



P-119 - FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN LA PÉRDIDA DE SEÑAL DEL NERVIJO LARÍNGEO RECURRENTE DURANTE LA CIRUGÍA TIROIDEA Y SU REPERCUSIÓN CLÍNICA

Sobrino Brenes, Lorena; Marín Velarde, Consuelo; Llosa Pérez, Julia; Sacristán Pérez, Cristina; Díaz Rodríguez, Mercedes

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Objetivos: Las pérdidas de señal durante la neuromonitorización intraoperatoria (IONM) con un nervio laríngeo recurrente (NLR) intacto ocurren durante la cirugía tiroidea en el 2-15% de los casos. Los mecanismos por los cuales se produce esta pérdida o disminución de la señal aún no están claros. La causa más aceptada es la tracción del nervio durante la movilización del lóbulo tiroideo, pero también puede deberse a lesiones térmicas, compresión o isquemia del nervio. Se han analizado varios factores (sexo, IMC, volumen tiroideo, patología tiroidea, asociación de vaciamiento cervical, variaciones anatómicas del nervio, etc.) sin que hasta el momento se haya podido demostrar una asociación. Nuestro objetivo es analizar los casos de pérdida o disminución de señal en pacientes intervenidos en nuestro centro y su repercusión clínica.

Métodos: Presentamos un estudio observacional prospectivo en el que se incluyen 100 pacientes intervenidos de cirugía tiroidea. En todos los casos se lleva a cabo la neuromonitorización intraoperatoria intermitente de los nervios vago, laríngeo superior y laríngeo recurrente antes y después de la resección. La intubación se realiza bajo visión directa comprobando la correcta colocación de los electrodos. En todos los pacientes se realiza una laringoscopia pre y posquirúrgica.

Resultados: De los 100 pacientes intervenidos se produce una pérdida o disminución de la señal del NLR en 14 pacientes. El 71,4% son mujeres. La mediana de edad es 56,5 años. El IMC medio es de 27,7. Se llevaron a cabo 7 hemitiroidectomías y 7 tiroidectomías totales. La principal indicación fue por bocio multinodular; dos casos fueron por tiroiditis y otros dos por malignidad. Ningún NLR se encontraba bifurcado, y en el 50% de los casos discurría por encima de la arteria tiroidea inferior. En 11 casos se registró una pérdida global de la señal, y 3 fueron disminuciones de la amplitud. Se recuperó la señal de forma intraoperatoria a los 20 minutos en 12 de los 14 pacientes. De los dos pacientes que no recuperaron la señal, solo uno presentó una disfonía temporal. Todas las laringoscopias posoperatorias fueron normales salvo una, en la que se observó una parálisis paramediana de cuerda vocal unilateral, con cambio en la tonalidad de la voz como repercusión clínica. En 10 de los casos se identificó una tracción excesiva del nervio como posible causa de la pérdida de señal. Uno de los casos se asoció a una ligadura, que tras su retirada no se recuperó la señal intraoperatoriamente. En 3 casos no se identificó causa.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el mecanismo que con mayor frecuencia se asocia a las pérdidas de señal es la tracción. La mayoría de ellas se recuperan intraoperatoriamente y en ningún caso se asocian a repercusiones clínicas significativas permanentes. El sexo, IMC, indicación quirúrgica y relación del NLR con la arteria tiroidea inferior no parecen influir en la pérdida de señal.