

Inutilidad de drenajes en cirugía tiroidea. Estudio clínico controlado

María Victoria Pérez, M.D.¹

Jaime Rubiano, M.D.¹

Manuel Méndez, M.D.²

Alberto García, M.D.²

RESUMEN

Se realizó un estudio clínico controlado en 102 pacientes operados por patología tiroidea en el Instituto de Seguros Sociales y el Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia, con el fin de evaluar los beneficios de la utilización rutinaria de drenaje. Los 102 pacientes tenían patologías benignas o malignas del tiroides y en ellos se realizaron diferentes tipos de cirugías. Escogidos en forma aleatoria se formaron dos grupos, uno con 47 pacientes a quienes se les dejó dren y 55 a quienes no se les dejó. En el primer grupo se presentaron 5 complicaciones (10.6%) y en el segundo 5 (9.1%) diferencias que no son estadísticamente significativas. Se presentaron en total 11 complicaciones en 10 pacientes, 6 en pacientes con dren y 5 en pacientes sin dren. Las complicaciones fueron: 9 hematomas y 2 infecciones de la herida.

Aun cuando en un buen número de cirugías se acepta que la utilización de drenajes no tiene beneficio y que por el contrario puede conducir a mayores complicaciones¹⁻⁴, en cirugía tiroidea se continúa su empleo con el fin de drenar el posible sangrado postoperatorio y prevenir obstrucción de la vía aérea en casos de hemorragia severa.

1. Docente Adjunto, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.
2. Residente, Departamento de Cirugía, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

En el presente ensayo clínico controlado se pretende evaluar la frecuencia de complicaciones con y sin el uso de drenajes en la cirugía de tiroides.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron en el estudio 102 enfermos con compromiso tiroideo benigno o maligno y que necesitaban cirugía como tratamiento. Se excluyeron los pacientes a quienes se vació el cuello, aunque siempre se les dejó drenaje cerrado de succión.

Los pacientes pertenecían a las consultas de cirugía del Hospital Universitario del Valle (HUV), Cali, Colombia y de la Clínica Rafael Uribe Uribe del Instituto de Seguros Sociales (ISS) en Cali. El mismo grupo de cirujanos hizo las operaciones y el seguimiento post-operatorio.

Para la hemostasia se emplearon electrobisturí y ligaduras y al terminarse el tiempo de la hemostasia previo al cierre de la fascia de los músculos pretiroideos, se hizo la asignación al azar por el método de la moneda para dos grupos: con dren o sin dren. El dren que se utilizó fue el de Penrose que se retiró en 24 a 48 horas.

Se estudiaron las siguientes variables: edad, sexo, diagnóstico, tipo de cirugía, utilización o no de dren y complicaciones: hematoma e infección. El hematoma se clasificó según si se pudo drenar por aspiración con aguja a través de punción de los colgajos o si se debió llevar el paciente a cirugía para drenaje quirúrgico bajo anestesia general. Las diferencias entre los grupos se verificaron por la prueba estadística de χ^2 (chi).

RESULTADOS

Durante el período entre abril de 1988 y marzo de 1989 se evaluaron 102 pacientes, 54 operados en el ISS y 48 en el HUV, 48 mujeres y 17 hombres con edades entre 16 y 75 años con un promedio de 48 años. Se colocó dren a 47 y no se colocó dren a 55 pacientes. La distribución según diagnóstico y tipos de cirugía se puede ver en los Cuadros 1 y 2.

Cuadro 1
Distribución según Tipos de Cirugía

Cirugía	Con dren	Sin dren	Total
Nodulectomía	10	12	22
Lobectomía	13	18	31
Tiroidectomía subtotal bilateral	12	11	23
Lobectomía istmectomía más subtotal contralateral	4	5	9
Tiroidectomía total	8	9	17
Total	47	55	102

Cuadro 2
Diagnósticos Definitivos Confirmados por Patología

Diagnóstico	Con dren	Sin dren	Total
Adenoma	6	8	14
Bocio	18	18	36
Carcinoma	10	16	27
Enfermedad de Graves	7	8	15
Tiroiditis de Hashimoto	2	1	3
Bocio hipertiroideo	3	4	7
Total	47	55	102

Se presentaron en total 11 complicaciones en 10 pacientes (Cuadro 3). En 10 hubo hematoma, 1 hizo infección de la herida quirúrgica después de ser reoperado por un hematoma y otro paciente presentó infección de la herida sin hematoma previo. Fue necesario reoperar 5 enfermos por hematoma (4.1%) y los otros (4) hematomas se drenaron por aspiración con aguja.

Las complicaciones se presentaron en 5 individuos en quienes se dejó dren y en 5 a los que no se dejó dren. Es necesario destacar que los dos pacientes infectados pertenecían al grupo con dren.

