


I'm not robot  reCAPTCHA

**I am not robot!**

## Nervio recurrente laríngeo pdf

**Parálisis del nervio laríngeo recurrente pdf. Recorrido del nervio laríngeo recurrente pdf. Nervio laríngeo recurrente pdf.**

El nervio laríngeo recurrente también conocido como nervio laríngeo inferior, es una rama del nervio vago (NC X) que tiene un lazo característico alrededor de la arteria subclavia derecha a la derecha y el arco aórtico a la izquierda antes de regresar hacia arriba para lograr el surco traqueoesofágico y luego la laringe.Los nervios laríngeos recurrentes suministran sensación a la laringe por debajo de las cuerdas vocales, dan ramas cardíacas al plexo cardíaco profundo y ramas a la tráquea, el esófago y los músculos constrictores inferiores. Los músculos cricoaritenoides posteriores, los únicos músculos que pueden abrir las cuerdas vocales, están inervados por este nervio.Los nervios laríngeos recurrentes son los nervios del sexto arco faríngeo.

La existencia del nervio laríngeo recurrente fue documentada por primera vez por el médico Galeno.Resumen del nervio laríngeo recurrenteOrigenNervio vagoLocalizaciónMediastino superior y regiones inferiores del cuelloInervaciónInervación motora: Todos los músculos intrínsecos de la laringe excepto el músculo cricotiroidesSensorial: a las estructuras de la mucosa laríngea por debajo del nivel de las cuerdas vocales y la tráqueaEn este artículo vamos a discutir todo lo concerniente sobre el nervio laríngeo recurrente.Los nervios laríngeos recurrentes se ramifican a partir del nervio vago, del que reciben sus nombres; el término «recurrente» del latín: re- (atrás) y currere (correr), indica que corren en dirección opuesta a los nervios vagos de los que se ramifican. Los nervios vagos bajan hasta el tórax y los nervios laríngeos recurrentes suben hasta la laringe.También te puede interesar leer: anatomía topográfica y anatomía humanaLos nervios vagos, de los cuales se ramifican los nervios laríngeos recurrentes, salen del cráneo por el agujero yugular y viajan dentro de la vaina carotídea a lo largo de las arterias carótidas a través del cuello. Los nervios laríngeos recurrentes se ramifican en el vago, el izquierdo en el arco aórtico y el derecho en la arteria subclavia derecha.El nervio laríngeo recurrente izquierdo pasa por delante del arco, y luego se envuelve por debajo y detrás de él. Después de ramificarse, los nervios típicamente ascienden en un surco en la unión de la tráquea y el esófago.Luego pasan por detrás de la parte posterior y media de los lóbulos externos de la glándula tiroides y entran en la laringe por debajo del músculo constrictor inferior, pasando a la laringe justo después de la articulación cricotiroides. La rama terminal se llama nervio laríngeo inferior.A diferencia de los otros nervios que suministran la laringe, el nervio laríngeo recurrente derecho e izquierdo carecen de simetría bilateral. El nervio laríngeo recurrente izquierdo es más largo que el derecho, porque cruza por debajo del arco de la aorta en el ligamento arterioso.El nervio laríngeo recurrente tiene dos funciones una función motora y una función sensorial:Suministro motor: a todos los músculos intrínsecos de la laringe excepto al músculo cricotiroideo, que es inervado por el nervio laríngeo externoSuministro sensorial y secretomotor a las estructuras de la mucosa laríngea por debajo del nivel de las cuerdas vocales y la tráqueaEl nervio laríngeo inferior se relaciona con la arteria subclavia derecha en el lado derecho y arco aórtico en el izquierdo.En aproximadamente 1 de cada 100-200 personas, el nervio laríngeo inferior derecho no es recurrente, ramificándose del nervio vago alrededor del nivel del cartilago cricoides.Típicamente, esa configuración se acompaña de una variación en la disposición de las principales arterias del tórax; lo más común es que la arteria subclavia derecha surja del lado izquierdo de la aorta y cruce por detrás del esófago.Es aún más infrecuente la presencia de un nervio laríngeo inferior izquierdo no recurrente, que requiere que el arco aórtico esté en el lado derecho, acompañado de una variante arterial que impide que el nervio sea atraído al pecho por la subclavia izquierda.El nervio laríngeo recurrente puede resultar lesionado como consecuencia de un traumatismo, durante una cirugía, como resultado de la propagación de un tumor o por otros medios. La lesión de los nervios laríngeos recurrentes puede dar lugar a un debilitamiento de la voz (ronquera) o a la pérdida de la misma (afonía) y causar problemas en las vías respiratorias.La lesión del nervio puede paralizar el músculo cricoaritenideo posterior del mismo lado. Este es el único músculo responsable de la apertura de las cuerdas vocales, y la parálisis puede causar dificultad para respirar (disnea) durante la actividad física. Las lesiones en los nervios derecho e izquierdo pueden provocar daños más graves, como la incapacidad de hablar.ReferenciasPaquette CM, Manos DC, Psooy BJ. Parálisis unilateral de cuerdas vocales: una revisión de los hallazgos de la TC, las causas mediastínicas y el curso de los nervios laríngeos recurrentes.- Cita en PubmedRubin JS, Sataloff RT, Korovin GS. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz. Publicación plural.Standring, Susan y Henry Gray. Anatomía de Gray: la base anatómica de la práctica clínica. Introducción y objetivoEl riesgo de parálisis laríngea bilateral (PLB) tras tiroidectomía total (TT) es bajo pero una de las mayores preocupaciones del cirujano y un incidente de seguridad grave que puede comprometer la vía aérea, precisar reintubación o traqueotomía y provocar secuelas graves o la muerte. No se ha demostrado que la neuromonitorización (NM) como herramienta diagnóstica precoz de lesión del nervio laríngeo recurrente (NLR) reduzca el riesgo. Objetivo: estimar el riesgo de PLB con y sin NM en TT mediante revisión sistemática y metanálisis. MétodoRevisión sistemática de ensayos clínicos, estudios de cohortes y series de casos de TT con y sin NM publicados en el periodo 2000-2014 en PubMed, Scopus (EMBASE) y Cochrane Library.

