CIR ESP. 2020;98(Espec Congr 1):46

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-072 - HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO PERSISTENTE Y RECURRENTE. NUESTRA EXPERIENCIA

Fernández Fernández, Clara; Navarro Fajardo, David; Martínez Pueyo, José Ignacio; Martínez Pozuelo, Almudena; Guadarrama González, Francisco Javier; Butrón Vila, María Teresa; de la Cruz Vigo, Felipe; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Objetivos: La persistencia o recurrencia del hiperparatiroidismo primario (HPTP) tras el tratamiento quirúrgico se da en el 2,5-5% de los casos de HPTP esporádico. El HPTP persistente (HPTP-P) se define como la presencia de hipercalcemia en los 6 primeros meses tras la cirugía; el HPTP recurrente (HPTP-R) como la reaparición de hipercalcemia transcurridos los 6 primeros meses. Nuestro objetivo es describir los casos de HPTP-P o HPTP-R intervenidos en nuestro centro y revisar la bibliografía.

Métodos: Análisis observacional retrospectivo de los casos de HPTP intervenido entre enero de 2018 y enero de 2020, y de las reintervenciones por HPTP-P y HPTP-R.

Resultados: En este periodo se intervinieron quirúrgicamente 88 pacientes por HPTP, tres de los cuales fueron reintervenciones por persistencia/recurrencia (Tabla 1). De los 85 intervenidos “de novo” ninguno ha desarrollado persistencia o recurrencia. En cuanto a la localización preoperatoria, a 4 pacientes se les realizó solamente ecografía (4,7%), gammagrafía de glándulas paratiroideas y SPECT-TC cervical a 17 pacientes (20%); y ecografía y SPECT-TC a 64 pacientes (75,3%), en los cuales el 73,4% fueron coincidentes en cuanto a localización de hallazgos patológicos. Se realizó una intervención por recurrencia en un paciente operado 10 años antes, y dos por persistencia: un paciente derivado de otro centro y otro operado 9 años antes en nuestro hospital. Los tres casos cursaron sin incidencias postoperatorias y la cirugía fue resolutiva. Las glándulas paratiroideas normales pesan 40-50 mg. Embriológicamente, las inferiores se originan, como el timo, en el tercer arco branquial, siendo su localización muy variable: cualquier lugar entre la base del cráneo y el mediastino anterior. Las superiores se originan del cuarto arco branquial, al igual que la tráquea, pudiendo localizarse en el mediastino inferior o posterior. Las glándulas paratiroides ectópicas se asocian a inadecuada migración a su localización anatómica definitiva; suelen encontrarse en la grasa adyacente a las glándulas, timo, pericardio, ventana aortopulmonar, vaina carotidea y submucosa laríngea.

Sexo	Edad	IMC	ASA	Diagnóstico inicial	Cirugía inicial	Tipo	Localización preoperatoria	Hallazgos/Técnica quirúrgica	Anatomía patológica

Mujer 60	32	II	HPTP + BMN (Hiperplasia multinodular quística)	Tiroidectomía total + Paratiroidectomía inferior izquierda + biopsia de ambas gl. superiores	HPTP-P	Ecografía y M. nuclear: Sin hallazgos	Probable tejido paratiroideo ectópico en cuerno derecho del timo. Exéresis	Tejido paratiroideo ectópico a nivel tímico (0,24 gramos)
Mujer 57	40	II	HPTP por adenoma paratiroideo	Adenoma paratiroideo inferior izquierdo. Extirpación	HPTP-R	M. nuclear: Probable adenoma paratiroideo inferior izquierdo	Tejido paratiroideo en lugar de la gl. Inferior izquierda. Paratiroidectomía inferior izquierda	Adenoma de paratiroides (0,18 gramos)
Varón 74	28	III	HPTP	Paratiroidectomía inferior derecha + Hemitiroidectomía izquierda (no localización de paratiroides)	HPTP-P	M. nuclear: Captación retroesternal izquierda	Adenoma retroesternal izquierdo en timo. Exéresis	Adenoma de paratiroides (0,6 gramos)

Conclusiones: En toda cirugía paratiroidea se debe cumplimentar el protocolo quirúrgico con el máximo detalle. Ante el diagnóstico de HPTP-R o HPTP-P se debe estudiar exhaustivamente cada caso, revisar el protocolo quirúrgico previo, realizar un estudio de localización y derivar a un centro que cuente con cirujanos expertos en esta patología.

0009-739X © 2020 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados