se han exagerado con cada uno de los embarazos y en cuanto a la función menstrual, ha sido variable, unas veces aumentando y otras disminuyendo en cantidad considerablemente y sólo en una hubo perturbaciones del ritmo, es decir, en lugar de tener el período cada 28 días, la menstruación venía cada 40 días.

En las facies de mis enfermos no siempre era posible encontrar signos diagnósticos, el signo más frecuente fue el aumento de abertura palpebral, el temblor de los párpados cuando el enfermo trata de mantener los ojos cerrados; en todos los que tenían exoftalmos los ojos quedaban abiertos durante el sueño. En dos de mis enfermos, tenía uno la impresión al verlos de que hubiera un ligero estrabismo divergente, en todos los enfermos que presentaban exoftalmos el párpado superior dejaba una porción de la esclerótica visible entre el párpado y el iris. De los 39 enfermos que he observado, en 8 había ligeras elevaciones térmicas nunca superiores a $37\frac{1}{2}$.

En todos mis enfermos en los cuales el metabolismo subía alcanzando las altas cifras, se quejaban de perturbaciones digestivas, caracterizadas principalmente por falta de apetito y períodos de diarrea.

Uno solo presentó ronquera con accesos de tos a tal grado marcados que sus primeras consultas las hizo a un especialista en enfermedades de la laringe; con excepción de 5 enfermos, todas las demás, siendo mujeres presentaban un desarrollo escaso de las glándulas mamarias.

De la descripción en resumen de los casos clínicos que constituyen el objeto de este trabajo, no espero sacar ninguna conclusión original, todos los desórdenes que acabo de describir han sido ya descritos y

vienen a demostrar que los fenómenos de hipertiroidismo pueden despertar en los diferentes enfermos síndromes que están indudablemente en relación con las perturbaciones funcionales que provocan en los otros órganos o en los otros aparatos y es de pensarse que es natural que si el enfermo padece de otro órgano o de otro aparato, este mismo padecimiento venga a marcar las diferencias que se notan en los enfermos.

En la enferma que operé en franco período de menopausia, sólo se logró el abatimiento del metabolismo haciéndose un tratamiento preoperatorio a base de yodo, antitiroidina de Mehebius y de extracto de cuerpo amarillo del ovario; ésta fue la enferma operada con el doctor Arreguín en el Hospital Francés.

En una enferma operada con el doctor Pous Cházaro en el Sanatorio Valdés, además de los signos del hipertiroidismo presentaba un síndrome gastro-intestinal que se ha modificado considerablemente después de la tiroidectomía.

Dos hermanas operadas en el Hospital Juárez con el doctor Martín Rodríguez, presentaban un cuadro totalmente distinto: en una de ellas, la que reclamaba la operación inmediata, había sensación de fatiga intensa, sin exoftalmos, con taquicardia de 140 por minuto, perturbaciones francas de la menstruación (Oligomenorrea); la hermana que había ido sólo como acompañante presentaba gran exoftalmos, grandes temblores, pidió que no se le operara, su pulso apenas si llegaba a 110 o 120.

Los recursos principales para el descenso del metabolismo en el período preoperatorio, han sido el reposo físico y psíquico, una alimentación en la cual se prescribió abundante cantidad de agua y de hidrocarbonados, prohibiendo totalmente los excitantes y la alimentación difícil de digerir. Los sedantes del sistema nervioso del tipo bromuro y valeriana han sido para mis enfermos extraordinariamente útiles.

Como medicamentos que pudieran calificarse de específicos, he utilizado el yodo que puede darse por vía bucal, por vía rectal o en inyecciones subcutáneas e intravenosas; la foliculina, el cuerpo amarillo del ovario, los derivados de la digital, etc. Un detalle importante y que me ha dado siempre buen resultado, es el evitar que el enfermo sepa el día en que se le va a operar, procuro que una hora antes de la operación se les inyecte una dosis alta de morfina—dos centigramos—y sólo se dan cuenta de que se van a operar cuando ya están bajo la

acción sedante de la morfina. Para operar he utilizado casi siempre la anestesia regional hecha con solución de novocaína al $\frac{1}{2}$ y al 1%. Hago la infiltración del plexo cervical y una ligera infiltración del labio inferior de la herida y por último infiltro profundamente debajo de los lóbulos de la tiroides. En algunos enfermos en quienes se marcaba el terror por la operación, he logrado operar tranquilamente haciéndoles perder la conciencia con inhalaciones de protóxido de azoe. El manejo cuidadoso del recurrente exige que el enfermo no esté profundamente dormido.

