



O-157 - FRACASO DEL AUTOTRANSPLANTE PARATIROIDEO FRAGMENTADO PARA PREVENIR EL HIPOPARATIROIDISMO PERMANENTE TRAS TIROIDECTOMÍA TOTAL

Lorente Poch, Leyre¹; Sancho Insenser, Juan José¹; Muñoz de Nova, José Luis²; Jimeno Fraile, Jaime¹; Sitges Serra, Antonio¹

¹Hospital del Mar, Barcelona; ²Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Resumen

Objetivos: Aunque el autotransplante paratiroideo durante tiroidectomía total conlleva tasas más elevadas de hipocalcemia postoperatoria, se ha argumentado que previene el hipoparatiroidismo permanente. Sin embargo, la función del autotransplante de fragmentos de tejido paratiroideo normal, no ha sido evaluada de forma apropiada. Presentamos un nuevo enfoque metodológico para explorar la función del autotransplante de tejido paratiroideo normal analizando la insuficiencia paratiroidea en pacientes con tres glándulas paratiroides preservadas *in situ* tras tiroidectomía total en los que la cuarta glándula fue autotransplantada o reseca accidentalmente y posteriormente encontrada en la pieza.

Métodos: Estudio observacional de cohorte sobre una base de datos mantenida de forma prospectiva de pacientes consecutivos (N = 669) que recibieron tiroidectomía total de primera intención. Se registró el número de glándulas paratiroides preservadas *in situ* (Parathyroid Glands Remaining *In Situ*: PGRIS = 4 - (glándulas autotransplantadas + glándulas reseca). La técnica de autotransplante se realizaba implantando en al menos 10 fragmentos de glándula paratiroides en el músculo estenocleidomastoideo ipsilateral. Se investigó el subgrupo de 186 pacientes con tres glándulas paratiroides *in situ* resultado de resección accidental (n = 76) o de autotransplante (n = 110). Se comparó la prevalencia de hipocalcemia postoperatoria (calcio sérico < 8 mg/dL 24 horas tras cirugía), hipoparatiroidismo prolongado y permanente (iPTH < 13 pg/mL o suplementación al mes o al año de la cirugía, respectivamente). Se recogieron las variables demográficas, clínicas, bioquímicas y quirúrgicas. El seguimiento fue de al menos un año.

Resultados: Ambos grupos fueron comparables en términos de extensión de la cirugía. La calcemia postoperatoria fue la misma en ambos grupos (resección accidental: $1,97 \pm 0,2$ mmol/L vs autotransplante: $1,97 \pm 0,22$ mmol/L). Al alta, ambos grupos recibieron dosis equivalentes de sales de calcio y calcitriol. Las tasas de insuficiencia paratiroidea fueron similares en el grupo de resección accidental como en el grupo de autotransplante en términos de hipocalcemia postoperatoria (50% vs 52%), hipoparatiroidismo prolongado (24% vs 25,5%) y permanente (5,3% vs 7,3%).

Conclusiones: En pacientes PGRIS 3, la prevalencia de hipocalcemia postoperatoria, hipoparatiroidismo prolongado y permanente tras tiroidectomía total fue similar

independientemente de si la cuarta glándula fue autotrasplantada o reseca accidentalmente. El autotrasplante no previno el hipoparatiroidismo permanente.