# PARÁLISIS LARINGEA

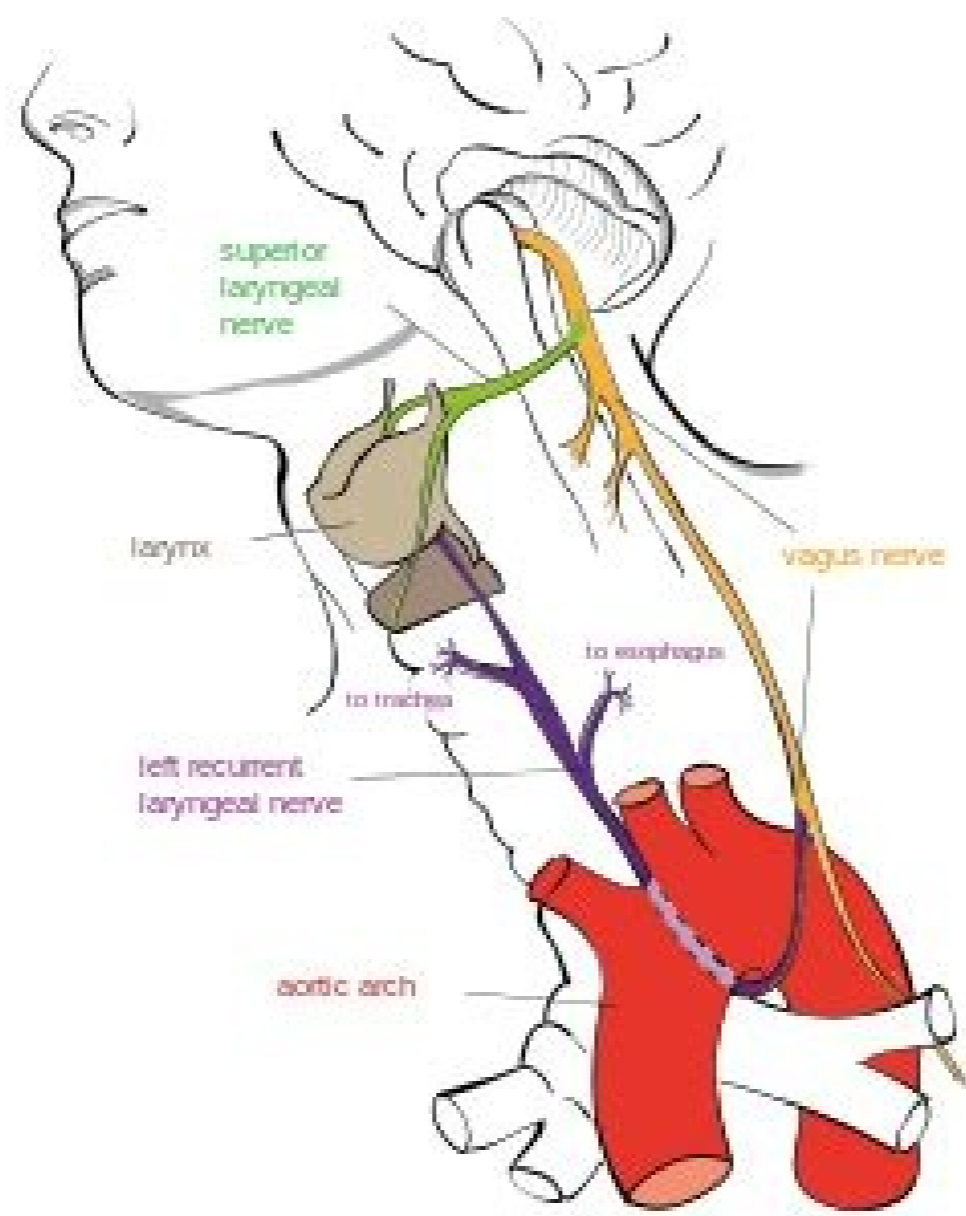
- El nervio laríngeo superior
- rama interna sensitiva que se dirige hacia la supraglotis, glotis y parte de la subglotis.**
- parálisis : tendencia a aspirar por abolición del reflejo de la tos.
- rama externa motora e inerva el músculo cricotiroidéo**
- parálisis : hipotonía cordal en fonación.

