

CONSENSO, CONTEXTO Y ZONAS GRISES: EL VALOR DEL DELPHI DE FASEN EN HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO. EL DEBATE CONTINÚA

Puig-Domingo, Manel 

Servicio de Endocrinología y Nutrición. Hospital Germans Trias y Pujol. Universidad Autónoma de Barcelona, España.

La evaluación y manejo terapéutico del hiperparatiroidismo primario (HPTP) ha experimentado una transformación sustancial en las últimas décadas. Mientras que históricamente predominaban las formas sintomáticas con manifestaciones óseas y renales evidentes, en la actualidad la mayoría de los casos se diagnostican de manera incidental, en etapas más precoces y con escasa expresión clínica [1,2]. Este cambio epidemiológico ha ampliado el espectro clínico de la enfermedad y, al mismo tiempo, ha generado nuevas áreas de incertidumbre en relación con su evaluación, tratamiento y seguimiento.

En este contexto, el **consenso Delphi de expertos de FASEN sobre hiperparatiroidismo primario** publicado en este número de EndoAr constituye una contribución particularmente relevante para la práctica clínica regional. El principal valor de este documento no reside únicamente en sintetizar la evidencia disponible, sino en estructurar el juicio experto mediante una metodología Delphi que permite ordenar la heterogeneidad de la práctica clínica cotidiana y a la vez del

conocimiento de expertos. A través de un panel interdisciplinario, el consenso aborda de manera sistemática aspectos centrales del manejo del HPTP, incluyendo diagnóstico bioquímico, localización preoperatoria, evaluación de complicaciones, indicaciones quirúrgicas, genética, tratamiento médico y situaciones clínicas especiales. En líneas generales, las recomendaciones se alinean con las guías internacionales vigentes [1-4], pero aportan una perspectiva pragmática que refleja la práctica clínica real y las particularidades del contexto sanitario.

Uno de los aportes más relevantes del consenso es enfatizar que la toma de decisiones no debe basarse exclusivamente en la magnitud de la hipercalcemia, sino en una evaluación integral del impacto de la enfermedad sobre órganos diana. La evidencia acumulada en los últimos años ha demostrado que muchos pacientes considerados “asintomáticos” presentan pérdida de masa ósea, fracturas vertebrales no reconocidas o litiasis renal subclínica [1,2,5]. En este sentido, el consenso refuerza la importancia de una evaluación

sistemática del compromiso esquelético y renal, incluyendo densitometría ósea en tres sitios y una valoración estructurada del riesgo de complicaciones renales.

Otro aspecto especialmente relevante del documento es la sistematización de la estrategia de localización preoperatoria. El consenso confirma el papel de la ecografía cervical combinada con la gammagrafía con sestamibi como estudios de primera línea, reservando la PET/CT con ^{18}F -fluorocolina para los casos con estudios negativos o discordantes y para escenarios de reoperación [6,7]. La tomografía computarizada 4D se plantea como una alternativa válida cuando la PET/CT no está disponible. Esta jerarquización resulta particularmente útil en contextos sanitarios donde la disponibilidad de tecnologías avanzadas puede ser variable.

Asimismo, el documento dedica especial atención al papel de la genética en el HPTP, un área de creciente relevancia en la evaluación clínica. El consenso recomienda considerar estudios genéticos en pacientes con formas familiares, presentaciones sindrómicas, enfermedad recurrente o compromiso multiglandular, así como en casos de carcinoma paratiroideo o tumores atípicos [8,9]. Estas recomendaciones reflejan el reconocimiento creciente de las bases moleculares de la enfermedad y sus implicancias para el manejo clínico moderno y el asesoramiento familiar.

Un aspecto destacable del proceso Delphi es que no busca forzar conclusiones en aquellas áreas donde la evidencia sigue siendo limitada. La ausencia de consenso respecto al papel del muestreo venoso selectivo de PTH o al peso del deterioro aislado de la función renal como criterio quirúrgico refleja la persistencia de incertidumbres que también se observan en la literatura internacional [1,2]. Lejos de representar una debilidad, identificar estas zonas grises constituye uno de los aportes más valiosos del consenso, ya que permite orientar futuras líneas de investigación

y evita recomendaciones excesivamente categóricas.

