

Hipoparatiroidismo

Categoría: 1 tema en 1 minuto

Publicado: Jueves, 25 Octubre 2018 11:14

Escrito por: Valeria Caacupe

Visitas: 13630

Etiología, manifestaciones clínicas y tratamiento



Hipoparatiroidismo

Categoría: 1 tema en 1 minuto

Publicado: Jueves, 25 Octubre 2018 11:14

Escrito por: Valeria Caacupe

Visitas: 13630

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 < 2.12 mmol/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 postquirúrgico: es la causa más común - 75% (se tridectomía total o disección radical por nodos de calcio y cuello). Puede ser:

- Transitoria (dura 48 horas) y se produce en el 25-30% de los pacientes luego de la tridectomía total.
- Constante (dura 48 horas) usual 3% de los pacientes.

Rara vez, puede presentarse años después de la cirugía de cuello.

Hipomagnesemia severa y prolongada.

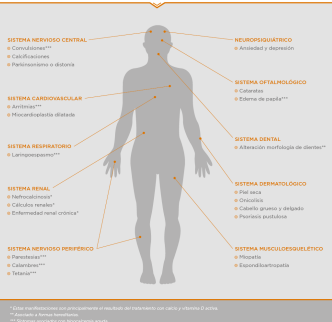
Irradiación en el cuello.

Enfermedades sistémicas: hemocromatosis, enfermedad de Wilson, endometriosis.

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



*Cada vez que el paciente sea sometido a un examen de laboratorio con calcio y fosfato séricos.
 **Síntomas moderados o graves.
 ***Síntomas severos o potencialmente graves.

INDICACION 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.
- Corroborar 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 calcifero (preferentemente calcitriol). Las dosis recomendadas son las necesarias para evitar síntomas de hipocalcemia y mantener niveles de calcio sérico en el rango objetivo.
- Para la hipercalemia, 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 coartículo) y vitamina D.
- Los pacientes con deposición de magnesio deben recibir aporte.
- En casos de hipocalcemia severa sintomática, debe usarse calcio intravenoso.

TABLA 2 - OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO SEGUN LA SOCIEDAD EUROPEA DE ENDOCRINOLOGÍA**

Objetivo terapéutico	Parámetro	Prevenir	Frecuencia de monitoreo	Comentario
Calcio sérico en límite normal bajo del rango	Calcio sérico total ajustado por albúmina (o calcio iónico) en suero. Rango de referencia: 8.5-10.5 mg/dL (2.12-2.62 mmol/L)	Hipercalcemia. Hiperfosfatemia. Hiperuricemia. Hipercolesterolemia. Hipertriglicidemia. Hiperlipidemia. Hipercolesterolemia. Hipertriglicidemia. Hiperlipidemia.	Cada 3-4 meses.	Evitar la quinta actividad del tratamiento con calcio y vitamina D activa en el primer año de tratamiento. Realizar cada 3-4 meses.
Prevenir hipercalemia	Calcio urinario. < 200 mg/día. Calcio fecal. < 10 mg/kg/día. Calcio en orina. < 10 mg/kg/día.	Hipercalemia, nefrocalcemia, nefrolitiasis, hiperuricemia, hipercolesterolemia, hipertriglicidemia, hiperlipidemia.	Cada 10-20 días.	-
Proteger la función renal	Creatinina sérica dentro del rango de referencia.	Nefrocalcemia, nefrocalcemia, nefrolitiasis, hiperuricemia, hipercolesterolemia, hipertriglicidemia, hiperlipidemia.	Cada 3-4 meses.	Monitorizar cada 3-4 meses. Si se eleva, se debe considerar un cambio en el tratamiento.
Controlar el producto fosfo-cálcico	Producto fosfo-cálcico (P-Ca) en suero. Rango de referencia: < 150 mg/dL.	Cardiopatía, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, hipertriglicidemia, hiperlipidemia.	Cada 3-4 meses.	Monitorizar cada 3-4 meses. Si se eleva, se debe considerar un cambio en el tratamiento.
Proteger la función tiroidea	Tiroglobulina sérica dentro del rango de referencia.	Hipotiroidismo.	Cada 3-4 meses.	-
Función renal dentro del rango normal	TCR (o creatinina) sérica. Rango de referencia: < 1.2 mg/dL (o < 137 µmol/L).	Hipercalcemia.	Cada 3-4 meses.	Monitorizar cada 3-4 meses. Si se eleva, se debe considerar un cambio en el tratamiento.
Vitamina D adecuada	25(OH)D3 sérica (o intacta). Rango de referencia: > 20 ng/mL (o > 500 pmol/L).	Hipocalcemia, hipercolesterolemia, hipertriglicidemia, hiperlipidemia.	Asesante.	Nivel de Vitamina D debe ser estable durante el tratamiento.
Prevenir formación de cálculos renales y nefrocalcemia	Hematocrito de sangre de 35-45%. Anemia crónica leve.	Dosis, infección, hiperuricemia.	Cada 3-6 meses.	Se recomienda ingesta oral adecuada de calcio y vitamina D.
Mejorar la calidad de vida y bienestar de pacientes de hipoparatiroidismo	Calidad de vida, bienestar y satisfacción.	Deficiencia de calcio.	Cada 3-6 meses.	No hay cuestionario específico para evaluar la calidad de vida.
Mantener la masa ósea	Densidad mineral ósea por DEXA.	Deficiencia de calcio.	No de rutina.	-

DEXA: densitometría de rayos X de doble energía. DEXA-D: densitometría de rayos X de doble energía por absorción.

TABLA 3 - INDICACION PARA CONSIDERAR EL USO DE LA TERAPIA DE REEMPLAZO CON PTH RECOMBINANTE HUMANA (PTHn 1-84)**

Control inadecuado del calcio sérico con hipocalcemia o cambios erráticos que alteran hipocalcemia con hipocalcemia con tratamiento convencional.
Dosis de suplementación de calcio > 25 g, o de calcifero > 15 µg de calcitriol o de alfacalcidol > 3.0 µg diarios.
Evidencia de afectación renal con hipercalemia, nefrocalcemia, nefrolitiasis o reducción del aclaramiento de creatinina con tratamiento convencional.
Hiperfosfatemia y/o producto fosfo-cálcico > 55 mg/dL o > 4.4 mmol/l con tratamiento convencional.
Trastorno gastrointestinal o peso corporal bajo, asociado con malabsorción.
Reducción de la calidad de vida con tratamiento convencional.

Bibliografía

- 1) Hemsell TL, et al. Hypoparathyroidism. Nat Rev Dis Prim. 2017 Oct 5;3:17030.
- 2) Bellizzi J, et al. European Society of Endocrinology Clinical Guidelines. Treatment of chronic hypoparathyroidism in adults. Eur J Endocrinol. 2015 Aug;173(2):21-30.
- 3) Shalhoub J, et al. Management of hypoparathyroidism: current treatment and guidelines. J Clin Endocrinol Metab. 2016; 117(6):2272-2282.

Hipoparatiroidismo

Categoría: 1 tema en 1 minuto

Publicado: Jueves, 25 Octubre 2018 11:14

Escrito por: Valeria Caacupe

Visitas: 13630