Los músculos cricoaritenoides posteriores, los únicos músculos que pueden abrir las cuerdas vocales, están inervados por este nervio.Los nervios laríngeos recurrentes son los nervios del sexto arco faríngeo. La existencia del nervio laríngeo recurrente fue documentada por primera vez por el médico Galeno.Resumen del nervio laríngeo recurrenteOrigenNervio vagoLocalizaciónMediastino superior y regiones inferiores del cuelloInervaciónInervación motora: Todos los músculos intrínsecos de la laringe excepto el músculo cricotiroidesSensorial: a las estructuras de la mucosa laríngea por debajo del nivel de las cuerdas vocales y la tráqueaEn este artículo vamos a discutir todo lo concerniente sobre el nervio laríngeo recurrente.Los nervios laríngeos recurrentes se ramifican a partir del nervio vago, del que reciben sus nombres; el término «recurrente» del latín: re- (atrás) y currere (correr), indica que corren en dirección opuesta a los nervios vagos de los que se ramifican. Los nervios vagos bajan hasta el tórax y los nervios laríngeos recurrentes suben hasta la laringe.También te puede interesar leer: anatomía topográfica y anatomía humanaLos nervios vagos, de los cuales se ramifican los nervios laríngeos recurrentes, salen del cráneo por el agujero yugular y viajan dentro de la vaina carotídea a lo largo de las arterias carótidas a través del cuello. Los nervios laríngeos recurrentes se ramifican en el vago, el izquierdo en el arco aórtico y el derecho en la arteria subclavia derecha.El nervio laríngeo recurrente izquierdo pasa por delante del arco, y luego se envuelve por debajo y detrás de él. Después de ramificarse, los nervios típicamente ascienden en un surco en la unión de la tráquea y el esófago.Luego pasan por detrás de la parte posterior y media de los lóbulos externos de la glándula tiroides y entran en la laringe por debajo del músculo constrictor inferior, pasando a la laringe justo después de la articulación cricotiroides. La rama terminal se llama nervio laríngeo inferior.A diferencia de los otros nervios que suministran la laringe, el nervio laríngeo recurrente derecho e izquierdo carecen de simetría bilateral. El nervio laríngeo recurrente izquierdo es más largo que el derecho, porque cruza por debajo del arco de la aorta en el ligamento arterioso.El nervio laríngeo recurrente tiene dos funciones una función motora y una función sensorial:Suministro motor: a todos los músculos intrínsecos de la laringe excepto al músculo cricotiroideo, que es inervado por el nervio laríngeo externoSuministro sensorial y secretomotor a las estructuras de la mucosa laríngea por debajo del nivel de las cuerdas vocales y la tráqueaEl nervio laríngeo inferior se relaciona con la arteria subclavia derecha en el lado derecho y arco aórtico en el izquierdo.En aproximadamente 1 de cada 100-200 personas, el nervio laríngeo inferior derecho no es recurrente, ramificándose del nervio vago alrededor del nivel del cartilago cricoides.Típicamente, esa configuración se acompaña de una variación en la disposición de las principales arterias del tórax; lo más común es que la arteria subclavia derecha surja del lado izquierdo de la aorta y cruce por detrás del esófago.Es aún más infrecuente la presencia de un nervio laríngeo inferior izquierdo no recurrente, que requiere que el arco aórtico esté en el lado derecho, acompañado de una variante arterial que impide que el nervio sea atraído al pecho por la subclavia izquierda.El nervio laríngeo recurrente puede resultar lesionado como consecuencia de un traumatismo, durante una cirugía, como resultado de la propagación de un tumor o por otros medios. La lesión de los nervios laríngeos recurrentes puede dar lugar a un debilitamiento de la voz (ronquera) o a la pérdida de la misma (afonía) y causar problemas en las vías respiratorias.La lesión del nervio puede paralizar el músculo cricoaritenideo posterior del mismo lado. Este es el único músculo responsable de la apertura de las cuerdas vocales, y la parálisis puede causar dificultad para respirar (disnea) durante la actividad física. Las lesiones en los nervios derecho e izquierdo pueden provocar daños más graves, como la incapacidad de hablar.ReferenciasPaquette CM, Manos DC, Psooy BJ. Parálisis unllateral de cuerdas vocales: una revisión de los hallazgos de la TC, las causas mediastínicas y el curso de los nervios laríngeos recurrentes.- Cita en PubmedRubin JS, Sataloff RT, Korovin GS. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz. Publicación plural.Standring, Susan y Henry Gray. Anatomía de Gray: la base anatómica de la práctica clínica. Introducción y objetivoEl riesgo de parálisis laríngea bilateral (PLB) tras tiroidectomía total (TT) es bajo pero una de las mayores preocupaciones del cirujano y un incidente de seguridad grave que puede comprometer la vía aérea, precisar reintubacón o traqueotomía y provocar secuelas graves o la muerte. No se ha demostrado que la neuromonitorización (NM) como herramienta diagnóstica precoz de lesión del nervio laríngeo recurrente (NLR) reduzca el riesgo.

