



P-118 - PARÁLISIS RECURRENCIAL POSTOPERATORIA. LOS CIRUJANOS SOMOS LOS RESPONSABLES, PERO ¿SOMOS SIEMPRE LOS CULPABLES?

Servide Staffolani, María José; de la Quintana Basarrate, Aitor; Agirre Etxabe, Leire; Martínez Fernández, Gloria; Arana González, Ainhoa; Serrano Hermosilla, Clara; Colina Alonso, Alberto

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Introducción: Se estima una incidencia de parálisis recurrencial permanente menor al 2% tras una tiroidectomía, siendo de 0,2-0,8% en unidades especializadas en cirugía endocrina. No obstante, existen causas de disfonía postoperatoria no relacionadas directamente con la cirugía como pueden ser las maniobras de intubación, entre otras.

Casos clínicos: Presentamos cinco casos clínicos en los cuales se llevó a cabo una hemitiroidectomía, sin antecedentes de cirugía cervical previa y con fibrolaringoscopia preoperatoria normal. En cuatro de estos casos se objetivó parálisis recurrencial del lado contralateral al operado, y el quinto caso presentó una parálisis cordal bilateral tras la realización de una hemitiroidectomía izquierda. Los cinco casos se trataban de patología benigna. Las intervenciones fueron realizadas entre el año 2013 y 2018, por cirujanos experimentados en cirugía endocrina en un hospital terciario. En tres de los cinco casos se usó neuromonitorización intermitente (NIM) y en los otros dos neuromonitorización continua junto con el servicio de Neurofisiología. Cuatro de los cinco pacientes presentaron parálisis temporal, siendo la recuperación completa en menos de un año. El paciente que sufrió de parálisis bilateral precisó de traqueotomía por dificultad respiratoria. Aproximadamente a los 10 meses presentó una recuperación completa de la CV izquierda, siendo correspondiente al lado operado, permaneciendo la parálisis de la CV derecha.

Caso nº	Edad	Procedimiento	Monitorización	Incidencias IO	ORL PO	Recuperación PO	AP
1	86	Hemitiroidectomía a derecha	Intermitente	No	Parálisis CVI	2º mes	Neoplasia Folicular
2	46	Hemitiroidectomía a derecha	Intermitente	No	Parálisis CVI	2º mes	Hiperplasia
3	80	Hemitiroidectomía a derecha	Intermitente	No	Parálisis CVI	6º mes	Hiperplasia
4	47	Hemitiroidectomía a izquierda	Continua	No	Parálisis CVD	3º mes	Hiperplasia

5	60	Hemitiroidectomía izquierda	Continua	Perdida de señal con recuperación < 50% N3	Parálisis bilateral	10º CVI. CVD Sin recuperación	Neoplasia folicular
---	----	-----------------------------	----------	--------------------------------------------	---------------------	-------------------------------	---------------------

IO: Intraoperatorias; PO: postoperatorio.

Discusión: Un objetivo principal de los cirujanos endocrinos es minimizar las lesiones recurrenciales por su repercusión en la calidad de vida del paciente, su capacidad laboral y las consabidas responsabilidades legales. Con este trabajo quedan de manifiesto cinco lesiones en el lado que no ha sido intervenido. Es lógico suponer que la desconocida causa de estas lesiones pueda ser la responsable también de algunas lesiones que se dan en el lado operado y que se atribuyen a la acción directa del cirujano. El tamaño del tubo endotraqueal, los movimientos del mismo durante la cirugía, la duración mayor a 3h, la edad mayor de 50 años, la DM y la HTA son factores de riesgo de lesión de CV asociados a la intubación. Los factores mencionados pueden estar presentes en muchas de las tiroidectomías realizadas, es difícil diferenciar los casos de lesión provocados por la intubación o por el proceso quirúrgico. El estudio y análisis de casos de lesión contralateral pueden ser de ayuda para intentar detectar los mecanismos por el cual se produce dicha lesión, e intentar prevenirla en la medida de lo posible. El cirujano endocrino es el responsable legal de las lesiones recurrenciales postoperatorias pero creemos que no es siempre el culpable.