



383 - BOMBA DE INFUSIÓN CONTINUA SUBCUTÁNEA DE TERIPARATIDA EN UN CASO DE HIPOPARATIROIDISMO POSQUIRÚRGICO GRAVE REFRACTARIO A TRATAMIENTO CONVENCIONAL

M. Bonet Quiroga¹, A. Martínez Díaz¹, M. Romero González¹, E. Safont Pérez¹, A. López Argudo¹, M. Ramos Fortes¹, N. Mangas Fernández², R. Corcoy Pla³, Q. Asla Roca⁴ y A.I. Chico Ballesteros³

¹Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ²Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. Institut de Recerca Sant Pau, Barcelona. ³Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. Institut de Recerca Sant Pau. CIBER-BBN. Departamento de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra. ⁴Servicio de Endocrinología y Nutrición, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. Institut de Recerca Sant Pau, Barcelona. Departamento de Medicina, Universitat de Vic-Universitat Central de Catalunya, Vic.

Resumen

Introducción: El hipoparatiroidismo (hipoPT) es una entidad rara de etiología principalmente yatrogénica. El tratamiento con calcio y calcitriol (CT) vía oral (vo) puede ser insuficiente para garantizar una calcemia adecuada y una buena calidad de vida. En estos casos se puede indicar tratamiento con teriparatida (PTHrh 1-34), aunque la evidencia es escasa.

Métodos: Se presenta el caso de una mujer con hipoPT yatrogénico tratada con bomba de infusión continua subcutánea (BICS) de PTHrh 1-34 tras objetivar inefectividad del tratamiento con altas dosis de calcio (CaCO₃) y CT junto con tiazida vo y PTHrh 1-34 subcutánea (sc) diarias.

Resultados: Mujer de 37 años con hipoPT posquirúrgico mal controlado pese a dosis altas de CaCO₃ (6 g/d) y CT (3 µg/d) y tiazida (25 mg/d) vo derivada a nuestro centro por hipocalcemia grave. Tras descartar malabsorción y asegurar la correcta toma de la medicación, se inicia PTHrh 1-34 sc 20 µg/d (tabla). Aun así, la paciente persiste con clínica de hipocalcemia e imposibilidad de reducir las dosis de CaCO₃ (4 g/d) y CT (2 µg/d). Después de episodio de tetania en contexto de intolerancia gastrointestinal al tratamiento vo, se inicia BICS de PTHrh 1-34 con posterior normalización de la calcemia, resolución de la clínica y reducción drástica de las necesidades de CaCO₃, CT y PTHrh 1-34.

Evolución de la calcemia según tratamiento	
Calcemia (mmol/L)	Tratamiento propuesto según calcemia
1,96	PTHrh 1-34 20 µg/d
CaCO ₃ 3,5 g/d	
CT 1 µg/d	
1,84	PTHrh 1-34 40 µg/d
CaCO ₃ 3 g/d	
CT 1 µg/d	
1,93	PTHrh 1-34 40 µg/d

CaCO3 4 g/d	
CT 2 µg/d	
2,52	BICS PTHrh 1-34 0,20 UI/h (12 µg/d)
CaCO3 1,5 g/d	
CT 1,5 µg/d	
3,01	BICS PTHrh 1-34 0,10 UI/h (6 µg/d)
CaCO3 1 g/d	
CT 1 µg/d	
2,17	BICS PTHrh 1-34 0,13 UI/h (7,8 µg/d)
CaCO3 1 g/d	
CT 1 µg/d	

Conclusiones: En este caso, la BICS de PTHrh 1-34 ha logrado la normalización de la calcemia, la disminución de las dosis de calcio, CT y PTHrh 1-34 y una mejoría de la calidad de vida.