



P-120 - NEUROMONITORIZACIÓN CONTINUA MEDIANTE LA APLICACIÓN DEL LAR (REFLEJO ADUCTOR LARÍNGEO) EN CIRUGÍA DE TIROIDES: IDENTIFICACIÓN DE FASES DE RIESGO DE LESIÓN RECURRENCIAL

Cidoncha Secilla, Ariadna; Herrero Vicente, Christian José; Barcons Vilaplana, Santiago; Barón, Eder; Nonell Amill, Anna; Lladó, Estela; Guirao Garriga, Xavier; Mora López, Laura

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: A pesar de la consolidación y estandarización de la neuromonitorización intraoperatoria (NMIOP), la lesión del nervio laríngeo recurrente (NLR) sigue siendo una de las complicaciones más graves y frecuentes en la cirugía tiroidea. La NMIOP intermitente (NMIOP-I) es útil para la identificación del NLR, nervio vago y para la evaluación de la función durante la cirugía e integridad final. La NMIOP continua (NMIOP-C) evalúa en tiempo real la función del NLR, alertando de una disminución subcrítica y reversible de señal del NLR. Sin embargo, falta evidencia sobre la utilidad de la NMIOP-C no invasiva mediante la aplicación del reflejo aductor laríngeo (LAR) y cuáles son las fases de riesgo de disminución o pérdida de la señal durante la tiroidectomía.

Objetivos: Identificar las fases de riesgo de lesión del NLR durante la tiroidectomía mediante los cambios de amplitud del LAR.

Métodos: Estudio observacional prospectivo en pacientes intervenidos de hemitiroidectomía o tiroidectomía total del 2020 al 2023. Se ha aplicado la NMIOP intermitente para la localización y evaluación de la función del NLR. El neurofisiólogo ha evocado el LAR de forma continua y anotado los cambios de amplitud durante las fases de la tiroidectomía. Se han registrado los cambios subcríticos y críticos del LAR (disminución de la amplitud del LAR < 50% y ≥ 50%, respectivamente). Delante de un descenso relevante del LAR, se ha interrumpido la cirugía durante unos minutos hasta la recuperación suficiente de la señal. En las fases más avanzadas del estudio se ha realizado una ecografía translaríngea para evaluar la función posoperatoria de las cuerdas vocales. Se presentan los valores absolutos y en porcentaje.

Resultados: Se han evaluado 60 tiroidectomías totales, 68 lobectomías y 11 lobectomías de totalización en 139 pacientes. Se realizaron 25 vaciamientos centrales y 4 laterocervicales. Se ha observado un descenso > 50% del LAR en un 7,1% (n = 10) en el lado derecho: 7 casos durante la disección del tercio medio (TM) y 3 casos en el Berry, (LB) y en un 8,6% (n = 12) y en el lado izquierdo: 10 casos durante la disección del TM y 2 casos en LB. En el 40% y en el 28,6% de los casos, los cambios críticos en la amplitud del LAR fueron precedidos de cambios subcríticos en el lado derecho e izquierdo, respectivamente. Se evidenció recuperación del LAR en el 63,6% de los casos (n = 14). Hubo un 5% (n = 7) de parálisis recurrente transitoria y un 0,7% permanente y

bilateral (n = 1). Del total de pacientes con parálisis recurrential, un 62,5% (n = 5) presentaban un descenso > 50% del LAR.

Conclusiones: El descenso del LAR durante la intervención quirúrgica puede ser predictor de parálisis recurrential en el posoperatorio. La disección del TM y el LB son las fases de mayor riesgo para lesión del NLR. Sin embargo, la capacidad de anticipación es por ahora limitada. La neuromonitorización con el LAR nos permite detectar las fases críticas o de riesgo de la cirugía con el objetivo de poder prevenir o reducir lesiones recurrentiales.