



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-13 - RESECCIÓN ROBÓTICA DE ADENOMAS PARATIROIDEOS ECTÓPICOS INTRATORÁDICOS

Silvia Mateos Alonso, Sara Pérez Pérez, Luis Javier Huerta Martínez, Enrique Mercader Cidoncha, Iñaki Amunategui Prats, Dany Zamudio Rodríguez, Leire Azcárate Perea, Guillermo Antonio González Casaurrán, Lorena Martín-Albo Caballero y Carlos María Simón Adiego

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Introducción: El hiperparatiroidismo es un síndrome caracterizado por el aumento de la secreción o por la secreción inadecuada de hormona paratiroidea (PTH), que cambia el metabolismo del calcio produciendo hipercalcemia y alteraciones estructurales óseas. Suele estar causado por la presencia de adenomas autónomos, o de manera menos frecuente por carcinomas paratiroides. En un 10-15% de los casos estos adenomas o tejido paratiroideo se localizan de manera ectópica por una migración anómala de las glándulas paratiroides durante el desarrollo, pudiendo encontrarse en la región intratorácica hasta en un 20-35%. El diagnóstico del hiperparatiroidismo se realiza con una analítica sanguínea. Sin embargo, en los casos con sospecha de localización ectópica es importante realizar un estudio de extensión que incluye la gammagrafía con Tecnecio 99m-sestamibi combinada con tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT-TC) o en casos dudosos el PET-TC con colina-18F. Los abordajes clásicos del hiperparatiroidismo ectópico intratorácico son la esternotomía media, la manubriotomía o la toracotomía. Por otro lado, la tendencia actual va dirigida a la realización de técnicas menos invasivas como la toracoscopia videoasistida (VATS) o robótica (RATS). La utilización de reconstrucciones virtuales puede ser útil para la localización de la lesión y facilitar la planificación quirúrgica.

Casos clínicos: Se presentan dos casos de hiperparatiroidismo ectópico intratorácico intervenidos por abordaje robótico. En uno de los casos, el tejido paratiroideo se encuentra en localización paraaórtica, anterior a tronco venoso braquiocefálico izquierdo. El segundo caso se trata de un adenoma de localización paratraqueal derecha, posterior al tronco braquiocefálico derecho. En ambos casos, se realiza un abordaje robótico derecho, con identificación de las estructuras vasculares y nerviosas, y extracción de la muestra sin incidencias. Se realiza una comprobación mediante sonda gamma de captación de tecnecio 99m en ambas muestras confirmando tejido paratiroideo. En uno de los casos, se utiliza la tinción Verde de Indocianina para facilitar la localización del tejido paratiroideo de manera intraoperatoria. Ambos pacientes tuvieron una evolución favorable pudiendo ser dados de alta a las 48 horas de la intervención.

Discusión: A pesar de no ser la causa más frecuente de hiperparatiroidismo, la localización ectópica (intratorácica) debe considerarse durante el estudio de estos pacientes. En nuestros dos casos, el abordaje robótico es seguro y eficaz para la resección de estas lesiones. Se puede confirmar la mayor captación de tecnecio 99m del tejido paratiroideo mediante sonda gamma. Tinciones como la de Verde de Indocianina o reconstrucciones virtuales prequirúrgicas pueden ser útiles para la localización de las lesiones.