



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Revista de la Asociación Española de Cirujanos
Fundada en 1904 por D. Juan V. García

Volumen 97, Especial Congreso 2, Noviembre 2019

XIII Reunión Nacional de Cirugía
del 2 al 6 de noviembre de 2019



www.elsevier.es/cirugia

P-105 - HIPERPARATIROIDISMO PERSISTENTE TRAS ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA POR ENFERMEDAD MULTIGLANDULAR

Suárez Cabrera, Aurora; Sacristán Pérez, Cristina; Marín Herrero, María; Díaz Rodríguez, Mercedes; Linares Cuartero, Antonio; Marín Velarde, Consuelo

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HPP) se debe a un adenoma único en el 80-85% de los casos, hiperplasia en 10-15% y 1% a cáncer de paratiroides. En 1947 se describieron los dobles adenomas con una incidencia aproximada del 2-15%. El tratamiento de elección es la paratiroidectomía, que es curativa en el 93-98% de casos con hasta un 30% de complicaciones y un 5% de recidivas. La tendencia en la cirugía del HPP ha sido hacia técnicas mínimamente invasivas. Las técnicas percutáneas, como la ablación por radiofrecuencia (ARF), se están introduciendo como alternativa a la cirugía en el tratamiento del HPP por adenoma único. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de HPP persistente tras ARF en una paciente con adenoma doble de paratiroides, con diagnóstico inicial de adenoma único.

Caso clínico: Mujer de 63 años, con antecedentes de litiasis renoureterales de 3 años de evolución, diagnosticada por Endocrinología de HPP y derivada a Cirugía. Presentaba elevación de la PTH e hipercalcemia. La ecografía cervical mostraba un nódulo en polo superior del lóbulo derecho de tiroides de $13 \times 11 \times 7$ mm, compatible con adenoma paratiroideo. La gammagrafía SESTA-MIBI era compatible con adenoma de paratiroides superior derecha. La paciente rechazó la intervención quirúrgica. Dado que reunía criterios de inclusión al estudio de ARF en patología paratiroidea y no presentaba criterios de exclusión, se ofertó la posibilidad de ARF aceptando la paciente. Mediante control ecográfico, bajo anestesia local y con circuito de CMA preestablecido, se realizó termoablación por radiofrecuencia del adenoma, sin complicaciones inmediatas. La paciente fue alta según protocolo sin incidencias. En la analítica de control al mes mantenía PTH elevada (119 pg/mL). Se realizó ecografía cervical de control en la que se identificaba imagen adyacente a polo superior del lóbulo derecho de tiroides similar a la previa, y un nódulo caudal al lóbulo izquierdo de tiroides, no visible en las ecografías previas, de 8×6 mm. Se realiza PAAF de ambos nódulos con PTH derecha de 19 pg/mL e izquierda de 159 pg/mL. Se realiza nuevo sestamibi positivo para adenoma doble de paratiroides en superior derecha e inferior izquierda. Con estos hallazgos y diagnóstico de termoablación incompleta y adenoma doble de paratiroides, se indica cervicotomía exploradora que la paciente sí acepta. Durante la cirugía se extirpa adenoma paratiroideo superior derecho (previamente ablacionado) con un descenso intraoperatorio de PTH a 71,8 pg/mL; se extirpó con confirmación anatomopatológica intraoperatoria el adenoma inferior izquierdo con una PTH intraoperatoria postextirpación de 34,8 pg/mL y supresión desde la basal de 68,9%. No se produjeron complicaciones operatorias ni se incrementó la dificultad de la intervención por la radiofrecuencia previa.

Discusión: La ablación por radiofrecuencia en HPP por adenoma único es un procedimiento seguro. La persistencia de la elevación de PTH tras la ablación debe hacer sospechar la presencia de enfermedad

multiglandular no diagnosticada previamente. En estos casos consideramos adecuada la exploración quirúrgica de las cuatro glándulas, sin que la ARF añada dificultad a la intervención ni suponga un incremento de las complicaciones posquirúrgicas.