

## COMPLICAÇÕES DA TIREOIDECTOMIA

GERALDO LORENZI \*

Apesar de todos os progressos da técnica, as operações da tireóide encerram uma série de perigos determinados em grande parte pelas relações anatômicas.

Vamos analisar separadamente as diversas complicações da tireoidectomia, como evitá-las e como tratá-las.

### HEMORRAGIA

a) *Durante a operação* — A complicação mais comum durante a operação é a hemorragia, que não apresenta graves conseqüências quando é calmamente coibida. Não conhecemos e a bibliografia mostra a extrema raridade de casos mortais de hemorragia durante a tireoidectomia.

1 — A hemorragia mais difícil de controlar é a originária da artéria tireóidea superior que, após ser seccionada, se retrai e fica de difícil acesso.

Esta artéria é um ramo da carótida e a pressão digital sobre a carótida diminui o sangramento. Como regra, é mais fácil controlar a hemorragia pela pressão digital sobre o ponto sangrante até que se obtenha uma exposição satisfatória. Se a tentativa de ligar fôr feita às cegas, pode-se traumatizar a veia jugular, aumentando a hemorragia e podendo lesar também o nervo laríngeo superior. A hemorragia da tireóidea superior pode parecer alarmante, mas é perigosa quando o cirurgião se torna precipitado ao procurar dominar a hemorragia.

2 — Hemorragia dos ramos da artéria tireóidea inferior. Pode ser coibida com mais facilidade devido ao campo mais amplo; entretanto, sua ligadura é mais perigosa que a ligadura da artéria tireóidea superior. O perigo não é pela perda de sangue mas pela proximidade do nervo recorrente, que pode ser lesado durante a tentativa de sua ligadura. Comprime-se o tronco da tireóidea inferior e procura-se ligar o ramo sangrante. A artéria tireóidea inferior é ramo da subclávia, sendo pois inútil no sentido de diminuir a hemorragia fazer pressão sobre a carótida.

3 — A veia tireóidea média pode ser rompida quando se usa a técnica de descolamento digital da face lateral do lobo tireóideo. Por isso êsse método é condenado.

---

\* Médico residente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Médico da Disciplina de Cabeça e Pescoço do Hospital das Clínicas.

4 — Finalmente, pode ocorrer hemorragia difusa, sangrando a glândula ao mais delicado manuseio. Isso ocorre geralmente nos bócios tóxicos, cujos pacientes receberam drogas antireóideas (essas drogas aumentam a friabilidade e a vascularização da glândula), não tendo recebido tratamento adequado pré-operatório, qual seja a administração de lugol (10 gôtas ao dia), durante os 10 dias que antecedem a operação.

Se, apesar de todos os cuidados, houver sangramento, deve-se deixar nas lojas tireóideas drenos de Penrose, para evitar o temível hematoma pós-operatório.

b) *Hemorragia pós-operatória* — A hemorragia pode ocorrer de um vaso profundo, geralmente um ramo da tireóidea inferior. Compreende-se facilmente que o perigo desta hemorragia não é pela perda de sangue que ela acarreta, mas sim pela possibilidade de comprimir a traquéia. A hemorragia que ocorre na cavidade abdominal, por exemplo, é perigosa pelo volume da perda de sangue. A cavidade abdominal é grande e não há risco do sangue extravasado comprimir estrutura alguma. No pescoço, entretanto, após a tireoidectomia resta uma loja que pode acomodar sem riscos não mais de 100 ou 200 ml de sangue. Quantidades maiores podem levar à compressão da traquéia e o paciente pode vir a falecer por asfixia se não fôr socorrido a tempo. O primeiro sintoma que aparece é uma sensação de apêto no pescoço, seguido de dificuldade respiratória: o paciente torna-se ansioso e a cianose pode aparecer e se agravar rapidamente. Diante desse quadro a primeira medida que o médico interno deve tomar é levantar o curativo. Se fôr hematoma, observará um abaulamento consistente na face anterior do pescoço, uma coloração azulada dos retalhos de pele e às vezes um extravasamento de sangue pela incisão. Se o paciente estiver cianótico e não houver tempo para levá-lo à sala de cirurgia, no próprio leito deve retirar os pontos da pele, subcutâneo e mesmo da rafe mediana, se necessário, para dar vasão ao sangue, descomprimindo assim a traquéia. A seguir, deve levar o paciente para a sala de cirurgia e, com equipe completa, procurar o vaso ou os vasos sangrantes, ligá-los, deixar dreno de Penrose e reconstruir os planos.

