



A propósito de la localización del nervio laríngeo recurrente y las glándulas paratiroides inferior en la cirugía de tiroides

Localization of the recurring laryngeal nerve and the inferior parathyroid

Dr. Luis Mauricio Hurtado López,

Dr. Abraham Pulido Cejudo,

Dr. Rafael Zaldívar Ramírez,

Dr. Erich Basurto Kuba.

Las complicaciones más frecuentes en la cirugía de tiroides son, sin lugar a dudas, la lesión del nervio laríngeo recurrente y la hipocalcemia postoperatoria.¹

La lesión del nervio laríngeo recurrente se puede presentar con una frecuencia de 0.3% a 7% dependiendo del grado de especialización del centro de atención.^{2,3} La hipocalcemia se divide en dos tipos, transitoria⁴ y definitiva,⁵ con una frecuencia que varía de 11% hasta 80%,^{6,7} la primera tendrá siempre una justificación metabólica que con prevención o tratamiento específico será resuelta, y la definitiva será consecuencia de la ablación inadvertida de las glándulas paratiroides durante la tiroidectomía.⁸

La única forma de poder disminuir la frecuencia de esta complicación es preservando estas estructuras mediante la adecuada identificación de las mismas.⁹

En la literatura mundial siempre se ha explicado la incidencia de la lesión a la experiencia del cirujano, entendiendo que un cirujano experimentado debe tener menos complicaciones que el que pocas veces opera tiroides¹⁰ sin lugar a dudas esta explicación es razonable, pero también es cierto que la forma de localizar y preservar estas estructuras también tendrá una gran influencia.¹¹ Por esta razón exponemos la forma en que nosotros realizamos dicha localización

tratando de brindar un método claro y fácil de aplicar por un cirujano general.

Técnica propuesta

Nuestra técnica se basa en la identificación del nervio laríngeo recurrente en el momento que pasa por detrás de la paratiroides inferior, y consiste en los siguientes pasos:

1. Despues de seccionar y ligar la vena tiroidea media así como "luxar" hacia la línea media el lóbulo abordado, se diseña la glándula paratiroides inferior, una marca para poder identificarla claramente es la presencia de vasos sanguíneos entre la glándula paratiroides inferior y la glándula tiroideas que les hemos llamado "vasos puente" (**Figura 1**).

2. Se procede a disecar, pinzar y seccionar dichos vasos, es conveniente ligarlos con sutura absorbible delgada y no cauterizar los mismos por riesgo de lesionar permanentemente la paratiroides (**Figura 2**).

3. Una vez seccionado y ligados los "vasos puente", se diseña y rechaza la paratiroides inferior a fin de visualizar entre ésta y la glándula tiroideas el nervio laríngeo recurrente en su trayecto entre el pedículo vascular inferior y el surco traqueoesofágico (**Figura 3**).

Servicio de Cirugía General. Hospital General de México O.D. México, D.F.

Recibido para publicación: 28 de abril de 1999

Aceptado para publicación: 1 de julio de 1999

Correspondencia: Dr. Luis Mauricio Hurtado López, Unidad de Cirugía General 104. Hospital General de México O.D. Dr. Balmis No. 148, Colonia Doctores C.P. 06726, México, D.F.

Tel: 55-88-25-15, E-mail: clinicatiroides@altavista.net o luism.hurtado@mailinternet.com.mx

