Hipoparatiroidismo

Categoría: 1 tema en 1 minuto
Publicado: Jueves, 25 Octubre 2018 11:14
Escrito por: Valeria Caacupe
Visitas: 14173

Etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento



Phoca PDF

Hipoparatiroidismo

Categoría: 1 tema en 1 minuto
Publicado: Jueves, 25 Octubre 2018 11:14
Escrito por: Valeria Caacupe
Visitas: 14173

HIPOPARATIROIDISMO

Hipoparatiroidismo (HipoPT) se define por hipocalcemia con niveles inapropiadamente bajos de hormona paratiroidea (PTH) o ausencia de PTH.

LABORATORIO

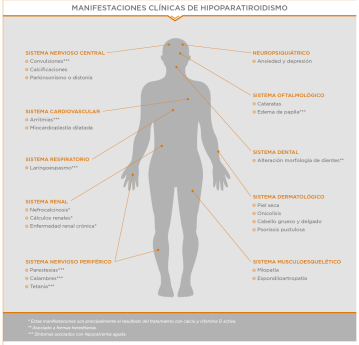
- **Calcio corregido por albúmina o calcio iónico en suero por debajo del rango normal** (Calcio < 8.5 mg/dl o <2.12mmol/l o calcio iónico < 1.1 mmol/l).
- **PTH ausente o inapropiadamente baja.**
- Hiperfosfatemia.
- Aumento de la excreción de calcio en orina.

TABLA 1. - ETIOLOGÍA

HipoPT posquirúrgico: es la causa más común - 75% (a). tiroidectomía total o disección radical por neoplasias de cabeza y cuello). Puede ser: • Transitorio: dura <6 meses, y se produce en el 25-30% de los pacientes luego de la tiroidectomía total. • Crónico: dura >6 meses, afecta solo al 3% de los pacientes. Rara vez, puede presentarse años después de la cirugía de cuello.
Hipomagnesemia severa y prolongada.
Irradiación en el cuello.
Enfermedades infiltrativas: hemocromatosis, enfermedad de Wilson, metástasis.
Enfermedades autoinmunes o trastornos genéticos que afectan el desarrollo de las glándulas o la síntesis hormonal (síndromes, hipocalcemia autosómica dominante, hipoPT aislado).

Se sugiere considerar la realización de pruebas genéticas y/o pruebas de detección familiar en un paciente con hipoPT de etiología desconocida

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE HIPOPARATIROIDISMO



* Estas manifestaciones son principalmente el resultado del tratamiento con calcio y vitamina D activa.
** Asociado a formas hereditarias.
*** Síntomas asociados con hipocalcemia aguda.

INDICACIÓN DE TRATAMIENTO

- Pacientes con hipoPT crónico **con síntomas** de hipocalcemia y/o un nivel de calcio sérico ajustado por albúmina <8.0 mg/dl(<2.0 mmol/l) o calcio iónico <1.0 mmol/l.
- Considerar tratamiento en pacientes **asintomáticos** con hipoPT crónico y calcio ajustado por albúmina entre 8.0 mg/dl (2.0 mmol/l) o calcio iónico 1.0 mmol/l, y el límite inferior del rango de referencia, si esto puede mejorar su bienestar.

TRATAMIENTO

- Como terapia primaria se sugiere usar análogos de vitamina D activa más suplementos de calcio en dosis fraccionadas. Si los análogos de vitamina D activos no están disponibles, se recomienda tratamiento con calciferol (preferentemente colecalciferol). Las dosis recomendadas son las necesarias para evitar síntomas de hipocalcemia y mantener valores de calcio sérico en el rango objetivo.
- Para la hipercalciuria, se sugiere reducción en la ingesta de calcio y sodio y/o tratamiento con diuréticos tiazídicos.
- Si hay hiperfosfatemia y/o producto fosfo-cálcico elevado, se sugiere disminuir el aporte de fosfato en la dieta y/o ajuste del tratamiento con calcio (usando el calcio como quelante) y vitamina D.
- Los pacientes con depleción de magnesio deben recibir aportes.
- En casos de hipocalcemia severa sintomática, debe usarse calcio intravenoso.

