

CIRURGIA CERVICOFACIAL

A RELEVÂNCIA DOS DRENOS CERVICAIS NA CIRURGIA TIROIDEIA

THE RELEVANCE OF DRAINS IN THYROID SURGERY

Autores: José Pedro Matos¹ - Interno Complementar; Pedro Oliveira² - Assistente Hospitalar; Manuel Sousa³ - Assistente Hospitalar Graduado; Mário Giesteira Almeida⁴ - Chefe Serviço; Artur Condé⁵ - Chefe Serviço, Diretor Serviço

^{1,2,3,4,5} Serviço de Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE

Correspondência: Serviço Otorrinolaringologia do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho EPE
Morada: Rua Conceição Fernandes, 434-502 Vila Nova de Gaia | Telefone: 227 865 100
Email: pedrumatus@hotmail.com

RESUMO

Objetivos: Refletir sobre a necessidade de colocação de dreno na cirurgia tiroideia.

Material e Métodos: Foram consultados os processos clínicos de 61 doentes submetidos a tiroidectomia total ou parcial com ou sem esvaziamento ganglionar cervical entre os anos de 2006 a 2009.

Resultados: Os doentes submetidos a tiroidectomia total sem esvaziamento ganglionar cervical drenaram, durante as primeiras 24 horas após a cirurgia, 72,1ml em média e 76,1% retiraram o dreno no segundo dia após a cirurgia. Considerando os submetidos a tiroidectomia total com esvaziamento ganglionar, a média nas primeiras 24 horas foi de 131,9ml. Nas tiroidectomias parciais, a média foi de 50,6ml e 81,2% dos casos o dreno foi removido ao segundo dia e em 18,8% no primeiro dia pós-operatório.

Conclusões: A tiroidectomia parcial poderá cursar com segurança com a exérese do dreno nas primeiras 24 horas. Nas tiroidectomias totais, com esvaziamento ganglionar, o dreno tenderá a permanecer pelo menos dois dias após a intervenção cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVE: Dreno, Tiroidectomia

ABSTRACT

Objectives: To reflect on the need for drainage in thyroid surgery.

Material and Methods: Evaluation of 61 medical records of patients who underwent partial or total thyroidectomy with or without cervical lymph node dissection between the years 2006 to 2009.

Results: Patients undergoing total thyroidectomy without cervical lymph node dissection drained during the first 24 hours after surgery, 72.1ml on average and 76.1% withdrew the drain on the second day after surgery. In those who underwent total thyroidectomy with lymph node dissection the average in the first 24 hours was 131.9ml. In partial thyroidectomies the average was 50.6ml and 81.2% of cases the drain was removed on the second day and 18.8% on the first postoperative day.

Conclusions: Partial thyroidectomy can safely be managed with the removal of the drain within 24 hours. In total thyroidectomy with lymph node dissection the drain probably should remain at least two days after surgery.

KEY-WORDS: Drainage, Thyroidectomy

INTRODUÇÃO

A colocação de dreno em cirurgia cervical, em geral e na cirurgia tiroideia em particular, tem sido alvo de vários estudos. Muitos versam sobre a possibilidade de não colocar drenos após tiroidectomia total ou parcial.^{1,2}

Obviamente que se tenta diferenciar entre patologia benigna e maligna e entre cirurgia com ou sem esvaziamento ganglionar cervical. Também nestes não existe evidência para colocação de dreno com vista a prevenir hematoma cervical.³ A isso acresce que os artigos referentes aos casos com esvaziamento ganglionar cervical resumem-se ao compartimento central (área VI).^{4,5,6}

Os dados existentes nascem de estudos de doentes com patologia tiroideia sem extensão ao mediastino, com estudo de coagulação normal e sem esvaziamento ganglionar cervical dos compartimentos laterais.^{7,8,9}

No Serviço de Otorrinolaringologia do CHVNG/E EPE é regra a colocação de dreno após cirurgia tiroideia, seja por patologia benigna ou maligna. Tanto na tiroidectomia total como parcial (com ou sem esvaziamento ganglionar cervical) essa tendência mantém-se.

