

PROFILAXIS DE LA TETANIA POST-OPERATORIA

DOCTOR ANTONIO ORDÓÑEZ PLAJA (*)

(Colaborador permanente en Cirugía Tirodiana, de la Sociedad Colombiana de Endocrinología, Asistente de Cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional).

La llamada Tetania Post-operatoria, Hipoparatiroidismo Post-operatorio o Tetania Paratireopriva, constituye una de las más graves complicaciones que puede tener que afrontar un cirujano.

Las manifestaciones clínicas iniciales, de por sí dramáticas, pueden poner en peligro la vida del enfermo si no son tratadas oportunamente. Las consecuencias (3, 13) que pueden esperarse en los casos inadecuadamente tratados, son todas muy graves y van desde fracturas, catarata bilateral, deterioro mental y daño cerebral, hasta la muerte.

En el mejor de los casos el paciente, con posibilidad y constancia suficientes para tratarse y controlarse adecuadamente, será un esclavo de estos tratamientos y controles; su capacidad para cualquier actividad estará muy disminuída, y no podrá escapar a la angustia de vivir bajo la amenaza de que cualquier interrupción del tratamiento lo colocará inmediatamente en situación de peligro.

La extirpación de todo el tejido paratiroidiano producirá, obviamente, una tetania definitiva, pero ello es fácilmente previsible si se emplean las técnicas modernas (4, 6, 7, 14, 15), excepto en las reoperaciones, donde se requieren precauciones especiales que serán tratadas en próxima publicación.

Un aspecto quirúrgico interesante es el relacionado con la irrigación de las Paratiroides. Si bien todos los autores contemporáneos consultados (7, 8, 9, 10, 11, 12, 16, 18) están de acuerdo en

(*) Leído en la Sociedad el 27 de febrero de 1958.

ue ella se hace a expensas de la Tiroidiana inferior en un 95% de la comunicante posterior, muchos (7, 8, 9, 12) insisten en ue la ligadura de los troncos arteriales no tiene consecuencias, a que existen múltiples anastomosis con ramas de las arterias íngneas, faríngeas, etc., que garantizan una buena irrigación. uando más aceptan algunos como Maingot y Crile que la supresión de la irrigación puede ocasionar un estado de tetania transitoria (*). Llama la atención al revisar la bibliografía que todos aceptan explícita o tácitamente un trabajo de Curtis (8) efectuado en 1930, con un número de casos insuficientes para obtener conclusiones definitivas, ya que es presumible por lo menos que tales anastomosis no existan en la totalidad de los seres humanos. Paradójicamente podríamos decir que sería una excepción a anatomía vascular que no hubiera excepciones a la norma general.

Es llamativo también el hecho de que no existan investigaciones anatomopatológicas tendientes a averiguar si en los casos de tetania permanente se encuentran las cuatro glándulas paratiroides en la pieza quirúrgica, y que se haya aceptado, sin mayor evidencia, que pueden ligarse impunemente todos los pedículos arteriales durante una tiroidectomía.

Hace algún tiempo (14) esboqué la hipótesis de que la ligadura del tronco de las arterias tiroidianas inferiores podía tener eventualmente consecuencias tan graves como la extirpación quirúrgica de las paratiroides, basado principalmente en un caso personal en el cual un examen exhaustivo de la pieza quirúrgica no logró demostrar presencia de tejido paratiroidiano. Ese paciente había sufrido una tiroidectomía subtotal con ligadura de todos los pedículos arteriales.

A partir de esa fecha resolví no volver a ligar las arterias tiroidianas inferiores sin hacer ninguna otra modificación a la técnica de Lahey. Naturalmente esto hace que el tiempo correspondiente a la resección de los lóbulos sea más laborioso, ya que tiene que efectuarse la hemostasis ligando las ramas de la arteria respetar la rama que va a constituir la comunicante posterior; pero ello no es particularmente difícil si se ha disecado convenientemente el nervio recurrente y la zona de las paratiroides, lo que

(*) Respecto a tetania transitoria vale la pena recordar que tal término puede emplearse con propiedad si no se controla por largo tiempo a esos pacientes, ya que pueden ser igualmente casos de tetania latente en los cuales la ausencia de síntomas muy notorios no impide que puedan desarrollar en el tiempo las complicaciones ya mencionadas.

debe hacerse rutinariamente. Aunque la casuística es muy reducida (185 tiroidectomías subtotales hasta diciembre de 1957), los resultados son de interés ya que no se presentó un solo caso de tetania, ni siquiera transitoria, a pesar de haber practicado varias muy radicales, hasta el punto de que en 16 exámenes anatomopatológicos se encontraron una o dos paratiroides.

