



P-135 - VALOR DE LA DETERMINACIÓN DE PARATHORMONA PLASMÁTICA 4 HORAS DESPUÉS DE UNA TIROIDECTOMÍA COMO PREDICTOR DE HIPOCALCEMIA EN EL PRIMER DÍA DEL POSOPERATORIO. ESTUDIO PRELIMINAR

Valera-Montiel, Andrés E.; Montalbán-Valverde, Pedro A.; Tapiado-López, Isaac; Torres-Jurado, Manuel J.; Moro-Alaejos, Enrique; Borrego-Galán, Milagros; González-Sánchez, Carmen; Franch-Arcas, Guzmán

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: Los pacientes sometidos a tiroidectomía total propuestos para ser dados de alta el mismo día de la intervención deben recibir tratamiento profiláctico con calcio (con o sin calcitriol) cuando sea necesario.

Objetivos: Evaluar la capacidad que tiene la determinación de parathormona intacta (iPTH) en plasma 4 horas después de una tiroidectomía para predecir la aparición de hipocalcemia (calcemia corregida por la albúmina sérica \leq 8 mg/dL) en el primer día de posoperatorio (hipoCaDPO1).

Métodos: Se realizaron determinaciones de parathormona intacta preoperatoria (prePTH) y a las 4 horas de concluir la tiroidectomía (4hPTH) en 38 pacientes consecutivos después de tiroidectomía total (n = 32) o de lobectomía tiroidea para completar tiroidectomía total (n = 6). Todos los pacientes fueron dados de alta a la mañana siguiente de la intervención, recibiendo tratamiento profiláctico con calcio (con o sin calcitriol) en caso de presentar hipoCaDPO1. El descenso (porcentaje) del valor de la iPTH entre la prePTH y la 4hPTH (Δ 4hPTH) se comparó con el valor de 4hPTH en cuanto a la capacidad de predecir la aparición de hipoCaDPO1. Mediante estudio con curvas ROC se calcularon los índices J de Youden para proporcionar un punto de corte para establecer un criterio predictivo para cada una de las dos variables. Se utilizó la prueba de McNemar (comparación de variables cualitativas para datos apareados) seleccionando aquellos pacientes que sí presentaron o aquellos que no presentaron hipoCaDPO1 para comparar la sensibilidad y especificidad de ambas variables.

Resultados: Al comparar aquellos pacientes que presentaron (n = 7) con los que no presentaron (n = 31) hipoCaDPO1, se observan los siguientes valores: media (DE), prePTH, 8 (24) vs. 64 (24), p = 0,560; 4hPTH, 12 (10) vs. 35 (20), p < 0,001; y Δ 4hPTH 75 (20) vs. 40 (35), p = 0,018. El área bajo la curva (AUC) en los estudios mediante ROC para predecir hipoCaDPO1 fueron similares para las variables 4hPTH y Δ 4hPTH con tendencia a la superioridad de la 4hPTH: AUC (DE) 0,85 (0,087) vs. 0,8 (0,08), p = 0,067. El punto de corte para establecer un criterio predictivo fue 62%, respectivamente. La sensibilidad y especificidad de ambas variables utilizando dichos puntos de corte fue, respectivamente: % (DE), 71 (17) vs. 85 (14), p = 1,000; 87 (6) vs. 67 (8), p = 0,031. El

porcentaje de falsos negativos fue escaso con ambos criterios, pero no inexistente (7 vs. 4%, $p = 1,000$). El porcentaje de falsos positivos fue elevado, siendo superior con Δ 4hPTH (44 vs. 62%, $p = 0,031$)

Conclusiones: 1. Tanto la determinación de 4hPTH como la de Δ 4hPTH presentan un porcentaje relevante de falsos positivos en cuanto a su valor predictivo de hipoCaDPO1, con el consiguiente sobretratamiento en estos pacientes. 2. El riesgo de dejar de tratar pacientes que potencialmente desarrollarán hipoCaDPO1 es bajo, pero no inexistente. 3. Aunque los puntos de corte para establecer los criterios predictivos se pueden modificar hacia una reducción de dicho riesgo, contra comportaría un aumento en la incidencia de falsos positivos, incrementando en número de pacientes en riesgo de sobretratamiento.