O presente estudo foi motivado pela tentativa de adequação dos resultados dos estudos internacionais sobre a necessidade de colocação de dreno cervical na cirurgia tiroideia. Também é objetivo do trabalho refletir sobre a necessidade de dreno quando também teve lugar um esvaziamento ganglionar cervical do compartimento lateral.

MATERIAL E MÉTODOS

Foram consultados os processos clínicos de 61 doentes submetidos a cirurgia tiroideia com ou sem esvaziamento ganglionar cervical (incluindo o compartimento lateral) entre os anos de 2006 e 2009.

Os dados recolhidos foram os tipos de cirurgia (tiroidectomia total ou parcial e se associada a esvaziamento ganglionar cervical), qual a patologia (maligna ou benigna), qual o valor das drenagens, número de dias com os drenos e quantos dias de internamento após cirurgia.

Os drenos usados foram todos do tipo *Redivac* com calibre de 14mm.

RESULTADOS

A maioria dos doentes pertencia ao sexo feminino em 90% dos casos ($n=55$) e a média de idades situou-se nos 43,1 anos.

Dezassete doentes (27,9%) submetidos a cirurgia tiveram como resultado histológico o diagnóstico de carcinoma, sendo o carcinoma papilar o mais frequente com 82,4% ($n=55$) casos, seguido do carcinoma folicular com 11,8% ($n=55$) e um caso de carcinoma indiferenciado (5,9%).

A maioria dos doentes (72,1%) padeciam de patologia benigna, nomeadamente bócio multinodular e adenoma.

Tendo em consideração todos os doentes, estes estiveram internados 2,9 dias em média. Se se considerar o tipo de cirurgia, observou-se que os submetidos a tiroidectomia total com esvaziamento ganglionar cervical estiveram internados 3,5 dias, tiroidectomia total sem esvaziamento ganglionar cervical 2,8 dias e os submetidos a tiroidectomia parcial 2,7 dias.

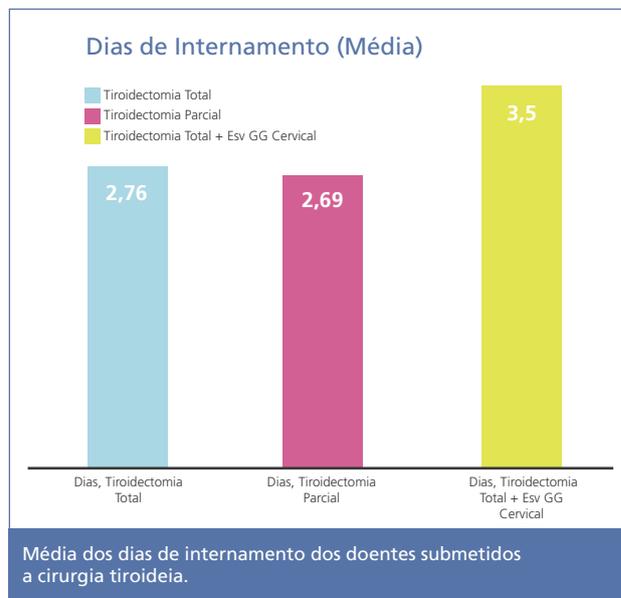


FIG 1

No que concerne às drenagens cervicais, os doentes que foram submetidos a tiroidectomia total sem esvaziamento ganglionar cervical drenaram, nas primeiras 24 horas após cirurgia, 72,1ml em média. No segundo dia, a média foi 26,3ml.

Considerando os submetidos a tiroidectomia total com esvaziamento ganglionar (compartimento central e lateral) a média nas primeiras 24 horas foi de 131,9ml e no segundo dia de 57,9ml.

Relativamente às tiroidectomias parciais, nas primeiras 24 horas drenaram, em média, 50,6ml e no segundo dia 11,2ml.