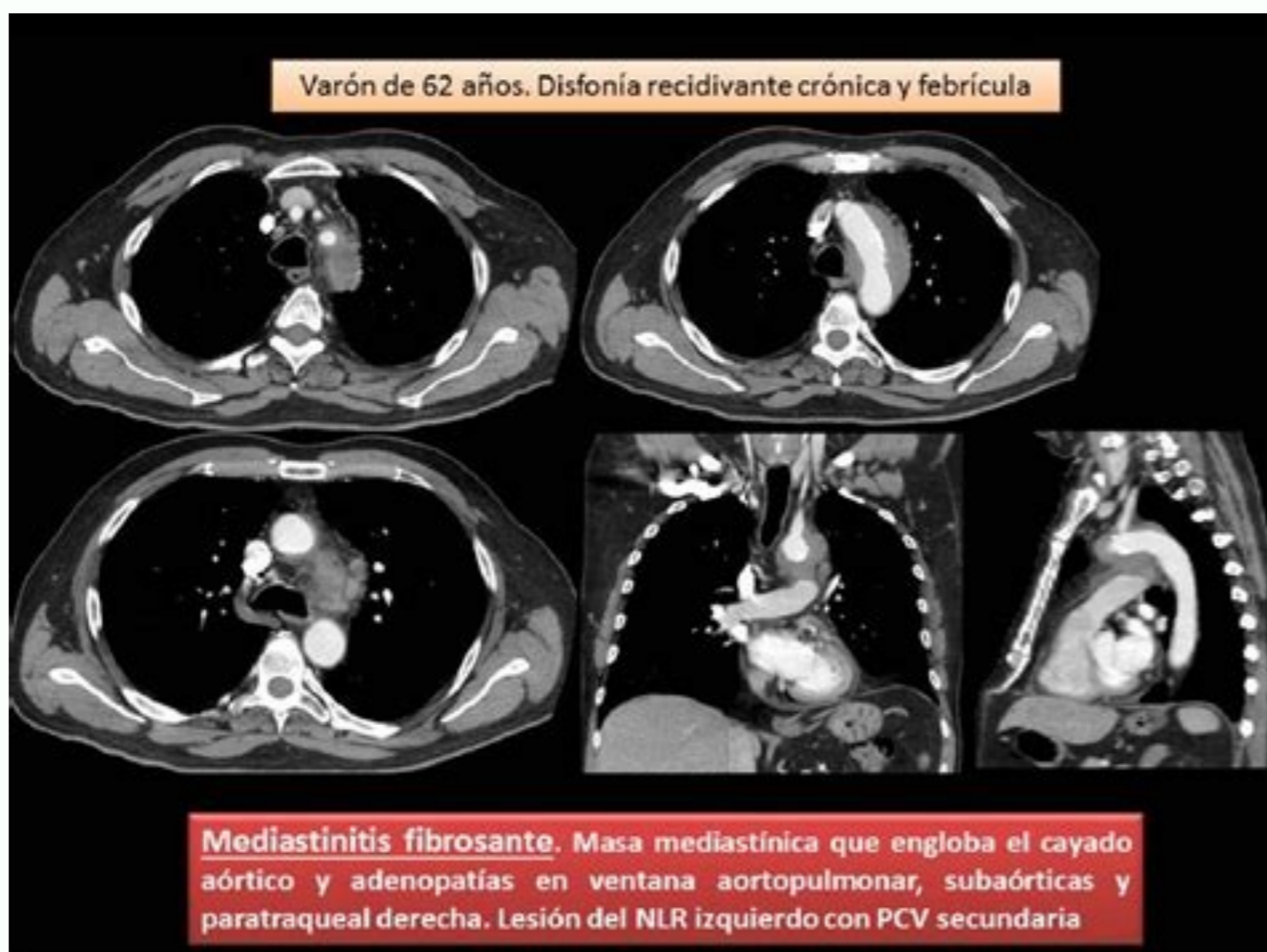
No se ha demostrado que la neuromonitorización (NM) como herramienta diagnóstica precoz de lesión del nervio laríngeo recurrente (NLR) reduzca el riesgo.