TABLA 2. - OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO SEGÚN LA SOCIEDAD EUROPEA DE ENDOCRINOLOGÍA[2]

Objetivo terapéutico	Parámetro	Prevenir	Frecuencia de monitoreo	Comentario
Calcio sérico en límite normal bajo del rango	**Calcio sérico total corregido por albúmina** de 8-9.5 mg/dl (2-2.37 mmol/l). **Calcio iónico** en límite inferior, o ligeramente por debajo, del rango de referencia.	**Hipocalcemia:** tetania sintomática, cambios en el estado mental. **Hipercalciuria:** deshidratación, disfunción renal y cambios del estado mental.	Cada 3 - 6 meses	Durante los ajustes activos del tratamiento con calcio y vitamina D, el control clínico y de laboratorio deben realizarse cada 1 o 2 semanas.
Prevenir hipercalciuria	**Calcio urinario:** <250 mg/d mujeres, <300 mg/d hombres, o <4 mg/kg/día para ambos sexos.	Hipercalciuria, nefrocalcinosis, cálculos renales e insuficiencia renal.	Cada 1 o 2 años	-
Fosforo sérico dentro del rango de referencia	Fosforo sérico dentro o cerca del rango de referencia ajustado por edad.	Calcificaciones ectópicas de tejidos blandos: cerebro, retin, sistema vascular.	Cada 3 - 6 meses	Monitorear cada 1 o 2 semanas después de un cambio en el tratamiento.
Controlar el producto fosfo-cálcico	Producto fosfo-cálcico <55 mg²/dl² (<4.4 mmol²/l²).	Calcificaciones ectópicas de tejidos blandos: cerebro, retin y sistema vascular.	Cada 3 - 6 meses	Monitorear cada 1 o 2 semanas después de un cambio en el tratamiento.
Magnesio sérico dentro del rango de referencia	Magnesio sérico dentro del rango de referencia.	Hipomagnesemia.	Cada 3 - 6 meses	-
Función renal dentro del rango normal	TFGe 90-120 ml/min/1.73m²	Insuficiencia renal.	Cada 3 - 6 meses	Monitorear cada 1 o 2 semanas después de un cambio en el tratamiento.
Vitamina D adecuada	25OHD >20 ng/ml (>50 nmol/l)	Efectos no esqueléticos del déficit de vitamina D, incluida la miopatía.	Anualmente	Nivel de Vitamina D debe estar dentro del rango normal.
Prevenir formación de cálculos renales y/o nefrocalcinosis	Marcadores de riesgo de litiasis en orina e imagen renal.	Dolor, infección, insuficiencia renal.	Basal y cada 5 años, o en caso de síntomas de litiasis o deterioro de la función renal.	Se recomienda imagen renal (ecografía o tomografía)
Mejorar la calidad de vida y ausencia de síntomas de hipocalcemia	Calidad de vida, bienestar y síntomas.	Deterioro calidad de vida.	Cada 3 - 6 meses	No hay cuestionario específico para evaluar la calidad de vida.
Mantener la masa ósea	Densidad mineral ósea por DXA.	Osteoporosis o fracturas.	No de rutina	-

DXA: absorciometría de rayos X de doble energía; 25OHD: 25-dihidroxivitamina D; TFGe: tasa de filtrado glomerular estimada.

Tabla 3. - INDICACIÓN PARA CONSIDERAR EL USO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO CON PTH RECOMBINANTE HUMANA (PTHrh 1-84)[3]

Control inadecuado del calcio sérico con hipocalcemia o cambios erráticos que alternan hipocalcemia con hipercalcemia con tratamiento convencional.
Dosis de suplementación de calcio > 2.5 g, o de calcitriol > 1.5 µg de o de alfacalcidol> 3.0 µg diarios.
Evidencia de afección renal con hipercalciuria, nefrocarcinosis, nefrolitiasis o reducción del aclaramiento de creatinina con tratamiento convencional.
Hiperfosfatemia o un producto fosfo-cálcico > 55 mg²/dl² o (> 4.4 mmol²/l²) con tratamiento convencional
Trastorno gastrointestinal o pos cirugía bariátrica, asociado con malabsorción.
Reducción de la calidad de vida con tratamiento convencional.

Bibliografía

(1) - Mannstadt M, et al. Hypoparathyroidism. Nat Rev Dis Primers. 2017 Oct 5;3:17080
(2) - Bollerslev J, et al. European Society of Endocrinology Clinical Guideline: Treatment of chronic hypoparathyroidism in adults. Eur J Endocrinol. 2015 Aug;173(2):G1-20.
(3) - Brandi, M. L. et al. Management of hypoparathyroidism: summary statement and guidelines. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2016, 101 (6), 2273-2283.

ENDOWeb ENDOCRINOLOGÍA CIENTÍFICA | IDIM

Phoca PDF

Hipoparatiroidismo

Categoría: 1 tema en 1 minuto
Publicado: Jueves, 25 Octubre 2018 11:14
Escrito por: Valeria Caacupe
Visitas: 14173

Phoca PDF