

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

DEPARTAMENTO DE CIRUGIA

Complicaciones Post-Tiroidectomía

Revisión de casos del 1er. Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital

General "San Juan de Dios", durante los últimos 5 años.

Trabajo de Tesis presentado por

ADOLFO MOLINA RODRIGUEZ

previo a optar al Título de

MEDICO Y CIRUJANO

ASESOR: Dr. CARLOS MONZON LOPEZ

REVISOR: Dr. PABLO FUCHS.

Guatemala, C. A. — Junio de 1965.

I.—INTRODUCCION, ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:

La presente tesis intitulada Complicaciones Post-Tiroi-
dectomía, no trata de explicar algo nuevo en relación al te-
ma, la literatura médica es prolija en el mismo, y en las
páginas siguientes solamente se hará una relación sucinta
de ellas, para que puedan servirnos de guía. Es en el sub-
título: Revisión de casos del 1er. Servicio de Cirugía de Mu-
jeres del Hospital General "San Juan de Dios", durante los
últimos 5 años, en donde encontramos la explicación de
nuestro trabajo, el cual, como es obvio indicar, está basado
en la experiencia del cuerpo de cirujanos de dicho Servicio.

En la búsqueda de antecedentes bibliográficos naciona-
les sobre las complicaciones de la cirugía tiroidea, solamen-
te pude encontrar una ligera referencia en la Tesis de Gra-
duación del Dr. Carlos A. Chang F.,⁴ teniendo mi trabajo
que desarrollarse siguiendo la orientación de las publicacio-
nes que clínicas y hospitales extranjeros nos envían periódica-
mente; y el objetivo perseguido al seleccionar el tema,
fue el de analizar lo hecho por nosotros en comparación con
experiencias de otros países, evaluando y divulgando sus
resultados, para que nos sirvan de referencia en el futuro.

No quiero terminar estas líneas sin hacer constar que,
este trabajo ha sido posible gracias a la cooperación del per-
sonal médico y paramédico del 1er. Servicio de Cirugía de
Mujeres del Hospital General, y en especial del maestro
Dr. Pablo Fuchs, Director del Servicio, y del Dr. Carlos Mon-
zón López, Director de Clínica del mismo, quienes me ayu-
daron además a escoger el tema, y han aceptado la labor de
revisión y asesoramiento, respectivamente, comprometien-
do aún más con ello mi gratitud.

II.—COMPLICACIONES DERIVADAS DE LA CIRUGIA TIROIDEA

Desde hace cerca de mil años, en que se señala la primera extirpación quirúrgica del bocio, hecha en Bagdad por el médico de la escuela árabe Abdul Casem Khalaj Ebe Abbas, más conocido como Albucasis, son muchísimas las experiencias que se han acumulado en todos los órdenes de las ciencias y artes médicas, para hacer de la tiroidectomía una intervención segura. Exámenes clínicos y de laboratorio, consultas con especialistas en casos determinados, tratamiento adecuado de las enfermedades intercurrentes, unificación de técnicas y procedimientos, en fin, trabajo en equipo, son las directrices que nos marca la cirugía moderna, para resolver los problemas que entraña el tratamiento quirúrgico de las enfermedades tiroideas.

COMPLICACIONES:

Algunos autores las clasifican en mayores y menores según el grado del daño recibido por el paciente. Otros, de acuerdo con la época en que se presentan, en complicaciones que ocurren durante el acto quirúrgico, complicaciones que ocurren en el post-operatorio inmediato, y complicaciones tardías. También se les ha clasificado en complicaciones comunes a todo acto operatorio, y en complicaciones propias de la cirugía del tiroides. Aunque en alguna forma dicha manera de exponer trata de llenar un fin didáctico nosotros consideramos que son un tanto artificiales, y que las complicaciones por el tratamiento quirúrgico de las enfermedades tiroideas, pueden presentarse desde el momento en que el cirujano se hace cargo del caso, hasta muchos meses después de efectuada la operación, en cualquier grado de intensidad, y de diversa naturaleza; es por ello, que prescindiendo de cualquier clase de división a continuación haremos una relación de las más frecuentes e importantes que señala la bibliografía consultada.

a) Hemorragia:

Esta complicación casi siempre es debida a fallas en la ejecución de la hemostasia operatoria. Por eso el cirujano debe tener especial cuidado en la misma y verificar antes

del cierre de la herida que el campo sea absolutamente limpio. Los resultados inmediatos de esta complicación son la formación de un hematoma, que puede incluso, llegar a provocar la muerte por asfixia. El aparecimiento de los síntomas de compresión del cuello, tempranos o tardíos, depende del origen arterial o venoso de la hemorragia, así como del calibre del vaso o vasos sangrantes. Su tratamiento puede ir, según los casos, desde la simple aspiración y drenaje, hasta la reabertura de la herida operatoria para evacuar los coágulos y efectuar la ligadura, obligando al uso de las transfusiones sanguíneas y de las drogas hemostáticas.

A la par de las hemorragias ya descritas cuya existencia se manifiesta después del cierre de la herida operatoria, están las hemorragias profusas que ocurren durante el acto operatorio, y que son debidas a la lesión accidental de vasos importantes de la región. Entre ellas las que destacan por su gravedad son las de la carótida primitiva y las de la yugular interna. Su tratamiento debe hacerse por anastomosis término-terminal, y en el caso de la carótida si esto no es posible, puede ensayarse la colocación de una prótesis, pues su ligadura puede acarrear la muerte en la mitad de los casos, y ser el origen de secuelas neurológicas graves en la cuarta parte de ellos.

b) Lesión de los nervios laríngeos:

Las lesiones de los nervios laríngeo superior y laríngeo externo, rama del anterior, son excepcionales, y pueden ocurrir cuando en la tiroidectomía se trata de exteriorizar el polo superior y se encuentran prolongaciones altas y adherentes. Sus lesiones se acompañan de anestesia laríngea, y además, por inervar el laríngeo superior los músculos inter-aritenoides, podría provocarse la parálisis de la cuerda vocal homóloga, y por inervar el laríngeo externo el músculo cricotiroides, tensor de las cuerdas vocales, trastornos de la fonación.

