



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-154 - VALOR DE LA PTH PREOPERATORIA Y DESCENSO DE PTH EN EL DESARROLLO DE HIPOPARATIROIDISMO POSQUIRÚRGICO

Vilar Tabanera, Alberto¹; Gómez Ramírez, Joaquín²; González Barranquero, Alberto²; Puerta, Ana³; Arranz, Raquel²; Porrero, Belén²; Luengo, Patricia²; Fernández Cebrián, José María²

¹Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares; ²Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ³Hospital Sanitas La Zarzuela, Madrid.

Resumen

Introducción: El hipoparatiroidismo posquirúrgico es la complicación más frecuente de la tiroidectomía total. Supone la principal causa de incremento de la estancia hospitalaria y del coste sanitario. La identificación de posibles factores predictores del hipoparatiroidismo podría permitirnos clasificar a los pacientes en función del riesgo de hipoparatiroidismo posoperatorio que presentan. El objetivo del trabajo es identificar si el nivel de PTH preoperatoria, puede ser uno de los factores que influyan en el desarrollo del hipoparatiroidismo posquirúrgico. Analizamos si el porcentaje de descenso de la PTH a las 24 horas respecto al valor de referencia preoperatorio predice el riesgo de hipoparatiroidismo transitorio, prolongado y permanente.

Métodos: Estudio observacional longitudinal y prospectivo en una serie de 100 pacientes consecutivos en los que se realiza una tiroidectomía total, en el periodo comprendido entre septiembre de 2018 y diciembre de 2020. Analizamos variables demográficas y valores a través del programa de datos estadístico SPSS 20^a ed[®].

Resultados: El 84% de la muestra son mujeres y el 16% hombres. La edad media es de 54,88 años (DE 14,78). La principal indicación quirúrgica fue bocio multinodular (57%), seguido de carcinoma papilar (30%), enfermedad de Graves (16%) y carcinoma medular (1%). La estancia media fue de 1,78 días (DE 1,368). El 42% de los pacientes presentó hipoparatiroidismo posquirúrgico, el 11% hipoparatiroidismo prolongado 1 mes después de la cirugía y el 5% hipoparatiroidismo permanente al año de la intervención. La PTH preoperatoria fue similar en los pacientes que padecieron hipoparatiroidismo y lo que no tuvieron esta complicación, 70,060 pg/mL (DE 28,577) y 71,419 pg/mL (DE 32,863) respectivamente (p 0,830). Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la PTH preoperatoria de los pacientes que padecieron hipoparatiroidismo prolongado o permanente. Analizamos el porcentaje de descenso de PTH a las 24 horas de la intervención. Los pacientes que padecieron hipoparatiroidismo posoperatorio tuvieron un descenso de la PTH del 81,73% (DE 17,25), frente al descenso del 33,37% (DE 26,34) entre los que no padecieron hipoparatiroidismo posquirúrgico (p 0,000). El 92,9% de los pacientes que tuvieron hipoparatiroidismo en el posoperatorio presentaron un descenso de PTH mayor del 60% a las 24 horas. Los pacientes con descenso mayor al 60% tienen 81,25 veces más riesgo de hipoparatiroidismo que los que tienen un descenso menor de 60% [odds ratio 81,25 (IC95% 20,21-326,6)]. Todos los pacientes que tuvieron un descenso de PTH mayor al 90% en las primeras 24 horas padecieron hipoparatiroidismo prolongado. Todos los pacientes con un descenso de PTH mayor a 90,99%, padecieron hipoparatiroidismo permanente.

Conclusiones: En nuestro estudio no hemos encontrado relación entre la PTH preoperatoria y el desarrollo de hipoparatiroidismo. El porcentaje de descenso de la PTH a las 24 horas se relaciona con el desarrollo de

hipoparatiroidismo transitorio, prolongado y permanente.