



V-141 - ESTRATEGIA QUIRÚRGICA EN PACIENTE CON MEN TIPO 1 QUE PRESENTA HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO RECIDIVADO

Domínguez Segovia, Marta; González Sánchez, María del Carmen; Franch Arcas, Guzmán; Ezurmendía Sinisterra, Bernardo; Trébol López, Jacobo; Rodríguez Perdomo, Martín de Jesús; Alonso Batanero, Sara; Muñoz Bellvís, Luis

Complejo Asistencial Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: El tratamiento quirúrgico recomendado en el hiperparatiroidismo en pacientes con MEN 1 es la paratiroidectomía subtotal o la paratiroidectomía total con autotrasplante.

Objetivos: Exponer la estrategia quirúrgica adoptada en un caso con recidiva después de una primera cirugía con extirpación de una sola glándula paratiroidea y biopsias de las restantes.

Caso clínico: Paciente de 35 años de edad con MEN 1 que en 2009 se sometió a una intervención quirúrgica por hiperparatiroidismo practicando: 1. Exéresis de una glándula paratiroides superior derecha patológica. 2. Biopsia de ambas glándulas paratiroides inferiores (histología confirmativa) dejándolas marcadas con clips quirúrgicos y sin extirpar completamente. 3. Biopsia de una posible glándula superior izquierda (biopsia no confirmativa; se dejaron clips en dicha zona anatómica). Es remitida a nuestra unidad en 2017 por presentar recidiva de su hiperparatiroidismo por el que sigue tratamiento con cinacalcet 60 mg al día para mantener cifras de calcemia de 11,3 mg/dL y iPTH de 346 pg/mL. Se realizan estudios de imagen para localización y en gammagrafía (MIBI-SPECT) se aprecia captación que sugiere tejido paratiroideo patológico en zona anatómica correspondiente a la glándula paratiroides superior izquierda. La TAC de cuello demuestra la presencia de imagen compatible con adenoma superior izquierdo (con imágenes de clips quirúrgicos adyacentes) e imágenes de clips quirúrgicos en zonas anatómicas correspondientes a las biopsias de ambas glándulas paratiroides inferiores realizadas en la primera intervención.

Resultados: La estrategia quirúrgica prevista fue la cervicotomía iterativa con abordaje lateral bilateral, primero de la celda tiroidea izquierda y luego de la derecha. Se identifica glándula hiperplásica superior izquierda. No se identifican glándulas paratiroides inferiores pero sí los conglomerados de tejido cicatricial y clips quirúrgicos correspondientes a las biopsias de la primera intervención quirúrgica. Se realiza extirpación en bloque de las lengüetas tirotírmicas izquierda y derecha (tumectomía transcervical) englobando todo el tejido conectivo pre y paratraqueal bilateral junto con los conglomerados de clips descritos. Se realiza también exéresis subtotal de glándula paratiroides superior izquierda comprobando la vascularización del remanente por sangrado del margen de sección. Se realizó determinación de iPTH (basal preincisión y a los 10 minutos después de exéresis subtotal de la glándula superior izquierda, con valores de 132 y 25 pg/mL respectivamente. Se utilizó neuromonitorización intermitente con señal positiva en V1R1 y R2V2 para ambos nervios recurrentes laríngeos. El estudio histológico definitivo confirmó presencia de tejido paratiroideo en las zonas de clips paratraqueales/lengüetas tirotírmicas (correspondientes a ambas glándulas paratiroides inferiores) e hiperplasia del segmento de glándula paratiroidea superior izquierda extirpada. A

los 6 meses de la intervención quirúrgica la paciente está asintomática y sigue tratamiento con 1g de calcio cada 8 horas y calcitriol 0,25 microgramos cada 24 horas. Los valores analíticos muestran calcemia de 8,5 mg/dL y iPTH de 10 pg/mL en el último control.

Conclusiones: 1. La primera cirugía por hiperparatiroidismo en este tipo pacientes debe ofrecer un tiempo libre de enfermedad prolongado, recomendándose al menos la exéresis de 3+ 1/2 glándulas. 2. En el caso presentado se optó por el abordaje lateral bilateral y la realización de paratiroidectomía subtotal.