

AValiação E Manejo DO HIPOPARATIREOIDISMO

Resumo das Diretrizes do Segundo Workshop Internacional

Esta edição resume as recomendações da 2ª Diretrizes Internacionais para Hipoparatiroidismo, esta diretriz de prática clínica aborda a prevenção, diagnóstico e tratamento do hipoparatiroidismo (HipoPT) e fornece recomendações baseadas em evidências. A força-tarefa do HipoPT incluiu quatro equipes com 50 especialistas internacionais. Um processo seguindo a metodologia de Classificação de Recomendações, Avaliação, Desenvolvimento e Avaliação (GRADE) e as revisões sistemáticas forneceram a estrutura para sete das recomendações. A força-tarefa usou uma abordagem menos estruturada com base em revisões narrativas para 20 recomendações não graduadas.

1. Como o HipoPT crônico deve ser diagnosticado? (Recomendação não GRADE)

1.1. Hipocalcemia (cálcio sérico ionizado baixo ou cálcio sérico total ajustado para albumina) na presença de um PTH intacto indetectável, baixo ou inapropriadamente normal (utilizando um ensaio de 2ª ou 3ª geração) em duas ocasiões, com pelo menos 2 semanas de intervalo, confirma o diagnóstico.

1.2. Anomalias adicionais causadas por PTH baixo que suportam o diagnóstico: Elevação do fósforo sérico, reduções da 1,25-dihidroxitamina D (1,25(OH)2D) e elevações da excreção urinária fracionada de cálcio.

1.3. Em pacientes com HipoPT pós-cirúrgico, o painel considera a condição permanente se o HipoPT persistir >12 meses após a cirurgia.

2. Como os riscos de HipoPT crônico pós-cirúrgico podem ser minimizados? (Recomendação não GRADE)

O painel propõe evitar a paratiroidectomia acidental, bem como o autotransplante intraoperatório de paratiroides durante a cirurgia do pescoço e utilizá-lo apenas na presença de paratiroidectomia inadvertida.

3. Qual é o valor da determinação do cálcio sérico e do PTH pós-tireoidectomia para prever futuro HipoPT permanente pós-cirúrgico? (Recomendação GRADE)

Está recomendado o uso de medições de PTH precocemente (12–24 horas) após a tireoidectomia total para prever quais pacientes não desenvolverão HipoPT pós-cirúrgico permanente (recomendação forte, evidência de qualidade moderada).

Comentários: Se os valores de PTH forem > 10pg/mL 12–24 horas após a cirurgia, o desenvolvimento de HipoPT permanente é improvável e, portanto, não há necessidade de tratamento a longo prazo com suplementos ativos de vitamina D e cálcio acima da dose diária recomendada. Muitos pacientes com valores de PTH <10pg/mL 12–24 horas após a cirurgia ainda podem se recuperar do HipoPT temporário.

Qual é o papel do teste genético no diagnóstico e avaliação do hipoPT crônico? (Recomendação não GRADE)

3.1. Em pacientes com HipoPT não cirúrgico, que têm história familiar positiva de HipoPT não cirúrgico, apresentam características sindrômicas ou têm menos de 40 anos, os membros do painel realizam testes genéticos.

3.2. Em pacientes com HipoPT não cirúrgico que apresentam outras características clínicas da síndrome autoimune de poliendocrinopatia-candidíase-distrofia ectodérmica (APECED) ou síndrome poliglandular autoimune tipo 1 (APS-1), os membros do painel realizam testes genéticos para variantes do gene do regulador autoimune (AIRE).

3.3. Os membros do painel evitam a designação de “HipoPT autoimune” para pacientes que não têm APECED porque não há testes diagnósticos definitivos para HipoPT autoimune poligênico.

4. Quais são os sintomas e complicações mais comuns do HipoPT crônico relatados na literatura? (Recomendação GRADE)

Estudos observacionais comparando pacientes com HipoPT a controles com função paratiroidiana normal identificaram as seguintes complicações associadas ao HipoPT (as porcentagens representam a mediana entre todos os estudos): catarata (17%), infecção (11%), nefrocalcinose/nefrolitíase (15%), insuficiência renal (12%), convulsões (11%), depressão (12%), doença cardíaca isquêmica (7%) e arritmias (7%).

5. Qual é a estratégia de monitoramento ideal para o HipoPT crônico?

5.1. Pesquisa Sistemática da Prática Atual

	Novo paciente	Pacientes estáveis
Creatinina sérica, ritmo de filtração glomerular estimado (eGFR), cálcio (ionizado ou ajustado para albumina), magnésio, fósforo	Sim	A cada 3 - 12 meses
25-hidroxi-vitamina D	Sim	A cada 6 - 12 meses
Creatinina e cálcio e urina de 24 horas	Sim	A cada 6 - 24 meses

*Essas recomendações são classificadas como de baixa qualidade na prática de 70% dos entrevistados, completando-as em pelo menos 70% das vezes. **Para pacientes instáveis: medir frequentemente cálcio e fósforo séricos, conforme indicado clinicamente.

Etiologia do hipoparatiroidismo
Pós-operatório
Autoimune
Variantes genéticas
Doença infiltrativa (granulomatosa)
Deposição mineral (cobre, ferro)
Metástase
Radiação
Funcional (excesso ou deficiência de magnésio)
Transitório (doença aguda ou queimaduras graves)
Idiopático

O painel também propõe o seguinte (não baseado em pesquisa):

5.2. Completar uma avaliação inicial para a presença de calcificação renal ou cálculos com imagem renal.

5.3. Monitorar o cálcio sérico (ionizado ou ajustado para albumina) dentro de vários dias após uma mudança significativa no tratamento médico.