Mientras no se demuestre lo contrario, creo que el cirujano está en la obligación de no suprimir la fuente —eventualmente única— de irrigación de esas microscópicas pero indispensables glándulas de secreción interna, aunque ello implique una dificultad técnica más, ya que cualquier sacrificio tendiente a disminuir la incidencia (1, 2, 4, 5, 13, 19, 20) de esta enfermedad iatrogénica merece hacerse.

RESUMEN

Se analizan algunas publicaciones recientes sobre irrigación de las glándulas paratiroides y sus implicaciones quirúrgicas.

Se presentan algunas observaciones personales.

Se concluye que mientras no se demuestre que la supresión de toda la irrigación arterial del tiroides es siempre inocua, es preferible no ligar los troncos de las arterias tiroidianas inferiores en atención a que la gravedad de la tetania post-operatoria hace indispensable reducir su incidencia a una cifra lo más cercana posible al cero por ciento.

BIBLIOGRAFIA

1. BEAHR, OLIVER H. et al.—“Complication of Thyroid Surgery”. *The J. of Cl. Endoc. and Metab.* Vol. 16 N° 11 pp 1456-1469.
2. BELL and BARTELS.—“Postoperative Parathyroid Tetany”. *The Lahey Cl. Bull.* 7:105-100 (Ap. 1951).
3. BUCKWALTER, Joseph A.—“Postoperative Hypoparathyroidism”. *Surg. Gyn. and Obst.* Vol. 101 N° 6 pp 657-666 (Dec. 1955).
4. CATTELL, RICHARD B.—“Surgical Practice of the Lahey Clinic”. Saunders 1947 pp. 46.
5. CATTEL, RICHARD B.—“Postoperative Complications of Thyroid Surgery”. *Surg. Cl. of N. A.* 33:867-877. (June 1957).
6. COPE, OLIVER.—“The Surgery of the Thyroid”. Capítulo 19 del libro de J. H. Means: *Thyroid and its Diseases.* Lippincott 1948 pp 532:533.
7. CRILE Jr. GEORGE.—“Practical aspects of Thyroid Disease”. Saunders 1950 pp. 159-161.

8. CURTIS, G. M.—“The Blood Supply of the Human Parathyroid”. Surg. Gyn. and Obst. 51:805. 1930.
9. HOLLINSHEAD.—“Anatomy for Surgeons”. Hoeber-Harper 1954. pp 531-536.
10. JANELLI, DONALD E.—“The Parathyroid Glands with special emphasis on surgical aspects”. Surg. Gyn and Obst. Vol. 102 N° 2 pp 105-125.
11. JEANNENEY, J.—“Applications Chirurgicales de l'Anatomie Humaine Topographique”. G. Doin 1944 pp 64.
12. MAINGOT, RODNEY.—“Techniques in British Surgery”. Saunders 1950 pp 68.
13. MASON and ZINTEL.—“Preoperative and Postoperative Treatment”. Saunders 1947. pp 344-347.
14. ORDÓÑEZ-PLAJA, ANTONIO.—“Hipoparatiroidismo”. Conferencia dictada en el curso de Endocrinología. Nov. 1955.
15. SKIPP, WILLIAM.—“Thyroidectomy: Indications and Pitfalls”. J. Int. College of Surg. Vol. XX N° 5 pp 628-632.
16. TESTUT.—“Anatomie Humaine”. 4 ed. Tercer tomo. Libro X. Página 1040-1041.
17. THOREK, MAX.—“Surgical Errors and Safeguards”. Lippincott 1945. pp 253 y 261.
18. THOREK, PHILLIP.—“Anatomy for Surgeons”. Lippincott. 1951 pp 219
19. UCROS CUELLAR, ANTONIO.—“Complicaciones de la Tiroidectomía en nuestro medio”. Rev. Unida. Vol. III número 11. Páginas 893-895.
20. WARREN, KENETH.—“Complications of Thyroid Surgery”. Surg Cl. of N. A. June 1957. pp 608-610.