

# Protegendo a pele durante a tireoidectomia

## *Protecting the skin during thyroidectomy*

RENAN BEZERRA LIRA<sup>1</sup>; GENIVAL BARBOSA DE CARVALHO<sup>1</sup>; JOSÉ GUILHERME VARTANIAN, ACBC-SP<sup>1</sup>; LUIZ PAULO KOWALSKI, TCBC-SP<sup>1</sup>

### R E S U M O

Nesta nota descrevemos a manobra técnica padrão utilizada em nosso departamento para proteger a pele durante as tireoidectomias com o objetivo de obter o melhor resultado estético. Empregamos luvas cirúrgicas para proteger a pele durante estas operações objetivando diminuir o impacto negativo dos traumas térmico e mecânico de afastadores e dispositivos de entrega de energia nas bordas da pele incisada. Esta prática é efetiva, barata, rápida, facilmente reproduzível e não mostrou nenhuma complicação em nossa experiência de mais de 2500 tireoidectomias.

**Descritores:** Tireoidectomia. Procedimentos cirúrgicos operatórios. Estética. Proteção. Pele.

### INTRODUÇÃO

A história da tireoidectomia moderna começa no Século XIX, com Theodor Billroth (1829-1894). No entanto um de seus discípulos, Theodor Kocher (1841-1917), considerado o "pai da cirurgia da tireoide", foi responsável pela maior parte do desenvolvimento da técnica e pela descrição da incisão cervical clássica em "colar" em 1898, que leva até hoje seu nome<sup>1</sup>.

O carcinoma bem diferenciado da glândula tireoide tem, entre todos os tipos de câncer, o mais rápido crescimento em incidência nos últimos anos. As taxas de incidência quase triplicaram nos últimos 30 anos<sup>2</sup>. No Brasil, estima-se que 10.590 novos casos de câncer de tireoide foram diagnosticados em mulheres em 2012, sendo o quarto tumor maligno mais comum no sexo feminino<sup>3</sup>. Em nosso departamento, entre 2008 e 2010, 1321 pacientes foram submetidos às operações na tireoide (1100 mulheres), com média de idade de 44 anos, sendo 85% dos casos abaixo de 60 anos de idade. Em 2011 e 2012, 1404 tireoidectomias foram realizadas no Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço. Uma vez que esta é uma doença que afeta principalmente as mulheres, principalmente abaixo de 60 anos de idade, a aparência da cicatriz do pescoço é considerada muito importante, e a preocupação com resultados cosméticos deste procedimento operatório está ganhando destaque, com grande investimento intelectual e financeiro no desenvolvimento de novas técnicas que resultem em cicatrizes menores, ou menos expostas, e esteticamente favoráveis (acessos transaxilar e cervical posterior).

Estas novas técnicas cirúrgicas aumentam o tempo e o custo, além disso, não podem ser aplicadas na maioria dos casos. Sendo assim, é essencial conseguir o

melhor resultado cosmético na cicatriz de tireoidectomia clássica aberta, já que é o procedimento indicado para a maioria dos pacientes. Para isso, várias soluções técnicas têm sido propostas, como secção da musculatura pré-tireoidiana e tireoidectomia sem descolamento dos retalhos cutâneos<sup>4</sup>. Atualmente, a tireoidectomia convencional é executada por meio de uma incisão em colar no pescoço anterior, dois a três centímetros acima da fúrcula esternal, de preferência sobre prega ou marca natural do pescoço, com um comprimento que varia de quatro a seis centímetros, dependendo das características anatômicas do paciente (circunferência do pescoço) e do tamanho da glândula a ser removida<sup>4</sup>. Em geral, pequenas incisões estão mais expostas ao traumatismo pelos afastadores ou lesão térmica pelos equipamentos de entrega de energia, que têm um impacto negativo na aparência da cicatriz resultante. Portanto, além de técnica de síntese cuidadosa, é obrigatória a utilização de proteção da pele em torno da incisão durante o procedimento operatório, assim como a excisão das bordas traumatizadas no final do processo, se necessário<sup>5</sup>. Neste contexto, várias técnicas ou precauções podem ser e foram utilizadas por cirurgiões de cabeça e pescoço, numa tentativa de evitar o trauma ou queimaduras da pele do pescoço durante tireoidectomia. Neste artigo nós descrevemos uma técnica simples, rápida e de baixo custo, rotineiramente utilizada em nossas operações sobre a tireoide, para proteger a pele.

