



## P-085 - EXTIRPACIÓN CON ANESTESIA LOCAL DE RECIDIVA DE IMPLANTE PREESTERNAL EN EL HIPERPARATIROIDISMO SECUNDARIO. IMPORTANCIA DE LA LOCALIZACIÓN MEDIANTE SPECT-TC

C. Ferrero San Román, A. Gómez Valdazo, P. Tejedor Togores, J. Gómez Ramírez, S. Rivas Fidalgo y M. Díaz Miguel Maseda

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La insuficiencia renal crónica (IRC) grave conlleva una alteración del equilibrio fosfo-cálcico que provoca una hiperplasia policlonal de células paratiroides debido al constante estímulo de las mismas, con el consiguiente hiperparatiroidismo secundario (HPTS). Cuando el tratamiento médico del HPTS y la diálisis fracasan, la paratiroidectomía se convierte en la principal opción de estos pacientes. La paratiroidectomía total (PTT) con autotrasplante paratiroideo, en cualquiera de sus variantes, es un procedimiento ampliamente aceptado en el tratamiento del hiperparatiroidismo secundario.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una paciente con HPTS tratada con PTT y autotrasplante subcutáneo preesternal. Mujer de 45 años en tratamiento con hemodiálisis desde enero de 1989 por IRC secundaria a glomerulonefritis focal con depósitos de IgM, fue sometida a trasplante renal en 1996 con reaparición de su enfermedad de base y necesidad nuevamente de diálisis en 1998 que mantiene hasta el momento actual. En el curso de su IRC debutó con HPTS, ante la falta de control farmacológico del mismo se realizó una paratiroidectomía total en noviembre de 1994 con implante preesternal de una glándula paratiroidea. En seguimiento desde entonces por nefrología, quien la deriva al servicio de Cirugía General en enero de 2014 por reaparición de hiperparatiroidismo secundario severo no controlable farmacológicamente con cifras de parathormona intacta el 16/1/14 de 1.262 pg/ml, las cifras de calcio iónico se mantuvieron dentro de los límites de la normalidad todo el tiempo. Se realizó un SPECT-TC el 10 de enero de 2013 que mostró depósito de trazador en región subesternal. Fue sometida a extirpación de implante de paratiroides preesternal bajo anestesia local el 11 de febrero de 2014 con normalización de las cifras de PTH.

**Discusión:** El HPTS recidivado se presenta hasta en un 10-20% de los casos según series publicadas. Clínicamente se manifiesta por la ausencia de descenso o la nueva elevación de la concentración de parathormona intacta en sangre. Su origen puede estar en el tejido paratiroideo no extirpado en la primera cirugía o por hiperplasia del injerto. El SPECT-TC como prueba de localización es una excelente herramienta para estos casos. Cuando el autotrasplante paratiroideo se localiza en región subcutánea preesternal, como en el caso aquí expuesto, presenta ventajas frente a otras alternativas en caso de recidiva del HPTS; el esternón constituye una barrera posterior natural y el tejido subcutáneo a este nivel no sufre grandes variaciones en su espesor que pudieran alterar

la localización de los fragmentos trasplantados. Todo esto facilita la exéresis posterior con anestesia local en caso de ser necesario.