

CIRURGIA DA GLÂNDULA TIROIDE: DO SÉC. DAS LUZES AOS DIAS DE HOJE



Paulo Costa Correia

Assistente Graduado Sénior de Cirurgia Geral da ULS – Guarda

Prof. Associado Convidado da Faculdade das Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.

Resumo: O autor faz uma revisão da história da cirurgia da glândula tiroide desde o início do Séc. XVII até aos dias de hoje, referindo alguns cirurgiões, que em sua opinião, mais influenciaram esta cirurgia.

Os cirurgiões da tiroide foram sempre um pilar no desenvolvimento da cirurgia geral, quer a nível técnico, quer a nível do seu instrumental cirúrgico, sempre com o propósito de obter uma cirurgia segura e eficaz. Hoje, em todos os Hospitais Portugueses, as cirurgias da tiroide, podem ser realizadas sem sutura, com recurso a um pequeno dispositivo portátil de selagem de vasos. É interessante notar este papel da cirurgia da tiroide no desenvolvimento da cirurgia geral.

A tiroidectomia é nos dias de hoje, considerada um procedimento cirúrgico da cirurgia geral com capacidade de oferecer ao paciente uma cirurgia segura com uma morbimortalidade residual.

Em 925 dC o muçulmano, Albucassis Abu-I-Quasim-al Zaharawi removeu de uma forma bem-sucedida, segundo registos históricos, um bócio volumoso sob sedação com ópio, utilizando laqueações simples e ferros quentes. Outros registos da época, mencionam procedimentos semelhantes, com resultados desastrosos e elevadíssima mortalidade, sobretudo por hemorragia (1).

Foi no Séc. XVIII em 1791 que no Hospital de Dieu em Paris foi realizada a primeira tiroidectomia bem-sucedida, sendo da responsabilidade de Pierre Joseph Desault, um cirurgião francês, de enorme prestígio, chefe e professor de cirurgia no famoso Hospital. Na sua segunda tentativa o paciente faleceu de uma hemorragia incontrolável (2). Desault morreu em 1795 deixando poucos trabalhos publicados, com exceção das “Ouvres Chirurgicales”, editadas por Bichat e algumas lições de anatomia cirúrgica compiladas por alguns dos seus alunos.

Os séculos XVII e XVIII são anos complicados para o ensino da cirurgia. No século XVII a cirurgia não conseguiu acompanhar todo um conhecimento anátomo-fisiológico que ia surgindo, pois, os conhecimentos na área da anestesia e no controle da infeção eram diminutos. Os cirurgiões eram vistos, salvo raras exceções, como uma classe pouco brilhante do ponto de vista académico ou mesmo social. No século XVIII, o charlatanismo surgiu e em algumas situações roçou mesmo o caricato, sendo a tiroide vista como um reservatório vascular que impedia a congestão do cérebro. Contudo, foi neste século que os cirurgiões se conseguiram emancipar da denominação de “cirurgiões barbeiros”, ganhando alguma projeção académica e social, equiparando-se aos médicos (3). Em 1743 F. Gigot de La Peyronie separou de vez os cirurgiões dos barbeiros proibindo o exercício da cirurgia

a estes, com exceção de procedimentos menores. Nalguns países este conceito demoraria a esmorecer, de que é exemplo a Alemanha, mas de uma forma geral ele vingou (3).

Em 1802 Giusepe Flaiani (1741-1808) um cirurgião italiano do Hospital Santo Espírito em Roma descreveu um caso clínico de um pintor residente em Roma, no qual reparou numa associação entre um bócio e problemas cardíacos, referindo-se a “um tumor frio na parte anterior do pescoço”, a que chamou broncocelo (4). Pensa-se que Flaiani referiu-se a um bócio tóxico, sem exoftalmia e com palpitações, sendo descrito, nos dias de hoje, como, “Doença de Flaiani-Basedow”, conhecida mais tarde em Inglaterra, por “Doença de Graves-Basedow”. Segundo F. Rampini, médico e biógrafo de G.Flaiani, este não registou a exoftalmia mas testemunhou a tireotoxicose (4).

O início do Séc. XIX, foi uma época de grandes avanços na cirurgia devido as guerras napoleónicas destacando-se grandes cirurgiões militares como J. Larrey (1766-1844), G.Dupuytren (1777-1835) e F. Percy (1754-1825) mas foram poucos os que se interessaram pela glândula. Existem relatos de algumas tireoidectomias, efetuadas no Hospital de Dieu em Paris da autoria de G. Dupuytren e P. J. Roux (1780-1844), com maus resultados sendo as intervenções cirúrgicas sobre a glândula proibidas em 1850 pela Academia Francesa de Cirurgia, devido a sua grande mortalidade.

Robert Liston preconizava apenas “a divisão dos músculos esternocleidomastóideos para aliviar a pressão do bócio, referindo que “a cirurgia da tiroide era um procedimento que nem devia ser cogitado” (5). Samuel Gross, cirurgião norte americano diria mesmo: “Nenhum cirurgião honesto e sensato se envolveria numa cirurgia da tiroide”(6).

