

que pueden dar lugar a una paratiroidectomía infructuosa con persistencia de la hipercalcemia o bien recidiva. En el hiperparatiroidismo secundario (HPTS), la tasa se sitúa entre el 2 y el 12%. El objetivo del presente estudio es evaluar las causas de persistencia y recurrencia y los resultados quirúrgicos en pacientes reintervenidos en una unidad de referencia en Cirugía Endocrina por HPTP o HPTS.

Material y métodos: Estudio prospectivo de una serie consecutiva de 47 pacientes, reintervenidos en una Unidad de referencia en Cirugía Endocrina (Hospital del Mar) por persistencia o recurrencia de HPTP e HPTS, de los cuales 28 pacientes fueron remitidos desde otros centros. Se ha considerado como persistencia la presencia de hipercalcemia tras una paratiroidectomía infructuosa y recurrencia, la hipercalcemia que reaparece tras 6 o más meses de normocalcemia tras la paratiroidectomía inicial.

Resultados: De una serie de 564 pacientes intervenidos por HPTP (490) e HPTS (74), 47 pacientes fueron reintervenidos por persistencia o recurrencia: 32 mujeres y 15 varones con una edad media de 51 (11-84) años. De los 29 pacientes intervenidos por persistencia de HPTP, 21 pacientes procedían de otros centros, objetivándose como causa, en un 70% de los casos, la no localización del adenoma (solo una ectopia mayor) y en el resto, casos tratados como adenoma único resultando ser una enfermedad multiglandular. De los 8 casos operados inicialmente en el H. del Mar, la mitad correspondían a una enfermedad multiglandular insuficientemente tratada (2 ectopias mayores) y la otra mitad, a la no localización de un adenoma (3 ectopias mayores). En un tercio (H. Mar) de los casos de recurrencia (6), se objetivó hiperplasia del remanente en pacientes con MEN1. Respecto a los 7 pacientes con HPTS, se reintervinieron por persistencia dos pacientes de otros centros por no realización de paratiroidectomía subtotal y tiroidectomía y un caso del H. del Mar, por un paratímo no localizado inicialmente. De los casos de recurrencia, 2 fueron por hiperplasia del remanente y 1 por paratiromatosis. Cinco pacientes con HPTP y uno con HPTS precisaron más de una reintervención. Con un seguimiento de 456 meses, se ha objetivado curación en 46/47 pacientes y 4 hipoparatiroidismos permanentes. Una paciente presenta persistencia leve de HPTP por enfermedad multiglandular esporádica.

Conclusiones: La mayor parte de los pacientes reintervenidos por persistencia proceden de centros con menor experiencia en Cirugía Endocrina y presentan adenomas no localizados, MEN1 no diagnosticada o una técnica inapropiada en HPTS. En unidades de referencia, se constata un mayor número de casos de recurrencia por hiperplasia del remanente en la MGD-MEN1 y en el HPTS. La tasa de curación tras reintervención en nuestro centro es alta, si bien un 10% de los pacientes precisaron más de una reintervención y un 9% hipoparatiroidismo.

PARATIROIDES

COMUNICACIONES ORALES

O-033. PERSISTENCIA Y RECURRENCIA EN HIPERPARATIROIDISMOS. EXPERIENCIA EN UNA UNIDAD DE REFERENCIA EN CIRUGÍA ENDOCRINA

A. Arana González¹, G. Martínez Fernández¹,
A. de la Quintana Basarrate¹, A. Colina Alonso¹,
J.J. Sancho Insenser² y Sitges-Serra²

¹Hospital de Cruces, Barakaldo; ²Hospital del Mar, Barcelona.

Objetivos: Entre el 1 y 10% de los hiperparatiroidismos primarios (HPTP) presentan características anatómicas e histológicas,

O-034. 10 AÑOS DE PARATIROIDECTOMÍA SELECTIVA EN EL HOSPITAL DE LA PRINCESA SIN USO DE PTH INTRAOPERATORIA

J. Gómez-Ramírez, M. Posada González,
A. Rodríguez Sánchez, J.M. Bravo Lifante, E. Torres Minguez,
J. Auza, E. Martín Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La paratiroidectomía selectiva con exploración unilateral es el tratamiento de elección del hiperparatiroidismo primario (HPTP) esporádico. Se puede realizar mediante abordaje mínimamente invasivo mediante una incisión cervical de pequeño tamaño o mediante una cervicotomía estándar con exploración unilateral. Para el éxito de esta intervención es esencial una localización precisa preoperatoria. En la mayoría de los centros se utiliza de forma adicional la determinación in-

traoperatoria de los niveles de paratohormona (PTH). Presentamos los resultados de la paratiroidectomía selectiva en nuestro centro durante los últimos diez años sin el uso de la determinación de PTH intraoperatoria.

