



P-131 - PARALIZACIÓN DE LAS CUERDAS VOCALES POR BLOQUEO DEL PLEXO CERVICAL SUPERFICIAL TRAS HEMITIROIDECTOMÍA. UNA COMPLICACIÓN NO DESCRITA

Lisón Jiménez, Patricia; Cascales Sánchez, Pedro; Martínez Moreno, Agustina; Ivanov Stoyanov, Toni; Conde Inarejos, Belén; Cámara Alcalá, Sonia; Gil Córcoles, Yolanda; Serrano García, Alfonso

Hospital General Universitario de Albacete, Albacete.

Resumen

Introducción: El bloqueo del plexo cervical superficial (BPCS) previo a la tiroidectomía reduce el dolor posoperatorio, sin embargo, puede tener complicaciones. Queremos describir el manejo, diagnóstico y discutir nuestra experiencia en una paciente con paralización de las cuerdas vocales e insuficiencia respiratoria durante el posoperatorio inmediato debido al bloqueo del plexo cervical superficial tras una hemitiroidectomía.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 74 años, sin antecedentes de interés, con un bocio multinodular tóxico con nódulo dominante derecho de 3 centímetros, ya tratada con radioyodo. Es intervenida de forma programada realizándose hemitiroidectomía derecha. Previa intervención quirúrgica se procede al bloqueo del plexo cervical superficial bilateral. Posteriormente se lleva a cabo la inducción anestésica e intubación endotraqueal. Durante la cirugía se monitoriza de manera continua los potenciales evocados por parte de neurofisiología, sin incidencias intraoperatorias. Al finalizar la intervención se extuba sin complicaciones. A la llegada de la paciente a la sala del despertar, se objetiva sensación disneica junto con afonía, leve estridor respiratorio y una saturación de oxígeno del 90% con Ventimask a 10 litros. Se realiza fibrobroncoscopia por parte de otorrinolaringología, objetivándose paresia de ambas cuerdas vocales, estando estas en posición paramediana con espacio glótico reducido, por lo que se decide colocación de BIPAP e ingreso en la unidad de Reanimación. Tras una hora de estancia en la unidad, otorrinolaringología vuelve a reevaluar a la paciente con una nueva fibrobroncoscopia, objetivándose movilidad de la cuerda vocal derecha y cuerda vocal izquierda paralizada en posición paramediana. A nivel quirúrgico no presentó complicaciones, manteniéndose estable por lo que al día siguiente es dada de alta a planta. Fue valorada nuevamente en planta al sexto día posoperatorio observándose cuerdas vocales móviles y sin lesiones, por lo que es dada alta.

Discusión: El bloqueo del plexo cervical superficial se puede emplear como un componente de la analgesia multimodal de la cirugía de tiroides. Consiste en una inyección bilateral con anestésico local detrás del borde lateral del músculo esternocleidomastoideo. Diversos estudios han demostrado que reduce significativamente el consumo total de opioides y analgésicos en las primeras 24 horas después de la operación, y la intensidad del dolor posoperatorio en pacientes que se sometieron a cirugía de tiroides. El BPCS tiene un riesgo muy bajo de complicaciones, pero se han notificado la disfonía, el hematoma, el enfisema subcutáneo y la toxicidad por anestésicos locales. En cuanto a los efectos adversos del bloqueo profundo sí que se ha descrito la parálisis del nervio frénico, lo que limita su aplicación bilateral. En nuestro caso, la paresia de las cuerdas

vocales con insuficiencia respiratoria ha resultado ser una complicación tras el BPCS bilateral, no descrita, que solo precisó de BIPAP en las primeras horas del posoperatorio, quedando el cuadro resuelto espontáneamente.