Foi com Christian Albert Theodor Bilroth (1829-1894) um dos maiores cirurgiões germânicos do Séc. XIX, chefe de clínica, primeiro em Zurique e depois em Viena, que a cirurgia da tiroide seria retomada com taxas de mortalidade a rondar os 36%, o que levou Bilroth a suspender as cirurgias da tiroide. Retomaria as mesmas entre 1877 e 1881, depois de desenvolver alguns métodos antissépticos e de hemostase, conseguindo diminuir a mortalidade para os 8% (7,8).

T. Bilroth procedia a autênticas auditorias internas na sua clínica em Viena e foi com ele que algumas técnicas antissépticas foram desenvolvidas, sobretudo na sua prática cirúrgica do tubo digestivo, onde realizou diversas intervenções cirúrgicas, desde o esófago até ao reto. Sempre se mostrou interessado, nas causas da febre das feridas e insistia na ideia de medir a temperatura regularmente, acreditando que a febre da ferida cirúrgica era causada por um “veneno”, produzido por um organismo vivo (8).

Theodor Kocker dedicou-se a glândula tiroide na sua cidade natal em Berna. Foi dono de uma técnica operatória com uma dissecação meticulosa, valorizando os conceitos antissépticos de Inglaterra. Durante a sua formação T.Kocker, frequentou diversos centros cirúrgicos como Zurique, Londres, Paris e Viena. Foi prémio Nobel na área da Medicina e Fisiologia e na sua ultima conferencia na Sociedade Suíça de Cirurgia, apresentou os seus resultados da cirurgia da tiroide com uma taxa de mortalidade operatória de 0,5% (9).

W.Halstead cirurgião norte americano diria que “Kocher puro e preciso operando de maneira relativamente sem sangue remove escrupulosamente a glândula, causando pouco dano fora da cápsula, enquanto Bilroth operando mais rapidamente e menos preocupado com os tecidos e com a hemorragia pode mais facilmente deixar fragmentos da mesma”(10,11).

T. Kocker percebeu, mais tarde, que a remoção completa da glândula levaria ao cretinismo, chamando o mesmo de “caquexia strumipriva”, referindo erroneamente que o bócio e a deterioração resultante da cirurgia eram diferentes estados da mesma doença (1883).

Na sua conferência em Berlim falou de uma relação de dependência entre a glândula e o cretinismo atribuindo, como funções da tireoide “paralisar as influências que produzem a estupidez” e acreditando que a mesma, regularia o fluxo de sangue nos órgãos do pescoço explicando assim, a deterioração mental. No fundo, Kocher contribuiu para a descoberta que ausência total da glândula causa graves danos físicos e mentais, preparando assim a base para o que hoje designamos, de “Endocrinologia”. Outros dois cirurgiões suíços e irmãos, Jackes Louis Reverdin e August Reverdin notaram na mesma altura que a ausência da glândula conduzia a esse estado de deterioração física e mental, dando-lhe o nome de “myxoedème opératoire“, no fundo a “caquexia strumipriva” de Kocker (12).

Este assunto, discutido a propósito do prémio Nobel de Fisiologia concedido a Kocker, levaria a uma disputa entre os cirurgiões, tendo os irmãos Reverdin na sua conferência, em Genebra, apresentado uma importante comunicação sobre a modificação da técnica da tiroidectomia, respeitando a cápsula ou preservando parte da glândula, para evitar o “myxoedème opératoire” (13).

Kocher sem conhecer os estudos dos irmãos Reverdin, teria já abandonado a tiroidectomia total, em favor da remoção parcial da glândula. Mais tarde concluiu, que a toma de tecido tiroideu em seu estado natural aliviava os sintomas decorrentes da ausência da tireoide.

Theodor Kocker continuou interessado na cirurgia da tireoide aplicando os métodos antissépticos de Joseph Lister, reduzindo as taxas de mortalidade e favorecendo uma cirurgia mais conservadora. Fundou uma clínica especializada em cirurgia da tireoide em Berna na Suíça (Bernesse Inselspital).

Thomas Dunhill retomou as cirurgias de Kocker do bócio tóxico, onde o mesmo preconizava a lobectomia com laqueação da artéria tiroideia superior contra lateral. Concluiria, que a recessão de uma maior porção da glândula, para além da lobectomia, isto é, quase que uma tiroidectomia total controlaria melhor o bócio tóxico.

Realizou muitas intervenções com anestesia local com sucesso, despertando a curiosidade de cirurgiões norte americanos como W. Halstead ou C. Mayo (2).

Em 1914 é identificada a tiroxina e a sua síntese é conseguida em 1927 por Harrington e Berger, dois bioquímicos. Nesse mesmo ano a hormona é usada no Hospital Real de Edimburgo.

Em 1920 T. Dunhill chega a Londres sendo considerado um dos grandes cirurgiões da tireoide e cria a primeira clínica no Reino Unido especializada em doenças da tireoide (St. Bartolomew Hospital).

Durante este período viria a ser introduzido o Iodo, o tiouracil e o propranolol no tratamento destes doentes com tireotoxicose.

