



P-115 - CIRUGÍA AMBULATORIA DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO: EXPERIENCIA Y CONCLUSIONES DE NUESTRA UNIDAD

Herrero Vicente, Christian José; Cidoncha Secilla, Ariadna; Barcons Vilaplana, Santiago; Nonell Amill, Anna; Cano Palomares, Albert; Onieva Carbajo, Ricard; Rodríguez Revuelto, Ato Antonio; Guirao Garriga, Xavier

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: La cirugía mayor ambulatoria (CMA) es un proceso con cada vez mayor aceptación. Sin embargo, la implantación de la CMA en cirugía endocrina cervical (CEC) es más desigual, debido a las implicaciones de las posibles complicaciones posoperatorias. Debido a la presión asistencial de la cirugía oncológica se ha observado un incremento de la lista de espera de la cirugía endocrina "benigna" y las unidades han empezado a implementar la CMA como alternativa para dar salida a todos estos pacientes. Presentamos nuestra experiencia en la implementación progresiva de la cirugía del HPTP en régimen de CMA.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo sobre una base de datos mantenida de forma prospectiva. Iniciamos la cirugía del hiperparatiroidismo primario sin ingreso en 2016, incluyendo pacientes seleccionados de forma progresiva para iniciar el protocolo formal de la unidad de CMA en 2023. Se definieron los siguientes criterios de inclusión: > 18 años. ASA 12. Adenoma de paratiroides doblemente localizado, por prueba de función (MIBI) y de imagen anatómica (ecografía y/o TC cervical y/o SPECTTC). Preoperatoriamente se realizó ecografía y marcaje de la lateralidad y nivel de la lesión. Los adenomas de la GPS y GPI posteriores al lóbulo tiroideo se abordaron por la vía *back-door*. Los adenomas de la GPI anteriores se abordaron por vía anterior. En todos los casos se realizó neuromonitorización intraoperatoria (NMIOP) continua mediante el reflejo adductor laríngeo (LAR) para detectar fases de la cirugía de un posible estrés reversible para el NLR así como mapeo de V1-V2, R1-R2. Además, se solicitó biopsia intraoperatoria para confirmar tejido paratiroideo y el peso de la lesión. Los pacientes fueron trasladados a reanimación durante 4-6 h y dados de alta posteriormente. El seguimiento se realizó mediante control clínico y analítico para demostrar normalización de los valores de la calcemia y la PTH con seguimiento hasta 1 año.

Resultados: La tabla resume los resultados de los 54 pacientes incluidos.

Sexo (total y %)	
Mujeres	44 (81,5%)
Varones	10 (18,5%)
Edad (años, media y DE)	60 (11,73)
Sestamibi (total y %)	
Sí	51 (94,4%)
No	3 (5,6%)

SPECT-TC (total y %)	
Sí	11 (20,4%)
No	35 (64,8%)
Eco cervical (total y %)	
Sí	53 (98,1%)
No	1 (1,9%)
Calcemia +alta (media y DE)	11,2 (0,69)
PTH + alta (media y DE)	165,7 (110,2)
Cirugía primaria	54 (100%)
Tipo de abordaje (total y %)	
Kocher unilateral	13 (21,1%)
Abordaje selectivo (<i>back-door</i>)	28 (51,9%)
Duración (minutos, media y DE)	48,6 (19,25)
Complicaciones (total y %)	
Sí	7 (13%)
No	47 (87%)
Tipo de complicaciones (total y %)	
Fiebre	1 (1,9%)
Hematoma de herida	1 (1,9%)
Parestesias	2 (3,7%)
Seroma	2 (3,7%)
Vértigo	1 (1,9%)
Estancia 0 días	54 (100%)
Anatomía patológica (total y %)	
Adenoma	50 (92,5%)
Adenoma atípico	3 (5,6%)
Curación	54 (100%)

Conclusiones: La cirugía del HPTP en régimen de CMA se ha demostrado eficaz y segura. Se puede realizar empleando las mismas medidas de seguridad y eficacia que se emplean en el bloque quirúrgico central (NMIOP y confirmación histológica intraoperatoria). Todos los pacientes pudieron ser alta a domicilio el mismo día y las complicaciones que aparecieron pudieron resolverse sin incidencias desde la consulta, sin precisar un ingreso hospitalario.