Las lesiones del nervio laríngeo recurrente son las más comunes, y gracias a los adelantos de la técnica quirúrgica de la región su incidencia ha disminuido considerablemente. En las estadísticas de Billroth se encuentra más del 32% de lesiones de este nervio. En la actualidad éstas oscilan entre el 1 y 5 %, para los traumatismos directos e indirectos y aún menos del 1 % en series de varios cientos de operados según otros autores. Lahey atribuye las lesiones

del recurrente a la falta de exposición adecuada del mismo en el acto operatorio. Las lesiones recurrenciales se traducen por parálisis de las cuerdas vocales; dichas parálisis pueden ser uni o bilaterales, parciales o totales, y temporales o permanentes, dependiendo de que uno o ambos nervios sean los afectados y del grado de la lesión inferida. Las parálisis bilaterales revisten mayor gravedad, comprometen la vida del paciente y requieren la traqueostomía permanente con todas sus complicaciones mientras pueda intentarse alguna clase de cirugía para permeabilizar las vías aéreas y restaurar la fonación.

c) Crisis tirotóxica:

Esta complicación se presenta principalmente en los bocios difusos tóxicos, pero también puede ocurrir en los bocios nodulares tóxicos, y hay reportes de casos que se han registrado en bocios no tóxicos. Sus características generales se traducen por ansiedad, elevación térmica moderada y taquicardia también moderada, que duran de 24 a 48 horas del post-operatorio y que ceden sin ningún tratamiento, pero a la par de esta sintomatología leve, pueden también presentarse formas severas, en las cuales la sintomatología se multiplica, dando lugar al apareamiento de disnea, palidez, sudoración abundante, diarrea incontrolable, presión arterial, con tendencia a la divergencia, y agitación física y psíquica. En los casos que no responden al tratamiento, la muerte sobreviene dentro de las 48 horas y se anuncia por elevación térmica inusitada, taquicardia extrema, arritmia y desfallecimiento cardíaco.

El origen de estas crisis no ha podido ser explicado satisfactoriamente. Para unos es la hiperfunción del remanente tiroideo la responsable, sin embargo, las crisis se han presentado en hipertiroideos sometidos a intervenciones extra-tiroideas, hecho éste que da origen a una nueva concepción puramente clínica: la vulnerabilidad del organismo hipertiroideo y sus formas especiales de reacción frente al trauma, sea éste físico o psíquico. Otros opinan que es la disminución súbita de la tiroxina la que genera la crisis. La hipo-tiroxinemia sería la consecuencia de la utilización masiva de la hormona, cualquiera que fuera el origen del trauma. Todavía encontramos otras teorías que tratan de explicarnos el problema: la absorción de productos tóxicos en la superficie de sección glandular, los efectos de la anes-

tesia, la hemorragia, el shock, la lesión de la célula hepática resultante del hipertiroidismo, la insuficiencia suprarrenal (hipocorticalismo); en fin, ningún órgano aisladamente es el responsable de la complicación, es un síndrome que depende de muchos factores y no una entidad específica. Afortunadamente las crisis hipertiroides se presentan en un número limitado de casos, y la mayoría responde al tratamiento indicado, consistente en soluciones glucosadas al 10 % I. V. gota a gota, O₂, sedación, drogas antitiroideas, yodo I. V., aspirina, bolsas de hielo, empaques helados o baños de inmersión en agua fría. Si la crisis se prolonga, debe darse alimentación por intubación naso-gástrica.

d) Tetania:

Esta complicación es el resultado de la lesión o extirpación de las glándulas paratiroides. También puede presentarse por supresión de sub-irrigación sanguínea. Con los conocimientos actuales sobre su situación anatómica, y el perfeccionamiento de la técnica operatoria de la región, su incidencia ha disminuido. No obstante ello, la complicación se presenta todavía en gran número de casos, siendo las estadísticas conocidas dispares, pues mientras unas indican menos del 1 % en sus casos (Andrade, Crotti y Sloan), otras señalan del 1.15 % al 14 % (Richtery), (Zimmerman), que son cifras bastante reveladoras.

El síntoma característico de la complicación es el aumento de la excitabilidad neuro-muscular, que se revela por adormecimiento y rigidez de la cara y otras regiones, espasmos carpo-pedales, signos de Chwostek y Trousseau positivos. El laboratorio nos da inversión de la relación calcio-fósforo séricos; el calcio baja y el fósforo se eleva. Cuando las cifras de estos dos componentes llegan a niveles críticos: Calcio 7 mgr. % o menos y Fósforo 6 mgr. % o más, aparece la crisis hipo-paratiroidea que puede llegar al espasmo laríngeo y provocar la muerte por asfixia. Los caracteres de la complicación varían según el grado de la lesión, desde las formas atenuadas que se compensan sin tratamiento, hasta las formas graves, que aún con tratamiento evolucionan a la muerte. El tratamiento orientado a combatir la hipocalcemia, consiste en la administración de calcio I. V. al principio y luego P. O., complementado con una dieta rica en calcio y vitamina D, y pobre en fósforo. En los casos graves hay que recurrir a la medicación

sustitutiva con Parathormona, o mejor al Dihidrotaquistrol en solución oleosa P. O. La cirugía también ha estado interesada en la resolución del problema, y sus esfuerzos se han inclinado hacia la viabilidad de los injertos glandulares. A este respecto, se han obtenido algunos éxitos en el trasplante de paratiróides en el muñón operatorio o en la vaina del músculo esternocleidomastoideo, cuando en el propio acto quirúrgico se ha evidenciado la extirpación paratiróidea por examen de la pieza operatoria, y últimamente se están ensayando los injertos homólogos y heterólogos. Los resultados de este tratamiento todavía no son concluyentes.

e) De las vías aéreas:

Son comunes la traqueítis, laringítis y bronquítis, las que se combaten eficazmente con codeína, inhalaciones de vapor de agua con tintura de benjuí, etc.

La atelectasia y la bronconeumonía, son menos frecuentes, y su aparición está condicionada al aumento de las secreciones bronquiales, que en estos pacientes siempre existe, por lo que debe luchar por su eliminación utilizando las posiciones fluidificantes y el drenaje postural.

El colapso traqueal es otra de las complicaciones que pueden presentarse, y es debido al debilitamiento que sufren las paredes de la tráquea después de la ablación del bocio, y ocurre con más frecuencia cuando éstos son voluminosos. La oclusión de la tráquea también puede ocurrir por compresión extrínseca, un hematoma o un taponamiento de gasa muy apretado son frecuentemente los causantes. En estos casos casi siempre debe echarse mano a la traqueostomía de urgencia y luego pensar en la eliminación de la causa. Otras complicaciones de las vías aéreas que se han descrito son: la embolia y el infarto pulmonar debidas a la trombosis venosa, y el neumotórax accidental por lesión de la cúpula pleural, en la remoción de bocios voluminosos intratorácicos.

f) Caquexia estrumipriva:

Es debida generalmente a la tiroidectomía total indicada en algunos casos de carcinoma del tiroides. Aquí la intervención quirúrgica se lleva a la eliminación de todo te-

jido tiroideo, por lo que en el tratamiento post-operatorio debe darse medicación sustitutiva (extractos secos tiroideos o prolloid), para evitar la aparición del mixedema.

Los síntomas transitorios de insuficiencia tiroidea que se presentan en la tiroidectomía subtotal, son debidos a la deficiente nutrición de los muñones tiroideos. Hacen su aparición 2 a 3 semanas después de la operación, y desaparecen generalmente al cabo de 6 meses. En estos casos no se aconseja la medicación tiroidea. Las formas de hipotiroidismo permanente en este género de operaciones son raras, y en estos casos sí se justifica la opoterapia.

g) Exoftalmo maligno:

Es complicación poco frecuente observada en los operados de bocio exoftálmico, y consiste en un incremento severo del grado de protusión exocular, y se acompaña de dolor, lagrimeo, fotofobia, dificultad de la acomodación, diplopia, congestión y edema conjuntival que pueden complicarse con infección. Su mecanismo de producción no está bien dilucidado. Mientras para unos es una forma clínica particular de exoftalmo, sin relación con la operación, para otros es la consecuencia de la supresión de la tiroxina frenadora de la hormona tirotrópica.

Se trata administrando hormonas tiroideas, diuréticos mercuriales, yodo, las drogas anti-tiroideas en los casos de persistencia de la tirotoxicosis, la irradiación del timo, y en los casos avanzados, en que se amenazan las funciones oculares, la tenorrafia parcial o total antes de que se presenten lesiones corneales, y la operación de Naffziger para el agrandamiento de la órbita.

h) Persistencia del hipertiroidismo:

Es debida a la insuficiente excisión tiroidea o a la presencia de tiroides aberrantes o accesorios hiper-funcionantes.

El tratamiento es su eliminación por una nueva intervención quirúrgica o bien con el empleo de yodo radiactivo.

i) Recurrencia del hipertiroidismo:

Puede presentarse como consecuencia de la hiperplasia de los muñones glandulares. En estos casos como en los anteriores, el tratamiento es el mismo.

III. — PREVENCIÓN DE LAS COMPLICACIONES

En forma particular ya ha sido expuesta en el capítulo anterior.

De una manera general se basa en:

a) *Diagnóstico preciso de la enfermedad tiroidea*: al que debe llegarse agotando todos los recursos incluyendo los exámenes de laboratorio especiales, y la consulta con endocrinólogos, otorrinolaringólogos, cancerólogos, internistas, etc.

b) *Preparación pre-operatoria*: Hospitalización, el tiempo que sea necesario, reposo, mejoramiento del estado general del paciente tanto física como psíquicamente, tratamiento de las enfermedades intercurrentes, evaluación pulmonar y cardiovascular, y administración de las drogas que sean necesarias para el caso.

c) *Operación*: En el momento oportuno, con cirujanos entrenados, trabajando en equipo y con técnicas unificadas.

d) *Post-operatorio*: Atendido por enfermeras especializadas en el manejo de esta clase de enfermos. Vigilancia estrecha de la vía aérea. Dieta conveniente, y si fuere necesario, administración de la misma por sonda nasogástrica. Medicación adecuada. Cuidado de la herida operatoria, etc.

IV. — ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES DE LAS TIROIDECTOMIAS PRACTICADAS EN EL 1er. SERVICIO DE CIRUGÍA DE MUJERES DEL HOSPITAL GENERAL

a) *Material y métodos; resultados*:

Se han analizado las papeletas de los pacientes operados del tiroides, durante los años de 1960, 1961, 1962, 1963, 1964 y los dos y medio primeros meses de 1965, las que hicieron un total de 160 casos.

A continuación damos una lista de las mismas, numeradas en orden correlativo según la fecha de efectuada la operación, indicando únicamente el número de la Observación clínica y del Registro hospitalario, para que puedan ser fácilmente localizadas en casos de consulta interesada.