Dunhill conseguiria 1500 intervenções sobre a glândula tiroide, sendo cerca de metade por bócio tóxico, abrindo as portas a imensas clínicas cirúrgicas norte-americanas especializadas em cirurgia da tireoide como a Clínica Mayo, Lahey e no Hospital John Hopkins. Em qualquer destes locais, a técnica foi-se aperfeiçoando com laqueação seletiva da artéria tiroideia superior e visualização obrigatória das paratiroides e do nervo laringeo inferior, minorando o risco do hipoparatiroidismo e lesão dos nervos laringeos (0,3%).

G. Crile (1906) descreveria a técnica do esvaziamento cervical radical (linfadenectomia cervical completa) sendo mais tarde substituída pelo esvaziamento cervical modificado com igual eficácia

oncológica e menor morbidade. Realizou cerca de 25.000 tiroidectomias até final da sua carreira (14,15,16,17).

Nos dias de hoje, falamos da tiroidectomia mini-invasiva, uma cirurgia endoscópica, tecnicamente muito exigente semelhante a clássica, com uma curva de aprendizagem grande. Tem vantagens sobre a tiroidectomia clássica, pois permite a extração da glândula, por uma cicatriz menor e parece conseguir uma melhor visualização das estruturas nobres da região (18). São objetivos desta técnica: uma incisão menos visível e, portanto, mais estética, tornar a cirurgia menos hemorrágica e ao mesmo tempo, conseguir uma dissecação mais suave, minorando a dor no pós-operatório, tornando este mais confortável (18).

Outras abordagens com uma ausência de cicatriz visível, vídeo-assistidas são a transensorial endoscópica por acesso vestibular, mentoniana, axilar mamária ou retro auricular, com resultados tecnicamente idênticos as cirurgias convencionais ou minimamente invasivas, sendo a via sub mentoniana, segundo muitos autores, a que permite, uma extração de nódulos maiores, com menos dores e menor perda de sensibilidade (19,20).

BIBLIOGRAFIA

- (1) Hegner CF : A History of Thyroid Surgery. Ann Surg 1932 Apr, 95 (4): 481-92
- (2) Veller ID. :Thomas Peel Dunhill, the forgotten mais of thyroid surgery-Med Hiist 1974 Jan: 18 (1) :22-50.
- (3) Alexandre Campos Moraes Amato: Breve História da Cirurgia.
- (4) G. Flaiani: Coleção de observações e reflexões de Cirurgia, III, pp 210-213.
- (5) Liston R. Bronchocel. Division of sternomastoid muscle. Lancet 1840; 1 (865): 691-2.
- (6) Mansberger AR, JR. One hundred years of surgical management oh hiperthyroidism. Ann Sur 1988 Jun;207 (6): 724-9.
- (7) Becker WF. Presidential adress. Pionners in Thyroid SurgerY Ann Surg 1977 May; 185 (5): 493-504.
- (8) Allgower M,Trohler V: Nota Biográfica sobre Theodor Bilroth. Br J. Surg 11981: 68, 678-9.
- (9) RA Kazi, RE Peter: Christian Albert Theodor Bilroth: Mestre em Cirurgia: J.Posgrad Med 2004, 50:82-3.
- (10) Morris JB, Skinner, WJ (1990): “Cinco cirurgiões ganhadores do prémio Nobel” Cirurgia 108 (1) : 71-80.
- (11) Halstead WS: A História Operatória do Bócio- Jonh Hopkins Hosp 1919, 19: 217-257.
- (12) U trohler U: Rumo a Endocrinologista: Relato de Theodor Kocher sobre os efeitos inesperados da ablação da tiroide-Universidade de Berna. (Boletim de JLL Comentários de Análise e Tratamento).
- (13) Reverdin JL, Reverdin A: “Note sur operations vight-deux de Bocio” (Revista Medica da Suíça).

- (14) Hannan SA: A History Of Modern Thyroid Surgery. Int J Surg. 2006; 4 (3): 187-9.
- (15) Crile G. Excision of the cancer of the head and neck: JAMA 1906; 47 :780-90
- (16) Lahey FH: Exposure of recurrent laryngeal nerves in sub-total Thyroidectomy.-Surg. Gynec. Obst. 1958: 66:775-7.
- (17) Bocca E, Pignataro O : A conservation technique in radical neck dissection-Ann Otol Rhinol Larynx 1967; 76: 975-87
- (18) João Capela Costa, Fernando Osório: Diagnóstico Terapêutica e Seguimento do Cancro Diferenciado da Tiróide: Cap III. 5 Sociedade Portuguesa de Cirurgia -Jan. 2013.
- (19) Tesseoli MAS, Spagnol M, et al: Transensorial endoscopic thiroidectomy by vestibular approach: Initial Experience -Rev Bras. Cir. 2018;45 (5).
- (20) Chen Y et al: Hidden in plain sight transoral and subment thiroidectomy as compelling alternative to “surless” thiroidectomy- J. Laparoendosc Adv Sur Tech A 2018; 28 (11) 1374-7.