Mais comumente, entretanto, a hemorragia pós-operatória não atinge a gravidade acima descrita. Se o hematoma é pequeno, não progressivo e não produz sintomas de compressão, é geralmente de origem venosa e não requer intervenção. O tratamento é conservador e geralmente o hematoma se reabsorve sem deixar seqüelas. Outras vezes pode-se aspirar o sangue com agulha grossa, com boa antissepsia, através da própria incisão.

#### TETANIA PÓS-OPERATÓRIA

A tetania é conseqüente à remoção ou traumatismo das glândulas paratireóides.

A remoção de duas paratireóides não produz necessariamente tetania se as outras duas estão intatas. As paratireóides são variáveis quanto à localização e são de difícil visualização no pólo superior.

As paratireóides inferiores usualmente podem ser identificadas ao longo dos ramos da artéria tireóidea inferior, ao nível da junção do terço inferior com o médio da glândula na sua face pósterolateral. Se estiverem presentes nódulos, as paratireóides podem ser deslocadas ou achatadas contra a cápsula do nódulo, sendo difícil reconhecê-las. Freqüentemente estão no tecido areolar ao longo dos vasos tireóideos inferiores, podendo ser encontradas também na substância tireóidea.

Sua cor característica amarelo-castanho, seu aspecto lanceolado, seu pequeno pedículo vascular, as distinguem de estrutura linfática, nódulos tireóideos ou depósitos de gordura. Não se deve traumatizar nem dissecar nem procurar distingui-las, pois tôdas essas manobras as expõem a lesões, e não são comparáveis à descoberta e exposição do nervo recorrente, que é feita sem perigo.

Nas operações devidas a recidiva de bócio é de se deplorar maior número de casos de tetania. A tetania aparece usualmente de 1 a 5 dias após a operação, mas ocasionalmente pode aparecer após algumas semanas.

Quanto mais precocemente aparece, mais severa tende a ser. O primeiro sintoma da tetania costuma ser a sensação de formigamento das extremidades ou ao redor da boca. Uma palidez perioral pode aparecer. Câimbras espontâneas ocorrem nas mãos, pés e em todos os músculos do corpo. Ocasionalmente podem ocorrer espasmos dos músculos da respiração resultando em séria dispnéia e o paciente se queixa de grande dor e também de desesperada sensação de sufocamento. Podem aparecer manchas na visão devido a espasmos dos músculos intra-oculares.

O diagnóstico é muitas vezes feito mesmo antes da aparição dos espasmos pelos sinais de Chvostek e Trousseau. O primeiro consiste em uma contração rápida dos músculos da face determinada ao golpear brevemente o facial na região da parótida, e o segundo na produção de um espasmo provocado pela pressão do esfigmomanômetro colocado no braço a uma pressão acima da pressão sistólica. Geralmente, cêrca de três minutos após aparece o espasmo: o braço em ligeira flexão nas articulações do cotovêlo e do punho e ao mesmo tempo para o lado cubital, as articulações metacarpo-falangianas estão flexionadas e o resto das falanges em extensão, o polegar fletido para a palma da mão, desenhando-se o quadro típico da chamada mão de parteiro.

Há queda da taxa de cálcio e elevação do fósforo sangüíneo. A administração intravenosa de 10 a 20 ml de cloreto ou gliconato de cálcio a 10% geralmente resulta no imediato relaxamento do espasmo. O efeito dessa medicação é de curta duração e deve ser acompanhada pela administração oral de largas doses (2 colheres de chá, 2 a 4 vezes ao dia, de lactato de cálcio). A administração de lactato de cálcio deve ser continuada às vezes indefinidamente ou até o cálcio e fósforo no sangue retornarem espontaneamente ao normal. Felizmente, em cêrca da metade dos casos a tetania desaparece espontaneamente, o cálcio e fósforo retornam ao normal e os pacientes não sofrem mais. Se a tetania persiste por mais de um mês é provável que venha a ser permanente, mas a recuperação pode ocorrer após longos períodos de tempo.