Caso No. 1:	4306.	18-936-54.	Caso No. 2:	4382.	01-292-60.
Caso No. 3:	4386.	52-241-59.	Caso No. 4:	4407.	56-020-59.
Caso No. 5:	4419.	03-772-60.	Caso No. 6:	4398.	07-910-53.
Caso No. 7:	4416.	03-551-60.	Caso No. 8:	4406.	02-861-60.
Caso No. 9:	4425.	25-260-59.	Caso No. 10:	4396.	02-933-60.
Caso No. 11:	4515.	00-734-60.	Caso No. 12:	4574.	12-848-60.
Caso No. 13:	4579.	03-771-60.	Caso No. 14:	4596.	14-496-60.
Caso No. 15:	4509.	09-106-60.	Caso No. 16:	4597.	01-006-60.
Caso No. 17:	4624.	15-797-60.	Caso No. 18:	4627.	14-506-60.
Caso No. 19:	4628.	15-987-60.	Caso No. 20:	4637.	03-925-54.
Caso No. 21:	4667.	17-966-60.	Caso No. 22:	4708.	19-964-60.
Caso No. 23:	4434.	44-434-59.	Caso No. 24:	4612.	10-772-60.
Caso No. 25:	4616.	53-403-59.	Caso No. 26:	4678.	18-115-60.
Caso No. 27:	4602.	50-409-59.	Caso No. 28:	4674.	16-787-60.
Caso No. 29:	4668.	17-969-60.	Caso No. 30:	4699.	19-671-60.
Caso No. 31:	4759.	22-214-60.	Caso No. 32:	4712.	20-197-60.
Caso No. 33:	4713.	28-781-60.	Caso No. 34:	4714.	20-262-60.
Caso No. 35:	4735.	16-755-60.	Caso No. 36:	4806.	42-869-59.
Caso No. 37:	4176.	52-172-59.	Caso No. 38:	4808.	18-638-57.
Caso No. 39:	4765.	17-812-60.	Caso No. 40:	4813.	24-066-60.
Caso No. 41:	4822.	00-912-61.	Caso No. 42:	4755.	22-236-60.
Caso No. 43:	3502.	29-695-55.	Caso No. 44:	4841.	02-132-61.
Caso No. 45:	4850.	25-019-57.	Caso No. 46:	4877.	03-991-61.
Caso No. 47:	4552.	00-259-61.	Caso No. 48:	4993.	10-070-61.
Caso No. 49:	5013.	31-783-56.	Caso No. 50:	4995.	20-725-58.
Caso No. 51:	5022.	01-042-61.	Caso No. 52:	5034.	11-740-61.
Caso No. 53:	5046.	12-415-61.	Caso No. 54:	5062.	09-194-61.
Caso No. 55:	5064.	10-099-61.	Caso No. 56:	3989.	33-269-55.
Caso No. 57:	5040.	12-260-61.	Caso No. 58:	5023.	11-296-61.
Caso No. 59:	5107.	00-714-57.	Caso No. 60:	5143.	17-156-61.
Caso No. 61:	5158.	36-039-59.	Caso No. 62:	5141.	29-107-56.
Caso No. 63:	5136.	40-978-54.	Caso No. 64:	5059.	08-012-54.
Caso No. 65:	5173.	34-632-59.	Caso No. 66:	5212.	17-768-61.
Caso No. 67:	5250.	23-015-61.	Caso No. 68:	5282.	39-143-59.
Caso No. 69:	5246.	17-113-61.	Caso No. 70:	5280.	19-057-61.
Caso No. 71:	5297.	09-113-61.	Caso No. 72:	5306.	02-087-62.
Caso No. 73:	5313.	02-579-62.	Caso No. 74:	5260.	80-687-55.
Caso No. 75:	5315.	12-840-55.	Caso No. 76:	5797.	00-377-63.
Caso No. 77:	5333.	10-342-62.	Caso No. 78:	5526.	13-776-62.
Caso No. 79:	5555.	15-559-62.	Caso No. 80:	5614.	18-593-62.
Caso No. 81:	5610.	21-542-56.	Caso No. 82:	5622.	10-722-62.
Caso No. 83:	5457.	09-723-62.	Caso No. 84:	5631.	19-352-62.
Caso No. 85:	5672.	04-494-58.	Caso No. 86:	5627.	39-100-59.
Caso No. 87:	5695.	21-803-62.	Caso No. 88:	5708.	10-258-62.

Caso No. 89:	5719. 00-208-63.	Caso No. 90:	5672. 04-494-58.
Caso No. 91:	5674. 20-905-62.	Caso No. 92:	5765. 02-367-63.
Caso No. 93:	5799. 03-208-63.	Caso No. 94:	5776. 07-422-60.
Caso No. 95:	5797. 00-377-63.	Caso No. 96:	5835. 00-238-62.
Caso No. 97:	5861. 08-225-63.	Caso No. 98:	5850. 15-823-55.
Caso No. 99:	5824. 06-566-63.	Caso No. 100:	5929. 09-082-63.
Caso No. 101:	5939. 17-595-62.	Caso No. 102:	5648. 19-558-62.
Caso No. 103:	5894. 06-857-63.	Caso No. 104:	5918. 11-173-63.
Caso No. 105:	6036. 10-313-63.	Caso No. 106:	6094. 15-503-63.
Caso No. 107:	6046. 16-548-63.	Caso No. 108:	5902. 19-439-62.
Caso No. 109:	6043. 16-412-63.	Caso No. 110:	6114. 14-734-63.
Caso No. 111:	6115. 02-236-63.	Caso No. 112:	6124. 12-837-56.
Caso No. 113:	6168. 23-154-63.	Caso No. 114:	6154. 11-255-63.
Caso No. 115:	6176. 23-640-63.	Caso No. 116:	6095. 18-559-63.
Caso No. 117:	6196. 00-434-64.	Caso No. 118:	6201. 02-546-62.
Caso No. 119:	6178. 21-143-63.	Caso No. 120:	6177. 62-322-57.
Caso No. 121:	6228. 02-344-64.	Caso No. 122:	6224. 02-137-64.
Caso No. 123:	6231. 02-691-64.	Caso No. 124:	6248. 03-704-64.
Caso No. 125:	6278. 05-836-64.	Caso No. 126:	6300. 04-843-64.
Caso No. 127:	6312. 11-490-62.	Caso No. 128:	6286. 07-568-64.
Caso No. 129:	6251. 03-951-64.	Caso No. 130:	6311. 12-022-54.
Caso No. 131:	6375. 07-255-64.	Caso No. 132:	5429. 08-455-62.
Caso No. 133:	6310. 42-208-59.	Caso No. 134:	6396. 13-074-64.
Caso No. 135:	6350. 11-044-64.	Caso No. 136:	5947. 06-144-64.
Caso No. 137:	6400. 10-977-64.	Caso No. 138:	6320. 09-291-64.
Caso No. 139:	6420. 13-983-64.	Caso No. 140:	6431. 18-524-61.
Caso No. 141:	6886. 07-173-63.	Caso No. 142:	6445. 12-738-63.
Caso No. 143:	6450. 01-570-61.	Caso No. 144:	6472. 16-197-64.
Caso No. 145:	6469. 14-297-60.	Caso No. 146:	6473. 07-105-64.
Caso No. 147:	6519. 18-169-64.	Caso No. 148:	6547. 19-530-64.
Caso No. 149:	6495. 11-252-64.	Caso No. 150:	6569. 17-596-64.
Caso No. 151:	6282. 03-524-64.	Caso No. 152:	6541. 06-632-58.
Caso No. 153:	6568. 20-744-64.	Caso No. 154:	6576. 19-662-64.
Caso No. 155:	6526. 17-917-64.	Caso No. 156:	6648. 20-120-64.
Caso No. 157:	6671. 23-247-57.	Caso No. 158:	6551. 04-081-63.
Caso No. 159:	6628. 00-540-65.	Caso No. 160:	6687. 02-968-65.

Con fines puramente estadísticos presentamos un cuadro de diagnóstico clínico, el cual indica la incidencia de cada enfermedad por año, con totales parciales, generales y porcentajes respectivos. Y en igual forma un cuadro de diagnóstico patológico y otro cuadro más de tipos de operación.

