



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-024 - ANÁLISIS DEL DOBLE ADENOMA PARATIROIDEO COMO CAUSA DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO PERSISTENTE O RECIDIVADO

Escanciano Escanciano, Manuel¹; Luengo Pierrad, Patricia²; Osorio Silla, Irene¹; Sánchez de Molina Rampérez, María Luisa¹; Andrade, Aldo²; Pastor Peinado, Paula¹; Hernández Villafranca, Sergio¹; Arranz Jiménez, Raquel³

¹Fundación Jiménez Díaz, Madrid; ²Hospital Ramón y Cajal, Madrid; ³Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Resumen

Introducción: La forma histopatológica de presentación más frecuente del hiperparatiroidismo primario es el adenoma único (hasta el 90%) y puede afectar a cualquier glándula. Por otro lado, la enfermedad multiglandular (EMG) explicaría el 2-20% de los HPTP, sobre todo los de origen hereditario. Por último, el adenoma doble, difícil de diferenciar de una afectación asimétrica, se diagnostica por la presencia de dos glándulas patológicas junto con dos normales. Se da en el 2-15% de los HPTP y es una causa común de persistencia tras paratiroidectomías selectivas. En pacientes con EMG esporádica técnicas de localización son poco fiables. De hecho, la probabilidad de EMG es mayor si hay discordancia de resultados entre la ecografía y la gammagrafía, más de una lesión patológica, o cuando ambas pruebas son negativas.

Objetivos: Analizar las características clínicas, analíticas y relacionadas con la cirugía de los pacientes intervenidos por hiperparatiroidismo primario persistente o recidivante debido a un adenoma doble.

Métodos: Se trata de un estudio observacional y retrospectivo en pacientes intervenidos por HPTP persistente o recidivante en dos hospitales terciarios entre los años 2014 y 2024 con diagnóstico histopatológico en las dos cirugías de adenoma de paratiroides. Se analizan variables clínicas, epidemiológicas, analíticas, radiológicas, quirúrgicas y patológicas.

Resultados: Se incluyeron un total de 12 pacientes, en su mayoría mujeres (67%) y con una media de edad de 68 (54-86) años. En 11 (91,6%) pacientes se realizó una paratiroidectomía selectiva en la primera cirugía en base a que las pruebas preoperatorias de localización (ecografía en todos los casos, gammagrafía en el 38% y SPECT en el 62%) identificaban una glándula patológica única. Tras esta intervención, se produjo una recaída en el 42% y una persistencia del HPTP en el 58% de los pacientes. Tras repetir las pruebas de localización se localizó una nueva glándula patológica 92% de los pacientes mediante doble técnica. En estos casos se realizó una nueva paratiroidectomía selectiva, y en el resto una exploración cervical bilateral cuando las pruebas de localización no eran concordantes. Todos ellos consiguieron una normalización de la PTH y la calcemia tras la segunda intervención. Tras el análisis no se encontraron diferencias entre el nivel inicial de PTH (163,8 [133,3; 241,7] vs. 106,2 [92;170,8] pg/ml, $p = 0,246$), de calcemia sérica corregida (10,24 [10,23; 11,60] vs. 9,55 [9,38; 11,17] mg/dl, $p = 0,678$) ni el peso de la glándula (818,8 [452,0;1185,7] vs. 516,8 [361,3; 716,9] mg, $p = 0,346$ de los pacientes con HPTP entre la primera y la segunda

intervención.

Conclusiones: El doble adenoma como causa de HPTP es una entidad rara, cuyo manejo no está claramente descrito en la bibliografía. Cuando las pruebas complementarias confirman la localización del segundo adenoma, el abordaje mediante paratiroidectomía selectiva puede ser una opción válida, con tasas de curación equiparables a las descritas en el abordaje del adenoma único localizado. Se necesitan más estudios con mayor tamaño muestral para conocer los factores de riesgo que ayuden a identificar a los pacientes con doble adenoma, y así ofrecer un tratamiento óptimo desde el inicio.