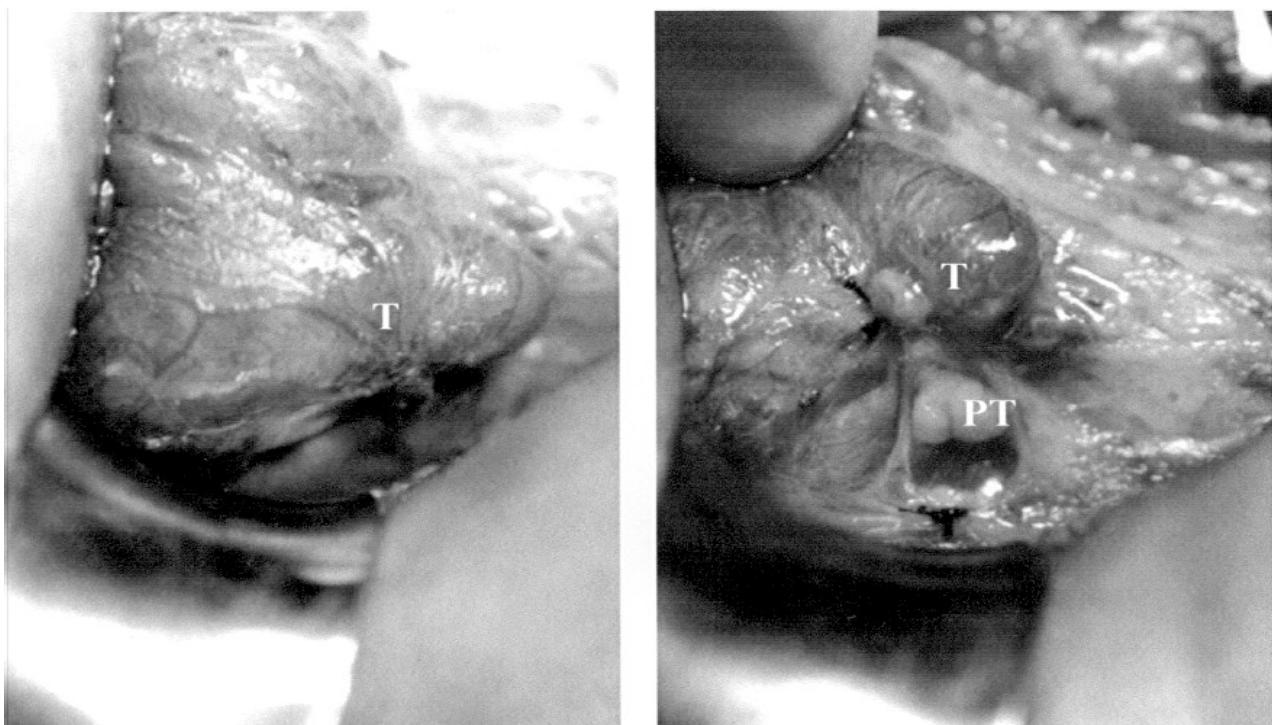


Fig. 1. T = Tiroides, PT = Paratiroides.

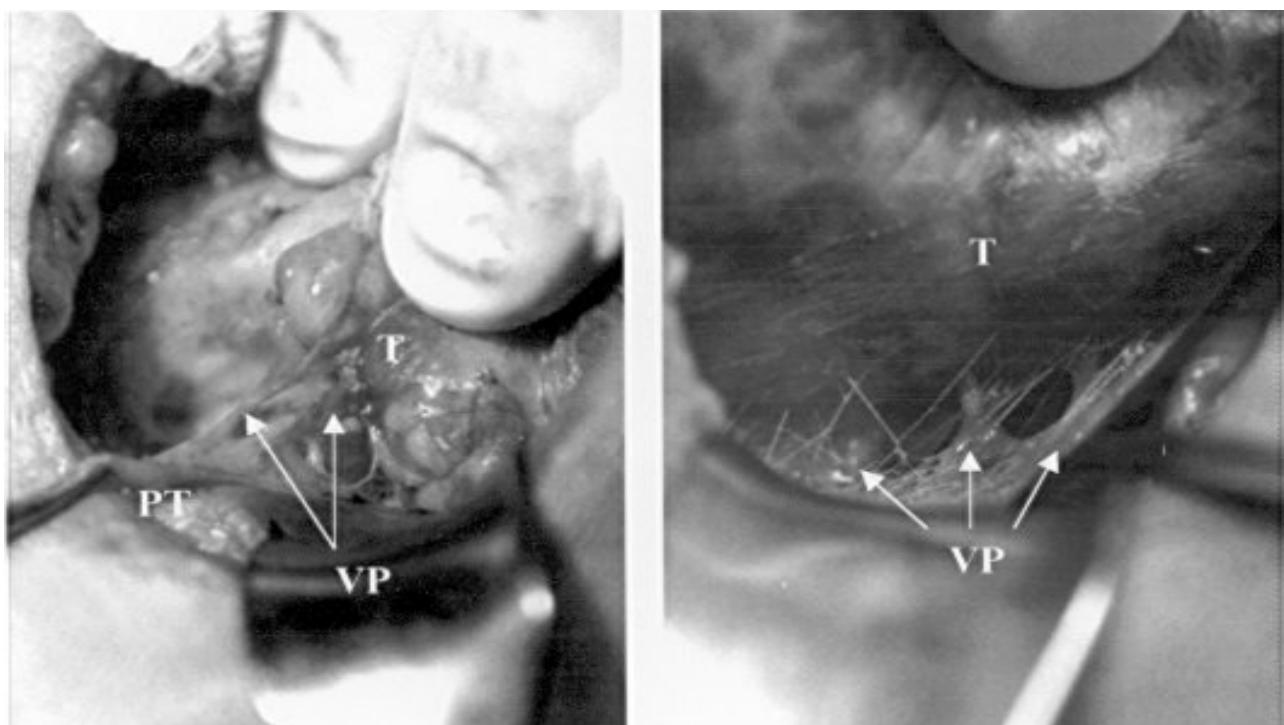


Fig. 2. T = Tiroides, PT = Paratiroides, VP = Vasos Puente.