Al examen del cuadro que sigue podemos notar, que se diagnosticaron 79 casos de Bocios no tóxicos, lo que da el 49.375 %; un total de 78 casos de Bocios tóxicos, el 48.750 %; y un total de 3 casos de Neoplasias malignas, 1.875 %.

CUADRO No. 1



CUADRO No. 1

Diagnóstico Clínico												1960 1961 1962 1963 1964 1965 Total — %	
Bocio difuso no tóxico ..	9	7	9	10	2	37	23.125						
Bocio nodular no tóxico ..	14	12	2	3	9	42	26.250						
Bocio difuso tóxico	14	4	9	7	11	49	30.625						
Bocio nodular tóxico	6	5	3	8	7	29	18.125						
Carcinoma papilar	—	—	1	1	—	21	1.250						
Carcinoma con metástasis cervicales y óseas	1	—	—	—	—	1	0.625						
TOTALES:	35	30	22	28	37	8	160	100.000					

CUADRO No. 2:

Diagnóstico Patológico:												1960 1961 1962 1963 1964 1965 Total — %	
Bocio adenomatoso simple ..	9	14	5	10	14	2	54	33.750					
Bocio nodular simple	3	7	1	1	4	2	18	11.250					
Bocio difuso tóxico	16	5	10	6	11	4	52	32.500					
Bocio nodular tóxico	3	1	3	8	6	—	21	13.125					
Bocio difuso tóxico y Enf. de Hashimoto	—	—	—	—	1	—	1	0.625					
Bocio nodular tóxico y Oncocitoma	—	1	—	—	—	—	1	0.625					
Bocio Aden. simple y adenocarcinoma papilar ..	—	—	1	—	—	—	1	0.625					
Adenocarcinoma papilar ..	1	—	—	1	—	—	3	1.875					
Adenocarcinoma desarrollando en Adenoma fetal ..	—	—	—	—	1	—	1	0.625					
Carcinoma foliular	1	—	—	1	—	—	2	1.250					

Adenoma tipo fetal no maligno	2	1	—	1	1	—	5	3.125
Bocio adenomatoso simple con degeneración carcinomatosa limitada y central	—	1	—	—	—	—	1	0.625
TOTALES:	35	30	22	28	37	8	160	100.000

En el cuadro anterior encontramos: 77 casos de Bocio no tóxico, que totalizan el 48.125 %; 75 casos de Bocio tóxico, el 45.625%; 8 casos de Neoplasias malignas, el 5%; 1 Caso de Ancocitoma, el 0.625 %; 1 caso de Enfermedad de Hashimoto, el 0.625 %.

CUADRO No. 3:

Tipo de Operación:	1960	1961	1962	1963	1964	1965	Total	— %
Tiroidectomía subtotal ...	29	24	16	24	24	5	122	76.250
Hemitiroidectomía	2	2	4	1	10	3	22	13.750
Excisión de adenoma tiroideo	3	1	1	3	2	—	10	6.250
Excisión del istmo tiroideo (Itsmeotomía)	—	3	—	—	—	—	3	1.875
Excisión del istmo tiroideo y tiroides retroesternal.	—	—	—	—	1	—	1	0.625
Tiroidectomía total y Traqueostomía	1	—	—	—	—	—	1	0.625
Excisión nódulos neoplásicos (1er. tiempo) y Hemitiroidectomía (2o. tiempo)	—	—	1	—	—	—	1	0.625
TOTALES:	35	30	22	28	37	8	160	100.000

El examen del cuadro anterior revela que la operación de elección en la inmensa mayoría de los casos es la Tiroidectomía subtotal (122 Casos: 76.250 %); que tiroidectomía total solamente se practicó en un caso, por recomendación del Endocrinólogo y Cancerólogo, ya que el diagnóstico indicaba Carcinoma del tiroides, tipo folicular (Caso No. 20); y que las operaciones parciales se reservan para casos especiales, que se seleccionan durante el tratamiento preoperatorio.

A continuación pasamos a analizar las complicaciones observadas, para lo cual se ha elaborado un cuadro detallando las mismas, y una lista-resumen que consigna los datos imprescindibles de cada caso en la forma siguiente: No. del caso; Edad de la paciente; Tipo de operación; y una ligera nota de tratamiento acompañando a la complicación. Dicha lista se agregará al final del presente capítulo.

CUADRO No. 4:

COMPLICACION:	Total:	Por Ciento:
Hematoma moderado -----	8	5.000
Tetania ligera -----	6	3.750
Tetania moderada -----	5	3.125
Edema de tráquea y laringe (Traqueostomía) -----	4	2.500
Parálisis recurrencial temporal -----	4	2.500
Dificultad respiratoria (Traqueostomía) -----	2	1.250
Paresia bilateral de cuerdas vocales -----	1	0.625
Seroma -----	1	0.625
Hematoma compresivo (Traqueostomía) -----	1	0.625
Sección de la Carótida -----	1	0.625
Sección de la Yugular interna -----	1	0.625
Sección ramos tiroideos arteriales -----	1	0.625
Hemorragia profusa en el acto operatorio -----	1	0.625
Tromboflebitis -----	1	0.625
Dehiscencia de herida operatoria -----	1	0.625
Hipertensión arterial -----	1	0.625
Atelectasia parcial, unilateral -----	1	0.625
Crisis tirotóxica (no respondió al tratamiento; murió a las 25 horas del post-operatorio) -----	1	0.625
TOTAL DE COMPLICACIONES: -	41	-----

El número de pacientes que presentaron complicaciones fue de 37, lo que corresponde al 23.125 % del total general. El número de complicaciones es mayor que el de

pacientes, porque algunos de ellos presentaron más de una complicación. Los por ciento están calculados sobre el número total de operaciones. Solamente ocurrió un caso fatal, lo que da el 0.625 % de mortalidad. En los 40 casos restantes la lesión fue temporal, no teniendo secuelas indeseables, y su tratamiento quirúrgico o médico tuvo una duración que osciló desde el mismo momento de la operación, hasta 5 meses después. El tiempo de hospitalización preoperatoria duró, según los casos, desde una semana hasta 6 meses, y el del postoperatorio fue para la gran mayoría de solamente 4 días.

b) Comentario:

Se han examinado detenidamente 160 papeletas de pacientes operados del tiroides en el 1er. Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General, y que constituyen la totalidad de operaciones de este tipo llevadas a cabo durante el tiempo comprendido entre el mes de Enero de 1960 y el 15 de Marzo del presente año. El examen se encaminó a la investigación de las complicaciones de esta clase de cirugía, para poder establecer si los esfuerzos realizados en la eliminación de las causas que las determinan, habían alcanzado su objetivo. Sobre este particular, es alentador constatar que se han logrado en un grado apreciable, ya que las estadísticas de las complicaciones graves, que dejan secuelas permanentes indeseables o conducen a la muerte, resisten la comparación con las mejores de otras Clínicas y Hospitales. El trabajo del 1er. Servicio de Cirugía de Mujeres del Hospital General, se ajusta a las normas establecidas en el programa de prevención de las complicaciones, y con el funcionamiento de la Clínica de Tiroides, en la cual son presentados los casos-problemas ante un equipo de especialistas, se están logrando una mayor perfección para beneficio de los enfermos.