Se não se observa recuperação deve-se estabelecer o tratamento clínico para o paciente ficar livre dos sintomas.

Além do tratamento já citado do cloreto de cálcio e gliconato de cálcio podemos lançar mão de outros medicamentos.

Vitamina D em doses de 50.000 a 300.000 u. por dia é eficiente para equilibrar a tetania crônica do hipoparatiroidismo. Esta droga, quando a dosagem apropriada é bem calculada, tem pequena ação cumulativa. A associação de lactato de cálcio e vitamina D dada por boca parece ser o meio mais eficaz de controlar a tetania crônica. Deve-se tomar cuidado para não elevar muito o nível de cálcio, para evitar calcificação, danos renais ou sintomas de toxicidade.

Deidroaquisterol (AT 10) é um potente derivado da vitamina D, que tem um perigoso efeito cumulativo e facilmente eleva o cálcio a níveis tóxicos ou mesmo fatais. Nos casos de resistência à vitamina D, o AT 10 deve ser tentado, porém com extrema cautela e com controle freqüente de dosagem de cálcio no sangue.

O extrato de paratiroides é de difícil obtenção e inconveniente porque deve ser dado parenteralmente. Seu efeito é lento comparado com o do gliconato de cálcio dado intravenosamente e requer meia hora ou mais para elevar o nível de cálcio.

Tem-se tentado enxerto de paratiroides com resultados pouco satisfatórios (homoenxertos). Deve-se enxertar de rotina, se as paratiroides são reconhecidas na peça operatória. Esse enxerto operatório pode ser feito no coto restante da tireoide ou no músculo. Pouco se sabe da sobrevivência desses enxertos.

#### HIPOTIREOIDISMO

O hipotireoidismo é uma complicação tardia da tireoidectomia, raramente aparecendo antes do 2º ou 3º mês após a operação. Ocorre seis vezes mais, após operações sobre tireóides em portadores de doença de Graves que em operações sobre bócio nodular com hipertireoidismo.

O desenvolvimento do hipotireoidismo parece depender mais de fatores funcionais que da quantidade de glândula remanescente.

Cerca de 2/3 dos casos de hipotireoidismo são benignos e transitórios. Um dos primeiros sinais que aparecem é o aumento de peso. Um edema duro aparece infiltrando o rosto e as pálpebras. Os cabelos caem com facilidade, a pele se torna seca e escamosa. O paciente cai em estado de apatia deplorável. Muito sensível ao frio, ele permanece imóvel, indiferente, respondendo com dificuldade. Seus gestos são vagarosos, suas mãos como travadas são desajeitadas, suas pernas fracas e preguiçosas as condenam a uma imobilidade permanente. O menor ato muscular não se executa senão com lentidão. A memória falha, a palavra é lenta. Se o paciente tireoidectomizado é jovem, a esse quadro intenso se ajuntam aqueles provenientes da parada ou diminuição do desenvolvimento esquelético, nervoso e genital. Portanto, na criança e no jovem esta complicação apresenta o máximo de gravidade. Isto nos deve tornar mais prudentes nas indicações da tireoidectomia nas crianças e adolescentes. Além do quadro clínico, dois da-

dos de laboratório auxiliam o diagnóstico dessa complicação da tireoidectomia: o metabolismo basal (baixo) e a dosagem de colesterol no sangue (alto). O tratamento é feito com tireóide seca ou com triiodotironina, em doses que devem ser tateadas para cada caso.

É interessante notar que, após a mais radical tireoidectomia praticada sobre bócios simples, o hipotireoidismo não aparece ou é brando e transitório: o tecido tireóideo é aparentemente capaz de regenerar e manter a função normal. Na doença de Graves o remanescente pode regenerar excessivamente e causar uma recidiva do hipertireoidismo ou então, imprevisivelmente, mesmo quando uma considerável quantidade de tecido tireóideo resta nos cotos, pode cessar a função completamente, desenvolvendo o paciente um mixedema.

