



P-106 - HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO NO LOCALIZADO: ¿A QUÉ NOS ENFRENTAMOS?

Luengo Pierrard, Patricia¹; Gómez Ramírez, Joaquín¹; Porrero Guerrero, Belén¹; Collado Guirao, María Vicenta¹; Tortolero Giamate, Laura María²; Barquín Yagüez, Jose¹; Núñez Núñez, Jordi¹

¹Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ²Hospital de la Zarzuela, Madrid.

Resumen

Objetivos: Analizar los pacientes con hiperparatiroidismo primario (HPTP) no localizado y determinar el porcentaje de enfermedad multiglandular.

Métodos: Se analizaron de forma retrospectiva 840 HPTP intervenidos en un Hospital terciario de la Comunidad de Madrid (entre los años 2000 y 2018), de los cuales, 21 pacientes presentaban un HPTP no localizado mediante gammagrafía con tecnecio 99m (MIBI), ni ecografía cervical. Se analizaron variables demográficas, calcio sérico y PTH prequirúrgica, tipo de abordaje quirúrgico, presencia de un adenoma paratiroideo o de enfermedad multiglandular, peso de las glándulas extirpadas y complicaciones postquirúrgicas.

Resultados: El 2,5% (21 pacientes) de los HPTP eran no localizados. La media de edad fue de 50,28 años [29-73], 12 pacientes eran mujeres (57,14%) y 9 hombres. Más del 90% de los pacientes presentaban hipercalcemia (calcio sérico mayor de 10,3 mg/dl) previa a la cirugía [10,4-11, 9] y solo dos pacientes presentaban normocalcemia [9,7-10,1]. La vía de abordaje más utilizada fue la anterior con exploración bilateral, seguido de la lateral bilateral y la lateral unilateral (15, 4 y 2 pacientes, respectivamente). Con respecto a los hallazgos intraoperatorios, 11 pacientes (52,4%) presentaron un adenoma único, mientras que en 10 de ellos (47,6%) se encontró enfermedad multiglandular. De los cuales, 4 pacientes presentaban adenoma doble y 6 hiperplasia paratiroidea. En el caso de adenoma único la media del peso del adenoma fue de 410 mg (111-1.350 mg) y en 5 pacientes el peso fue menor de 200 mg. En el caso de adenomas dobles el rango fue de 70-280 mg. Las complicaciones postoperatorias fueron: una parálisis recurrencial y 3 hipocalcémias que requirieron tratamiento sustitutivo. Dos de los pacientes que presentaron hipocalcemia tenían normocalcemia previa a la cirugía y en ambos casos el diagnóstico anatomopatológico fue de hiperplasia paratiroidea.

Conclusiones: El HPTP suele ser causado en un 80-85% de los casos por un adenoma único y en un 10-15% por enfermedad multiglandular o hiperplasia paratiroidea. Se ha descrito como causa de HPTP no localizado, la presencia de adenomas pequeños, en nuestro caso en 5 pacientes con adenoma único tenían un peso inferior a 200 mg y en el caso de adenomas dobles la de mayor peso fue de 280 mg. Otra causa descrita es la enfermedad multiglandular, estando presente hasta en un 31,6%, de los casos. En nuestra serie, la incidencia de enfermedad multiglandular fue del 47,6%. Dado el mayor riesgo de presentar enfermedad multiglandular las guías recomiendan realizar una

exploración cervical bilateral con identificación de las 4 glándulas paratiroides. En nuestra serie el abordaje de elección fue el bilateral anterior. Sin embargo, se acepta realizar un abordaje unilateral en el caso de encontrar un adenoma y confirmar intraoperatoriamente el descenso del valor de la PTH de al menos un 50% de su valor prequirúrgico, como se realizó en dos casos de nuestra serie.