<p>Revista Argentina de Anatomía Online 2011   Julio - Agosto - Septiembre   Vol. 2, N° 3, pp. 71- 100.  ISSN impresa 1852-255x / ISSN online 1852-8948</p> <p><b>Anatomía Fetal</b></p> <p><b>RELACION ENTRE EL NERVO LARÍNGEO RECURRENTE Y LA ARTERIA TIROIDEA INFERIOR: ESTUDIO EN FETOS.</b>  <i>Relationship between the Recurrent Laryngeal Nerve and the Inferior Thyroid Artery: A Study in Fetal Corpses.</i></p> <p><b>BALDONCINI, MATÍAS; RUIZ, ROQUE IVÁN; BAETTI, DANIEL; IBARZABAL, JUAN; QUINTERO, DIEGO A.; RUIZ, ROMÁN A. &amp; NUÑEZ, JULIÁN D.</b></p> <p>Instituto Museo de Ciencias Morfológicas Dr. J. C. Fajardo Universidad Nacional de Rosario. Rosario, Argentina. Instituto de Morfología "J.J. Naón" – II Cátedra de Anatomía. Departamento de Anatomía. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.</p> <p>E-Mail de Contacto: mbaldoncin@imed.uba.ar</p> <p>Recibido: 30 - 08 - 2011  Aceptado: 15 - 09 - 2011</p>	 <p>Matias Baldoncin</p>
<p><b>Resumen</b></p> <p>El trayecto del nervio laríngeo recurrente es determinado por el desarrollo y movimientos de las arterias con las cuales este viene relacionado, y las variaciones de estas estructuras determinarán diferencias en la disposición anatómica de este nervio. Este nervio luego de sus relaciones arteriales en la proximidad de su origen, asciende en el cuello para alcanzar el espacio intertraqueoesofágico. Durante este pasaje ascendente, el nervio recurrente cruzara transversalmente a la arteria tiroidea inferior. El objetivo de este trabajo es estudiar en fetos, mediante disecciones de la región infrahoides, la relación que el nervio recurrente adquiere con la arteria tiroidea inferior, y analizar algunos factores que puedan afectar esta relación. Se diseccionó 47 fetos de entre cuatro y ocho meses de edad gestacional, todos ellos conservados con formal al 10<span> </span>%. Se clasificó la relación de la posición del nervio laríngeo inferior dependiendo de su posición con respecto a la arteria tiroidea inferior en posición anterior, posterior e intermedia. En mayor proporción se encontró el nervio laríngeo recurrente por delante de la arteria, 48% del lado derecho y 59% del izquierdo. La posición posterior fue la segunda en orden de frecuencia, tanto del lado derecho 30%, como del izquierdo 30%.</p> <p><b>Palabras Clave:</b> Nervio Laríngeo Recurrente, Arteria Tiroidea Inferior, glándula tiroidea.</p>	<p><b>Abstract</b></p> <p>The recurrent laryngeal nerve route is determined by the development and movements of arteries from which ones it is related, and the variations of these structures will set differences in the anatomical disposal of this nerve. In the arterial relation of the recurrent laryngeal nerve near its origin, rises in the neck to reach the intertracheoesofagic space. During this rising road, the recurrent laryngeal nerve crosses to the inferior thyroid artery axially. This works objective is to study on fetus, by means of dissections of the infrahooid area, the connection that the recurrent nerve has with the inferior thyroid artery and analyzing some details that can affect this relation. Working with 47 fetus from between 4 and 8 months of gestational age, all preserved with formal to 10<span> </span>%. We classified the relationship about the position of the inferior laryngeal nerve depending his position regarding to the inferior thyroid artery in previous position, subsequent and intermediate. Mostly was found the laryngeal recurrent nerve in front of the artery, previous position 48% from the right side and 59<span> </span>% from the left one. The subsequent position was the second one in order to the frequency in the right side with 30% and in the left at 30% too.</p> <p><b>Key Words:</b> recurrent laryngeal nerve, inferior thyroid artery, thyroid gland.</p>
<p><b>INTRODUCCIÓN.</b></p> <p>Galeno fue quien describió por primera vez al nervio laríngeo recurrente como una división del décimo par craneal.</p> <p>El nervio vago (X par craneal) se forma hacia finales de la quinta semana del desarrollo embrionario, y su división en forma de esa, que originará al nervio laríngeo recurrente aparece hacia fines de la sexta semana. Esta rama del nervio vago, se encuentra asociada con el sexto arco branquial de la laringe embrionaria, y</p>	<p>pesa directamente a la tráquea para ir en búsqueda de la laringe en forma ascendente (1) (Fig. 1).</p> <p>La división del décimo par se encuentra en una posición caudal con respecto a las arcos aórticos. Con el desarrollo embrionario y las sucesivas elongaciones del cuello, la laringe y la tráquea se mueven en sentido cranial, mientras que el arco aórtico y los elementos asociados a éste permanecen en el tórax (1,2). Vale la pena mencionar que junto con estos elementos, también quedan allí, el nervio vago y su rama recurrental.</p>
<p>80</p>	