Pacientes y métodos: Se realizó una revisión prospectiva mediante una recogida de datos de pacientes intervenidos en nuestro centro entre el año 2000 y 2010. Se incluyeron todos los pacientes con diagnóstico clínico y bioquímico de HPTP esporádico no intervenidos previamente y en los que la técnica quirúrgica inicial fue la paratiroidectomía selectiva, bien fuera mediante abordaje mínimamente invasivo o cervicotomía estándar con exploración unilateral. En ningún paciente se utilizó la determinación de PTH intraoperatoria. Se analizaron variables preoperatorias, rentabilidad de los métodos de imagen, hallazgos quirúrgicos y evolución tras la cirugía, tanto en el postoperatorio inmediato como la curación, definida como normalización de la calcemia seis meses tras la intervención quirúrgica.

Resultados: 249 pacientes fueron intervenidos en los 10 años del estudio mediante paratiroidectomía selectiva. En 186 (74,7%) el abordaje inicial fue mediante cirugía mínimamente invasiva. 201 (80,1%) de la serie total fueron mujeres y la edad media del total de los pacientes fue de 62,4 + 12 años. En los pacientes intervenidos por abordaje mínimamente invasivo, solamente en 9 de ellos (4,8%) hubo que reconvertir a cervicotomía estándar. La gammagrafía con sestamib (MIBI) se realizó en todos los pacientes y tuvo una sensibilidad del 97,6% con un valor predictivo positivo (VPP) del 96,7%. La ecografía se realizó en 95 pacientes (38,6%), con una sensibilidad del 48,4% y un VPP del 89,1%. Los adenomas se localizaron en posición ortotópica en el 97,9% de los casos y solamente en 5 casos (2,1%) hubo complicaciones tras la cirugía. La estancia media fue de 1,86 + 0,8 días y en 99 pacientes (39,8%) la intervención se realizó en régimen de cirugía mayor ambulatoria. El porcentaje de curación a los seis meses de la cirugía fue del 92,7%.

Conclusiones: La paratiroidectomía selectiva, bien sea mediante abordaje mínimamente invasivo o exploración cervical bilateral, es un método eficaz para tratar a los pacientes con HPTP. Necesita una correcta selección de los pacientes y una unidad de cirugía endocrina con experiencia para mantener la tasa de éxito en los estándares de calidad exigidos. La determinación de rutina de PTH intraoperatoria no es necesaria cuando el diagnóstico preoperatorio es preciso, de forma recomendada mediante dos técnicas de imagen coincidentes en la localización.

O-035. HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO PERSISTENTE. ¿ES REALMENTE UN PROBLEMA?

J. Gómez-Ramírez, S. Salido, G. Fernández, A. Rodríguez Sánchez, M. Posada González, J.M. Bravo Lifante, J. Auza, I. García-Sanz, E. Martín-Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: El hiperparatiroidismo primario persistente (HPTPp) o recurrente (HPTPr) ocurre hasta en un 10% de los pacientes intervenidos por hiperparatiroidismo primario (HPTP). El HPTPp es mucho más frecuente que el HPTPr y se define como persistencia de hipercalcemia 6 meses después de la intervención quirúrgica. La tasa de fracasos y complicaciones en la reintervención de estos pacientes de forma global es mayor que en la primera cirugía, por lo que es necesario un diagnóstico preoperatorio preciso y un manejo en unidades de referencia. Presentamos 16 casos intervenidos por HPTP en nuestro centro, la rentabilidad de las pruebas de imagen y los resultados en término de diagnóstico final y curación y los comparamos con el total de pacientes intervenidos por HPTP.

Pacientes y métodos: Se realizó una revisión retrospectiva de los pacientes intervenidos desde el año 2002 por HPTPp. Se analizó la rentabilidad de las pruebas de imagen, el abordaje quirúrgico, las complicaciones y los resultados a largo plazo en término de curación.