RESUMEN DE LAS COMPLICACIONES OBSERVADAS:

CASO No. 5.—Edad: 34. Operación: Tiroidectomía subtotal. Diagnóstico patológico: Bocio nodular simple. Complicación: Tetania moderada. Curó en 4 semanas con tratamiento de calcio oral.

- CASO No. 15.—Edad: 53. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Tetania moderada y absceso y fístula de la herida operatoria. Curó en 4 semanas.
- CASO No. 19.—Edad: 20. Operación Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio adenomatoso simple. Complicación: Tetania ligera en el postoperatorio inmediato. No requirió tratamiento.
- CASO No. 23.—Edad: 49. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Tetania moderada. Curación en 5 meses con Calcio I. V. y P. O.
- CASO No. 37.—Edad: 57. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio adenomatoso simple. Complicación: Sección de la carótida primitiva izquierda y de la yugular interna izquierda; 20 días después se presentó hipertensión arterial. Sutura arterial término-terminal; ligadura de cabos venosos. Después de 4-1/2 meses de tratamiento en el servicio por hipertensión que no mostró mejoría, fue referida a consulta externa de medicina.
- CASO No. 41.—Edad: 37. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Tromboflebitis. La paciente se salió del Hospital. La complicación evolucionó satisfactoriamente sin tratamiento.
- CASO No. 42.—Edad: 76. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio nodular simple. Complicación: Edema de tráquea y laringe que produjo dificultad respiratoria. Traqueostomía de urgencia a las 11 horas del postoperatorio.
- CASO No. 43.—Edad: 41. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio adenomatoso simple. Complicación: Parálisis recurrencial izquierda. Consultado el especialista, no indicó tratamiento. El control a los 2 meses, evidenció cura.

- CASO No. 47.—Edad: 30. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio adenomatoso simple. Complicación: Tetania ligera. Curó en 4 días con calcio P. O.
- CASO No. 56.—Edad: 49. Operación: Excisión del istmo tiroideo. Diagnóstico patológico: Bocio adenomatoso simple. Complicación: parálisis recurrencial izquierda. La consulta con el especialista indicó re-educación vocal.
- CASO No. 59.—Edad: 29. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio nodular simple. Complicación: Hematoma compresivo con disnea estridor y ronquera. Tratamiento de aspiración y aplicación de lienzos húmedos tibios. La ronquera persistió 2-1/2 meses.
- CASO No. 64.—Edad 32. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio nodular tóxico. Complicación: Atelectasia parcial del pulmón izquierdo. Se indicó ejercicio respiratorio y curó.
- CASO No. 65.—Edad: 63. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Edema laríngeo, dificultad respiratoria y cianosis. Traqueostomía de urgencia a las 24 horas del postoperatorio.
- CASO No. 69.—Edad 37. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Tetania ligera post-operatoria. Curó sin tratamiento
- CASO No. 71.—Edad: 39. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Hematoma postoperatorio moderado. Curó con drenaje.
- CASO No. 74.—Edad 28. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio nodular tóxico. Complicación: Edema laríngeo, dificultad respiratoria y cianosis. Traqueostomía de urgencia a las 24 horas del postoperatorio.

- CASO No. 77.—Edad: 34. Operación: Tiroidectomía subtotal. Diagnóstico patológico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Tetania. Curó con tratamiento médico en 4 meses.
- CASO No. 83.—Edad: 28. Operación: Hemi-tiroidectomía izquierda. Diagnóstico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Crisis hipertiroidea. La paciente no respondió al tratamiento, falleciendo a las 25 horas del postoperatorio.
- CASO No. 88.—Edad: 33. Operación: Tiroidectomía subtotal. Diagnóstico patológico: Bocio nodular tóxico. Complicación: Hematoma moderado. Curó con dos punciones.
- CASO No. 91.—Edad: 17. Operación: Tiroidectomía subtotal. Diagnóstico patológico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Paresia bilateral de las cuerdas vocales. Curó sin tratamiento en 3 semanas.
- CASO No. 97.—Edad: 28. Operación: Tiroidectomía subtotal. Diagnóstico patológico: Bocio adenomatoso simple. Complicación: Hematoma. Curó con punción.
- CASO No. 98.—Edad: 41. Operación: Tiroidectomía subtotal. Diagnóstico patológico: Bocio adenomatoso simple. Complicación: Sección de una rama de la tiroidea superior derecha, sección de la tiroidea inferior derecha. Ligadura en el acto operatorio.
- CASO No. 99.—Edad: 14. Operación: Tiroidectomía subtotal. Diagnóstico patológico: Bocio nodular tóxico. Complicación: Tetania ligera. Curó sin tratamiento.
- CASO No. 104.—Edad: 28. Operación: Tiroidectomía subtotal. Diagnóstico patológico: Bocio adenomatoso simple. Complicación: Hemorragia profusa durante el acto operatorio. Controlada en el acto operatorio.
- CASO No. 105.—Edad: 51. Operación: Tiroidectomía subtotal. Diagnóstico patológico: Bocio nodular tóxico. Complicación: Hematoma postoperatorio. Curó con punción.

