

Comentario a «La menor proporción de parathormona circulante biológicamente activa en diálisis peritoneal no permite el ajuste intermétodo de parathormona establecida para hemodiálisis»

Nefrología 2015;35(1):117

doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.12608

Sr. Director:

Hemos leído con mucho interés el artículo de M. Luisa González-Casaus et al.¹ sobre la dificultad de realizar el ajuste intermétodo de determinación de parathormona (PTH) en pacientes en diálisis peritoneal debido a diferencias significativas en la cantidad de PTH biológicamente activa presente en los pacientes que realizan diálisis peritoneal comparados con los que realizan hemodiálisis. Cada vez se señalan más críticas al uso de la PTH intacta como biomarcador para el monitoreo y seguimiento del *turnover* óseo de las personas en diálisis y la necesidad de encontrar nuevos y más eficientes marcadores².

Resulta muy interesante la observación de los autores sobre los BCTx (*beta crosslaps*) séricos. En la tabla 5 de dicho artículo se ve claramente como, mientras que ninguno de los ensayos de PTH intacta encuentra diferencias significativas entre pacientes hemodializados y dializados peritoneales, sí lo hacen en forma muy significativa estos marcadores de recambio óseo.

Los BCTx séricos son fragmentos formados como resultado de la degradación del colágeno tipo I que se liberan durante la resorción osteoclástica del hueso. Los BCTx se usan asiduamente en el monitoreo de la efectividad terapéutica del tratamiento con bisfosfonatos y otras drogas antirresortivas en

el tratamiento de la osteoporosis posmenopáusica y son capaces de predecir fractura de cadera independientemente de la densitometría ósea³. Estos marcadores tienen un bajo coeficiente de variación intraensayo cuando se determinan por método ElecysR en analizadores automatizados. Además, poseen una buena correlación con otros marcadores óseos en pacientes tanto hemodializados como dializados peritoneales⁴.

En conclusión, creemos que los BCTx séricos son marcadores prometedores en la evaluación del *turnover* óseo de pacientes dializados y deberían incluirse en estudios longitudinales prospectivos para analizar su habilidad para predecir *turnover* óseo valorado por histomorfometría ósea.

Conflictos de interés

El autor declara que no tiene conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

1. González-Casaus ML, González-Parra E, Sánchez-González C, Albalade M, De la Piedra-Gordo C, Fernández E, et al. La menor proporción de parathormona circulante biológicamente activa en diálisis peritoneal no permite el ajuste intermétodo de parathormona establecida para hemodiálisis. *Nefrología* 2014;34(3):330-40.
2. Delanaye P, Souberbielle JC, Lafage-Proust MH, Jean G, Cavalier E. Can we use circulating biomarkers to monitor bone turnover in CKD hemodialysis patients? Hypotheses and Facts. *Nephrol Dial Transplant* 2014;29:997-1004.
3. Garnero P, Hausherr E, Chapuy MC, Marcelli C, Grandjean H, Muller C, et al. Markers of bone resorption predict hip fracture in elderly women: the EPIDOS prospective study. *J Bone Miner Res* 1996;11:1531-8.
4. Negri AL, Quiroga MA, Bravo M, Marino A, Fradinger E, Bogado CE, et al. Serum crosslaps as bone resorption markers in peritoneal dialysis. *Perit Dial Int* 2002;22:628-30.

Armando L. Negri

Servicio de Nefrología.
Instituto de Investigaciones Metabólicas.
Universidad del Salvador. Buenos Aires, CABA (Argentina).

Correspondencia: Armando Luis Negri

Servicio de Nefrología.
Instituto de Investigaciones Metabólicas.
Universidad del Salvador, Libertad 836 1 piso,
1012 Buenos Aires, CABA, Argentina.
negri@casasco.com.ar
armando.negri@gmail.com

Comment on «Management of hypercalcemia after renal transplantation»

Nefrología 2015;35(1):117-8

doi:10.3265/Nefrologia.pre2014.Jun.12556

Dear Editor,

We read with great interest the short reviews by José V. Torregrosa et Xoana Barros,¹ where the authors discussed the problem of withdrawal the calcimimetic at the time of renal transplantation (RT) which seems to be of high predictive importance in a higher prevalence of hypercalcemia and hyperparathyroidism in these patients. The authors also propose a very practical and clear algorithm for managing hypercalcemia after RT.

Cinacalcet is the only available calcimimetic agent. It was approved for the treatment of secondary hyperparathyroidism (SHPT) in dialysis patients and parathyroid carcinoma. However, cinacalcet isn't approved for RT recipients and has to be withheld at the time of transplantation.

A rebound hyperparathyroidism (HPT) may be hypothesized to occur, which may increase the risk for persistent HPT and related morbidity.^{2,3}

Surprisingly, the literature on evaluating the effects of discontinuing cinacalcet at the time of RT is very scanty and limited by low patients numbers, retrospective design and data concerning clinical outcomes.^{4,5}