Cuadro 3
Frecuencia de Complicaciones en 102 Pacientes con Cirugía Tiroidea

	Con dren	Sin dren	Total
Hematoma drenado en cirugía	2	3	5
Hematoma drenado por punción	2	2	4
Infección de la herida	2	-	2
Total	6	5	11

DISCUSION

La utilización rutinaria de drenajes cerrados en cirugía tiroidea todavía la recomiendan algunos autores a pesar de no encontrar en la literatura reciente sustentación para su empleo⁵⁻⁷. Hay autores que, por el contrario, encuentran innecesarios los drenajes en este tipo de cirugía. Consideran que la disección atenta de los tejidos y la hemostasia meticulosa son la forma adecuada de prevenir las complicaciones postoperatorias, además de que al retirar el dren en el postoperatorio se puede inducir sangrado.

Thompson *et al*⁹ en la descripción de su técnica operatoria proponen un drenaje cerrado de succión sólo en pacientes con problemas de coagulación o en los que el procedimiento quirúrgico deja grandes cavidades. Wihlbong *et al*¹⁰ evalúan por medio de un estudio clínico controlado los beneficios del uso de este tipo de drenaje, sin encontrar que su empleo tenga importancia significativa en la prevención de complicaciones. Kristofferson & Jarhult¹¹ en otro estudio similar obtienen iguales resultados y concluyen que los drenajes no son necesarios en cirugía no complicada.

El presente trabajo mostró que no hubo diferencias estadísticas entre los dos grupos si se comparan en cuanto a hematoma o infección, lo cual apoya la tendencia general de la cirugía hacia el abandono del uso rutinario de los drenajes^{1-4,10,11} sobre todo cuando son abiertos.

Los autores están de acuerdo en recomendar drenaje de succión en casos especiales, donde después de una meticulosa técnica quirúrgica y hemostasia el cirujano considere que hay posibilidad de sangrado postoperatorio (trastornos de la coagulación, bocios muy grandes, etc).

Es de anotar que el estudio mostró una cifra de infección de 1.9% que está en el rango de lo esperado para cirugías limpias como la cirugía de tiroides¹² y, que las dos infec-

ciones se presentaron en pacientes en los que se utilizó drenaje abierto.

SUMMARY

Between April 1988 and March 1989, a controlled clinical study was performed with 102 thyroid surgery patients at the ISS and HUV in Cali, in an effort to evaluate the benefits of prophylactic routine drainage. Two groups were randomized (flip of a coin method): one group was left with drainage and the second without. In total 102 patients with benign and malignant pathologies who underwent thyroid surgery participated. Drainage was left in 47 and 55 were left without. No significant statistical difference was seen between the two groups. Only 11 complications were seen in 10 people, 6 in the group with drainage and 4 in individuals without drainage. The complications were: 9 hematomas, 5 of which were drained by reoperating the patients, and the rest were drained by suction with a needle. Wound infections were seen in 2 patients, both of them belonging to the group with drainage. The authors, supported by the results obtained from this study and a revision of the literature, conclude that prophylactic routine drainage after thyroid surgery is unnecessary. A closed suction drain is proposed only for those patients who are at risk for bleeding.

REFERENCIAS

1. Cohn, LH. Local infections after splenectomy: relationship of drainage. *Arch Surg*, 1965, 90: 230-234.
2. Dineen, P. A critical study of 100 consecutive wound infections. *Surg Gynecol Obstet*, 1961, 113: 91-94.
3. Bernard, HR & Cole, WR. The prophylaxis of surgical infections: the effect of prophylactic antimicrobial drugs on the incidence of infection following potentially contaminated operations. *Surgery*, 1964, 56: 151-158.
4. Truedson, J. Cholecystectomy with and without intra-peritoneal drain. *Acta Chir Scand*, 1983, 149: 393-399.
5. Guillaumondegui, OM. *Complications in otolaryngology. Head and neck surgery*. Decker, CE (ed) Inc, Toronto, Philadelphia, 1986.
6. Schwartz, SI (ed). *Principles of surgery*. 2nd ed. New York, McGraw Hill Book, 1974.
7. Perzik, SL. *Surgery in thyroid disease*. New York, Stratton Medical Book Co, 1976.
8. Reeves, TS. Surgery for hyperthyroidism. *Adv Surg*, 1987, 21: 29-48.
9. Thompson, NW, Olsen, WR & Hoffman, GL. *Surgery*, 1973, 6: 913-927.
10. Wihlbong, O, Bergljunj, L & Martensson, H. To drain or not drain in thyroid surgery. A controlled clinical study. *Arch Surg*, 1988, 123: 40-41.
11. Kristofferson, A & Jarhult, J. Drainage in uncomplicated thyroid and parathyroid surgery. *Br J Surg*, 1986, 73: 121-122.
12. Cruse, JE & Foord, R. The epidemiology of wound infections. *Surg Clin North Am*, 1980, 60: 27-40.