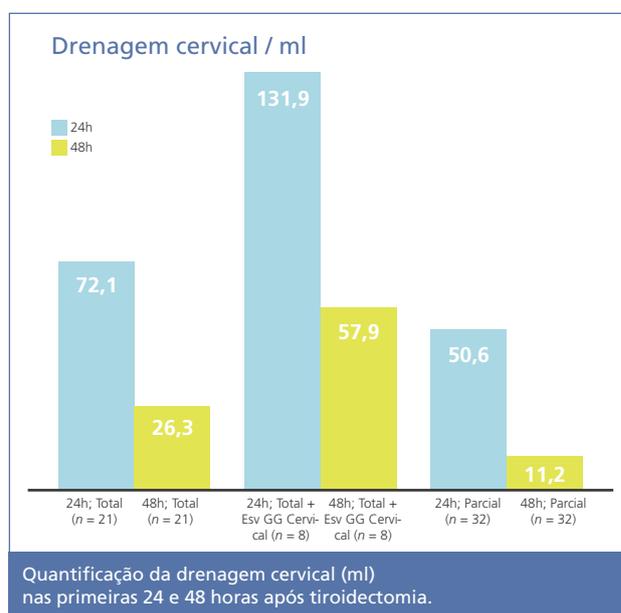


FIG 2

Dividindo os grupos por categoria histológica, benigna ou maligna, constatou-se que para as tireoidectomias totais (sem esvaziamento ganglionar cervical), nos casos com carcinomas, a drenagem foi de 61,4ml e de 77,5ml nos doentes com histologia benigna. Relativamente à tireoidectomia parcial, a drenagem foi de 56,7ml nos casos de malignidade e 50,0ml nos casos de patologia benigna. Todos os casos de tireoidectomia total com esvaziamento ganglionar eram carcinomas.

QUA 1

DRENAGENS NAS PRIMEIRAS 24 HORAS APÓS TIROIDECTOMIA TENDO EM CONSIDERAÇÃO A CATEGORIA HISTOLÓGICA.

DRENAGEM CERVICAL (1 ^{as} 24H)	MALIGNO	BENIGNO
TIROIDECTOMIA TOTAL ⁽¹⁾	61,4 ml	77,5 ml
TIROIDECTOMIA PARCIAL	56,7 ml	50 ml

⁽¹⁾sem esvaziamento ganglionar cervical

Verificou-se que nos doentes submetidos a exérese total da glândula tiroideia, 76,1% (n=16) retiraram o dreno ao segundo dia após a cirurgia, sendo que 75% (n=6) dos submetidos a tireoidectomia total com esvaziamento ganglionar cervical retiraram dreno no segundo dia pós-operatório e 25% (n=2) no terceiro dia. Nos casos de tireoidectomia parcial 81,2% (n=26) removeram dreno ao segundo dia e 18,8% (n=6) no primeiro dia pós-operatório.

QUA 2

NÚMERO DE DOENTES QUE RETIRAM DRENOS DURANTE AS 72 HORAS APÓS CIRURGIA TIROIDEIA.

EXÉRESE DO DRENO	24h	48h	72h
TIROIDECTOMIA TOTAL	9,5% (n=2)	76,1% (n=16)	9,5% (n=2)
TIROIDECTOMIA TOTAL + ESVAZIAMENTO GANGLIONAR CERVICAL	0	75% (n=6)	25% (n=2)
TIROIDECTOMIA PARCIAL	18,8% (n=6)	81,2% (n=26)	0



DISCUSSÃO

A colocação de dreno na cirurgia tiroideia é fruto de múltiplas reflexões, sempre no intuito de reduzir a morbidade do doente e os custos inerentes com a cirurgia.¹⁰ Numa era em que se procuram alternativas às incisões cervicais por intermédio de abordagens transaxilares, a introdução de dreno cervical contraria essa tendência.^{11,12}

Vários estudos argumentam contra a introdução de dreno cervical nas tireoidectomias, sejam totais ou parciais, tendo em consideração a probabilidade reduzida de formação de hematoma, de seroma ou de complicações infecciosas.^{13,14,15,16}

O presente estudo mostra a experiência do Serviço de Otorrinolaringologia do CHVNGaia/E EPE no que concerne à cirurgia tiroideia em geral e em particular à introdução de drenos aspirativos nessa cirurgia.

Em todos os doentes operados foram colocados drenos aspirativos tipo *Redivac* número 14. Não houve registo de complicações intraoperatórias relevantes, nem necessidade de reintervenção no pós-operatório imediato por hemorragia. Os doentes foram intervencionados por especialista ou interno. A hemostase foi efetuada por diatermia e/ou ligação dos vasos por fio absorvível. Não foram usados *clips* hemostáticos. A cirurgia não é efetuada com recurso a lupas de aumento ou a microscópio.

