



Revista Española de Medicina Nuclear e Imagen Molecular



O-274. - RADIOLOCALIZACIÓN INTRAOPERATORIA DE ADENOMA PARATIROIDEO CON FREEHAND SPECT Y GAMMACÁMARA PORTÁTIL

S.G. Prado Wohlgend¹, R. Díaz Expósito¹, I. Casáns Tormo¹, C.C. Rocafuerte Ávila¹, H.B. Bowles Antelo¹, J.R. Orozco Cortés¹, N. Cassinello Fernández² y J. Ortega Serrano²

¹Servicio de Medicina Nuclear; ²Servicio de Cirugía General. Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Resumen

Objetivo: El desarrollo reciente del equipo freehand SPECT (declipse SPECT[®]) (FS), combina sonda gamma, detector de infrarrojos, videocámara, marcadores ópticos (paciente–equipo). Permite rastreo y reconstrucción 3D de radiactividad detectada, pudiendo mejorar la cirugía radioguiada y aportando información sobre profundidad. Comparamos FS con gammacámara portátil (Sentinella[®]) (GP) para localizar intraoperatoriamente adenomas de paratiroides (AP), no existiendo experiencia previa comparando estos dos equipos.

Material y método: Realizamos 14 detecciones intraoperatorias (2 por paciente) en 7 pacientes (6 mujeres), edades 57-71 (64) años, con AP localizado mediante ecografía, TAC y/o gammagrafía, uno con patología tiroidea asociada. Realizamos gammagrafía previa (Philips Brightview[®]) 13,8-20,4 (17,8) mCi de 99mTc-MIBI (técnica doble fase), SPECT cérvico-torácico y fusión SPECT-TAC (programa Syntegra[®]) en 3. En quirófano, 20 minutos tras administrar 5 mCi de 99mTc-MIBI realizamos detección con FS y GP previa a cirugía, comprobando pieza extirpada y lecho postquirúrgico. Se realizó PTH intraoperatoria (PTHi) antes y 30 min tras resear la pieza y estudio anatomopatológico.

Resultado: La gammagrafía prequirúrgica localizó AP en 6/7 pacientes (85,7%). Intraoperatoriamente FS localizó AP en 4/7 pacientes aportando información adicional sobre profundidad con media de 2,9 cm (1,9-4,5 cm), consiguiéndose detección con imágenes de GP en 6/7. En casos con mayor dificultad en localización, ambos equipos ayudaron tras la extirpación comprobando la actividad en la pieza. FS y GP no localizaron inicialmente AP en una paciente con bocio difuso. La PTHi disminuyó, con media 161,2-56,5 ng/ml tras exéresis. Se confirmó anatomopatológicamente AP en 7/7 (100%) pacientes.

Conclusiones: La GP parece presentar mayor eficacia para localizar AP (6/7) frente a FS (4/7), aunque se requieren más casos. Cuando GP no localizó el AP, fue útil para comprobar pieza y lecho quirúrgico. Cuando FS identificó la lesión, aportó importante información sobre profundidad, y en el caso de no localizarlo permitió comprobación de la pieza extirpada. Ambas técnicas presentan mayor dificultad en detección de AP si existe superposición de actividades tiroidea/paratiroidea y en especial cuando hay patología tiroidea de base. El análisis anatomopatológico y PTHi confirmaron AP en 100% de pacientes.