



P-087 - CIRUGÍA DEL ADENOMA EN EL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO. ¿QUÉ APORТА LA CIRUGÍA RADIOGUIADA?

Linero González, Helena; Salvador Egea, María Pilar; Blanco Saiz, Isabel; Erce García, Cristina; Redondo Expósito, Aitor; Ramírez Cervera, José Luis; Piñera Díaz, Alberto; Arroyo Olalde, Garazi Palmira

Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: El adenoma es la principal causa del hiperparatiroidismo primario (HPP) y la cirugía es el único tratamiento curativo. En 1997 Norman y Chedda describen la paratiroidectomía mínimamente invasiva radioguiada (PMIR) administrando $99m\text{Tc}$ -MIBI. Se presenta una de las aportaciones de la cirugía radioguiada en tres casos clínicos de hiperparatiroidismo primario, como es la detección perioperatoria de un doble adenoma de paratiroides no diagnosticado preoperatoriamente con estudio ecográfico cervical y $99m\text{Tc}$ -MIBI intravenosa. En todos los casos se ha realizado el siguiente protocolo: RADIOTRAZADOR: 5 mCi $99m\text{Tc}$ -MIBI intravenosa preoperatorio. Se adquieren imágenes planares y SPECT-TC $99m\text{Tc}$ -MIBI en hiperextensión cervical. Marcaje cutáneo con tinta indeleble. Cirugía dentro de la hora posterior. Incisión 1,5-2,5 cm, acceso lateral en adenomas paratiroides localizados ipsilateralmente y cervicotomía central < 3 cm en localización bilateral.

Casos clínicos: Caso 1: varón de 48 años con ecografía cervical de adenoma paratiroido inferior izquierdo de 7mm y gammagrafía-SPECT-CT $99m\text{Tc}$ -MIBI presentando captaciones en dos focos izquierdos, siendo el superior sugestivo de nodularidad tiroidea. Cirugía radioguiada con MIBI: en polo inferior de lóbulo tiroideo izquierdo (LTI) se objetiva lesión compatible con adenoma de paratiroides (0,847 g). Se explora polo superior de LTI ante persistencia de alta captación, identificándose un segundo adenoma de 0,834 g. Normocalcemia a los 6 meses. Caso 2: mujer de 40 años con antecedentes de paratiroidectomía inferior derecha en 2016, con anatomía compatible con adenoma paratiroido de 0,10 g. Persistencia del hiperparatiroidismo primario. Ecografía objetiva adenoma paratiroido posterior al lóbulo tiroideo derecho (LTD) de $5 \times 7,8$ mm, que se correlaciona con los resultados del PET-Colina (MIBI negativo) de adenoma en polo inferior del LTD. MIBI peroperatorio: probable lesión paratiroidea caudal al LTD. Hipercaptación en tercio medio del LTI, que puede corresponder a segunda lesión paratiroidea contralateral. Se exploran ambas celdas tiroideas hallando glándula paratiroides derecha (0,2 g) y glándula paratiroides izquierda (0,19 g). Normocalcemia a los 6 meses. Caso 3: mujer 76 años con antecedentes de nefrectomía por adenocarcinoma de células claras. Ecografía cervical: adenoma paratiroido derecho posterior de $16 \times 10 \times 26$ mm y la gammagrafía $99m\text{Tc}$ -MIBI: En fase precoz, captación en polo inferior de LTD. En fase tardía persiste captación en polo inferior de LTD y otro depósito en polo superior de LTI que podría corresponderse con un nódulo tiroideo. Cirugía radioguiada con MIBI: Exéresis de lesión paratiroidea derecha prevertebral-paraesofágica de 3,5 g. Se mantiene hiperfijación focal en el polo

superior izquierdo. Acceso lateral izquierdo encontrándose paratiroides de 0,9 g. Normocalcemia a los 6 meses.

Discusión: El protocolo implementado en nuestro centro, nos permite ocasionalmente identificar y extirpar lesiones no diagnosticadas en estudios diagnósticos previos, logrando la curación del paciente en un solo tiempo quirúrgico. Es una técnica segura, fácilmente reproductible y accesible en los hospitales con cirugía endocrina con el uso de gamma-cámara y gamma-sonda (también utilizado en C. mama, melanoma...). La buena coordinación e implicación del cirujano con el Servicio de Medicina Nuclear es imprescindible para el éxito del PMIR, con tiempos quirúrgicos ligeramente inferiores a la cirugía no radioguiada.