Hiperparatiroidismo primario

Categoría: 1 tema en 1 minuto
Publicado: Viernes, 24 Agosto 2018 11:47
Escrito por: Equipo
Visitas: 15790

Etiología, factores de riesgo, formas clínicas de presentación, complicaciones, diagnóstico diferencial e indicaciones para cirugía

Â

Â

Phoca PDF

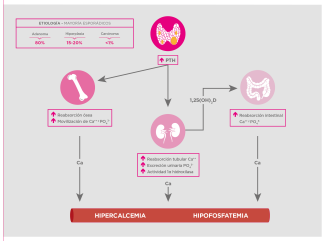
Hiperparatiroidismo primario

Categoría: 1 tema en 1 minuto
Publicado: Viernes, 24 Agosto 2018 11:47
Escrito por: Equipo
Visitas: 15790

HIPERPARATIROIDISMO
– Primario –

El HPTP es un trastorno común del metabolismo mineral secundario a la secreción excesiva de hormona paratiroidea por parte de una o más de las cuatro glándulas paratiroides, lo que causa hipercalcemia y hormona paratiroidea elevada o inapropiada para el valor de calcemia.

- Afecta predominantemente a mujeres, con una relación 3-4: 1
- El diagnóstico es bioquímico: hipercalcemia (calcio total corregido por albúmina o calcio iónico) elevado y confirmado, en presencia de un nivel de PTH elevado o inapropiado.



FACTORES DE RIESGO

- Radioterapia en la niñez
- Uso de litio y tiazidas
- Formas hereditarias: MEN1, 2A y 4, Síndrome de HTP-tumor mandibular, HPTP familiar aislado, HHF.

FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN

HPTP

Asintomático
Sin signos manifiestos de hipercalcemia ni afección de órganos diana

Normocalcémico
Niveles persistentemente elevados de PTH con calcio sérico dentro del rango normal. Deben excluirse causas secundarias de aumento de PTH (deficiencia de vitamina D, síndromes de malabsorción, insuficiencia renal, hipercalciuria ff. uso de tiros y diuréticos tiazídicos, tratamiento con denosumab o bifosfonatos).

Sintomático
Signos y síntomas de hipercalcemia y complicaciones secundarias al exceso de PTH (tabla1)

Alrededor del 85% de los pacientes son asintomáticos

TABLA 1. - COMPLICACIONES EN EL HPTP

Renales	Esqueléticas	Otras manifestaciones clínicas
Litiasis renal	Osteoporosis	HTA y arterioesclerosis
Nefrocalcinosis	Fracturas	Pancreatitis, úlcera péptica
Disminución función renal	**Osteitis fibrosa quística** (dolores con imagen en sal y pimienta, osteolisis distal de la clavícula, resorción subperiostística en falanges distales, quistes óseos, tumores pardos)	**Afección neurocognitiva** (ansiedad, disminución de la capacidad de concentración y el deterioro cognitivo)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

1. **HHF:** sospechar si CaCrCL <0.01, aunque el 20% de los casos puede superponerse con los valores del HPTP (entre 0.01-0.02).
   Etiología: mutaciones inactivantes gen CaSR (HHF tipo 1), gen Gal3 (HHF tipo 2), y gen AP2S1 (HHF tipo 3).
2. Considerar el HPTP familiar en niños y adultos <35 años de edad en presencia de:
   - Antecedente familiar de hipercalcemia.
   - Cirugía paratiroidea previa sin éxito en paciente o familiar.
   - Hipercalcemia a edad temprana (<25 años) en paciente o familiar.
   - Ausencia de síntomas de hipercalcemia.
   - CaCrCL <0.02.

ESTUDIO POR IMÁGENES

1. Las imágenes NO se utilizan para el diagnóstico de HPTP.
2. La ecografía y la gammagrafía con 99m. TC-sestamibi son herramientas de localización útiles, pero pueden pasar por alto pequeños adenomas e hiperplasia.
3. La identificación del tejido paratiroideo anormal se mejora con SPECT combinado con TC y es particularmente útil en casos de re-cirugía.
4. Imágenes adicionales para aquellas faltas en la cirugía o que se sospeche glándula paratiroides ectópica. TC, RMN, gammagrafía con TC-Metionina PET/CT.

INDICACIONES PARA LA CIRUGÍA DE PARATIROIDES

- **HPTP sintomático** o con complicaciones asociadas.
- **HPTP asintomático** con criterios de cirugía.