#### PARALISIAS RECORRENCIAIS

A *lesão de um recorrente* usualmente, mas não sempre, mostra-se imediatamente por uma notável mudança na qualidade da voz (rouquidão) ou por uma total perda da voz. O sinal clínico mais seguro de injúria do recorrente é notado quando o paciente tenta tossir. A tosse não tem uma qualidade explosiva, mas tem um ruído de rápida exalação como se o paciente estivesse tentando limpar a garganta. Pode haver dificuldade ao ingerir líquidos por estar perturbado o mecanismo de defesa da glote e o fluido tenta entrar na laringe, quando se produzem paroxismos de tosse. O paciente pode ser incapaz de falar acima de um sussurro, mas a voz, para falar, retorna invariavelmente. Quando a corda vocal é paralisada por lesão do nervo recorrente ela cai flácida no plano médio e assume a posição cadavérica. Inicialmente os músculos da laringe são flácidos; as duas cordas vocais não se aproximando tornam a voz para falar impossível. Posteriormente ocorre atrofia, fibrose e contração dos músculos, tornando-se a corda parálitica, tensa e rígida na linha mediana. Estando a outra corda vocal com boa mobilidade, esta pode aproximar-se e afastar da linha mediana, podendo assim o paciente emitir os sons mais variados, recobrando voz satisfatória. Entretanto, o paciente encontra dificuldade em atingir agudos (impossibilitando o canto) e uma palestra prolongada pode ser penosa. A voz pode nunca ser tão forte como era antes da operação, mas uma voz para falar retorna sempre.

Se o exame endoscópico revela paralisia de uma só corda vocal e o paciente permanecer indefinidamente afônico, isto é sinal de histeria e não de lesão de recorrente (Crile).

O resultado final da paralisia de uma única corda vocal, apesar de indesejável, não é de tão grave significação como geralmente se supõe.

Se os *dois nervos recorrentes são lesados*, segue-se uma grave incapacidade funcional da laringe, quer sob o aspecto fonatório (voz para falar), quer sob o aspecto de livre trânsito para a respiração (produz efeito obstrutivo). Ocorre inicialmente uma perda completa da voz; ambas as cordas caem atônicas na linha média em posição cadavérica. Depois, com o decorrer do tempo, ocorre atrofia e contração dos músculos, as cordas tornam-se tensas e a voz retorna. Infelizmente, com o retorno da voz ocorre

um estreitamento da glote tal que se desenvolve dificuldade inspiratória. A conduta então é de observação: se tal dificuldade fôr progressiva está indicada a traqueotomia. Algumas vêzes a dificuldade respiratória proveniente da lesão bilateral pode manifestar-se no curso da tireoidectomia, obrigando o cirurgião a praticar a traqueotomia antes do paciente sair da sala cirúrgica. Mas freqüentemente, entretanto, a dificuldade respiratória não é observada até o final da operação. Essa dificuldade cresce em intensidade durante os primeiros 5 dias devido ao edema das cordas vocais. Se o paciente apresenta cianose ou tem dificuldade respiratória a ponto de acordá-lo à noite ou se queixa persistentemente de dispnéia ou não pode repousar, é melhor praticar a traqueotomia sem demora. Embora a traqueotomia predisponha a pneumonia e não possa ser realizada levemente, é melhor errar praticando a traqueotomia que permitir a morte do paciente por asfixia. Não se deve dar morfina a paciente com angústia por obstrução das vias aéreas. Nenhum tipo de anestésico geral nem pré-anestésico deve ser usado. A traqueotomia deve ser feita com anestesia local, estando o paciente com a cabeça colocada na posição mais cômoda para respirar. A traqueotomia pode às vêzes ser tão urgente que o médico interno não tem tempo para transportar o paciente para a sala cirúrgica e deve praticá-la então no próprio leito. Prevendo essa rara possibilidade deve-se deixar sempre na cabeceira do paciente tireoidectomizado uma caixa de traqueotomia pronta para ser usada.

