



P-199 - PARATIROIDECTOMÍA POR ACCESO MÍNIMO EN EL TRATAMIENTO DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: EXPERIENCIA Y RESULTADOS A 10 AÑOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

A. Bañuls Matoses, U. Ponce Villar, A. Coret Franco, N. Orozco Gil, C. Montesinos Meliá, J. Carbó López, F. Peiró Monzó, F. Meló Escriviuela, C. Rodero Astarburuaga, J. Seguí Gregori y F. Caro Pérez

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francesc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: El hiperparatiroidismo primario (HPTP) es un trastorno endocrino provocado en más del 90% de los casos por un adenoma paratiroideo siendo la cirugía el único tratamiento definitivo. Las técnicas de localización preoperatorias y la determinación rápida de PTH han permitido utilizar la cirugía por acceso mínimo. Se describe nuestra experiencia y resultados en la paratiroidectomía por acceso mínimo para el tratamiento del hiperparatiroidismo primario.

Métodos: Se lleva a cabo un estudio retrospectivo de las paratiroidectomías realizadas en nuestro centro entre 2004 y abril de 2013. Se recogen el sexo, la edad, las pruebas diagnósticas preoperatorias, la discordancia de las mismas, el tiempo quirúrgico, las complicaciones intraoperatorias, la PTH pre y postoperatoria, la localización, el tiempo medio de intervención y seguimiento de los pacientes.

Resultados: Durante el período revisado se llevan a cabo 72 paratiroidectomías, 45 de ellas mediante acceso mínimo. Los 27 casos restantes fueron excluidos de forma preoperatoria para intervención por acceso mínimo por asociarse a patología tiroidea, localización ectópica o patología multiglandular. De los 45 pacientes intervenidos, 11 (24,5%) son hombres y 34 mujeres (75,5%), con una edad media de 60 años (rango 29-80). La estancia media fue de 2,9 días. Los niveles medios de PTH preoperatorios fueron de 159,2 pg/ml (rango 49-584 pg/ml) aceptándose como paratiroidectomía exitosa una caída de más del 50% a los 10 min en los valores de PTH obteniéndose unos valores medios postintervención de 42,62 pg/ml. Las pruebas de localización utilizadas fueron en un 42% (19 pacientes) de los casos exclusivamente gammagrafía con sestamibi marcado con Tc 99, en 1 paciente TC (tomografía computarizada) y en otro paciente único diagnóstico mediante RMN (resonancia magnética nuclear). En un 26,6% de los casos (12 pacientes) se asoció gammagrafía + ecografía. En 10 de los restantes pacientes los adenomas fueron localizados mediante diversas combinaciones de las técnicas de imagen anteriormente mencionadas y en los 2 casos más recientes se ha utilizado ecografía + SPECT. En 10 de los casos (22%) las pruebas de localización preoperatoria fueron discordantes. Durante la intervención en 9 casos (20%) se requirió de conversión a cervicotomía, 7 casos por no encontrarse la glándula patológica en la localización inicial, un caso por hemorragia y un caso por hallazgo casual de carcinoma papilar de tiroides. Durante el seguimiento de los pacientes se recogen 6 casos de persistencia de la enfermedad

(13,3%), 2 de ellas reintervenidas y curadas. No se han encontrado complicaciones durante el postoperatorio. La tasa de curación de nuestra serie fue del 91%.

Conclusiones: La paratiroidectomía por acceso mínimo para el tratamiento del hiperparatiroidismo primario ofrece alta tasa de curación asociado a una reducción de la estancia media, el dolor postoperatorio y cicatrices más estéticas. Es de suma importancia obtener una localización preoperatoria adecuada para evitar las conversiones y la prolongación del tiempo quirúrgico. La necesidad de concordancia en las pruebas de imagen nos ha llevado a protocolizar la gammagrafía asociada a ecografía en el manejo de nuestros pacientes obteniendo una mayor sensibilidad.