### TÉCNICA CIRÚRGICA

Após a anestesia geral, o paciente é posicionado com coxim sob as escápulas, a fim de obter a hiperextensão cervical. Em seguida, é realizada antisepsia e colocação

1. Departamento de Cirurgia de Cabeça e Pescoço, AC Camargo Cancer Center, São Paulo-SP, Brasil.

dos campos cirúrgicos. A incisão cervical de Kocher modificada é planejada e marcada na pele. Normalmente, esta incisão está localizada a cerca de 3cm acima da fúrcula, centralizada, coincidindo com uma prega natural ou ruga da pele e com 4 a 6cm de comprimento, dependendo de características, como peso, altura, circunferência do pescoço, a distância entre a cricoide e fúrcula, o volume da tireoide e a necessidade de esvaziamento do compartimento central do pescoço. A pele é incisada com bisturi (lâmina 15) até o tecido subcutâneo, e, em seguida, com electrocautério até plano subplastimal, onde retalhos de pele são dissecados até a cricoide superiormente e à fúrcula, inferiormente, com hemostasia cuidadosa.

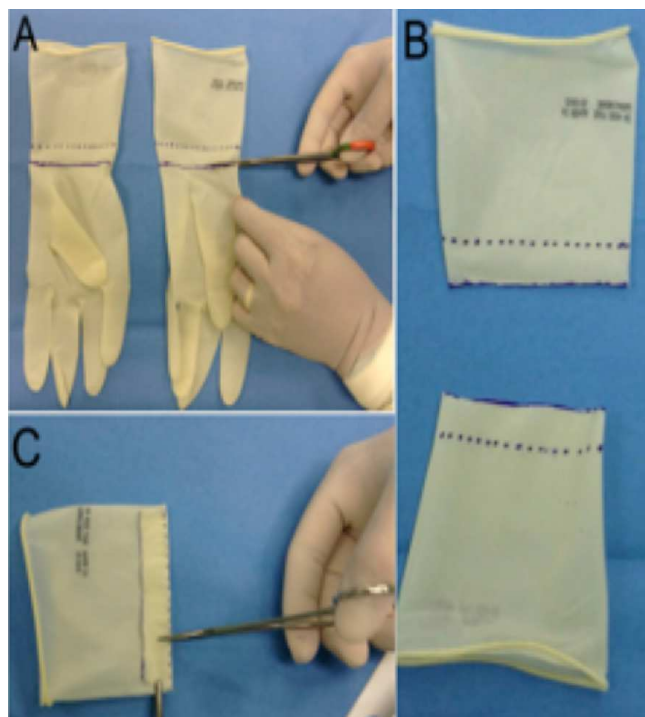
Os protetores da pele são confeccionados antes da operação, a partir de um par de luvas cirúrgicas estéreis sem pó (Figura 1). As luvas são cortadas na transição entre a mão e punho. As partes das luvas referentes às mãos são descartadas. Nos punhos das luvas, o bordo previamente cortado é dobrado e, em seguida, fixado no platisma previamente seccionado (uma superior e uma inferior), com três pontos invertidos na parte inferior, três pontos invertidos na parte superior e um ponto em cada lado, fixando os protetores um a outro na extremidade da incisão. Só os pontos laterais são visíveis durante a operação (Figura 2). Após essa fixação nas bordas da incisão, a parte livre de cada protetor de pele é fixada aos campos cirúrgicos superior e inferiormente, mantendo-se as bordas da pele incisada evertidas, protegidas e afastadas.

A tireoidectomia é então realizada da forma habitual utilizando afastadores, bisturi elétrico monopolar, bipolar e ultrassônico, de acordo com a necessidade. Após a retirada da peça cirúrgica, procede-se revisão da hemostasia, colocação de drenos (se necessário) e a sutura dos músculos pré-tireoideanos na região média. Os protetores de pele são então soltos e, em seguida, removidos. O fechamento prossegue com sutura invertida separada com fio absorvível 4-0 do platisma e subcutâneo, e sutura contínua intradérmica com nylon 4-0 da pele. O curativo é feito com fita micropore estéril formando uma trelíça sobre incisão. Os pacientes são orientados a manter a incisão coberta com curativo de silicone ou micropore durante pelo menos um mês, trocando-o, sempre que necessário.

Exemplificando esta técnica e seus resultados, mostramos um caso de uma mulher de 30 anos, portadora carcinoma papilífero de tireoide, submetida à tireoidectomia total. Todas as imagens neste artigo são desta paciente e, na figura 3 podemos ver a cicatriz resultante 10 e 45 dias após a operação. Esta paciente evoluiu sem complicações pós-operatórias.