La existencia del nervio laríngeo recurrente fue documentada por primera vez por el médico Galeno.Resumen del nervio laríngeo recurrenteOrigenNervio vagoLocalizaciónMediastino superior y regiones inferiores del cuelloInervaciónInervación motora: Todos los músculos intrínsecos de la laringe excepto el músculo cricotiroidesSensorial: a las estructuras de la mucosa laríngea por debajo del nivel de las cuerdas vocales y la tráqueaEn este artículo vamos a discutir todo lo concerniente sobre el nervio laríngeo recurrente.Los nervios laríngeos recurrentes se ramifican a partir del nervio vago, del que reciben sus nombres; el término «recurrente» del latín: re- (atrás) y currere (correr), indica que corren en dirección opuesta a los nervios vagos de los que se ramifican. Los nervios vagos bajan hasta el tórax y los nervios laríngeos recurrentes suben hasta la laringe.También te puede interesar leer: anatomía topográfica y anatomía humanaLos nervios vagos, de los cuales se ramifican los nervios laríngeos recurrentes, salen del cráneo por el agujero yugular y viajan dentro de la vaina carotídea a lo largo de las arterias carótidas a través del cuello. Los nervios laríngeos recurrentes se ramifican en el vago, el izquierdo en el arco aórtico y el derecho en la arteria subclavia derecha.El nervio laríngeo recurrente izquierdo pasa por delante del arco, y luego se envuelve por debajo y detrás de él. Después de ramificarse, los nervios típicamente ascienden en un surco en la unión de la tráquea y el esófago.Luego pasan por detrás de la parte posterior y media de los lóbulos externos de la glándula tiroides y entran en la laringe por debajo del músculo constrictor inferior, pasando a la laringe justo después de la articulación cricotiroides. La rama terminal se llama nervio laríngeo inferior.A diferencia de los otros nervios que suministran la laringe, el nervio laríngeo recurrente derecho e izquierdo carecen de simetría bilateral. El nervio laríngeo recurrente izquierdo es más largo que el derecho, porque cruza por debajo del arco de la aorta en el ligamento arterioso.El nervio laríngeo recurrente tiene dos funciones una función motora y una función sensorial:Suministro motor: a todos los músculos intrínsecos de la laringe excepto al músculo cricotiroideo, que es inervado por el nervio laríngeo externoSuministro sensorial y secretomotor a las estructuras de la mucosa laríngea por debajo del nivel de las cuerdas vocales y la tráqueaEl nervio laríngeo inferior se relaciona con la arteria subclavia derecha en el lado derecho y arco aórtico en el izquierdo.En aproximadamente 1 de cada 100-200 personas, el nervio laríngeo inferior derecho no es recurrente, ramificándose del nervio vago alrededor del nivel del cartilago cricoides.Típicamente, esa configuración se acompaña de una variación en la disposición de las principales arterias del tórax; lo más común es que la arteria subclavia derecha surja del lado izquierdo de la aorta y cruce por detrás del esófago.Es aún más infrecuente la presencia de un nervio laríngeo inferior izquierdo no recurrente, que requiere que el arco aórtico esté en el lado derecho, acompañado de una variante arterial que impide que el nervio sea atraído al pecho por la subclavia izquierda.El nervio laríngeo recurrente puede resultar lesionado como consecuencia de un traumatismo, durante una cirugía, como resultado de la propagación de un tumor o por otros medios. La lesión de los nervios laríngeos recurrentes puede dar lugar a un debilitamiento de la voz (ronquera) o a la pérdida de la misma (afonía) y causar problemas en las vías respiratorias.La lesión del nervio puede paralizar el músculo cricoaritenoides posterior del mismo lado. Este es el único músculo responsable de la apertura de las cuerdas vocales, y la parálisis puede causar dificultad para respirar (disnea) durante la actividad física.



La rama terminal se llama nervio laríngeo inferior. A diferencia de los otros nervios que suministran la laringe, el nervio laríngeo recurrente derecho e izquierdo carecen de simetría bilateral. El nervio laríngeo recurrente izquierdo es más largo que el derecho, porque cruza por debajo del arco de la aorta en el ligamento arterioso. El nervio laríngeo recurrente tiene dos funciones una función motora y una función sensorial. Suministro motor: a todos los músculos intrínsecos de la laringe excepto al músculo cricotiroides, que es innervado por el nervio laríngeo externo. Suministro sensorial y secretomotor a las estructuras de la mucosa laríngea por debajo del nivel de las cuerdas vocales y la tráquea. El nervio laríngeo inferior se relaciona con la arteria subclavia derecha en el lado derecho y arco aórtico en el izquierdo. En aproximadamente 1 de cada 100-200 personas, el nervio laríngeo inferior derecho no es recurrente, ramificándose del nervio vago alrededor del nivel del cartilago cricoides. Típicamente, esa configuración se acompaña de una variación en la disposición de las principales arterias del tórax; lo más común es que la arteria subclavia derecha surja del lado izquierdo de la aorta y cruce por detrás del esófago. Es aún más infrecuente la presencia de un nervio laríngeo inferior izquierdo no recurrente, que requiere que el arco aórtico esté en el lado derecho, acompañado de una variante arterial que impide que el nervio sea atraído al pecho por la subclavia izquierda. El nervio laríngeo recurrente puede resultar lesionado como consecuencia de un traumatismo, durante una cirugía, como resultado de la propagación de un tumor o por otros medios. La lesión de los nervios laríngeos recurrentes puede dar lugar a un debilitamiento de la voz (ronquera) o a la pérdida de la misma (afonía) y causar problemas en las vías respiratorias. La lesión del nervio puede paralizar el músculo cricoaritenoides posterior del mismo lado. Este es el único músculo responsable de la apertura de las cuerdas vocales, y la parálisis puede causar dificultad para respirar (disnea) durante la actividad física. Las lesiones en los nervios derecho e izquierdo pueden provocar daños más graves, como la incapacidad de hablar. Referencias: Paquette CM, Manos DC, Pssoy BJ. Parálisis unilateral de cuerdas vocales: una revisión de los hallazgos de la TC, las causas mediastínicas y el curso de los nervios laríngeos recurrentes. - Cita en Pubmed. Rubin JS, Sataloff RT, Korovin GS. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz. Publicación plural. Standing, Susan y Henry Gray. Anatomía de Gray: la base anatómica de la práctica clínica. Introducción y objetivo. El riesgo de parálisis laríngea bilateral (PLB) tras tiroidectomía total (TT) es bajo pero una de las mayores preocupaciones del cirujano y un incidente de seguridad grave que puede comprometer la vía aérea, precisar reintubación o traqueotomía y provocar secuelas graves o la muerte. No se ha demostrado que la neuromonitorización (NM) como herramienta diagnóstica precoz de lesión del nervio laríngeo recurrente (NLR) reduzca el riesgo. Objetivo: estimar el riesgo de PLB con y sin NM en TT mediante revisión sistemática y metaanálisis. Método: Revisión sistemática de ensayos clínicos, estudios de cohortes y series de casos de TT con y sin NM publicados en el periodo 2000-2014 en PubMed, Scopus (EMBASE) y Cochrane Library. Se exploró la heterogeneidad entre estudios y se estimaron riesgos ponderados agrupados siguiendo modelos de efectos aleatorios. Resultados: Se seleccionaron 40 artículos con estimaciones del riesgo en 54 series (25 sin NM, 29 con NM) con 30.922 pacientes. La incidencia de PLB con NM resultó inferior que sin NM (2,43%, [1,55-3,5%] versus 5,18%, [2,53-8,7%]). Esta diferencia equivale a una reducción absoluta del riesgo de 2,75% y un número necesario de pacientes a tratar de 364,13. El grupo con NM resultó más homogéneo (I<sup>2</sup>=7,52%) que sin NM (I<sup>2</sup>=79,32%). Las diferencias del análisis por subgrupos fueron imprecisas por el escaso número de parálisis.



