



O-204 - ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE LA PÉRDIDA DE SEÑAL EN EL PRIMER LADO DURANTE NEUROMONITORIZACIÓN INTRAOPERATORIA DEL NERVIO LARÍNGEO RECURRENTE EN LA TIROIDECTOMÍA TOTAL

J. Sancho-Insenser¹, L. Lorente-Poch¹, J. Fontané-Ventura¹, C.S. Duque², J.P. Dueñas Muñoz², L. Trillo Urrutia¹, D. López Castillo¹ y A. Sitges-Serra¹

¹Hospital del Mar, Barcelona. ²Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín (Colombia).

Resumen

Introducción: Con el advenimiento de la monitorización intraoperatoria de la función del nervio laríngeo recurrente (NLR) durante la tiroidectomía, se ha propuesto la tiroidectomía por etapas cuando se detecta una pérdida de la señal en el primer lado intervenido, al objeto de evitar la lesión bilateral y, eventualmente, la necesidad de una traqueotomía. No hay evidencia de alta calidad que apoye esta recomendación que podría alterar de forma significativa la práctica de la tiroidectomía en nuestro medio.

Métodos: Se realizó un estudio observacional prospectivo de pacientes adultos consecutivos sometidos a tiroidectomía total por cáncer o bocio multinodular en dos centros especializados en Cirugía Endocrina. Se realizó linfadenectomía del compartimento cervical central en los casos de cáncer papilar. La neuromonitorización se realizó de forma intermitente con ocho registros por paciente (nervio vago y NLR, pre y post-lobectomía, bilateral) mediante electrodos endotraqueales de contacto y una sonda manual según protocolo pre-establecido. Se registró la prevalencia de la pérdida de señal genuina en el primer lado intervenido. Se completó la tiroidectomía en todos los casos, y los nervios vagos y laríngeos del primer lado se volvieron a comprobar durante y al final del procedimiento. Se practicó una fibrolaringoscopia a todos los pacientes en las primeras 48 horas tras la intervención.

Resultados: Se incluyeron 290 pacientes. Se observó pérdida de señal en el primer lado en 16 pacientes (5,5%), 11 mujeres y 5 hombres, con una edad media de 41 ± 7 años. Las indicaciones para la cirugía fueron bocio multinodular en 8 y cáncer papilar de tiroides en 8. Se afectaron nueve NLR derechos y siete izquierdos. La pérdida de señal fue global lo largo del NLR en cinco pacientes y segmentaria en 11. La tiroidectomía se completó en todos los pacientes (tiroidectomía total en 14 y casi-total en 2) y, al volver a probar, 15 de los 16 nervios inicialmente afectados recuperaron una señal electromiográfica con una media (\pm DE) de amplitud de 132 ± 26 mcV. El tiempo medio la recuperación fue de 20,2 (rango 10-35) minutos. En ningún paciente se perdió la señal en el lado opuesto. Sólo en tres de los 15 nervios con una señal recuperada se apreció una disfunción postoperatoria transitoria de la movilidad de las cuerdas vocales (dos parestesias, una parálisis). El paciente sin recuperación de la señal sufrió una parálisis temporal. A los tres meses tras la cirugía, las cuatro disfunciones de cuerda vocal se habían recuperado.

Conclusiones: Tras una pérdida de la señal del nervio laríngeo recurrente disecado inicialmente, hay un 90 por ciento posibilidad de recuperación intraoperatoria de la señal. En esta situación, la tiroidectomía por etapas no parece justificada y la tiroidectomía bilateral juiciosa puede ser realizada sin un riesgo adicional significativo de parálisis bilateral del nervio recurrente.