Resultados: Se incluyeron 16 pacientes de los cuales el 68,8% eran mujeres. 13 (81,3%) pacientes eran pacientes intervenidos por primera vez en nuestro centro y 3 (18,8%) procedían de otro distinto. La edad media era de 60,9 + 12 años, el calcio de 11,2 + 0,8 mg/dl y la mediana de paratohormona (PTH) de 130 pg/ml (rango 97-683). La gammagrafía con Tc-sestamib (MIBI) tuvo una sensibilidad del 93,8% y un valor predictivo positivo (VPP) del 93,3%. La ecografía tuvo una sensibilidad del 43,8% y un VPP del 100%. La técnica realizada fue cervicotomía estándar en todos los casos. El diagnóstico final fue de adenoma único en 10 pacientes (62,5%), adenoma doble en 5 (31,3%) y enfermedad multiglandular en un paciente (6,3%). Solamente hubo un caso de hipocalcemia sintomática. A los 6 meses de la intervención todos los pacientes tenían los niveles de calcio en rango normal. Al compararlo con la serie de pacientes intervenidos por HPTP en el mismo periodo de tiempo, solamente encontramos diferencias significativas en la técnica quirúrgica (mayor porcentaje de abordaje mínimamente invasivo) y en el diagnóstico final. En cuanto a las complicaciones y tasa de curación no hubo diferencia.

Conclusiones: El HPTPp precisa un diagnóstico preoperatorio preciso y una táctica quirúrgica adecuada en centros de referencia. En manos expertas los resultados de las reintervenciones de estos pacientes, en términos de complicaciones y curación no difieren de los obtenidos en la primera reintervención.

O-036. PARAGANGLIOMAS HEPÁTICOS, UN FEOCROMOCITOMA INFRECUENTE. A PROPÓSITO DE UN CASO

R. León Miranda, F.J. Sánchez Manuel, J.F. Reoyo Pascual, M. de la Plaza Galindo, J.L. Seco Gil, F. Martín Acebes, E. García Plata y M.A. Álvarez Rico

Hospital General Yagüe, Burgos.

Introducción: Los feocromocitomas son tumores infrecuentes, principalmente provienen de la médula suprarrenal, que forma parte del sistema neuroendocrino. Los tumores extraadrenales, también llamados paragangliomas funcionales, pueden hallarse en sitios de ganglios simpáticos en el órgano de Zuckerkandl, cuello, mediastino, abdomen y pelvis. El feocromocitoma se conoce como el "tumor de 10%" porque 10% es bilateral, 10% maligno, 10% infancia, 10% extraadrenal y 10% es familiar. Las mujeres se ven afectadas ligeramente más a menudo que los hombres. Con una incidencia máxima 40-50 años de edad. La cefalea, las palpitaciones y diaforesis constituyen la "tríada típica" del feocromocitoma, y el signo clínico más frecuente es la hipertensión. Pudiendo diagnosticarse mediante TAC y RM del abdomen. La elevada producción de catecolaminas se asocia generalmente con realce de MIBG, y una gammagrafía positiva fuertemente que apoya el diagnóstico. Los carcinoides hepáticos presentan características inmunohistoquímicas que incluyen la positividad para los marcadores neurosecretores: cromogranina, sinaptofisina y enolasa neuronal específica. Nuestro caso: Mujer de 49 años que presenta sd. constitucional, abdominalgia epigástrica y en hipocondrio derecho, de un año de evolución.

Material y métodos: Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: Serología: VHC, VHA, VHB normal. Marcadores tumorales: AFP, CEA, CA 19.9 normales. Analítica de sangre normal. Gastroscopia: gastritis crónica atrófica leve. Colonoscopia: normal. Ecografía abdominal: normal. TC abdominal: masa en lóbulo caudado de 3,9 x 3,1 x 4,2 cm, y en segmento V hepático

otra imagen de características similares. Que se repite en un mes, encontrando: masa sólido-quística de 4×3 cm en lóbulo caudado, LOE en segmento V de 1 cm, y lesión mal definida en segmento VI-VII. Se toma una biopsia quirúrgica mediante laparoscopia, informada como proliferación tumoral de bajo grado con diferenciación neuroendocrina. PET: captación en lóbulo caudado hepático, probable naturaleza maligna (SUV máx 5,6). No captación patológica a otro nivel. Gammagrafía con pente-treóido: captación única en hígado, lóbulo caudado.