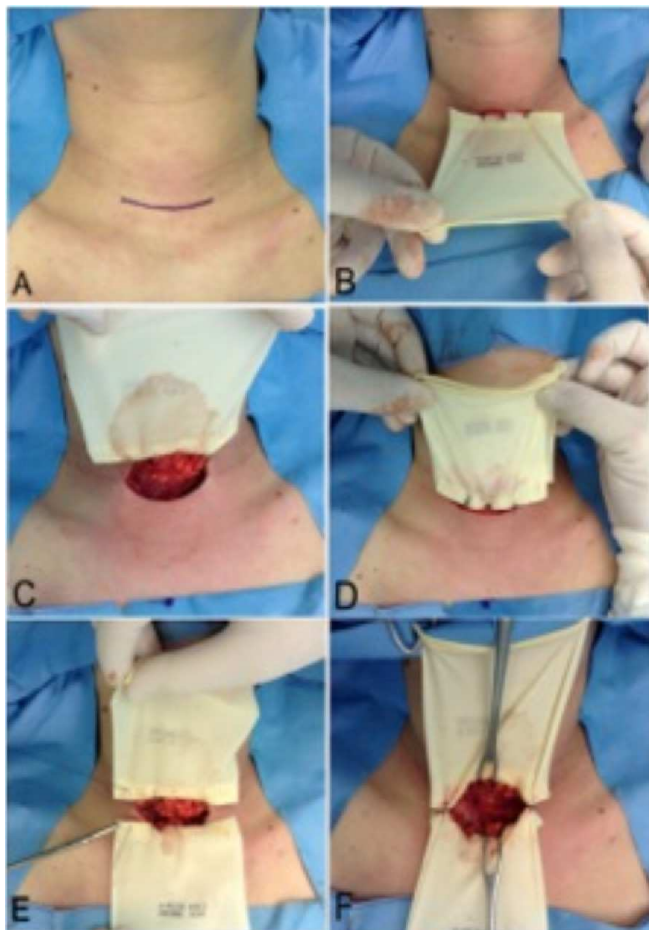
## DISCUSSÃO

Theodor Kocher descreveu a incisão cervical anterior em colar em 1898, buscando o melhor resultado estético em seu tempo<sup>1,6</sup>. Desde então, uma enorme evo-



**Figura 1** - Desenho e confecção de protetores de pele usando um par de luvas cirúrgicas estéreis. As luvas são cortadas na transição entre a mão e punho (A); partes referentes às mãos são descartadas (B); nos punhos das luvas, a borda previamente cortada é dobrada (C).

lução técnica ocorreu na tireoidectomia, tentando alcançar o melhor resultado funcional e estético, incluindo menor incisão e cicatriz. Atualmente existem pelo menos 20 abordagens cirúrgicas diferentes para a glândula tireoide<sup>7</sup>. No entanto, incisões menores não parecem ter um impacto direto na satisfação estética dos pacientes. Bokor *et al.* compararam abordagem minimamente invasiva com tireoidectomia aberta convencional e não encontraram qualquer diferença significativa em termos de imagem corporal, estética e escores de autoconfiança entre os grupos<sup>5</sup>. Outros estudos não mostraram nenhuma relação entre o comprimento relativo ou absoluto da cicatriz e satisfação relatada pelo paciente, mesmo em pacientes do sexo feminino, sugerindo que a questão da satisfação com a cicatriz após as operações da tireoide é bem mais complexa, envolvendo vários outros fatores além de, simplesmente, o comprimento<sup>8,9</sup>. Neste contexto, o esforço técnico deve ser dirigido não só para fazer incisões menores, mas tentar obter uma cicatriz esteticamente mais favorável, evitando cicatrizes hipertróficas e hipercrômicas. Kim *et al.* analisaram os fatores de risco para cicatriz hipertrófica após tireoidectomias, e mostraram que alto índice de massa corporal, esternocleidomastoideos proeminentes e distância pequena entre a incisão e fúrcula foram associados a uma maior incidência de cicatrizes hipertróficas<sup>10</sup>. Este estudo não analisou o trauma de bordas da pele durante a tireoidectomia como um fator de risco potencial para a



**Figura 2** - Incisão e fixação de protetores da pele. Planejamento da incisão (A); fixação dos protetores da pele superior e inferior com pontos (B, C, D e E); aspecto após fixação dos protetores da pele (F).



**Figura 3** - Resultado estético da cicatriz de tireoidectomia usando a técnica descrita para a proteção da pele. Planejamento da incisão (A e B); aspecto das bordas da pele depois da retirada da peça (C) e após o encerramento do procedimento (D); cicatriz resultante no décimo (E) e 45º (F) dias de pós-operatório.

cicatriz hipertrófica, no entanto, esses e vários outros autores têm destacado a importância de evitar a retração excessiva, trauma ou lesão térmica nas bordas da pele durante a execução da operação como forma de alcançar um melhor resultado estético<sup>4,5,8,10,11</sup>.