Después de ramificarse, los nervios típicamente ascienden en un surco en la unión de la tráquea y el esófago. Luego pasan por detrás de la parte posterior y media de los lóbulos externos de la glándula tiroidea y entran en la laringe por debajo del músculo constrictor inferior, pasando a la laringe justo después de la articulación cricotiroides. La rama terminal se llama nervio laríngeo inferior. A diferencia de los otros nervios que suministran la laringe, el nervio laríngeo recurrente derecho e izquierdo carecen de simetría bilateral. El nervio laríngeo recurrente izquierdo es más largo que el derecho, porque cruza por debajo del arco de la aorta en el ligamento arterioso. El nervio laríngeo recurrente tiene dos funciones una función motora y una función sensorial. Suministro motor: a todos los músculos intrínsecos de la laringe excepto al músculo cricotiroides, que es innervado por el nervio laríngeo externo. Suministro sensorial y secretomotor a las estructuras de la mucosa laríngea por debajo del nivel de las cuerdas vocales y la tráquea. El nervio laríngeo inferior se relaciona con la arteria subclavia derecha en el lado derecho y arco aórtico en el izquierdo. En aproximadamente 1 de cada 100-200 personas, el nervio laríngeo inferior derecho no es recurrente, ramificándose del nervio vago alrededor del nivel del cartilago cricoides. Típicamente, esa configuración se acompaña de una variación en la disposición de las principales arterias del tórax; lo más común es que la arteria subclavia derecha surja del lado izquierdo de la aorta y cruce por detrás del esófago. Es aún más infrecuente la presencia de un nervio laríngeo inferior izquierdo no recurrente, que requiere que el arco aórtico esté en el lado derecho, acompañado de una variante arterial que impide que el nervio sea atraído al pecho por la subclavia izquierda. El nervio laríngeo recurrente puede resultar lesionado como consecuencia de un traumatismo, durante una cirugía, como resultado de la propagación de un tumor o por otros medios. La lesión de los nervios laríngeos recurrentes puede dar lugar a un debilitamiento de la voz (ronquera) o a la pérdida de la misma (afonía) y causar problemas en las vías respiratorias. La lesión del nervio puede paralizar el músculo cricoaritenoides posterior del mismo lado. Este es el único músculo responsable de la apertura de las cuerdas vocales, y la parálisis puede causar dificultad para respirar (disnea) durante la actividad física. Las lesiones en los nervios derecho e izquierdo pueden provocar daños más graves, como la incapacidad de hablar. Referencias: Paquette CM, Manos DC, Pssoy BJ. Parálisis unilateral de cuerdas vocales: una revisión de los hallazgos de la TC, las causas mediastínicas y el curso de los nervios laríngeos recurrentes. - Cita en Pubmed. Rubin JS, Sataloff RT, Korovin GS. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz. Publicación plural. Standing, Susan y Henry Gray.