Resultados: Ante los hallazgos, se decide resección completa del tumor, realizándose laparotomía subcostal derecha, resección de nódulo 1cm en segmento IVb, y de masa 4cm en lóbulo caudado. El análisis anatomo-patológico describe lóbulo hepático caudado: paraganglioma que infiltra el tejido adiposo de la periferia, ausencia de invasión vascular. Nódulo del segmento IVb: hiperplasia nodular focal. La inmunohistoquímica resulta positiva para los marcadores neuroendocrinos, cromogranina y sinaptofisina.

Conclusiones: La presencia de un feocromocitoma es rara, y lo es más la extraadrenal. Tras revisar 7 casos de paraganglioma primario del hígado descritos en la literatura y comparar con nuestra paciente, concluimos que la forma de presentación del paragangliomas hepáticos, es variable, dependiendo de si es un tumor funcional o no, y su diagnóstico puede ser incidental o buscado, pudiendo confundirse con hepatocarcinoma, u otras patologías, por lo que es esencial la identificación adecuada en base a características morfológicas, funcionales y los criterios de inmunohistoquímica. El tratamiento de elección es la resección quirúrgica completa, tras ella, se normalizan los niveles de catecolaminas, así como la tensión arterial. En general tasa de supervivencia a 5 años de primaria carcinoides hepáticos es excelente.

O-037. PARATIROIDECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN TIEMPOS DE CRISIS. ¿ES NECESARIO TODO LO QUE USAMOS EN QUIRÓFANO?

J. Gómez-Ramírez, G. Fernández, A. Rodríguez, M. Posada, S. Salido, J.M. Bravo Lifante, J. Auza Villegas, E. Martín-Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La paratiroidectomía selectiva con abordaje mínimamente invasivo es el tratamiento de elección en la mayoría de los pacientes con hiperparatiroidismo primario (HPTP). Esta técnica precisa un diagnóstico preoperatorio correcto y una localización del posible adenoma precisa. En los últimos años, numerosos instrumentos han sido desarrollados para intentar mejorar los resultados de esta técnica, si bien incrementan de forma notable el coste de la intervención. El objetivo de este estudio es valorar si son necesarios todos los instrumentos que a día de hoy tenemos a nuestro alcance y si en tiempos de restricciones económicas se puede prescindir de alguno de ellos sin que ello repercuta en el resultado de la intervención.

Métodos: Se realiza un análisis del coste de una intervención por paratiroidectomía mínimamente invasiva con un diagnóstico de HPTP clínico, bioquímico y de localización preoperatorio correcto. A continuación se analiza el incremento del coste al utilizar las diferentes posibilidades que disponemos en la actualidad en un hospital de tercer nivel. Los instrumentos analizados son el uso de la determinación de PTH intraoperatoria, la sonda radiactiva, la gammacámara intraoperatoria, el bisturí armónico (Ultracision®), el sellador de vasos (Ligasure®), la monitorización del nervio laríngeo recurrente y los diferentes hemostáticos locales. Comparamos diferentes estudios publicados en la literatura con el uso de ellos y nuestros resultados globales.

Resultados: El uso de los diferentes aparatos y métodos complementarios de localización durante una paratiroidectomía mínimamente invasiva puede incrementar el coste de la intervención en más de mil euros sin un claro beneficio global en cuanto a disminución de complicaciones, estancia media y resultado global en términos de curación.

Conclusiones: La paratiroidectomía selectiva mínimamente invasiva en pacientes correctamente seleccionados es una intervención altamente coste-efectiva, al ser una cirugía rápida, con una estancia media corta y que no precisa un instrumental muy específico en quirófano. En los últimos años han aparecido diferentes instrumentos con la intención de mejorar los resultados en estos pacientes pero con un notable incremento del coste. Creemos que estos instrumentos usados de forma rutinaria en la mayoría de los pacientes son innecesarios, y más aún en tiempos de dificultad económica, ya que pueden incrementar el coste de una intervención en más de mil euros sin un claro beneficio en el resultado, siempre y cuando el diagnóstico preoperatorio de los pacientes y la experiencia de la unidad quirúrgica sea adecuado.

