



O-078 - FACTORES DE RIESGO INTRAOPERATORIOS DEL HIPOPARATIROIDISMO EN LA TIROIDECTOMÍA TOTAL. RESULTADOS INICIALES DE UN ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO

A. Ciscar Bellés¹, X. Guirao Garriga², X. Mira Alonso², J.M. Campos Tàrrrech², S. Amador Gil², M. Amillo Zaragoza², F.F. Vela Polanco², A. Serrano², I. Castells² y J.M. Badia Pérez²

¹Hospital General de Granollers. ²Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers.

Resumen

Introducción: A pesar de haberse descrito factores postoperatorios capaces de predecir el hipoparatiroidismo (HPP) postoperatorio, faltan datos que relacionen el estado de las glándulas paratiroides (GP) con el HPP después de la tiroidectomía total (TT). La detección de factores operatorios podría mejorar el tratamiento de los pacientes de riesgo de HPP. Presentamos los resultados preliminares de un estudio observacional prospectivo sobre la relación del manejo y el estado final de las GP y la incidencia de HPP.

Métodos: Se han evaluado los pacientes intervenidos mediante TT (con o sin vaciamiento ganglionar central) desde agosto 2012 hasta abril 2013. Se ha evaluado el nº GP identificadas y disecadas, aplicándose una puntuación (RISKHIPO) en función del estado final de las GP identificadas (0: GP identificada no disecada, del 1-3: disecada sin o con congestión mínima, intermedia o alta, respectivamente y 5 para las GP autotrasplantadas). Se ha calculado el nº de GP *in situ*: 4-(GP en la pieza + GP trasplantadas). Se han determinado los valores de la PTHi basal y a los 20 minutos, 4 y 24 horas y 7 y 30 días de la finalización de la TT calculándose el porcentaje de descenso desde los valores basales ($\Delta\%$). Se ha considerado HPP inmediato cuando la PTHi < 12 pg/ml en cualquiera de las 3 primeras determinaciones y HPP persistente si PTHi < 12 pg/ml o la necesidad de calcio y vitamina D al mes. Los datos se han analizado mediante la t-de Student y chi-cuadrado. Para el análisis del HPP y los factores de riesgo, se empleó el modelo de regresión logística y cálculo de la OR así como el AUC del test de ROC.

Resultados: Se han evaluado 24 pacientes con una mediana de edad de 57 años (30-77), 87,5% mujeres. La TT se ha realizado por malignidad en el 25%. Se ha observado HPP inmediato y persistente en el 33,3 y el 14,3%, respectivamente. Los pacientes con HPP inmediato han presentado un mayor número de GP disecadas ($2,5 \pm 0,9$ vs $1,7 \pm 0,60$ p = 0,02) y un RISKHIPO superior aunque no significativo ($4,2 \pm 3,1$ vs $2,97 \pm 1,2$ p = ns). Se ha observado un mayor descenso no significativo de la $\Delta\%$ PTHi en la disección de 3-4 GP en todas las determinaciones, siendo máxima la diferencia a las 4h ($-39, \pm 31,9$ vs $-70,2 \pm 19,4$ $\Delta\%$ en 0-2 y 3-4 GP disecadas, respectivamente, p = 0,08). El modelo de regresión logística ha determinado un OR de 4,91 (IC95%, 1,06-22,59 p = 0,0136) para el HPP inmediato y número de GP disecadas. La curva ROC ha determinado que para > 2 GP disecadas un VPP y VPN del 77,4 y 81,4% de HPP inmediato, respectivamente. El HPP

persistente se relaciona con el número de GP *in situ* (2 ± 1 vs $3,7 \pm 0,5$ $p < 0,0001$).

Conclusiones: El factor de riesgo de HPP inmediato es el número de GP que es preciso diseccionar en la TT. El estado final de las GP tiene un peso más marginal en este modelo en que el número de glándulas conservadas es relativamente alto. El HPP persistente se relaciona con el número de GP *in situ*.