CRITERIOS DE INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA

Edad <50 años
Calcio total >1 mg/dL o >0,25 mmol/L o Calcio iónico >0.12 mmol/L, del limite superior del valor de referencia.
T-score ≤-2.5 en la columna lumbar, el cuello femoral, la cadera total o 1/3 medio de radio, para mujeres posmenopáusicas o varones >50 años. **Fractura prevalente por fragilidad** (ej. fractura vertebral) también se considera una indicación para cirugía. Se requiere una radiografía de rutina de la columna dorsal y lumbar.
Clearance de creatinina <60 ml/minuto. **Cálculos, nefrocalcinosis o alto riesgo de cálculos.** Se recomienda realizar imágenes renales (rayos X, TC o ecografía) para detectar cálculos renales silentes o nefrocalcinosis. Se debe realizar un perfil de riesgo de litiasis completo en aquellas personas cuya excreción urinaria de calcio es >400 mg/día.

MANEJO MÉDICO

1. Corregir la deficiencia/insuficiencia de vitamina D a 25OHD >50 nmol/L (> 20ng/mL).
2. Los bifosfonatos son efectivos para prevenir disminuciones en la DMO y reducir el remodelado óseo.
3. Cinacalcet: es eficaz para reducir el calcio sérico y debe considerarse para el HPTP sintomático cuando la cirugía no es una opción. En pacientes seleccionados puede usarse la combinación de bifosfonatos con cinacalcet.
4. Los datos con tratamiento médico actualmente son a corto plazo e insuficientes para justificar el tratamiento médico como una alternativa a la cirugía. No hay datos de fractura con cualquiera de las terapias médicas existentes.

Seguimiento

- Evaluación anual de calcio sérico, creatinina y clearance de creatinina.
- DXA anual.
- Evaluar pérdida de talla y dolor de espalda, y en caso de síntomas realizar una evaluación radiográfica para evaluar fracturas vertebrales.
- Si se sospecha litiasis renal o nefrocalcinosis, se recomienda realizar una imagen abdominal con radiografía, TC o ecografía. También podría estar indicado un perfil bioquímico de litiasis de 24 horas.

Abreviaturas:
CaCrCL: clearance calcemia de calcio/clearance creatinina. **DMO:** densidad mineral ósea. **HHF:** Hipercalcemia hipocalciúrica familiar. **HTP:** hiperparatiroidismo. **HPTP:** hiperparatiroidismo primario. **MEN:** neoplasia endocrina múltiple. **PTH:** hormona paratiroidea. **CABG/MAB:** L-3,4 dihidroxi-L-fenilalanina. **1,25(OH)2 D:** 1α dihidroxi vitamina D. **PET:** tomografía por emisión de positrones. **RMN:** resonancia magnética nuclear. **SPECT:** tomografía computada de emisión monofotónica. **TC:** tomografía computada.

Bibliografía
- Primary hyperparathyroidism review and recommendations on evaluation, diagnosis, and management. A Canadian and international consensus. Khan AA, et al. Osteoporosint (2017) 28:1-19.
- Hyperparathyroidism. Bilezikian JP, et al. Lancet. 2016 Jan 13;391.

Contenido elaborado por el Grupo de Trabajo de Endocrinología Ginecológica de la SEEN. Diseño: Ana Cristina Ramos Fernández

ENDOWeb ENDOCRINOLOGIA CIENTÍFICA IDIM IDIM

Phoca PDF

Categoría: 1 tema en 1 minuto
Publicado: Viernes, 24 Agosto 2018 11:47
Escrito por: Equipo
Visitas: 15790

HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO

El HPTP es un trastorno comÃºn del metabolismo mineral secundario a la secreciÃ³n excesiva de hormona paratiroidea por parte de una o mÃ¡s de las cuatro glÃ¡ndulas paratiroides, lo que causa hipercalcemia y hormona paratiroidea elevada o inapropiada para el valor de calcemia.

â¢Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Afecta predominantemente a mujeres, con una relaciÃ³n 3-4: 1

â¢Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â El diagnÃ³stico es bioquÃmico: hipercalcemia (calcio total corregido por albÃºmina o calcio iÃ³nico) elevado y confirmado, en presencia de un nivel de PTH elevado o inapropiado.

Phoca PDF