O-038. VALOR PREDICTIVO Y CONCENTRACIONES DE CORTE DE LA PTH INTACTA COMO MARCADOR DE HIPOPARATIROIDISMO POSTOPERATORIO DEFINITIVO

J.M. Balibrea del Castillo, M.T. Julián Alagarda, N. Guardia Torner, P. Moreno Santabarbara, I. Olaizola Iregui, M.L. Granada, A.M. Otero Piñeiro, A. Lucas, A. Alastraúré Vidal, M. Puig Domingo y J. Fernández-Llamazares Rodríguez

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: Existen pocos datos sobre la utilidad de la determinación de paratirina intacta (PTHi) después de la tiroidectomía total (TT) para predecir el desarrollo de hipoparatiroidismo definitivo. El objetivo principal del estudio es determinar el valor de la concentración de PTHi después de la TT, en la predicción de hipoparatiroidismo definitivo. Objetivos secundarios son determinar la prevalencia de hipocalcemia (hipoCa) y de deficiencia de PTHi a las 24 h de la TT y su relación con la sintomatología de hipoCa.

Pacientes y métodos: Se incluyeron en el estudio 50 pacientes (p) (46 mujeres) de edad 53 ± 14 años, sometidos a TT, entre octubre 2009 y mayo 2010. En todos ellos, se determinaron: calcio corregido por albúmina (Ca) y PTHi a las 24h, al mes y a los 6 meses (m) de la TT. Se definió hipoCa como Ca < 2,10 mmol/L, PTHi baja si < 15 pg/mL e hipoparatiroidismo definitivo si PTHi < 15 pg/mL a los 6 m de la TT. Se recogió la existencia de síntomas de hipoCa.

Resultados: Treinta y un p (62%) presentaron hipoCa a las 24 h de la TT y 7 de ellos, síntomas. La concentración media de PTHi fue inferior en el grupo con hipoCa que en el de normoCa ($17,54 \pm 12,51$ vs $25,24 \pm 12,24$; $p = 0,038$). En 14 de los 50 p (28%), la PTHi fue < 15 pg/mL. De estos 14, 13 p presentaron hipoCa analítica y 7, síntomas. Los pacientes con PTHi baja a las 24 h presentaron concentraciones de Ca postTT significativamente más bajas ($1,97 \pm 0,083$ vs $2,09 \pm 0,094$; $p < 0,001$). Una concentración de PTHi a las 24 h postTT $\leq 5,8$ pg/mL predijo con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 89,1% la evolución a hipoparatiroidismo definitivo, con un VPP del 44,4% y VPN del 100%. Una concentración de Ca $\leq 1,95$ mmol/L predijo esta misma evolución con una sensibilidad del 75% y especificidad del 86,96%. La prevalencia de hipoparatiroidismo definitivo fue del 8%.

Conclusiones: Una concentración de PTHi $> 5,8$ pg/mL a las 24 horas de la tiroidectomía total permite descartar la evolución a hipoparatiroidismo definitivo.

O-039. DIFERENCIAS EN LA LOCALIZACIÓN DE LOS ADENOMAS PARATIROIDEOS ENTRE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO NORMOCALCÉMICO E HIPERCALCÉMICO

S. Salido Fernández, J. Gómez, J.M. Bravo Lifante, G. Fernández-Díaz, J.L. Muñoz de Nova, M.M. Naranjo, A. Rodríguez, H. Souto, J. Auza Villegas, E. Martín-Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: La existencia del hiperparatiroidismo normocalcémico (ncHPTP) como entidad propiamente dicha es puesta en duda por numerosos autores. A pesar de ello varios trabajos han establecido diferencias entre esta entidad y su variante hipercalcémica en varios aspectos. Sin embargo no se han investigado aún las posibles diferencias en el diagnóstico de localización. El objetivo de este trabajo es estudiar las diferencias en la localización prequirúrgica de los adenomas paratiroideos, así como las diferencias que puedan caracterizar a ambas variantes de HPTP.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyen 46 casos de ncHPTP y 46 controles con HPTP hipercalcémico (hcHPTP) intervenidos la unidad de Cirugía Endocrina del Hospital Universitario de la Princesa (Madrid) entre 2001 y 2010 con diagnóstico preoperatorio de adenoma único de paratiroides. Se corrigieron preoperatoriamente los valores de vitamina D. Se recogieron los antecedentes de interés y las determinaciones analíticas preoperatorias y postoperatorias. Se incluyó la localización gammagráfica y ecográfica de los adenomas. Se recogió el tipo de intervención (clásica o selectiva), la localización, diagnóstico anatopatológico y peso de las glándulas resecadas. Se compararon las sensibilidades y valores predictivos positivos (VPP) de las técnicas de localización en ambos grupos. Se definió curación como normalización de los valores de calcemia en los hcHPTP y como normalización de los valores séricos de PTHi ($< 65 \text{ pg/mL}$) en los ncHPTP ambos tras 6 meses de la cirugía.

