



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-118 - ¿CONDICIONAN LOS HALLAZGOS DE LA GAMMAGRAFÍA CON MIBI LA CIRUGÍA DEL HIPERPARATIROIDISMO TERCIARIO?

Uribe Galeano, Catalina; Duran, Jhoned; Argüello, Magaly; García Barrasa, Arantxa; Francos Martínez, José Manuel; Moreno Llorente, Pablo

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Objetivos: El hiperparatiroidismo terciario (HPTT) se comporta clínicamente como el Primario (HPTP). La paratiroidectomía (PTx) ha demostrado ser el tratamiento de elección y el más eficaz. Sin embargo, el MIBI tiene una baja sensibilidad diagnóstica en la enfermedad multiglandular y, en el HPTT, sus hallazgos no permiten realizar una exploración más conservadora (selectiva ni unilateral). El objetivo de este estudio es correlacionar los hallazgos del MIBI con los intraoperatorios macroscópicos e histológicos y definir cuál es la exploración óptima en el HPTT.

Métodos: Se analizan retrospectivamente los resultados de 40 pacientes con HPTT e injerto renal funcionante después de 6 meses postrasplante y se correlacionan los hallazgos del MIBI con los intraoperatorios. Se excluyen pacientes con cirugía tiroidea y/o paratiroidea previa y con disfunción del injerto que requieren tratamiento renal sustitutivo. En cuanto al MIBI, hemos definido 3 grupos en función de los hallazgos: I) Negativo, II) enfermedad uniglandular y III) enfermedad multiglandular. En todos los pacientes se ha realizado paratiroidectomía subtotal dejando un remanente glandular equivalente a 1-1,5 glándula(s) sana(s). Utilizamos la PTHio como ayuda intraoperatoria, aceptando como cirugía efectiva una caída de PTH > 70% respecto al valor más alto del valor basal o pre-exéresis. Definimos cirugía curativa si se consigue normocalcemia, persistencia si hipercalcemia en los 6 primeros meses de cirugía, y recurrencia si aparece después de los 6 meses.

Resultados: Se incluyen 40 pacientes que cumplen los criterios de inclusión, con una edad media de 55 ± 12 años (27-76), siendo la mayoría mujeres (62,5%). La cirugía fue curativa en 32/40 casos (80%). En 5 pacientes (12,5%) hubo persistencia, siendo la causa principal la no identificación de las 4 GP patológicas intraoperatoriamente y en 3/40 (7,5%) recurrencia por hiperplasia del remanente. La caída de PTH > 70% se asoció a 88% de curación. La tabla muestra la correlación del MIBI con las glándulas identificadas y hallazgos intraoperatorios. Aunque no es estadísticamente significativo ($p 0,3$), los pacientes del grupo III tienen glándulas con mayor peso. En cuanto a morbilidad, 13 pacientes (33%) presentaron complicaciones, 6 de ellos quirúrgicas y 7 hipocalcemia transitoria.

MIBI Pacientes (n) Glándulas paratiroides

Grupo		Identificadas	Sanas	Patológicas	Peso (g)	Hiperplasia
I	13 (32,5%)	51/52 (98%)	3/51 (6%)	48/51 (94%)	0,32 [0,24;0,75]	48 (94%)
II	15 (37,5%)	60/60 (100%)	5/60 (9%)	55/60 (91%)	0,42[0,24;0,75]	55 (91%)
III	12 (30%)	46/48 (96%)	2/46 (4%)	44/46 (96%)	0,67 [0,41;1,12]	44 (96%)
		N/S	N/S	N/S	p 0,3	N/S

Conclusiones: El MIBI tiene una baja sensibilidad para detectar las GP persistentemente patológicas en el HPTT. En la mayoría de nuestros pacientes con HPTT las 4 GP están enfermas sin correlación con los hallazgos del MIBI. La cirugía optima debe incluir la exploración bilateral, identificación al menos 4 GP y estudio histológico intraoperatorio, especialmente en las de pequeño tamaño. La PTx subtotal con un remanente de tejido glandular equivalente a 1 o 1,5 glándulas sanas es la técnica de elección para la mayoría de los pacientes. La PTx subtotal es segura y con baja frecuencia de persistencia/recurrencia.