

La Abertura temporal de la Tráquea con sutura inmediata en el Bocio y Neoplasias Tiroideas Sofocantes

por el Profesor León BERARD, de Lyon.

La primera operación dirigida contra los accidentes asfícticos de los portadores de bocio fue naturalmente la traqueotomía. Pero los peligros de esta traqueotomía, practicada en el momento de la asfixia en los sujetos afectados de bocio descendido, por tiroides leñoso o de cáncer tiroideo sofocante, son conocidos de sobra para que nos ocupemos de ellos. Aparte de necesitar la traqueotomía con frecuencia, para resultar eficaz, de cánulas especiales, a menudo muy largas (PONCET) a fin de ir más allá de la zona de compresión de la tráquea, la frecuencia de complicación mortales en la mayoría de enfermos, ha impresionado a todos los operadores.

Para obviar estos peligros por lo que BUNNET, el primero, propuso la tracción hacia arriba del lóbulo tiroideo descendido, cuando era movilizaba, y por lo que PONCET incendia las partes blandas sujetando el tumor por delante después que JAROULAY ideó la exotiropexia. Pero aparte que estos recursos son pocas veces aplicables, o por lo menos ineficaces, su efecto, de ordinario, es tan sólo pasajero. Por otra parte, el dejar el tumor tiroideo fuera de la herida, expuesto a todas suertes de infección es un manantial constante de nuevas complicaciones, más o menos sépticas, por las cuales, prácticamente, hase abandonó la exotiropexia.

En realidad, cuando se puede

operar sin precipitación a estos enfermos, usando la anestesia local y siguiendo las técnicas actuales, se logra casi siempre quitar el obstáculo y suprimirle por la extirpación del tumor, tratándose de bocio suspendido o retro-tráqueo-esofágico, con o sin complicación inflamatoria o neoplásica. Hasta en la enfermedad de Basedow con estado espasmódico de la glotis, en las tiroiditis leñosas fijadas a la tráquea, en los cánceres tiroideos caídos y fijos al conducto aéreo, no me he visto, desde hace 30 años, precisado a practicar más allá de 4 o 5 traqueotomías. El recuerdo ingrato que guardo de las mismas, por lo menos de dos casos, que fueron seguidos de muerte inmediata me llevo a evitar la apertura de la tráquea. Desde 5 años acá he echado mano de la técnica personal, cuya descripción va expuesta en la observación que sigue:

Observación — Un pastor de 64 años, oriundo del Ardèche, perteneciente a una familia afecta de bocio, entra en mi servicio el 20 de marzo último, por un cáncer tiroideo sofocante.

De talla pequeña, cuello corto, de cara lunar, con manos rechonchas, y de carácter lento; en suma, con los estigmas del portador de bocio cretino. Su bocio databa desde la infancia era de tipo nodular, pero desde hacía dos meses había empezado a endurecerse, y aumentaba de tamaño, produciendo una disfonía y una disfagia

rada vez más pronunciadas, con disnea que se iba acentuando progresivamente desde hacia quince días.

Al nivel del ruello, notábanse dos masas prominentes: una de ellas del tamaño del puño, **englobaba** completamente los conductos tráqueo-esofágicos y se prolongaba por detrás del esternón hasta el cayado aórtico; lo que pudo demostrarse por la radiografía. Esta masa dificultaba los movimientos de **elevación** de la laringe, era *poco* movilizable lateralmente, y al tirar de la misma a través de los tegumentos, de abajo arriba, la disnea y la disfagia se acentuaban.

La otra masa ganglionar ocupaba el hueco supra-clavicular derecho era del volumen de un huevo, con elementos **multilobulados**; era algo móvil y englobaba el paquete vásculo-nervioso **carotídeo**.

La circulación venosa de los tegumentos, por la parte anterior del cuello y hacia los lados así como en la parte anterior del pecho, indicaba una compresión de las grandes venas profundas.

Yo presentaba ningún síntoma de metástasis pulmonar ni ósea. En la orina no había ni **azúcar** ni albúmina.

T. A.

El 29 de marzo, le operé en colaboración con M. DESJAQUES. Una anestesia regional muy buena, practicada por M. REGAD, per-

mite llevar a cabo las maniobras durante cerca de una hora, sin reacción dolorosa acentuada del **operado**.

La incisión transversal de los tegumentos requiere por su parte una hemostasia bastante laboriosa de las venas muy numerosas y dilatadas.

Los músculos subhioideos están adheridos por su capa profunda a la cápsula tiroidea por lo que deben ser sacrificados. Hasta estos momentos, la disnea es bastante viva, pero sin tiraje ni cornaje inquietante.

Así que se intenta inmovilizar el tumor tiroideo, la asfixia se acentúa, y obliga a ir rápidamente a través de las masas anteriores, que son seccionadas hasta dar con la tráquea. Esta aparece tan íntimamente adherida al tumor que queda abierta durante la disección.

