



O-210 - MONITORIZACIÓN NEUROFISIOLÓGICA INTRAOPERATORIA CONTINUA DEL NERVIOS VAGO DURANTE LA TIROIDECTOMÍA. ESTUDIO PROSPECTIVO EN 132 PACIENTES

A. de la Quintana Basarrate, A. Iglesias Martínez, G. Marín Fernández, A. Arana González, J. Uriarte González, J.M. García González, L. Agirre Etxabe e I. Yurrebaso Goicoechea

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Objetivos: Evaluar la utilidad de la monitorización neurofisiológica intraoperatoria continua (MNIO) del nervio vago durante la tiroidectomía con el objetivo de preservar la función recurrente y establecer los parámetros de seguridad.

Métodos: Hemos analizado en nuestra Unidad de Cirugía Endocrina desde noviembre de 2011 prospectivamente las primeras 132 tiroidectomías realizadas bajo MNIO empleando técnica de electromiografía de barrido libre, mapping y estimulación continua del nervio vago con registro en ambas cuerdas vocales. De ellas han sido tiroidectomías totales 76 (18 con linfadenectomía central profiláctica y 5 terapéutica) y 56 hemitiroidectomías, con un total de 208 nervios recurrentes en riesgo. Hemos monitorizado tanto la amplitud como la latencia. En los pacientes con algún evento durante la MNIO se les ha realizado una fibrolaringoscopia directa las primeras 24 horas tras cirugía. En función de los hallazgos de la MNIO hemos clasificado como nivel de riesgo 0 (N0R) si no hay alteraciones significativas a lo largo de la cirugía. Nivel 1 (N1R) si durante la cirugía la disminución de la amplitud del potencial respecto a su basal es inferior al 50%. En los casos en los que la amplitud del potencial disminuye más del 50% se emplean maniobras de recuperación consistentes en relajación de la tracción e irrigación con suero fisiológico templado. Si la amplitud final del potencial ha disminuido menos del 50% se considera nivel 2 (N2R), siendo de nivel 3 (N3R) si el descenso se mantiene mayor del 50%.

Resultados: Ninguno de los pacientes con N0R (64), N1R (32) y N2R (29) sufrieron lesión recurrente. De los 7 de N3R dos sufrieron paresia y uno parálisis, todas transitorias. Las paresias se produjeron en pacientes con pérdidas de amplitud del 55 y 60%, aunque no fueron sintomáticas. La parálisis fue tras descenso final del 90% con pérdida completa previa de señal. En cuatro pacientes con disminución de amplitud final > 50% y < 80% la fibrolaringoscopia en las primeras 24h fue normal.

Conclusiones: El decremento de la amplitud del potencial < 50% al final de la cirugía respecto al basal pronostica ausencia de lesión recurrente. No se ha establecido aún el límite a partir del cual se produce lesión. La disminución de la amplitud es útil para tomar medidas durante la intervención que permitan recuperar la función motora disminuyendo con ello el riesgo de parálisis recurrente.