

14. TRASTORNOS DE LAS GLÁNDULAS PARATIROIDES Y CONDUCCIÓN

HIPERPARATIROIDISMO

Se trata de un trastorno del metabolismo óseo por hipersecreción de hormona paratiroidea (PTH).

Las manifestaciones típicas afectan primariamente a los riñones con nefrolitiasis y nefrocalcinosis, y al sistema esquelético con osteopenia y, menos frecuentemente, osteítis fibrosa quística.

El dato esquelético inicial más común es el dolor óseo progresivo en aumento, espontáneo y a la palpación en las extremidades inferiores y la espalda.

Son comunes la hipotonía y la debilidad muscular.

Pueden producirse fracturas ante traumatismos triviales que tardan mucho en consolidar o lo hacen con deformidades.

Puede haber reabsorción de los extremos de las falanges distales, debilidad muscular proximal, fatiga, atrofia, condrocalcinosis y pseudogota.

Son frecuentes los trastornos neuropsiquiátricos y las manifestaciones gastrointestinales como pancreatitis, estreñimiento, náuseas, vómitos y úlcera péptica.

La lesión renal puede producir insuficiencia renal e HTA.

El tratamiento curativo es la extirpación quirúrgica de las paratiroides patológicas, normalizándose las cifras de calcio en sangre con evidente mejoría clínica.

HIPOPARATIROIDISMO

Se caracteriza por tendencia a la hipocalcemia como consecuencia de la deficiencia de PTH.

Los síntomas característicos son espasmos musculares, espasmo carpopedal, muecas faciales, parestesias en dedos, convulsiones, espasmo laríngeo y parada respiratoria.

La hipocalcemia prolongada puede producir hipertensión intracraneal y edema de papila, y son frecuentes las cataratas.

Otras manifestaciones son irritabilidad, depresión, psicosis, calambres intestinales y malabsorción crónica.

El tratamiento de la hipocalcemia crónica es la reposición de calcio y vitamina D por vía oral, con control estricto de los niveles de calcio total, proteínas y calcio iónico.

14. TRASTORNOS DE LAS GLÁNDULAS PARATIROIDES Y CONDUCCIÓN

Consejo sobre hiperparatiroidismo

- ▶ Golpes aparentemente leves, en estos pacientes pueden producir fracturas de difícil o deforme consolidación, por eso deben ser conscientes de que son más frágiles.
- ▶ Por tanto, se deben extremar los cuidados en la conducción para evitar frenazos bruscos, que provocarían lesiones cervicales importantes o contusiones en costillas y esternón por el cinturón de seguridad.
- ▶ El reposacabezas bien colocado evitará riesgos de fracturas en cuello, clavícula y hombro.
- ▶ La sujeción en los asientos posteriores evitará, ante un pequeño frenazo o alcance, los golpes en las rodillas y sus complicaciones.
- ▶ El cólico pieloureteral imposibilita la conducción.
- ▶ La expulsión espontánea del cálculo que no se acompaña de fiebre o hematuria hace que el paciente pueda conducir prácticamente de inmediato.
- ▶ Si el paciente mejora del episodio agudo, pero continúa con tratamiento analgésico-sedante, debe saber que los efectos secundarios de la medicación le pueden interferir en la conducción.
- ▶ Si el proceso de expulsión del cálculo es dificultoso o se acompaña de complicaciones, será el médico el que indique cuándo el cuadro clínico ha remitido y el paciente puede volver a conducir.

Consejo sobre hipoparatiroidismo

- ▶ La hipocalcemia sintomática es incompatible con la conducción.
- ▶ El paciente con tratamiento sustitutivo de calcio requiere controles repetidos de calcemia, que aseguren que se encuentra dentro de los límites normales con margen de seguridad estable.
- ▶ El conductor que, a pesar del tratamiento, comienza con parestesias en los dedos o en la boca debe parar inmediatamente en zona segura, tomarse el calcio y esperar a que desaparezcan los síntomas.
- ▶ Si los síntomas persisten o se incrementan, debe pedir ayuda y no acudir conduciendo al centro médico.