



## 410 - FACTORES PREDICTORES DE RECUPERACIÓN PRECOZ EN HIPOPARATIROIDISMO POSTIROIDECTOMÍA (hPTH-PT)

S. Mera Carreiro<sup>1</sup>, A. López Guerra<sup>2</sup>, L. Ávila Antón<sup>1</sup>, B. Ugalde Abiega<sup>3</sup>, P. Parra Ramírez<sup>6</sup>, M. Martín Fuentes<sup>4</sup>, N. Sánchez-Maroto García<sup>1</sup> e I. Huguet Moreno<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid. <sup>2</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. <sup>3</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. <sup>4</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Santa Cristina, Madrid. <sup>5</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid. <sup>6</sup>Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** Se define remisión de hPTH-PT como la presencia de un nivel de PTH que permite mantener la normocalcemia sin necesidad de tratamiento con calcio y/o vitamina D (VitD) activa.

**Métodos:** Estudio observacional retrospectivo multicéntrico de pacientes > 18 años con tiroidectomía total (TT) que desarrollaron hPTH en el posoperatorio. Se analizan factores predictores de remisión precoz (RP) ( 6 meses) de hPTH-PT.

**Resultados:** 164 pacientes con hPTH-PT: 77 (47%) con RP; 39 (23,7%) con RI; 48 (29,3%) con RT. 87,8% mujeres; edad media (X) 51 años; VitD mediana (Me) 23 mg/mL; tratamiento previo con VitD 17,7% y tiazidas 5,5%. PTH Me prequirúrgica (PTHpreqx) 55 pg/mL; PTH Me 24 horas posquirúrgica (PTH24h) 10 pg/mg y descenso X de PTH 84,9% sin diferencias significativas entre grupos. RP (N = 77): fosfatasa alcalina Me (FA) 74,5 U/L (p = 0,011). Calcemia X a las 24 horas (Ca24h) 8,4 mg/dL (p = 0,001); calcemia X primera visita (Ca1<sup>a</sup>) 9,3 mg/dL (p = 0,010); calcemia X 2<sup>a</sup> visita (Ca2<sup>a</sup>) 9 mg/dL. Fosforemia X 24 horas (P24h) 4,2 mg/dL. PTH24h indetectable (ind) 6,6% (p = 0,020); PTH Me 1<sup>a</sup> visita (PTH1<sup>a</sup>) 24,7 pg/mL (p = 0,039). El 9,2% (p = 0,000) precisó calcio intravenoso (Ca iv) y ninguno magnesio intravenoso (Mg iv). RI (N = 39): FA 71 U/L. Ca24h 8,1 mg/dL; Ca1<sup>a</sup> 8,1 mg/dL; Ca2<sup>a</sup> 9,1 mg/dL. P24h 4,2 mg/dL. PTH24h ind 10,8%; PTH1<sup>a</sup> 17 pg/mL. El 23% precisó Ca iv y el 5% Mg iv. RT (N = 48): FA 68,1 U/L (p = 0,046). Ca24h 7,9 mg/dL (p = 0,000); Ca1<sup>a</sup> 9,1 mg/dL; Ca2<sup>a</sup> 8,8 mg/dL (p = 0,019). P24h 4,4 mg/dL. PTH24h ind 25% (p = 0,003); PTH1<sup>a</sup> 12 pg/mL (p = 0,000); PTH2<sup>a</sup> 21 pg/mL (p = 0,021). El 43,8% (p = 0,001) precisó Ca iv y el 6,6% Mg iv. La TT fue por patología maligna en el 60,4% de casos (p = 0,012).

**Conclusiones:** La Ca24h, Ca1<sup>a</sup> y Ca2<sup>a</sup> parecen buenos predictores de RP; por el contrario la TT por sospecha de malignidad, la PTH24h ind y la necesidad de Ca iv son predictores de RT. No se encontraron diferencias entre PTHpreqx, PTH24h, ni descenso X de PTH en la remisión del hPTH-PT.