El nervio laríngeo recurrente izquierdo es más largo que el derecho, porque cruza por debajo del arco de la aorta en el ligamento arterioso. El nervio laríngeo recurrente tiene dos funciones una función motora y una función sensorial. Suministro motor: a todos los músculos intrínsecos de la laringe excepto al músculo cricotiroides, que es innervado por el nervio laríngeo externo. Suministro sensorial y secretomotor a las estructuras de la mucosa laríngea por debajo del nivel de las cuerdas vocales y la tráquea. El nervio laríngeo inferior se relaciona con la arteria subclavia derecha en el lado derecho y arco aórtico en el izquierdo. En aproximadamente 1 de cada 100-200 personas, el nervio laríngeo inferior derecho no es recurrente, ramificándose del nervio vago alrededor del nivel del cartilago cricoides. Típicamente, esa configuración se acompaña de una variación en la disposición de las principales arterias del tórax; lo más común es que la arteria subclavia derecha surja del lado izquierdo de la aorta y cruce por detrás del esófago. Es aún más infrecuente la presencia de un nervio laríngeo inferior izquierdo no recurrente, que requiere que el arco aórtico esté en el lado derecho, acompañado de una variante arterial que impide que el nervio sea atraído al pecho por la subclavia izquierda. El nervio laríngeo recurrente puede resultar lesionado como consecuencia de un traumatismo, durante una cirugía, como resultado de la propagación de un tumor o por otros medios. La lesión de los nervios laríngeos recurrentes puede dar lugar a un debilitamiento de la voz (ronquera) o a la pérdida de la misma (afonía) y causar problemas en las vías respiratorias. La lesión del nervio puede paralizar el músculo cricoaritenoides posterior del mismo lado. Este es el único músculo responsable de la apertura de las cuerdas vocales, y la parálisis puede causar dificultad para respirar (disnea) durante la actividad física. Las lesiones en los nervios derecho e izquierdo pueden provocar daños más graves, como la incapacidad de hablar. Referencias: Paquette CM, Manos DC, Pssoy BJ. Parálisis unilateral de cuerdas vocales: una revisión de los hallazgos de la TC, las causas mediastínicas y el curso de los nervios laríngeos recurrentes. - Cita en Pubmed. Rubin JS, Sataloff RT, Korovin GS. Diagnóstico y tratamiento de los trastornos de la voz. Publicación plural. Standing, Susan y Henry Gray. Anatomía de Gray: la base anatómica de la práctica clínica. Introducción y objetivo. El riesgo de parálisis laríngea bilateral (PLB) tras tiroidectomía total (TT) es bajo pero una de las mayores preocupaciones del cirujano y un incidente de seguridad grave que puede comprometer la vía aérea, precisar reintubación o traqueotomía y provocar secuelas graves o la muerte. No se ha demostrado que la neuromonitorización (NM) como herramienta diagnóstica precoz de lesión del nervio laríngeo recurrente (NLR) reduzca el riesgo. Objetivo: estimar el riesgo de PLB con y sin NM en TT mediante revisión sistemática y metaanálisis. Método: Revisión sistemática de ensayos clínicos, estudios de cohortes y series de casos de TT con y sin NM publicados en el periodo 2000-2014 en PubMed, Scopus (EMBASE) y Cochrane Library. Se exploró la heterogeneidad entre estudios y se estimaron riesgos ponderados agrupados siguiendo modelos de efectos aleatorios. Resultados: Se seleccionaron 40 artículos con estimaciones del riesgo en 54 series (25 sin NM, 29 con NM) con 30.922 pacientes. La incidencia de PLB con NM resultó inferior que sin NM (2,43%, [1,55-3,5%] versus 5,18%, [2,53-8,7%]). Esta diferencia equivale a una reducción absoluta del riesgo de 2,75% y un número necesario de pacientes a tratar de 364,13. El grupo con NM resultó más homogéneo (I<sup>2</sup>=7,52%) que sin NM (I<sup>2</sup>=79,32%). Las diferencias del análisis por subgrupos fueron imprecisas por el escaso número de parálisis. Conclusiones: El riesgo de PLB es menor en los estudios con neuromonitorización. Nervio laríngeo recurrente. Monitorización intraoperatoria. Parálisis de cuerda vocal. Introduction and Objective. The risk of producing bilateral laryngeal paralysis (BLP) in total thyroidectomy (TT) is low, but it is a concern for the surgeon and a serious safety incident that may compromise the airway, require reintubation or tracheostomy and cause serious sequelae or death. Neuromonitoring (NM), as an early diagnostic tool for the existence of injury to the recurrent laryngeal nerve (RLN), has not been shown to have reduced the risk, even though published series show lower incidences. Our objective was to estimate the risk of bilateral RLN paralysis with and without NM in TT by systematic review and meta-analysis. Method: We performed a systematic review of clinical trials, cohort studies and case series with total thyroidectomy without NM published in the period 2000-2014. A database search was performed using PubMed, Scopus (EMBASE) and the Cochrane Library. Heterogeneity between studies was explored and weighted risks grouped according to random effects models were estimated. Results: We selected 40 articles and estimates of risk were identified in 54 case series (without NM, 25; with NM, 29) with 30,922 patients. The prevalence of BLP in the series with NM was lower compared to that without NM (2.43%, [1.55 to 3.5%] versus 5.18%, [2.53 to 8.7%]). This difference is equivalent to an absolute risk reduction of 2.75% and a number needed to treat of 364.13. The NM group was more homogeneous (I<sup>2</sup>=7.52%) than those without NM (I<sup>2</sup>=79.32%). The observed differences in the subgroup analysis were very imprecise because the number of observed paralysis was very low. Conclusions: The risk of bilateral paralysis is lower in studies with neuromonitoring. Recurrent laryngeal nerve. Monitoring, intraoperative. Opciones para acceder a los textos completos de la publicación Acta Otorrinolaringológica Española Suscriptor de la revista. Si ya tiene sus datos de acceso, clique aquí. Si olvidó su clave de acceso puede recuperarla clicando aquí y seleccionando la opción "He olvidado mi contraseña". Comprar acceso al artículo. Comprando el artículo el PDF del mismo podrá ser descargado. Precio 19,34 € Comprar ahora