



www.elsevier.es/cirugia

O-286 - LARINGOSCOPIA PREOPERATORIA RUTINARIA PREVIA A LA CIRUGÍA ELECTIVA TIROIDEA: ¿ESTÁ JUSTIFICADA EN TODOS LOS CASOS?

Y.Y. Aguilera Molina, G. Franch Arcas, M.C. González Sánchez, O. Rozo Coronel, M. Caraballo Angeli, F. Bellido Bermejo, Á. Muñoz Herrera y L. Muñoz Bellvís

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Objetivos: La laringoscopia preoperatoria rutinaria antes de cirugía tiroidea se recomienda para identificar parálisis incidental de cuerdas vocales no sospechada, que en patología benigna puede llegar a ser de hasta un 3% según algunos autores. El objetivo de este estudio fue valorar la incidencia preoperatoria de parálisis de cuerdas vocales en pacientes propuestos para cirugía tiroidea en nuestro centro, así como el riesgo de parálisis del nervio contralateral durante la cirugía que pudiera resultar en parálisis bilateral.

Métodos: Hemos revisado de forma retrospectiva todos los pacientes a los que se practicó cirugía tiroidea en nuestro centro entre enero de 2007 y agosto de 2013. Se realizó laringoscopia rutinaria pre y postoperatoria en todos los casos. Hemos evaluado la incidencia de parálisis preoperatoria y postoperatoria. Con los datos obtenidos sobre la incidencia de parálisis pre y postoperatoria hemos estimado la probabilidad de sufrir parálisis del nervio contralateral cuando coexiste parálisis preoperatoria. Hemos utilizado el método de “puntuación” de Wilson para el cálculo de intervalos de confianza del 95% (IC). Hemos considerado factores de riesgo de parálisis preoperatoria la existencia de cirugía tiroidea previa, la presencia de disfonía o cambios en la voz y el diagnóstico preoperatorio de carcinoma de tiroides.

Resultados: Hemos revisado 484 procedimientos quirúrgicos tiroideos consecutivos (268 bilaterales y 216 unilaterales), siendo 749 el número total de nervios expuestos. Los pacientes con parálisis preoperatoria fueron 7 (1,44% de todos los pacientes; IC = 0,7-2,95%) de los cuales 3 casos no presentaban factores preoperatorios de riesgo (0,62% de todos los pacientes; IC = 0,21-1,81%). El índice global (temporal + permanente) de parálisis postoperatoria fue de 3,87% de nervios expuestos (IC = 2,7-5,5%), el de parálisis temporal fue de 3,07% de nervios expuestos (IC = 2,05-4,56%) y el de parálisis permanente fue de 0,8% de nervios expuestos (IC = 0,36-1,73%). No hubo ningún caso de parálisis bilateral postoperatoria. La estimación aproximada del riesgo de presentar parálisis preoperatoria de un nervio y parálisis postoperatoria del nervio contralateral en caso de procedimiento quirúrgico bilateral (parálisis bilateral asociada a parálisis preoperatoria inadvertida) sería = “índice de parálisis preoperatoria” × “índice global de parálisis postoperatoria por nervios expuestos” ($1,44\% \times 3,87\% = 0,056\%$; 1 caso por cada 1.786 pacientes propuestos para tiroidectomía bilateral). El mismo cálculo estimativo cuando no están presentes factores preoperatorios de riesgo sería $0,62\% \times 3,87\% = 0,024\%$ (1 caso por cada 4.166 pacientes propuestos para tiroidectomía bilateral).

Conclusiones: En pacientes propuestos para cirugía tiroidea, el riesgo de parálisis preoperatoria incidental es reducido. El riesgo de que coincidan parálisis preoperatoria incidental y parálisis postoperatoria del nervio

contralateral (parálisis bilateral en el postoperatorio inmediato) es muy bajo, especialmente en pacientes sin factores de riesgo, por lo que deberían revaluarse las recomendaciones de realizar laringoscopia preoperatoria de forma rutinaria.