- CASO No. 107.—Edad: 54. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio adenomatoso simple. Complicación: Parálisis recurrencial izquierda y lesión en la vena yugular derecha. La parálisis curó sin tratamiento. La lesión venosa fue reparada en el acto operatorio.
- CASO No. 110.—Edad: 23. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio adenomatoso simple. Complicación: Tetania transitoria el segundo día del postoperatorio. Curó con calcio I. V. y P. O.
- CASO No. 113.—Edad: 55. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Dificultad respiratoria a las 24 horas del postoperatorio. Traqueostomía de urgencia.
- CASO No. 116.—Edad: 49. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio nodular tóxico. Complicación: Hematoma. Curó en 2 semanas.
- CASO No. 118.—Edad: 53. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio adenomatoso simple. Complicación: Parálisis de ambas cuerdas vocales. Curó sin tratamiento en 3 semanas.
- CASO No. 120.—Edad: 38. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Hematoma compresivo y dificultad respiratoria. Dehiscencia de la herida operatoria 1 mes después. Traqueostomía de urgencia a las 10 horas del postoperatorio. Cierre secundario de la herida operatoria 1 mes después.
- CASO No. 125.—Edad: 39. Operación: Tiroidectomía sub-total. Diagnóstico patológico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Tetania moderada. Curó en 4 semanas con calcio I. V. y P. O.
- CASO No. 129.—Edad: 55. Operación: Hemi-tiroidectomía sub-total izquierda. Diagnóstico patológico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Hematoma. Curó en 2 semanas.

CASO No. 138.—Edad: 44. Operación: Tiroidectomía subtotal. Diagnóstico patológico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Edema del glotis y dificultad respiratoria. Traqueostomía de urgencia a las 24 horas del postoperatorio.

CASO No. 155.—Edad: 23. Operación: Tiroidectomía subtotal. Diagnóstico patológico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Hematoma. Curó con drenaje.

CASO No. 157.—Edad: 46. Operación: Tiroidectomía subtotal. Diagnóstico patológico: Bocio nodular simple. Complicación: Seroma. Curó sin tratamiento.

CASO No. 159.—Edad: 27. Operación: Tiroidectomía subtotal. Diagnóstico patológico: Bocio difuso tóxico. Complicación: Dificultad respiratoria en el postoperatorio inmediato. Tetania postoperatoria. Traqueostomía de urgencia y calcio I. V.

NOTA: El caso No. 56 anotado con parálisis recurrencial izquierda y reeducación vocal por indicación del especialista, fue seguido en su evolución en Consulta privada, según información proporcionada por el Dr. Fuchs, Revisor de este trabajo, y en nuevo examen laringológico se comprobó completa recuperación, por lo que se deduce que no hubo sección del recurrente izquierdo.

V. — SUMARIO

De una manera general hemos tratado de presentar en las páginas precedentes, un cuadro más o menos completo de lo que actualmente conocemos sobre las complicaciones de la cirugía tiroidea y la forma de prevenirlas. De ello deducimos que las complicaciones están vinculadas específicamente a dos factores esenciales: el paciente y el cirujano. El primero, porque aun en las mejores condiciones, puede en un momento dado sorprendernos con una reacción inusitada, sobre todo en los casos de bocio tóxico; y el segundo, porque al operar, y esto es general para toda clase de cirugía, puede enfrentar problemas imprevisibles y en forma incidental provocar una lesión. Además hemos expuesto, que las complicaciones pueden ir desde las formas atenuadas, que incluso curan sin tratamiento, hasta las que provocan verdaderas catástrofes, entre las cuales cabe mencionar: la lesión de vasos importantes que obliga a su ligadura; la asfixia súbita, de cualquier origen, que no da tiem-

VII. — BIBLIOGRAFIA:

- 1.—LAHEY, F. H., The Management of Severe Hyperthyroidism. Surgery-Gynecology and Obstetrics. With International Abstract of Surgery: Vol. 64, N-2A; 304-312. Chicago, Ills., U. S. A., 1937. Allen B. Kanavel Editor.
- 2.—ESTELLA Y BERMUDEZ DE CASTRO, J. Cirugía del Tiroides. Endocrinología Quirúrgica; Tomo I, Fasc. II. Madrid, 1941.
- 3.—Mc QUILLAN, A. S. Surgery of Head and Neck. New York, 1941. Oxford University Press. Págs. 56-87.
- 4.—CHANG FRANCO, C. A. Consideraciones sobre la Cirugía de la Glándula Tiroides (Tesis). Guatemala, 1947. Tip. Sánchez & de Guise.
- 5.—RIVAIRE, R., La Ciencias de las Hormonas. Págs. 26-107. Buenos Aires, Argentina, 1947. Editorial Losada S. A.
- 6.—HOMANS J., Patología Quirúrgica. Págs. 702-721. México, 1948. Publicación para Science Service, Washington, D. C., por la Prensa Médica Mexicana.
- 7.—ILGENFRITZ, H. C., Preoperative and Postoperative Care of Surgical Patients. Págs. 229-236; 724-755. St. Louis, 1948. The C. V. Mosby Co.
- 8.—RECINOS GALVEZ, H. A., Consideraciones sobre la Prueba de Bartels en el Diagnóstico Clínico del Hipertiroidismo (Tesis). Guatemala, 1951. Tip. Sánchez & de Guise.
- 9.—PLUNKETT, R. J., Standard Nomenclature of Diseases and Operations. Published for The American Medical Association. New York, U.S.A., 1952. The Blakiston Company.
- 10.—CECIL, R. L., and LOEB, R. F., Tratado de Medicina Interna. Págs. 1229-1242. México, 1953. Editorial Interamericana, S. A.
- 11.—DE ANDRADE, M. A., Tiroidectomía Subtotal. Buenos Aires, Argentina, 1955. EDIAR Soc. Anón. Editores.
- 12.—LEWISS, W. W., Practice of Surgery: Vol. VI. Hagerstown, Maryland 1955. W. F. Prior Company, Inc.
- 13.—GIBBEL, M., Thyroidectomy. The Recovery Room Immediate Postoperative Management. Sadove and Gross. Págs. 303-312. Philadelphia, 1956. W. B. Saunders Company
- 14.—SODEMAN, W. A., Fisiopatología Clínica. Págs. 97-98; 133-136. México, 1956. Editorial Interamericana, S. A.