4. Ya localizado se podrá seguir en dirección ascendente bajo visión directa hasta su ingreso a la laringe (**Figura 4**).

Conclusión

Esta técnica ha logrado disminuir, en forma importante, la morbilidad de la cirugía de tiroides, en nuestra

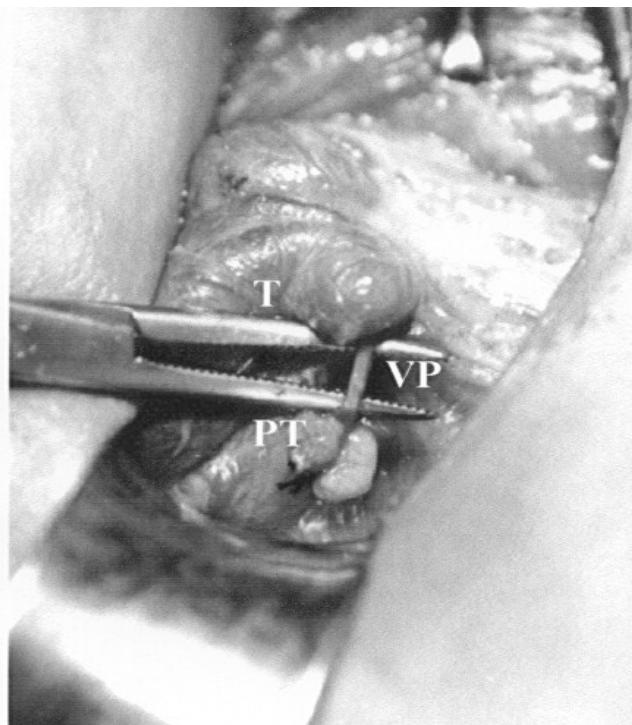
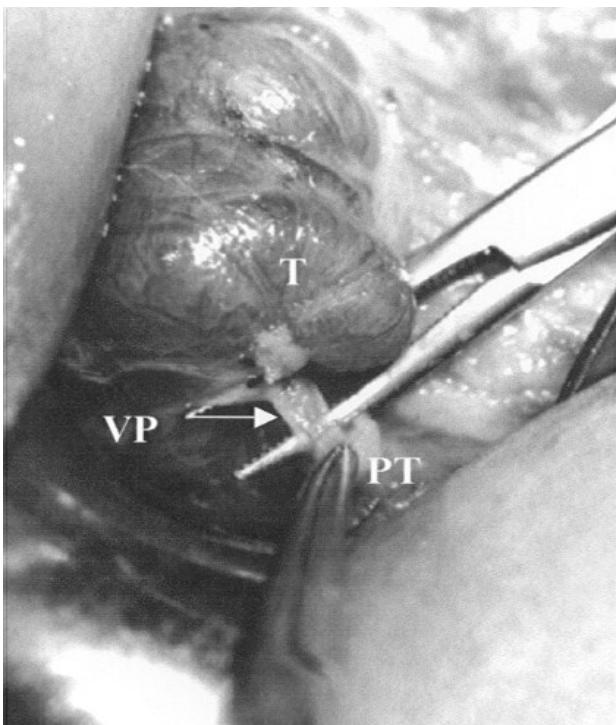


Fig. 3. T = Tiroides, PT = Paratiroides, VP = Vasos Puente.