Resultados: 37 mujeres (80,4%) con una edad media de 63 años padecían ncHPTP frente a 35 (76,1%) con 61 años de media con hcHPTP. Se hallaron diferencias en la presencia de patología tiroidea concomitante (21,7% vs 6,5%; $p = 0,036$) y en la presencia de osteoporosis (47,8% vs 26,1%; $p = 0,041$). El calcio total medio de los ncHPTP fue de 9,94 mg/l frente a 11,39 mg/l de los hcHPTP ($p = 0,001$) y los valores medios de PTHi fueron de 137,53 pg/mL en ncHPTP y de 187,75 pg/mL en hcHPTP ($p = 0,002$). Además existe significación estadística en la diferencia de los valores de fosfatasa alcalina (140,80 mg/dL vs 93,13 mg/dL; $p = 0,005$). No se hallaron diferencias significativas en el resto de datos analíticos ni de localización por imagen. Se resecó una sola glándula en el 69,57% de los ncHPTP frente al 97,83% de los hcHPTP ($p = 0,003$). El diagnóstico anatopatológico fue de adenoma en el 61,36% de los ncHPTP frente al 91,30% de los controles ($p = 0,006$), el peso de los adenomas en ambos grupos fue diferente (1.000 mg vs 1.440 mg; $p = 0,05$). Se obtuvieron las sensibilidades de ncHPTP y hcHPTP (86% vs 89%) y los VPP (63% vs 78%) con significación estadística ($p = 0,001$). Por último existió diferencia en el número de curaciones (58,14% vs 94,87%; $p < 0,001$).

Conclusiones: Se ha observado que sensibilidad y VPP de la localización por imagen del ncHPTP son menores. Además se ha observado que existe mayor afección ósea y mayor patología tiroidea concomitante en los pacientes con ncHPTP. Se ha comprobado que existe mayor tasa de enfermedad multiglandular y que los adenomas son menores en el ncHPTP. Por último la tasa de curaciones es menor en los ncHPTP.

O-040. TAMAÑO DE LOS ADENOMAS DE PARATIROIDES EN RELACIÓN AL CARÁCTER NORMOCALCÉMICO O HIPERCALCÉMICO DEL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

S. Salido Fernández, J.L. Munoz de Nova, J. Gómez Ramírez, J.M. Bravo Lifante, G. Fernández-Díaz, E. Bermejo Marcos, H. Souto, E. Colmenarejo, J. Auza Villegas, E. Martín-Pérez y E. Larrañaga Barrera

Hospital Universitario de la Princesa, Madrid.

Introducción: El hiperparatiroidismo primario (HPTP) es una enfermedad endocrina que afecta a las glándulas paratiroideas. Existen trabajos que relacionan de manera directa los valores de PTHi con el peso del adenoma. Sin embargo, el hiperparatiroidismo primario normocalcémico (ncHPTP) ha empezado a ser estudiado por numerosos autores. Varios de ellos lo consideran como un estadio evolutivo inicial de la enfermedad, mientras que otros la defienden como entidad propia. Aunque estos hechos aún no se han podido esclarecer, se ha comprobado que ambas variantes difieren en varios aspectos (bioquímicos, densitométricos, etc.). En este trabajo se pretende estudiar si existen diferencias entre los adenomas de ncHPTP y de los HPTP hipercalcémico (hcHPTP) a igualdad de valores de PTHi.

Material y métodos: Estudio retrospectivo en el que se incluyen 25 casos de ncHPTP y 25 controles con hcHPTP intervenidos la unidad de Cirugía Endocrina del Hospital Universitario de la Princesa (Madrid) entre 2001 y 2010 con diagnóstico preoperatorio de adenoma único de paratiroides. Todos los pacientes fueron suplementados con vitamina D si existía déficit. Se emparejó a los casos y controles por sexo, edad, año de intervención y cifras de PTHi. Se recogieron los antecedentes de interés. Además se estudiaron diferencias en las determinaciones analíticas preoperatorias (calcio total, fósforo, creatinina, fosfatasa alcalina y magnesio). Se recogió el tipo de intervención (clásica o selectiva), la localización de adenoma, el uso de drenajes y la inclusión en régimen de cirugía mayor ambulatoria. Por último se comparó el diagnóstico anatopatológico y el peso de las glándulas resecadas.