En todos mis operados sigo la técnica norteamericana que consiste en luxar el lóbulo tiroideo por medio de un gancho separador que tiene tres o cuatro puntas que se clavan directamente en el parenquima de la glándula. Luxado el lóbulo tiroideo y visibles las arterias que penetran en el lóbulo y que son ramas de las tiroideas, coloco pinzas en todas esas ramas en el momento de penetrar en el lóbulo, después con el bisturí secciono la glándula para poner nuevamente una serie de pinzas en los vasos que sangran y continúo en esa misma forma dejando una delgada tela de parenquima tiroideo con las glándulas paratiroides.

Desprendido en esta forma uno de los lóbulos, secciono el istmo dejando allí una pinza a permanencia mientras hago la misma maniobra con el otro lóbulo tiroideo. La hemostasis, debe ser muy cuidadosa. Cierro los músculos en la línea media dejando un pequeño orificio a través del cual paso un delgado tubo de goma que servirá para canalizar las pequeñas cantidades de sangre y los productos de la destrucción de los muñones glandulares ligados; esta canalización que en las primeras 72 horas casi no da ningún líquido, canaliza abundantemente después del cuarto o quinto día los productos de fusión de los pequeños coágulos sanguíneos y de las ligaduras.

En el período post-operatorio de mis enfermos operados de bocio, he observado con cierta frecuencia edema en los miembros inferiores, edema que ha desaparecido muy lentamente y que en unos, seis meses después de operados persistía ligeramente al nivel de los maleolos.

El exoftalmos se reducía en buena proporción, pero la abertura parpebral de los enfermos que lo presentaban, persistía aumentando en sus dimensiones, de allí que en estos enfermos a pesar del retroceso y desaparición de casi todo el cuadro clínico, persistía la facies de basedowianos.

Sólo dos enfermos han quedado con franco hipotiroidismo, te-

niendo tendencia a la obesidad, a la lentitud psíquica, tendencia al sueño, etc.

De todos los enfermos operados, perdí a dos por verdaderos accidentes: el primero, por no haber podido ocuparme del período post-operatorio y que murió al noveno día de operado, de bronconeumonía; el segundo, en la primera noche de la operación presentó una crisis de fibrilación auricular que quiso ser tratada inoportunamente por una inyección de cafeína y según parece por una inyección de adrenalina. El enfermo murió pocos momentos después. Al terminar este artículo he operado 12 enfermos más; de todos ellos podría agregar de interesante para este trabajo, el que hemos estado buscando sistemáticamente la glicemia en el período pre-operatorio, precisamente en el momento de la operación y en los días que siguen a la operación. Esta investigación hecha para la tesis del doctor nos ha dado como importante, que todos los enfermos observados en este sentido, tienen hiperglicemia más o menos acentuada, que el choque psíquico del momento operatorio aumenta a veces hasta el doble la glicemia y que esta glicemia va volviendo lentamente a la normal en el período post-operatorio.

RESUME

Dr. Gustave Baz

Une analyse des symptômes présentés par les basedowiens, avant et après l'opération, une liste des recours médicaux, en tenant compte, du maniement des médicaments appelés spécifiques, l'état psychique des malades et les moyens pour obtenir la baisse du métabolisme basal, ainsi qu'une description précise de la technique opératoire usée par l'auteur, se trouveront dans cette étude du Docteur Baz, qui profite pour le mener à heureuse fin, son expérience de 39 thyroïdectomies.

Les lecteurs trouveront, également, quelques points dignes de retenir: de ses 39 cas, 34 appartiennent à des femmes, dans tous a existé phénomènes hypertoxiques, se détachant sur un cadre clinique extraordinairement variable, les relations de co-existence que ses observations ont suggéré à l'auteur entre le tremblement, l'exophtalmus et la dureté de la glande, l'anesthésie, entre autres sont des détails qui donnent à l'étude dont il est question le caractère d'une contribution importante aux faits que a trait avec les basedowiens.

SUMMARY

An analysis of the symptoms presented by the basedowian, before and after the operation, an enumeration of the medical recourses taking into account the handling of the remedies called specific, the psychical state of the patient and the means to secure the descent of the metabolism basal as well as a precise description of the operatory technique used by the author will be found in this work of Dr. Baz, who takes advantage of his practice of 39 thiroidictomias to happily bring it to an end.

The readers will also find points that deserve to be retained: of his 39 cases 34 belong to women; in every one of them hypertoxical phenomena have existed, being specially noted on a clinical table extraordinary variable the relations of co-existence that his observations suggest to the author between the trembling, the exophtalmus and the solidity of the gland, the anesthesia, among others are details that give to the referred to work the character of an important contribution to the facts connected with the basedowians.

йсѵ