Dos pinzas de Tuffier son colocadas entonces, en los labios superior e inferior de la tráquea. La hemostasia ha sido bastante buena para que no se derrame nada de sangre en conducto aéreo. El enfermo empieza a respirar cada vez más libremente y, puesto que no está dormido, acusa un considerable alivio. Decidimos entonces proseguir con la extirpación del tumor, manteniendo la incisión de la tráquea abierta, hasta la liberación del conducto; así se llega a desprenderle. Pero en el instante en que se quiere echar hacia arriba

la masa neoplásica que desborda a la derecha, observante de nuevo signos de comprensión de la tráquea —esta vez hacia atrás y lateralmente— y se hace preciso seccionar el tumor manteniéndole a fuera: tenía una prolongación a un tiempo retro-esofágica y retro-esternal, de fácil disección, y cuya extirpación se volvió la libertad respiratoria. En este momento coloqué un sólo punto de catgut cromado en los dos labios de la tráquea abierta; se pudieron aproximar lo suficiente para que, en adelante, la respiración se hiciera por sus vías normales, sin ningún silbido aéreo en la herida. La ablación de la mitad izquierda retro-esternal del cáncer hizo que pudiéramos proseguir sin nuevos incidentes con una hemostasia por demás laboriosa. Renuncia-mi - en este primer tiempo operatorio, a extirpar la masa ganglionar subclavicular derecha, que parecía englobar grandes vasos. El espacio dejado vacío por la tumoración fue ligeramente taponado con una pequeña compresa de rasa y se dejaron puestos dos tubos de drenaje durante 48 horas. Una elevación de temperatura hasta 39° se presentó durante los dos primeros días, pero poco a poco la temperatura se normalizó aquí veis este hombre pasados 10 días capaz para andar, hablar, respirar y alimentarse casi con la más completa normalidad. Hecho curioso por demás, la masa ganglionar, subclavicular parece más móvil, disminuida de volumen en parte; pero nosotros intentaremos, de aquí unos días extirparla totalmente anestesia local (1).

La extirpación de la masa supraclavicular
Ha sido practicada tres semanas mas tarde.
Sin incidente alguno. Bajo anestesia local.

El examen histológico practicado por el Doctor GROIZART en el laboratorio de la clínica, reveló un epiteliooma tiroideo atípico de forma de escirro.

No se trata aquí de una mera proeza operatoria precaria en sus consecuencias. Sabemos, en efecto, que estos cánceres tiroideos son sensibles en extremo, a los agentes físicos y que puede esperarse, gracias a la colaboración de la radioterapia profunda con la cirugía, obtener resultados bastantes duraderos.

En el segundo caso se trataba de una tiroiditis leñosa, no mejorada por el tratamiento específico y en el cual la glándula formaba, en verdad, un cuerpo con la tráquea. El enfermo, hombre de 52 años, estaba sub-asfíctico. la incisión de las partes blandas por delante de la masa tiroidea, había hecho la respiración algo más fácil y permitió un comienzo de resección de la

masa leñosa por delante de la tráquea. Esta estaba casi despegada ya por su tercio inferior cuando el enfermo cesó de respirar. **En seguida procedí a abrir el conducto aéreo** con una **incisión transversal de medio centímetro aproximadamente,** en cada **borde apliqué una pinza río Tuffier, para mantenerlos separados, evitando** torio derrame **de sangre en el conducto aéreo.** El enfermo volvió a **respirar al instante.** En-

tonces pude proseguir la **liberación lateral de la tráquea terminarla** con una sutura de la incisión traqueal mediante dos pequeños catgut s de Pauchet.

Las consecuencias fueron de lo más sencillo, sin alarma respiratoria, sin elevación térmica.

El enfermo sigue **perfectamente** desde **hace** cuatro años.

En el tercer caso, tratábase de

un antiguo bocio **inflamado que padecía** una mujer de 39 años, y **cuya tiroiditis pubaguda** parecía consecutiva a un **ataque de gripe**. **La operación fue empezada** usando la anestesia loen¹ y así que tiré del **tumor** tiroidea que mandaba una expansión por detrás **de la tráquea**, la asfixia se hizo amenazadora. Me fue posible **encontrar un plano de** sección para enuclear esta masa. Pero el tiro **respiratorio** era **tan** persistente que hice también la sección **transversal rie la tráquea**.

La respiración se restableció con regularidad cada vez más completa y me pude dar cuenta de que no había nódulo compresor de ningún **género**, ni lesión de los **recurrentes**, no obstante **haber** sido estirados durante el curso de la **maniobra**. Hice la **sutura** de la tráquea con un punto de catgut cromado.

La enferma curó en ocho días, **fan rápidamente** tomo **después de la ablución** del bocio más sencillo.

He creído de **interés especificar** este **procedimiento** del cual no había jamás oído referir nada, **cuando** yo lo puse en práctica. Quizás no sea **siempre** hacedero; y en **determinados casos**, podremos

vern^{os} **obligados a dejar aplicada una cánula por espacio de algunos días** en la tráquea, para calibrarla si es **que está** muy **reblandecida**

Sin embargo, aún entonces, Creo **que puede ser intentada la sutura** inmediata a condición de mantener suspendidas las paredes **laterales** de la tráquea, **hacia arriba** y a fuera, por medio de **los** hilos pasados por los restos **capsulares** tiroides que permanecen comúnmente adheridos al **conducto** aéreo; estos hilos van suturados por cada **lado** a los músculos esternocleidomastoideos. (V thèse. De JOUFFRAY Lyon, **1906**). Y si la sofocación se acentuara, nada más **sencillo** que abrir secundariamente de un tijerazo la **tráquea** denudada y fácilmente **accesible** bajo la sutura cutánea. Esto no sería más que. un juego para el **interno o el** cirujano de guardia, mientras que la **traqueotomía global**, a través *del* cáncer, **siempre** resulta, como decíamos al principio, un acto temible.

De L'Avenir Medical