Constatou-se que os doentes submetidos a esvaziamento ganglionar cervical dos compartimentos laterais tiveram em média uma drenagem superior em 59,8ml comparando com os submetidos a tireoidectomia total sem esvaziamento ganglionar cervical. Pode-se deste modo argumentar que a drenagem cervical naqueles casos fará sentido uma vez que as drenagens são significativamente superiores quando existe esvaziamento ganglionar cervical dos compartimentos laterais.

Não foi observada diferença significativa quando comparadas, para o mesmo tipo de cirurgia, a patologia benigna e maligna. Inclusivamente, na tireoidectomia total, a média de drenagem quando a lesão era benigna foi ligeiramente superior, com 77,5ml nas primeiras 24 horas comparando com os 61,4ml quando a patologia era maligna.

Uma questão também importante reside no tempo ideal para exérese do dreno. Há uma grande variabilidade nos estudos e nas preferências de diferentes centros cirúrgicos. O valor de 25ml em 24h tem sido o aceite e o mais frequentemente usado, embora o valor seja um pouco empírico.^{15,16,17,18} Mais recentemente, um estudo aponta os 50ml em 24 horas como um valor seguro, sem aumento de complicações pós-operatórias.¹⁹

Considerando este valor, 69% das tireoidectomias parciais, neste estudo poderiam ter o dreno retirado nas primeiras 24 horas após cirurgia, contrastando com os 18,8% registados. Relativamente às tireoidectomias totais, 38% dos doentes poderiam retirar o dreno aspirativo no primeiro dia após cirurgia em contraste com os 9,5% descritos no presente estudo.

Teoricamente, tal facto poderia ter um impacto significativo no que concerne à diminuição do tempo de internamento e eventualmente no tempo de recuperação.

Neste estudo também se nota que, por tendência, o doente ficava frequentemente mais um dia internado após exérese do dreno. Tal atitude não tem fundamento teórico e na prática não mostrou nenhuma utilidade. De referir que nos anos após os incluídos neste trabalho, esta prática foi aperfeiçoada e o doente tem alta no dia em que se retira o dreno aspirativo.

Os estudos publicados têm variadas nuances, como por exemplo no tipo de dreno usado, na forma como é efetuada a hemostase durante o ato cirúrgico, nos cuidados pós-operatórios e na experiência do cirurgião.^{20,21,22,23,24}

Deste modo, embora a maioria de estudos argumente contra a colocação de drenos na cirurgia tiroideia, é entendimento dos autores que tal fundamento deve ser adaptado às realidades de cada serviço, nomeadamente se é um serviço que presta for-

mação cirúrgica a médicos internos.

No entanto, é entendimento dos autores que não será necessário manter mais do que um dia após cirurgia o dreno cervical nas tireoidectomias parciais. Nas tireoidectomias totais sem esvaziamento ganglionar os autores, intuitivamente, admitem que provavelmente um dia pós-operatório poderá ser o necessário nesta cirurgia, embora de momento, e face aos dados disponíveis, tal ação ainda não se adequa à prática do serviço do CHVNGaia/Espinho EPE. Quando se tem em conta a tireoidectomia total com esvaziamento ganglionar cervical do compartimento lateral, os dados apontam para colocação de drenagem cervical em todos os doentes, devendo este permanecer pelo menos 48 horas após o ato cirúrgico.

CONCLUSÃO

Serve o presente estudo para refletir sobre um dos aspetos técnicos da cirurgia tiroideia, nomeadamente a drenagem cervical pós-operatória. É entendimento dos autores que a colocação de drenos neste tipo de cirurgia deve seguir uma atitude razoável sustentada pela experiência de cada serviço. Serve também de estímulo para que a cirurgia tiroideia evolua do ponto de vista técnico para que num futuro muito próximo a necessidade de dreno cervical, pelo menos na cirurgia sem esvaziamento ganglionar, seja revista e vá de encontro a outros centros de referência neste tipo de procedimento cirúrgico.