- 15.—VIAU D., A., Cirugía o Yodo Radioactivo en el tratamiento del Hipertiroidismo. Rev. del Colegio Médico de Guatemala: Vol. VIII No. 1; 10-15. Guatemala, 1957. Lito. B. Zadik y Co., S. C. Sucs.
- 16.—Mc COMBS, R. P., Medicina Interna. Págs. 225-241. Buenos Aires, Argentina, 1958. Librería El Ateneo, Editorial.
- 17.—CHRISTHERHER, Tratado de Patología Quirúrgica (Davis L.); Tomo I, Págs. 339-347. México, 1958. Editorial Interamericana, S. A.
- 18.—PEREZ TAMAYO, R., Principios de Patología. Págs. 333-336. México, 1959. La Prensa Médica Mexicana.
- 19.—WISE, R. A. y BAKER, H. W., Cirugía de Cabeza y Cuello (Manual de Cirugía operatoria). Págs. 206-221. México, 1959. Editorial Interamericana, S. A.
- 20.—STARR, P., Tratamiento médico moderno en las enfermedades del tiroides. Simposio sobre medicina en cirugía. Clínicas Médicas de Norteamérica: VII-59; 1071-1084. México, 1959. Editorial Interamericana, S. A.
- 21.—ZELLMAN, H. E., Tratamiento del Hipertiroidismo. Simposio sobre enfermedades endocrinas y metabólicas (Clínica Lahey). Clínicas Médicas de Norteamérica: III-60; 369-374, México, 1960. Editorial Interamericana, S. A.
- 22.—BELL, G. O. y HALL, J., Hipertiroidismo y embarazo. Id. 363-367.
- 23.—BARTELS, E. C. y CORU, L. R., Tiroidectomía por Hipertiroidismo después de respuesta inadecuada al tratamiento con yodo radiactivo. Id.: 375-387.
- 24.—PEREZ CARRILLO, R. HERNANDEZ, G., HORANDE, M., JOHN, E. y ZSABO, S., Función tiroidea en el postoperatorio. Estudio de Yodo y triyodotironina marcados. Archivos del Hospital Vargas: Vol. III. No. 2, 249-261. Caracas, Venezuela, 1961. Biblioteca del Hospital Vargas.
- 25.—MONTBRUN, F., SELLE K., R., CHACON, F., BLANCO SUCHON, P. y COUNTINHO, R., Estudios estadísticos sobre Cirugía Tiroidea en el Servicio de Cirugía No. 1 del Hospital Vargas. Id.: 271-278. Id.
- 26.—MONTBRUN, P., y HERNANDEZ, C. A., Traqueostomía post-tiroidectomía. Id.: 279-289.
- 27.—BARRIENTOS, M. A., Parálisis laríngeas consecutivas a Cirugía del Tiroides. Antioquía Médica: Vol. II, No. 7; 566-471. Medellín, Colombia, 1961. Editorial Universidad de Antioquía.
- 28.—REIERWALTES, W. H., Radioisótopos en medicina clínica. Simposio sobre eficacia de medicamentos nuevos. Clínicas Médicas de Norteamérica: VII-61; 1055-1066. México, 1961. Editorial Interamericana, S. A.

- 29.—LEEPER, R. D. RAWSON, R. W., Efectos farmacológicos y posibilidades terapéuticas brindadas por el ácido triyodotiropropiónico. Id.: 1067-1080.
- 30.—FRY, W. J., ONEAL, R. M., SCHMIDT, R. W. y DE WEESE, M. S., Cáncer del tiroides. Simposio sobre problemas del tratamiento quirúrgico. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica: X-61; 1191-1200. México, 1961, Editorial Interamericana, S: A.
- 31.—SALDAÑA, E. M., Procedimientos coadyuvantes en la operatoria del tiroides (Tesis). Gaceta Médica del Norte (Rev. Of. de la Academia de Ciencias Médicas de Bilbao): 12a.-E. Vol. XII. No. 5; 274-292. Bilbao, 1962. Imprenta Moderna.
- 32.—FOWLER, E. F., Consideraciones fisiológicas sobre diagnóstico y tratamiento de enfermedades tiroideas. Simposio sobre fisiología aplicada en patología quirúrgica. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica: II-62; 151-169. México, 1962. Editorial Interamericana, S. A.
- 33.—WAGNER, D. H., Función de las glándulas paratiroides y sus trastornos. Id.: 171-183. Id.
- 34.—ZELLMAN, H. E., Nuevos conceptos de fisiología tiroidea. Simposio sobre cirugía de las glándulas endocrinas (Clínica Lahey). Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica: VI-62; 639-646. México, 1962. Editorial Interamericana, S. A.
- 35.—BELL, G. O., Tiroiditis de Hashimoto (Estruma linfomatoso). Id. 647-653.
- 36.—BARTELS, E. C., BELL, G. O. y GEOKAS, M. C., Valoración de un nódulo tiroideo. Id.: 655-665.
- 37.—BARTELS, E. C., Hipertiroidismo oscuro en el paciente de edad avanzada con bocio nodular de vieja fecha. Id.: 667-672.
- 38.—COLCOCK, B. P. y CATTELL, R. B., Carcinoma del tiroides. Id.: 687-691. Id.
- 39.—COLCOCK, B. P., Hipertiroidismo primario: resultados del tratamiento quirúrgico. Id.: 673-677.
- 40.—ADAMS, H. D., Tratamiento quirúrgico del bocio intratorácico voluminoso. Id.: 679-685.
- 41.—KING, G. D., Traqueotomía en el tratamiento quirúrgico de las enfermedades del tiroides. Id.: 693-696.

- 42.—LILLIE, J. G., Cirugía de cuerdas vocales (Clínica Mayo). Clínicas quirúrgicas de Norteamérica; VIII-63; 1081-1096. México, 1963. Editorial Interamericana, S. A.
- 43.—ADSON, M. A., Bocio nodular asintomático. Aspectos diagnósticos. Id.: 1097-1106.
- 44.—BLACK, B. M., Tratamiento quirúrgico del carcinoma tiroideo. Id.: 1107-1114.
- 45.—AMADOR V., A. y ASTACIO, J. N., Biopsia con aguja de la glándula tiroides (Estudio de 70 casos). Archivo del Colegio Médico de El Salvador: Vol. 17, No. 1; 43-48. San Salvador, El Salvador, 1964. Ed. Ahora.

INDICE

	Pág.
I Introducción, Antecedentes y Objetivos	5
II Complicaciones derivadas de la Cirugía Tiroidea	6
III Prevención de las Complicaciones	12
IV Estudio de las Complicaciones de las Tiroidecto- mías Practicadas	12
Resumen de las Complicaciones Observadas	18
V Sumario	23
VI Conclusiones	24
VII Bibliografía	25