



O-150 - La administración de Sugammadex elimina los falsos positivos en la neuromonitorización intraoperatoria del nervio recurrente durante la tiroidectomía

Sancho Insenser, Juan José; Trillo Urrutia, Lourdes; Iskra Marco, Pilar; Lorente Poch, Leyre; Fernández Candil, Juan; Gallego Otaegui, Lander; Sitges Serra, Antonio

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: La neuromonitorización intraoperatoria (NMIO) de los nervios recurrentes (NLR) es una valiosa ayuda durante la tiroidectomía y su uso se está extendiendo. Aunque los bloqueantes neuromusculares no despolarizantes (BMND) sean utilizados únicamente en la inducción anestésica, pueden tener efecto residual al iniciar la NMIO y confundir al cirujano al disminuir la contractilidad de las cuerdas vocales y simular una ausencia de señal.

Objetivos: Determinar si la reversión del bloqueo neuromuscular mediante la administración de antagonistas específicos (Sugammadex) restaura la contractilidad muscular y evita falsos positivos en la NMIO.

Métodos: Estudio clínico observacional prospectivo unicéntrico en 42 pacientes sometidos a tiroidectomía total. Se utilizó rocuronio como BMND. Se monitorizaron el bloqueo neuromuscular mediante cinemiografía que registró la proporción de *Train of Four* (TOF%) y la profundidad anestésica mediante el índice bispectral (BIS). Se utilizó la NMIO mediante electrodos laríngeos de superficie y se estimuló el nervio vago derecho con 2 mA (V1) tras la disección del polo superior del tiroides antes de identificar el NLR. Se administró Sugammadex (2 mg/gk) inmediatamente tras la determinación de V1 y se volvió a estimular el nervio vago (V1 Post-SUGA). Se estableció como patológica una señal de amplitud inferior a 150 μ V.

Resultados: Se estimuló el nervio vago derecho (V1) a los $41,8 \pm 10$ minutos (de 25 a 65) de la administración del relajante muscular. Los valores medios de V1 fueron $232 \pm 186 \mu$ V. El nivel de V1 fue bajo ($< 150 \mu$ V) en 20 (47%) de los pacientes. Tras administrar Sugammadex la conductividad aumentó en el 95% de los casos (232 ± 186 vs $625 \pm 360 \mu$ V; $p < 0,0001$). De los 20 pacientes con V1 baja, 18 (90%) recuperaron una V1 Post-SUGA normal. Todos los pacientes tuvieron una determinación V2 normal al final de la tiroidectomía. El TOF% medio en el momento de la intubación orotraqueal fue de $5,9 \pm 1$, de $14,3 \pm 3$ al determinar V1 y ascendió significativamente a $87,5 \pm 2$ tras administrar Sugammadex ($p < 0,0001$). El TOF% de los pacientes con V1 bajo fue significativamente menor que el de los pacientes con V1 normal ($7,4 \pm 3$ vs $20,6 \pm$; $p = 0,016$). La profundidad de la anestesia medida mediante el BIS no mostró diferencias significativas entre los momentos de intubación orotraqueal, determinación de V1 y V1 post-SUGA ($48,6 \pm 8$ vs $44,8 \pm 7$ vs $46,4 \pm 8$; $p = 0,580$), ni entre los pacientes con V1 baja y V1 normal ($43,5 \pm 9$ vs 46 ± 6 ; $p = 0,4$).

Conclusiones: La administración de Sugammadex restaura la contractibilidad muscular y permite la NMIO fiable en cirugía tiroidea. Recomendamos su utilización cuando la amplitud de la señal inicial del nervio vago sea inferior a 150 μ V.