6. Como são tratados os pacientes com hipoPT? (Recomendações GRADE)

6.1. Em pacientes com hipoPT crônico, o painel sugere a terapia convencional como terapia de primeira linha (recomendação fraca, evidência de baixa qualidade).

Comentário: Quando a terapia convencional é considerada insatisfatória, o painel considera o uso do hormônio da paratireoide.

Para acompanhamento de pacientes com HipoPT, o painel propõe (Recomendações não GRADE):

6.2. Tratar com cálcio e um análogo ativo da vitamina D, com o objetivo de aumentar o cálcio sérico para a faixa-alvo, ou seja, a metade inferior da faixa de referência normal ou logo abaixo da faixa de referência normal. Neste momento, não está claro como equilibrar melhor as doses de cálcio em relação às do análogo ativo da vitamina D.

6.3. Aliviar a hipocalcemia sintomática evitando a hipercalcúria.

6.4. Evitar a hipercalcúria ao titular o cálcio e a terapia com análogos da vitamina D ativa, visando níveis baixos de cálcio no plasma normal.

O painel propõe alcançar um nível de cálcio urinário de 24 horas de $<6,25$ mmol/24 horas ou 250 mg/24 horas para mulheres adultas e $<7,5$ mmol/24 horas ou 300 mg/24 horas para homens adultos. Dados da população em geral mostraram uma relação entre hipercalcúria e o desenvolvimento de cálculos renais – tais dados não existem em pacientes com hipoPT. No entanto, os membros do painel inferem que a hipercalcúria também pode estar associada a um maior risco de cálculos renais em pacientes com hipoPT e, portanto, procuram evitar a hipercalcúria.

6.5. Evitar hiperfosfatemia. Os membros do painel prescrevem suplementos de cálcio com as refeições para servir como aglutinantes de fosfato, implementam uma dieta com baixo teor de fosfato em adultos, se necessário, e usam criteriosamente terapia análoga de vitamina D ativa. Não há dados disponíveis sobre o uso de outros tipos de aglutinantes de fosfato no HipoPT. A hiperfosfatemia pode estar associada a um aumento da incidência de calcificação ectópica, mas atualmente não há evidência disso no HipoPT.

6.6. Tratar para normalizar os níveis plasmáticos de magnésio. Suplementos de magnésio podem ser usados de acordo com a tolerância do paciente.

6.7. Procure atingir um nível de 25-hidroxivitamina D (25(OH)D) no intervalo de referência normal (75–125 nmol/L).

6.8. Considere o tratamento da hipercalcúria com diuréticos tiazídicos em conjunto com uma dieta pobre em sódio com monitoramento cuidadoso da pressão arterial (PA), magnésio sérico, potássio e função renal.

6.9. Considere a terapia de reposição de PTH em pacientes que não são adequadamente controlados com a terapia convencional. Considera-se controle inadequado qualquer um dos seguintes: (i) hipocalcemia sintomática, (ii) hiperfosfatemia, (iii) insuficiência renal, (iv) hipercalcúria ou (v) má qualidade de vida.

6.10. Indivíduos com má adesão ou má absorção ou que são intolerantes a grandes doses de cálcio e vitamina D ativa também podem se beneficiar da terapia com PTH. Indivíduos que requerem altas doses de terapia convencional (isto é, cálcio > 2 g/dia ou vitamina D ativa $> 2\mu\text{g/dia}$) também podem se beneficiar da terapia com PTH.

7. Recomendações durante a gravidez e gestação (Recomendações não GRADE)

Em mulheres grávidas com HipoPT, o painel propõe o seguinte:

7.1. Procurar atingir cálcio sérico (ionizado ou ajustado para albumina) no intervalo de referência normal médio a baixo durante a gravidez.

7.2. Procurar atingir níveis séricos de fósforo, magnésio e 25OHD na faixa de referência normal.

7.3. Monitorar de perto o cálcio sérico (ionizado ou ajustado para albumina) a cada 3–4 semanas durante a gravidez e lactação, com frequência aumentada nos meses anteriores e posteriores ao parto, bem como na presença de sintomas de hipercalcemia ou hipocalcemia.

7.4. Trabalhar em estreita colaboração com o obstetra para otimizar os resultados da gravidez. Coordenar com a equipe pediátrica para assegurar monitoramento pós-natal apropriado para hipo ou hipercalcemia neonatal transitória.

7.5. Evitar usar diuréticos tiazídicos e PTH ou análogos de PTH durante a gravidez.

As diretrizes na íntegra estão disponíveis no <https://asbmr.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jbmr.4691>.

Edição 05. Maio/2023
Assessoria Médica – Lab Rede

Referências

1. Khan AA et al. Evaluation and Management of Hypoparathyroidism Summary Statement and Guidelines from the Second International Workshop. Journal of Bone and Mineral Research, Vol. 37, No. 12, December 2022, pp 2568–2585. DOI: 10.1002/jbmr.4691
2. Clarke BL. Hypoparathyroidism: update of guidelines from the 2022 International Task Force. Arch Endocrinol Metab.

LABORATÓRIO PRÓ-EXAME DOI: 10.20945/2359-3997000000549

Rua XV de Novembro, 190, Centro, Taubaté – (12)3621-2331 (12)99778-6844

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira de 07:00 às 18:00 e aos sábados de 07:00 às 12:00

www.proexame.com.br

lab@proexame.com.br