*Correção* — A melhor operação para correção da paralisia bilateral das cordas vocais é a operação de King (modificada): uma das aritenóides é rodada para fora ou então removida e cada corda vocal é fixada de tal modo a alargar o hiato entre as cordas vocais (6 mm é o ideal). Nestas condições obtém-se voz satisfatória e se obtém um livre trânsito do ar.

Se falhar esta operação o mais satisfatório a se fazer é deixar um tubo de traqueotomia permanente com válvula: uma válvula permanente de ouro permite inspiração através do tubo, mas fecha na expiração, de tal maneira que é possível falar.

No pós-operatório de uma tireoidectomia pode ocorrer rouquidão, que o exame endoscópico revela ser devida a paresia de uma ou duas cordas vocais. Estas paresias são atribuídas ao manuseio do recorrente ou a hematomas que o comprimem. O exame endoscópico feito periodicamente mostra o caráter benigno dessas lesões, recobrando a corda vocal sua mobilidade em alguns meses.

#### LESÃO DO RAMO LATERAL DO NERVO LARÍNGEO SUPERIOR

Este nervo, muito fino para ser identificado durante a operação, desce entre os vasos tireóideos superiores e a laringe, para inervar o músculo cricotireóideo e dá um ramo à musculatura faríngea.

Sua lesão não ocasiona efeitos imediatos mas pode causar uma transitória ou às vêzes permanente baixa da voz. Esta lesão pode ser evitada pela ligadura individual dos vasos tireóideos superiores tomando-se o cuidado de não englobar tecidos circunvizinhos nas ligaduras.

## PERFURAÇÃO DA TRAQUEIA

A traquéia pode ser lesada durante uma tireoidectomia trabalhosa. Este acidente é sério pelo perigo de aspiração de sangue para os brônquios. Se a traquéia é perfurada, deve-se comprimir o orifício com uma gaze, procurar boa hemostasia e suturar com pontos separados de catgut.

## RECIDIVAS

*Graves* — Infecções focais, fatores emocionais, gravidez, deficiências dietéticas e muitos outros fatores são responsabilizados pela recorrência dessa moléstia. Parece, entretanto, que a maioria das recidivas é devida a uma insuficiente tireoidectomia, tendo-se deixado cotos grandes de glândula. Se o hipertireoidismo é persistente ou residual após a tireoidectomia é claro que é resultado de uma tireoidectomia imperfeita. Se a recorrência, entretanto, é tardia, 2 ou 5 anos após, não pode ser atribuída a uma operação incompleta.

Como o hipotireoidismo que se segue a tireoidectomia em pacientes com Graves não é relacionado com o volume do coto glandular, a tendência é praticar a tireoidectomia mais ampla.

*Bócios nodulares tóxicos* — A recidiva é rara. A conduta é a mesma.

*Bócios simples* — Podem ocorrer recidivas tanto nos difusos como nos nodulares, mesmo quando a técnica da tireoidectomia tenha sido correta. Para prevenir a recidiva, Crile recomenda o uso de mínimas doses de lugol, dado diariamente durante 6 meses após a operação.

## INFECCÃO

É uma complicação que prejudica grandemente os resultados estéticos da cicatriz. Previne-se esta complicação administrando-se 400.000 u. de penicilina nos 3 primeiros dias após a operação. Quando ocorre infecção, geralmente há eliminação de fios de algodão, que pode prolongar-se por vários meses. Não é complicação grave, mas desagradável para o paciente.

## DEFEITOS DA CICATRIZ

As qualidades estéticas da cicatriz são importantes em cirurgia da tireóide. Os tegumentos do pescoço dão boas cicatrizes lineares, quando incisadas transversalmente dois dedos transversais acima da fúrcula esternal. Deve-se tomar cuidado quanto à simetria da cicatriz. Não é raro observar-se cicatrizes assimétricas, por descuido do cirurgião, dando efeito estético indesejado.

O defeito mais grave de uma cicatriz de tireoidectomia é o quelóide, complicação que não depende do cirurgião. Como todos os quelóides, a excisão seguida de radioterapia dá geralmente resultados satisfatórios.