



Determinación intraoperatoria de paratirina en la cirugía del hiperparatiroidismo

Sr. Director:

En relación al artículo de Gómez-Palacios et al¹, publicado en la edición de febrero de CIRUGÍA ESPAÑOLA, nos gustaría comentar algunos aspectos que nos han llamado la atención de su estudio.

En primer lugar, consideramos que el número de pacientes incluidos en el estudio es bastante escaso como para poder extraer conclusiones. No se ofrecen datos sobre la prevalencia del hiperparatiroidismo en su medio ni se han realizado estudios sobre el tamaño muestral para poder extraer las conclusiones que refieren.

En segundo lugar, sorprende bastante que mezclen enfermedades. Hay un amplio consenso en la literatura sobre la utilidad de esta determinación en la cirugía del hiperparatiroidismo primario, pero en el caso de los secundarios, todavía hay grandes discrepancias. Además, no se informa de cuál ha sido la evolución de los 3 pacientes con hiperparatiroidismo secundario incluidos en la serie. Tampoco se realiza una interpretación de los da-

tos obtenidos de estos 3 pacientes. Por otro lado no existen datos sobre la función renal en el momento de la cirugía de estos pacientes, aspecto fundamental de cara al pronóstico de la enfermedad.

En tercer lugar, no se informa del tiempo necesario para tener los resultados de las determinaciones, aspecto importante en los 3 casos en que no se consigue curación con la primera cirugía. Si se realizan biopsias peroperatorias, generalmente hay tiempo suficiente para conocer los resultados de las determinaciones mientras se analizan las piezas en anatomía patológica, con ello se podría haber evitado las reintervenciones de 2 de los pacientes y se podría haber ofrecido una cirugía curativa al tercero.

Finalmente, creemos que durante las maniobras de localización y disección del adenoma es casi inevitable el masaje con lo que, si no lo hemos desvascularizado, es muy probable que se produzca un aumento de los valores de paratirina (PTH) en sangre, de ahí la importancia del valor preexéresis que ya han demostrado otros grupos. En nuestra experiencia, al estudiar los primeros 100 casos de nuestra serie con PTH intraoperatoria en hiperparatiroidismo, hemos observado que en un 10% de los casos la caída entre la muestra basal y la de los 10 min no fue superior al 50%. Sin embargo, cuando calculamos el porcentaje de caída desde el valor más alto (basal o preexéresis), es decir, la curva de 3 puntos, encontramos que en todos los casos (100%) en que se produjo una caída superior al 50%, ésta se correlacionó con normocalcemia en el postoperatorio inmediato. En los 4 casos en que no se produjo un descenso significativo, nos sirvió para detectar adenomas dobles (3) y una hiperplasia. Así pues, desde nuestra experiencia, la determinación preexéresis nos ha permitido incrementar el valor predictivo de la prueba, además de evitar exploraciones innecesarias o reintervenciones, y creemos que no es aconsejable recomendar la determinación de PTH intraoperatoria basada sólo en 2 puntos como ustedes proponen.

Pablo Moreno y Amador García Ruiz de Gordejuela

Servicio de cirugía General y Digestivo. Hospital de Bellvitge.
L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.

Bibliografía

1. Gómez-Palacios A, Taibo MA, Gutiérrez MT, Gómez P, Gómez-Zabala J, Barrios B, et al. La determinación peroperatoria de PTHi como factor predictivo de curación en el hiperparatiroidismo. *Cir Esp.* 2006;79:108-13.