



## O-012 - CIRUGÍA CONTRALATERAL EN PACIENTES PROGRAMADOS PARA TIROIDEKTOMÍA TOTAL CON PÉRDIDA INICIAL DE LA SEÑAL DE NEUROMONITORIZACIÓN

*Sitges Serra, Antonio<sup>1</sup>; Otaegui Gallego, Lander<sup>2</sup>; Trillo Urrutia, Lourdes<sup>1</sup>; Lorente Poch, Leyre<sup>1</sup>; Sancho Insenser, Juan<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Hospital del Mar, Barcelona; <sup>2</sup>Hospital de Donostia, San Sebastián.

### Resumen

**Objetivos:** La tiroidektomía en dos tiempos ha sido propuesta para prevenir la parálisis recurrente bilateral cuando la señal de neuromonitorización se pierde tras la resección del primer lóbulo. Esta complicación, sin embargo, es infrecuente (0,1-0,3%) y la tiroidektomía en dos tiempos implica una segunda intervención no exenta de complicaciones y de inconvenientes para el paciente. Además, entre el 40% y el 60% de las pérdidas de señal iniciales se recuperan intraoperatoriamente o en el postoperatorio inmediato. El objetivo del presente estudio es el de averiguar los resultados de la tiroidektomía contralateral tras una ausencia o pérdida de la señal inicial de neuromonitorización.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes programados para tiroidektomía total neuromonitorizada, por enfermedad benigna o maligna, entre 2010 y 2016. Entre éstos se seleccionaron aquellos casos en los que hubo ausencia o pérdida de la señal V1-R1 tras resecar el primer lóbulo tiroideo. Se excluyeron pacientes operados previamente, las exéresis del nervio recurrente por necesidad así como los que presentaban parálisis recurrente preoperatoria. Se registró la prevalencia de la pérdida de señal, la recuperación intraoperatoria (V3, R3) y su correlación con la laringoscopia postoperatoria. Se recogió asimismo el cambio de estrategia quirúrgica contralateral si la hubo.

**Resultados:** Se incluyeron 462 pacientes en los que se dieron 40 eventos tras la resección del lóbulo tiroideo extirpado en primer lugar: 8 ausencias iniciales de señal y 32 pérdidas. Se completó la tiroidektomía total en 29 casos y se cambió la estrategia quirúrgica en 11 casos de bocio: 8 Dunhill y 3 hemitiroidektomías. Se apreció una recuperación intraoperatoria de la señal V3 en 2/8 casos de ausencia de señal y en 13/32 casos de pérdida a una media de 30 min. La laringoscopia postoperatoria mostró movilidad normal de la cuerda vocal en el 50% de los pacientes. Una paciente con cáncer papilar avanzado y vaciamiento terapéutico bilateral desarrolló paresia bilateral que pudo manejarse conservadoramente.

**Conclusiones:** La recuperación intraoperatoria de la señal, una cirugía contralateral juiciosa y/o un cambio de estrategia quirúrgica ofrecen una alternativa razonable a la tiroidektomía en dos tiempos.