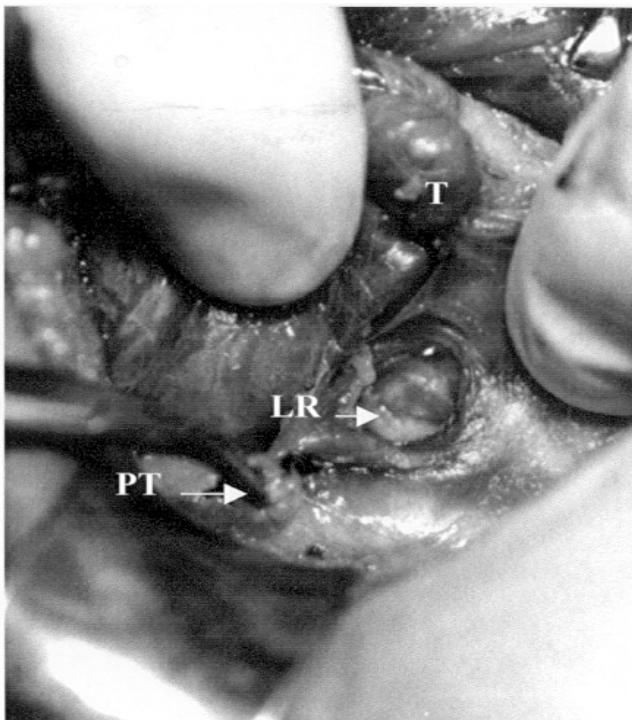
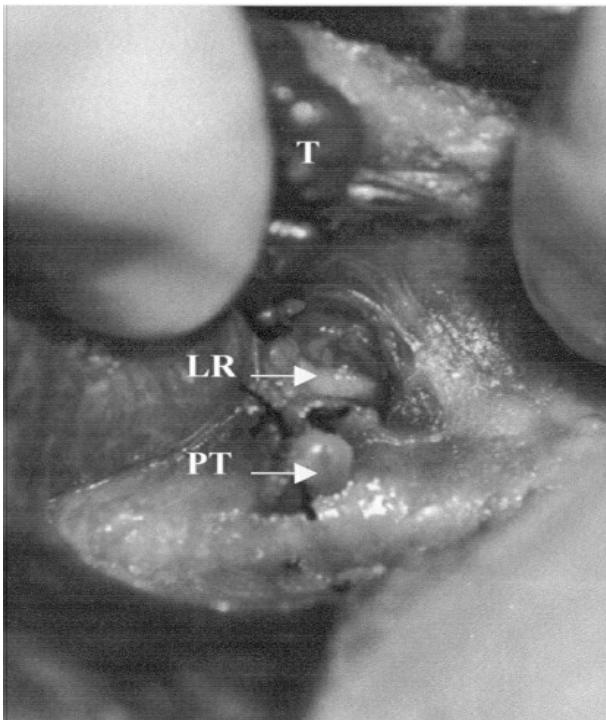


Fig. 4. T = Tiroides, PT = Paratiroides, LR = Nervio Laríngeo Recurrente.

experiencia, a 0.6% para la lesión de nervio laríngeo recurrente y a 0.4% para la hipocalcemia definitiva.¹² A nuestro juicio es de fácil aplicación y brinda gran

seguridad para el paciente y el cirujano, ofrece una relación constante que siempre será de ayuda en la disección e identificación de estas estructuras, aun

en manos de cirujanos con poca experiencia en el campo.

Referencias

1. Loré JM Jr. Complications in management of thyroid cancer. *Semin Surg Oncol* 1991; 7: 120-5.
2. Shindo ML. Considerations in surgery of the thyroid gland. *Otolaryngol Clin North Am* 1996; 29: 629-35.
3. Moulton-Barrett R, Crumley R, Jailie S, Segina D, Allison G, Marshak D, et al. Complications of thyroid surgery. *Int Surg* 1997; 82: 63-6.
4. Falk SA, Birken EA, Baran DT. Temporary post thyroidectomy hypocalcemia. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg* 1988; 114: 168-74.
5. Graba A, Soufane H, Abid L, Megherbi MT, Boucekkine C, Benabadiji R. Le risque parathyroïdien en chirurgie thyroïdiennne. *J Chir (Paris)* 1990; 127: 49-54.
6. Pelizzo MR, Toniato A, Grigoletto R, Piotto A, Bernante P. Ipocalcemia post-tiroidectomía e legatura al tronco dell'arteria tiroidea inferiore. *Minerva Chir* 1995; 50: 215-8.
7. Michie W, Duncan T, Hamer-Hodges DW, Bewsher PD, Stowers JM, Pegg CAS, et al. Mechanism of hypocalcemia after thyroidectomy for thyrotoxicosis. *Lancet* 1971; 1: 508-14.
8. Hurtado López LM, Basurto Kuba E, Garza Flores JH, Pulido Cejudo A. Génesis de la hipocalcemia post-tiroidectomía. *Cir Gen* 1998; 20: 106-10.
9. Koch B, Boeticke M, Huschitt N, Hulsewede R. Muss der Nervus recurrens bei der Schilddrusenresektion immer freipräpariert werden? Eine prospektiv vandomisierte Studie. *Chirurgie* 1996; 67: 927-32; discussion 932.
10. Demeester-Mirkine N, Hooghe L, Van Geertruyden J, De Maertelaer V. Hypocalcemia after thyroidectomy. *Arch Surg* 1992; 127: 854-8.
11. Hurtado López LM, Pulido Cejudo A, Basurto Kuba E. Puntos clave para una adecuada y segura identificación del nervio laríngeo recurrente durante la tiroidectomía. Aplicación en 100 tiroidectomías. *Cir Gen* 1998; 20: 95-8.
12. Pulido Cejudo A, Cardenas del Olmo AR, Basurto Kuba E, Garza Flores JH, Reyes Hernández LF, Muñoz Solís O, et al. Complicaciones de la cirugía tiroidea. *Cir Gen* 1998; 20: 102-5.