El documento también delimita con claridad el rol del tratamiento médico. Aunque no curativo, el uso de cinacalcet para el control de la hipercalcemia y de fármacos antirresorptivos para el manejo del compromiso óseo representa una estrategia terapéutica importante y de eficacias confirmada en pacientes que no son candidatos a cirugía o que rechazan la intervención [1,2]. En este sentido, el consenso contribuye a clarificar el posicionamiento de estas opciones dentro del algoritmo terapéutico.

Finalmente, uno de los aportes conceptuales más interesantes del consenso es la incorporación explícita de la decisión compartida con el paciente como parte del proceso terapéutico, en lo que hoy venimos en denominar “medicina participativa”. Reconocer que la cirugía puede considerarse incluso en ausencia de algunos criterios formales cuando existe una preferencia informada del paciente refleja una visión contemporánea de la medicina, centrada en la individualización participativa de las decisiones clínicas.

En conjunto, el consenso Delphi de FASEN proporciona un marco estructurado y clínicamente aplicable para el manejo del HPTP, integrando evidencia científica, experiencia clínica y contexto sanitario. Más que reemplazar a las guías internacionales, este documento contribuye a ordenar la práctica clínica en escenarios reales, donde la disponibilidad de recursos y la experiencia de los equipos pueden variar significativamente. En una enfermedad frecuente, heterogénea y en constante evolución conceptual, consensos de este tipo no solo sintetizan conocimiento, sino que también identifican incertidumbres y promueven un abordaje interdisciplinario y centrado en el paciente.

Recibido: 16 de marzo de 2026.

Aceptado: 21 de marzo de 2026.

REFERENCIAS

1. Bilezikian JP, Khan AA, Silverberg SJ, Fuleihan GE, Marcocci C, Minisola S, et al. Evaluation and Management of Primary Hyperparathyroidism: Summary Statement and Guidelines from the Fifth International Workshop. *J Bone Miner Res.* 2022; 37(11):2293-2314. doi: 10.1002/jbmr.4677.
2. Bollerslev J, Rejnmark L, Zahn A, Heck A, Appelman-Dijkstra NM, Cardoso L, et al. European Expert Consensus on Practical Management of Specific Aspects of Parathyroid Disorders in Adults and in Pregnancy: Recommendations of the ESE Educational Program of Parathyroid Disorders. *Eur J Endocrinol.* 2022; 186(2):R33-63. doi: 10.1530/EJE-21-1044.
3. Wilhelm SM, Wang TS, Ruan DT, Lee JA, Asa SL, Duh QY, et al. The American Association of Endocrine Surgeons Guidelines for Definitive Management of Primary Hyperparathyroidism. *JAMA Surg.* 2016; 151(10):959-68. doi: 10.1001/jamasurg.2016.2310.
4. Campbell MJ. The Definitive Management of Primary Hyperparathyroidism: Who Needs an Operation? *JAMA.* 2017; 317(11):1167-8. doi: 10.1001/jama.2017.1620.
5. Cusano NE, Cetani F. Normocalcemic primary hyperparathyroidism. *Arch Endocrinol Metab.* 2022; 66(5):666-77. doi: 10.20945/2359-3997000000556.
6. Imperiale A, Bani J, Bottoni G, Latgé A, Heimbürger C, Catrambone U, et al. 18F-Fluorocholine PET/CT in primary hyperparathyroidism. *Front Med (Lausanne).* 2023; 10:1148287. doi: 10.3389/fmed.2023.1148287.
7. Grimaldi S, Young J, Kamenicky P, Hartl D, Terroir M, Leboulleux S, et al. Challenging pre-surgical localization of hyperfunctioning parathyroid glands in primary hyperparathyroidism: the added value of 18F-Fluorocholine PET/CT. *Eur J Nucl Med Mol Imaging.* 2018; 45(10):1772-80. doi: 10.1007/s00259-018-4018-z.
8. Mazarico-Altisent I, Capel I, Baena N, Bella-Cueto MR, Barcons S, Guirao X, et al. Genetic testing for familial hyperparathyroidism: clinical-genetic profile in a Mediterranean cohort. *Front Endocrinol (Lausanne).* 2023; 14:1244361. doi: 10.3389/fendo.2023.1244361.
9. Hendrickson CD, Castro Pereira DJ, Comi RJ. Renal impairment as a surgical indication in primary hyperparathyroidism: do the data support this recommendation? *J Clin Endocrinol Metab.* 2014; 99(8):2646-50. doi: 10.1210/jc.2014-1379.