



P-437 - NEUROMONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA DEL NERVIO LARÍNGEO RECURRENTE. UNA HERRAMIENTA VÁLIDA PARA MEJORAR LA CALIDAD DE LA CIRUGÍA TIROIDEA

Á. Sánchez Cifuentes, N. Martínez Sanz, E. Peña Ros, M. Vicente Ruiz, M.F. Candel Arenas, M. Maestre Maderuelo, E. Terol Garaulet y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Resumen

Introducción: Las complicaciones en cirugía tiroidea son poco frecuentes (hemorragia postoperatoria, parálisis del nervio laríngeo recurrente (NLR), hipoparatiroidismo transitorio o permanente y las relacionadas con el bloqueo de la vía aérea) y pueden comprometer la vida del paciente, precisar tratamiento quirúrgico y dejar secuelas funcionales u orgánicas, así como aumentar de la estancia hospitalaria o el coste sanitario. La monitorización intraoperatoria del NLR puede reducir la incidencia de algunas de estas complicaciones. Presentamos una serie de casos de pacientes intervenidos de tiroidectomía con uso de monitorización intraoperatoria del NLR.

Métodos: Se recogieron datos retrospectivamente, de los primeros 91 pacientes en los que se había monitorizado intraoperatoriamente el NLR. Se llevo a cabo mediante el sistema de monitorización de integridad nerviosa NIM-Response® 2.0 y tubo endotraqueal EMG NIM™, tras la identificación visual de los NLR y vagos. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, antecedente de lesión recurrencial, diagnóstico preoperatorio, técnica quirúrgica, realización de paratiroidectomía y vaciamiento ganglionar, la localización intraoperatoria pre y posttiroidectomía de los nervios vagos y recurrentes, así como la detección de los mismos mediante el monitor, la lesión advertida intraoperatoriamente y la presencia de disfonía, tanto temporal como permanente. Los datos se almacenaron y analizaron con el programa estadístico SPSS Statistics21.

Resultados: Un total de 91 pacientes con una edad media de 47,7 años, 86,8% mujeres y 13,2% varones. El diagnóstico preoperatorio más frecuente fue el bocio multinodular, seguido de hipertiroidismo y nódulo tiroideo. En ningún caso había antecedente de lesión recurrencial previa. La técnica quirúrgica que se hizo en la mayoría de los casos fue la tiroidectomía total, asociándose a linfadenectomía en el 16,5% de los casos y paratiroidectomía en el 9,9% de los mismos. En más del 85% de los casos la NM confirmó la indemnidad de ambos NLR, en 8% la señal después de la tiroidectomía dio negativa para el NLR izquierdo y el 4,5% para el NLR derecho, aunque se objetivó visualmente la indemnidad de los mismos. Entre el 3,4-6,8% de los casos la monitorización no fue correcta debido a problemas técnicos. En ningún caso hubo lesión recurrencial advertida intraoperatoriamente y solo 11 pacientes presentaron disfonía transitoria, de los cuales en 9 casos la NM fue correcta y en 2 de ellos la señal posttiroidectomía se había perdido, aunque se visualizaron correctamente sin apreciar lesión.

Conclusiones: La parálisis del NLR se asocia con el grado de dificultad en su identificación intraoperatoria. La neuromonitorización en cirugía tiroidea ayuda en la localización, identificación, visualización y disección del NLR e informa sobre su estado funcional al finalizar la intervención. En caso de pérdida de señal ayuda en la toma de decisiones y aumenta la seguridad. Según nuestros datos, la NM confirmó la integridad de los NLR en más del 85% de los casos, el caso contrario se debió a fallos en el sistema o en la falta de identificación visual del nervio. La técnica debe dominarse bien para evitar falsos positivos y negativos. Por todo lo anterior, creemos que es recomendable realizar la NM en cirugía tiroidea de forma rutinaria.