Resultados: 22 pacientes (88%) fueron mujeres con una edad media de 63 años, al igual que los controles hipercalcémicos. No se encontraron diferencias significativas en los antecedentes personales estudiados. El calcio total medio de los ncHPTP fue de 9,8 mg/l frente a 11,2 mg/l de los hipercalcémicos y los valores medios de PTHi fueron de 156,1 pg/mL en ncHPTP y de 143,3 pg/mL en los controles hipercalcémicos. No se hallaron diferencias significativas en los valores séricos de fósforo (2,84 vs 2,75); magnesio (2,08 vs 2,23); 25(OH)-vitamina D (34,02 vs 31,56); creatinina (0,81 vs 0,84) ni fosfatasa alcalina (139,6 vs 147,3). En cuanto a las características de la cirugía no se encontró diferencias entre ambos grupos. El diagnóstico anatopatológico fue de adenoma en 16 (69,6%) de los ncHPTP frente a 21 (84%) de los controles; 5 (21,7%) pacientes normocalcémicos fueron diagnosticados como enfermedad multiglandular mientras que solo 2 (8%) lo fueron en el grupo control. Se encontró diferencia significativa en el tamaño de las glándulas resecadas con 0,49 g de los ncHPTP frente a 0,88 g en los controles ($p = 0,032$).

Conclusiones: El peso de los adenomas resecados en los pacientes con ncHPTP fue significativamente menor que aquellos pacientes con HPTP hipercalcémicos a pesar de existir similares cifras de PTHi. En el resto de variables bioquímicas preoperatorias o en las características de la intervención quirúrgica no hubo diferencias significativas. Estos hallazgos podrían significar que existen diferencias cualitativas entre los adenomas de ambas variantes.

**O-041. HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO POR
ADENOMA ÚNICO CON ECOGRAFÍA CERVICAL
Y GAMMAGRAFÍA CONCORDANTES: ¿ES NECESARIA
LA DETERMINACIÓN DE PARATOHORMONA
INTRAOPERATORIA?**

M. Cantos Pollarés, A. Mahmoud Ismail, C. Mulas Fernández,
E. Canelles Corell, C. Basés Valenzuela, V. Gumbau Puchol,
C. Martínez Martínez, J.M. Ivorra Cano, F.J. Precioso Estiguín
y J.V. Roig Vila

Hospital General de Valencia, Valencia.

Objetivos: Evaluar la necesidad de la determinación de la paratohormona intraoperatoria (PTHIO) en el hiperparatiroidismo primario (HPTp) por adenoma único, cuando la localización preoperatoria realizada con ecografía cervical (EC) y gammagrafía con 99m Tc-sestamibi (SM) han sido concordantes.

Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyen 38 pacientes intervenidos por HPTp por adenoma único con determinación de PTHIO, independientemente de la vía de acceso, por cirujanos dedicados en el Hospital General Universitario de Valencia entre enero de 2005 y enero del 2011. La localización preoperatoria de las glándulas paratiroides se realizó en todos los casos mediante EC y SM. Del mismo se realizó medición de niveles de calcio en sangre y PTH en el postoperatorio y en el seguimiento de todos los pacientes intervenidos.

Resultados: Durante seis años se han intervenido 64 pacientes de HPTp en nuestro centro. De ellos, 52 (70,27%) pacientes fueron por adenoma único y los 12 restantes presentaban lesiones diferentes al adenoma solitario. En 38 (73,07%) casos la EC y la SM habían sido concordantes respecto a la localización del adenoma por lo que se incluyeron en el estudio, mientras que en el resto de los 14 (26,92%) pacientes no existía coincidencia en las pruebas de imagen preoperatorias. A todos los casos incluidos en el estudio se les realizó determinación de PTHIO, objetivando un descenso significativo de sus cifras en 37 (97,36%) pacientes. Sólo hemos detectado 1 caso con persistencia de niveles elevados de paratohormona en la determinación inmediata tras la paratiroidectomía.

Conclusiones: Según los datos de nuestra serie, el manejo quirúrgico de pacientes afectos de HPTp con adenoma único que presentan EC y SM concordantes, no requeriría la realización sistemática de determinación de PTHIO, teniendo en cuenta la baja tasa de falsos positivos (2,63%) que ofrecen ambas pruebas de imagen realizadas en el preoperatorio.