Para o nosso conhecimento, há apenas uma técnica formalmente publicada para a proteção da pele em cirurgia de tireoide. Lee *et al.* descreveram o uso de drenos de Penrose para criar protetores de pele em forma de envelope, fixando-os às bordas da pele incisada durante a tireoidectomia<sup>11</sup>. No Brasil, existem várias manobras operatórias não publicadas, realizadas em diferentes institui-

ções, para evitar trauma nas bordas da pele da incisão durante a operação tireoidiana.

Descrevemos aqui uma prática padrão em nosso departamento para cirurgias da tireoide, e outras, como operação de Sistrunk, linfadenectomia cervical e submaxilarectomia: usar protetores de pele confeccionados a partir de luvas cirúrgicas, com o objetivo de evitar lesões térmicas, trauma de afastadores e de dispositivos de entrega de energia. Esta prática, que parece melhorar os resultados estéticos da cicatriz, é eficaz, barata, rápida e facilmente reproduzível e não mostrou qualquer complicação em nossa experiência de mais de 2500 casos.

## A B S T R A C T

*In this note we describe the standard technical maneuver used in our department to protect the skin during thyroidectomy in order to get the best aesthetic result. We use surgical gloves to protect the skin during these operations to reduce the negative impact of thermal trauma and mechanical retractors and energy delivery devices at the edges of the skin incised. This practice is effective, inexpensive, rapid, reproducible and showed no complication in our experience of over 2,500 thyroidectomies.*

**Key words:** *Thyroidectomy. Surgical procedures, operative. Esthetics. Protection. Skin.*

## REFERÊNCIAS

1. Hannan SA. The magnificent seven: a history of modern thyroid surgery. *Int J Surg*. 2006;4(3):187-91.
2. Cramer JD, Fu P, Harth KC, Margevicius S, Wilhelm SM. Analysis of the rising incidence of thyroid cancer using the Surveillance, Epidemiology and End Results national cancer data registry. *Surgery*. 2010;148(6):1147-53.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Estimativa 2012: Incidência do câncer no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Acessado em: 26 de maio de 2013. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>
4. Consorti F, Milazzo F, Notarangelo M, Scardella L, Antonaci A. Factors influencing the length of the incision and the operating time for total thyroidectomy. *BMC Surg*. 2012;12:15.
5. Bokor T, Kiffner E, Kotrikova B, Billmann F. Cosmesis and body image after minimally invasive or open thyroid surgery. *World J Surg*. 2012;36(6):1279-85.
6. Economopoulos KP, Petralias A, Linos E, Linos D. Psychometric evaluation of Patient Scar Assessment Questionnaire following thyroid and parathyroid surgery. *Thyroid*. 2012;22(2):145-50.
7. Yeung GH. Endoscopic thyroid surgery today: a diversity of surgical strategies. *Thyroid*. 2002;12(8):703-6.
8. Toll EC, Loizou P, Davis CR, Porter GC, Pothier DD. Scars and satisfaction: do smaller scars improve patient-reported outcome? *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2012;269(1):309-13.
9. O'Connell DA, Diamond C, Seikaly H, Harris JR. Objective and subjective scar aesthetics in minimal access vs conventional access parathyroidectomy and thyroidectomy surgical procedures: a paired cohort study. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2008;134(1):85-93.
10. Kim JH, Sung JY, Kim YH, Lee YS, Chang HS, Park CS, et al. Risk factors for hypertrophic surgical scar development after thyroidectomy. *Wound Repair Regen*. 2012;20(3):304-10.
11. Lee YS, Kim BW, Chang HS, Park CS. Use of a silicone penrose drain to protect incised skin edges during thyroid surgery. *Surg Innov*. 2013;20(4):NP1-2.

Recebido em 01/09/2012

Aceito para publicação em 15/11/2012

Conflito de interesse: nenhum.

Fonte de financiamento: nenhuma.

### Como citar este artigo:

Lira RB, Carvalho GB, Vartanian JG, Kowalski LP. Protegendo a pele em tireoidectomia. *Rev Col Bras Cir*. [periódico na Internet] 2014;41(1). Disponível em URL: <http://www.scielo.br/rcbc>

### Endereço para correspondência:

Renan Bezerra Lira

E-mail: [renan.lira@accamargo.org.br](mailto:renan.lira@accamargo.org.br)