



OR-036 - PAPEL DE LA PTH INTRAOPERATORIA EN EL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO ESPORÁDICO HIPERCALCÉMICO. PODRÍA EXISTIR UNA ÚLTIMA OPORTUNIDAD PARA SU USO COMO HERRAMIENTA DIAGNÓSTICA DE ENFERMEDAD MULTIGLANDULAR

Sánchez Rodríguez, María; Fernández Martínez, María; Amunategui Prats, Iñaki; Zarain Obrador, Leire; Escat Cortés, Jose Luis; Mercader Cidoncha, Enrique

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HPT1^o) está causado por la afectación de una o más glándulas paratiroides. La técnica quirúrgica, paratiroidectomía selectiva (PS)/exploración cervical bilateral (ECB), está condicionada por la exactitud de las pruebas de localización preoperatorias. La dificultad de detección de enfermedad multiglandular (EMG) por estas pruebas es la principal causa de fracaso terapéutico. Con el objetivo de disminuir los fracasos por EMG, se diseñó el descenso de PTH intraoperatoria (Δ iPTHio), para guiar el cambio de estrategia quirúrgica. Sin embargo, a pesar del uso sistematizado de la misma, no ha parecido aportar claros beneficios a la tasa de curación. El objetivo del estudio es determinar en qué grado el Δ iPTHio es una prueba diagnóstica válida en nuestro medio para detectar persistencia de HPP debido a la presencia de EMG, y poder así ajustar su papel como guía durante la cirugía del HPP.

Métodos: Estudio unicéntrico observacional sobre una cohorte de pacientes intervenidos por HPT1^o esporádico hipercalcémico entre enero 2015-junio 2022, a los que se realizó medición de forma sistematizada de Δ iPTHio, si bien es cierto que el valor otorgado al resultado intraoperatorio disminuyó cronológicamente, no esperándose el mismo en la segunda mitad del periodo de estudio. Criterio de curación empleado: normocalcemia 6 meses posoperatorios. Se excluyeron pacientes con: cirugía cervical previa, antecedentes familiares HPT1^o, intervención concomitante patología tiroidea y/o ausencia de seguimiento. Se planificó PS en presencia de dos pruebas positivas y concordantes o una prueba positiva con apoyo de Δ iPTHio, finalizándose su descenso si era > 50%. Se planificó ECB con pruebas negativas o solo con una prueba positiva si se consensuó no utilizar Δ iPTHio. Se realizó análisis cronológico comparativo por periodos (2015-2018/2019-2021) de la evolución del uso de Δ iPTHio, técnica quirúrgica realizada, presencia EMG y curación; y estudio de la validez de Δ iPTHio como prueba diagnóstica mediante curvas ROC.

Resultados: 168 pacientes fueron incluidos. Se planificó ECB en 71 (42,3%) pacientes y PS en 97 (57,7%). El Δ iPTHio > 50% se empleó para determinar fin de la intervención en 47 (28%) pacientes, provocando cambio de estrategia en 4 (2,4%). Tasa de EMG: 10,7%, ectopia asociada 16%. Tasa de curación: 95,8%. Por periodos agrupados, se observó aumento significativo de realización de ECB (35 vs. 53%) y tasa EMG (6 vs. 18%); reducción significativa del uso de Δ iPTHio > 50% (42 vs. 6%),

sin diferencias significativas en tasa de curación (4/102,96,1 vs. 3/66,95,5%). Δ iPTHio > 50%, como prueba diagnóstica, obtuvo S 33%, E 95%, VPP 20% y VPN 97%; con un área bajo la curva de 0,693 (IC95% 0,450-0,935), que se incrementó a 0,894 (IC95% 0,835-0,954) al incrementar el grado de descenso del Δ iPTHio a 70%.

Conclusiones: En nuestra muestra, Δ iPTHio > 50% no demostró ser buen predictor de EMG, sin embargo, la migración progresiva a mayor realización de ECB tampoco ha tenido el impacto esperado sobre la tasa de curación debido al elevado porcentaje de asociación EMG con ectopia. En este contexto debemos aumentar la exhaustividad terapéutica, valorando añadir a la estrategia un Δ iPTHio con descenso > 70% en casos de 1 glándula patológica pero solo tres encontradas o asociar mayor número de hemitiroidectomías en casos con tres glándulas evidenciadas normales.