BIBLIOGRAFIA

1. Shaha AR, Jaffe BM. Selective use of drains in thyroid surgery. *J Surg Oncol* 1993;52:241-3.
2. Durai R, Mownah A, Ng PC. Use of drains in surgery: a review. *J Perioper Pract* 2009;19:180-6.
3. Schwartz W, Willy, Ndzee C, Gerugross. Gravity or suction drainage in thyroid surgery? Control of efficacy with ultrasound determination of residual haematoma. *Arch Surg* 1996;381:337.
4. Byers RM, Ballantyne AJ, Goepfert H, Guillamondegui OM, Larson DL, Medina J. Clinical effects of closed suction drainage on wound healing in patients with head and neck cancer. *Arch Otolaryngol* 1982;108:723-6.
5. Lee SW, Choi EC, Lee YM, Lee JY, Kim SC, Koh YW. Is lack of placement of drains after thyroidectomy with central neck dissection safe? A prospective, randomized study. *Laryngoscope* 2006;116:1632-5.
6. Batstone MD, Lowe D, Shaw RJ, Brown JS, Vaughan ED, Rogers SN. Passive versus active drainage following neck dissection: a non-randomised prospective study. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2009;266(1):121-4.
7. Wihlborg O, Bergljung L, Martensson H. To drain or not to drain in thyroid surgery. A controlled clinical study. *Arch Surg* 1988;123:40-1.
8. Williams J, Toews D, Prince M. Survey of the use of suction drains in head and neck surgery and analysis of their biomechanical properties. *J Otolaryngol* 2003;32:16-22.
9. Samraj K, Gurusamy KS. Wound drains following thyroid surgery. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;17:(4).
10. Lo Gerfo P, Gates R, Gazetas P. Outpatient and short-stay thyroid surgery. *Head Neck*. 1991;13(2):97-101.
11. Shimazu K, Shiba E, Tamaki Y, et al. Endoscopic thyroid surgery through the axillo-bilateral breast approach. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 13:196-201, 200.
12. Lewis CM, Chung WY, Holsinger FC. Feasibility and surgical approach of transaxillary robotic thyroidectomy without CO₂ insufflation. *Head Neck* 2010;32(1):121-6.
13. Defechereux Th, Hamoir E, Nguyen Dang D, Meurisse M. Le drainage en chirurgie thyroïdienne. Est-ce toujours une nécessité? *Ann Chir* 1997;51:647-5.
14. Daou R. Thyroïdectomie sans drainage. *Chirurgie* 1997;122:408-10.
15. Ariyanayagam DC, Naraynsingh V, Busby D, Sieunarine K, et al. Thyroid surgery without drainage: 15 years of clinical experience. *J R Coll Surg Edinb* 1993;38:69-7.
16. Wax MK, Valiulis AP, Hurst MK. Drains in thyroid and parathyroid surgery. Are they necessary? *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1995;121:981-3.
17. Teboul F, Peix JL, Guibaud L, Massard JL, et al. Drainage prophylactique après thyroïdectomie: un essai randomisé. *Ann Chir* 1992;46:902.
18. Amir I, Morar P, Belloso A. Postoperative drainage in head and neck surgery. *Ann R Coll Surg Engl*. 2010; 92(8): 651-654.
19. Harris T, Doolarkhan Z, Fagan JJ. Timing of removal of neck drains following head and neck surgery. *Ear Nose Throat J* 2011;90(4):186-9.
20. Willy C, Steinbronn S, Sterk J, Gerngross H, et al. Drainage systems in thyroid surgery: a randomized trial of passive and suction drainage. *Eur J Surg* 1998;164:935-40.
21. Joudinaud T, Corre FL, Pagès JC, Renou G, et al. Drainage dans la chirurgie thyroïdienne. À propos de 264 patients. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac* 2002;119:146.
22. Kristofferson A, Sandzén B, Järhult J. Drainage in uncomplicated thyroid and parathyroid surgery. *Br J Surg* 1986;73:121.
23. Ruark DS, Abdel-Misih RZ. Thyroid and parathyroid surgery without drains. *Head Neck* 1992;14:285.
24. Choretanis G, Melissas J, Sanidas E, Christodoulakis et al. Does draining the neck affect morbidity following thyroid surgery? *Am Surg* 1998;64:778-80.