



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-150 - La administración de Sugammadex elimina los falsos positivos en la neuromonitorización intraoperatoria del nervio recurrente durante la tiroidectomía

*Sancho Insenser, Juan José; Trillo Urrutia, Lourdes; Iskra Marco, Pilar; Lorente Poch, Leyre; Fernández Candil, Juan; Gallego Otaegui, Lander; Sitges Serra, Antonio*

*Hospital del Mar, Barcelona.*

### Resumen

**Introducción:** La neuromonitorización intraoperatoria (NMIO) de los nervios recurrentes (NLR) es una valiosa ayuda durante la tiroidectomía y su uso se está extendiendo. Aunque los bloqueantes neuromusculares no despolarizantes (BMND) sean utilizados únicamente en la inducción anestésica, pueden tener efecto residual al iniciar la NMIO y confundir al cirujano al disminuir la contractilidad de las cuerdas vocales y simular una ausencia de señal.

**Objetivos:** Determinar si la reversión del bloqueo neuromuscular mediante la administración de antagonistas específicos (Sugammadex) restaura la contractilidad muscular y evita falsos positivos en la NMIO.

**Métodos:** Estudio clínico observacional prospectivo unicéntrico en 42 pacientes sometidos a tiroidectomía total. Se utilizó rocuronio como BMND. Se monitorizaron el bloqueo neumomuscular mediante cinemografía que registró la proporción de *Train of Four* (TOF%) y la profundidad anestésica mediante el índice bispectral (BIS). Se utilizó la NMIO mediante electrodos laríngeos de superficie y se estimuló el nervio vago derecho con 2 mA (V1) tras la disección del polo superior del tiroides antes de identificar el NLR. Se administró Sugammadex (2 mg/gk) inmediatamente tras la determinación de V1 y se volvió a estimular el nervio vago (V1 Post-SUGA). Se estableció como patológica una señal de amplitud inferior a 150 ?V.

**Resultados:** Se estimuló el nervio vago derecho (V1) a los  $41,8 \pm 10$  minutos (de 25 a 65) de la administración del relajante muscular. Los valores medios de V1 fueron  $232 \pm 186$  ?V. El nivel de V1 fue bajo ( $150$  ?V) en 20 (47%) de los pacientes. Tras administrar Sugammadex la conductividad aumentó en el 95% de los casos ( $232 \pm 186$  vs  $625 \pm 360$  ?V;  $p < 0,0001$ ). De los 20 pacientes con V1 baja, 18 (90%) recuperaron una V1Post-SUGA normal. Todos los pacientes tuvieron una determinación V2 normal al final de la tiroidectomía. El TOF% medio en el momento de la intubación orotraqueal fue de  $5,9 \pm 1$ , de  $14,3 \pm 3$  al determinar V1 y ascendió significativamente a  $87,5 \pm 2$  tras administrar Sugammadex ( $p < 0,0001$ ). El TOF% de los pacientes con V1 bajo fue significativamente menor que el de los pacientes con V1 normal ( $7,4 \pm 3$  vs  $20,6 \pm 2$ ;  $p = 0,016$ ). La profundidad de la anestesia medida mediante el BIS no mostró diferencias significativas entre los momentos de intubación orotraqueal, determinación de V1 y V1 post-SUGA ( $48,6 \pm 8$  vs  $44,8 \pm 7$  vs  $46,4 \pm 8$ ;  $p = 0,580$ ), ni entre los pacientes con V1 baja y V1 normal ( $43,5 \pm 9$  vs  $46 \pm 6$ ;  $p = 0,4$ ).

**Conclusiones:** La administración de Sugammadex restaura la contractilidad muscular y permite la NMIO fiable en cirugía tiroidea. Recomendamos su utilización cuando la amplitud de la señal inicial del nervio vago

sea inferior a 150 °V.