



O-215 - HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO RECIDIVADO. ESTRATEGIA QUIRÚRGICA

García Cardo, Juan; Magadán Álvarez, Cristina; Toledo Martínez, Enrique; del Castillo Criado, Álvaro; Gutiérrez Fernández, Gonzalo; Casanova Rituerto, Daniel Sebastián

Hospital Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Objetivos: La normalización de las cifras de calcio y parathormona (PTHi), constituyen el objetivo de la cirugía paratiroidea. Para ello, es necesario la extirpación de todo el tejido patológico hiperfuncionante preservando el tejido normal. Ello se consigue en más del 95% de los casos. Sin embargo existen razones técnicas (dificultad para identificar la lesión), de localización (posiciones ectópicas), de diagnóstico (MIBI falso +), e histológicas (doble adenoma, hiperplasias no reconocidas), que impiden cumplir los objetivos de la cirugía. La reintervención supone un reto quirúrgico importante, haciendo necesaria una información exhaustiva sobre la cirugía inicial, además de disponer de todos los recursos diagnósticos y técnicos disponibles (gammagrafía sestamibi, sonda isotópica, gradientes de PTHi, neuromonitorización de nervios laríngeos etc.). El objetivo del estudio es describir el enfoque y la experiencia en el tratamiento quirúrgico del hiperparatiroidismo primario recidivado en nuestro centro.

Métodos: De un total de 610 pacientes operados de HPPT1º en 30 años, 35 (5,73%) pacientes (29 mujeres y 6 hombres), con edades medias de 55,35 años, fueron reintervenidos en nuestro centro tras una intervención previa negativa o insuficiente. La gammagrafía con Tc-99 sestamibi se había realizado en 31/35 (88,57%) pacientes. Los niveles intaoperatorios de PTHi se practicaron en 16/35 (45,71%) pacientes con una secuencia de 1. Basal; 2. Preescisional; 3-5 y 39 Post; y 4-10 y 39 Post. La monitorización de los nervios laríngeos se practica en nuestro centro desde 2008.

Resultados: En la primera intervención, de los 35 casos en 11 (31,42%) tuvo lugar una exploración cervical negativa. De los restantes, en 4 (11,43%) se practicó una resección insuficiente por estimar guiados por la AP, que se trataba de adenoma cuando en realidad se trataba de una hiperplasia o tejido sano. En los otros 20, se extirparon una o más glándulas patológicamente confirmadas con evolución postoperatoria de calcio dentro la normalidad en 7 (20%) de los casos, y con cifras elevadas en 13 (37,14%). El diagnóstico morfológico de recidiva se basó en la hipercalcemia, aumento de PTHi e identificación de nueva captación en la gammagrafía sestamibi. En 2 (5,71%) casos con nuevo MIBI negativo se practicó una gammagrafía con seleniometionina y en 6 (17,14%) un PET TAC. Tras la reintervención se encontraron: doble adenoma en 8 (22,8%); hiperplasia en 3 (8,57%); y localizaciones ectópicas en prolongación del timo 1 (2,85%); adenoma intratiroideo en 3 (8,57%); vaina de la carótida 1 (2,85%) y nueva exploración negativa en 1 (2,85%). La utilización de PTHi, instaurada en nuestro centro desde 2001, se aplicó en 21 (60%) de las reintervenciones y

disminuyó significativamente en 16 de ellas (76,19%). Como complicaciones, 7 (20%) pacientes necesitaron suplencia temporal de calcio y/o vit D y 2 (5,71%) quedaron con hipoparatiroidismo definitivo. En ningún caso se lesionó el nervio recurrente.

Conclusiones: La reintervención en el HPPT primario supone un reto importante para el cirujano por el riesgo de morbilidad de estas exploraciones. Por ello es necesario la utilización de todos los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles con objeto de facilitar la extirpación del tejido patológico responsable de la enfermedad.