25° CONGRESSO NAZIONALE AME
Update in Endocrinologia Clinica
ROMA 12 - 15 novembre 2026
Associazione Medici Endocrinologi

Ipoparatiroidismo resistente in sindrome poliendocrina autoimmune di tipo 3: risposta al palopegteriparatide

INSERIRE NOMI

CASO CLINICO

Donna di 50 anni. Familiarità per DM2, carcinoma mammario e tireopatie (GMN). **Tiroidite di Hashimoto** in eutiroidismo (AbTg e AbTPO positivi). Menarca a 12 anni, cicli regolari, tre gravidanze.

- **2001** — Crampi ai 4 arti, spasmi facciali e crisi tetaniche.
- **2014** — Ipocalcemia (6,6 mg/dL), sideremia 21 µg/dL, anemia microcitica ipocromica; EMA e TGA positivi: **celiachia**, dieta priva di glutine. **Crampi e tetania persistono.**
- **2016** — Calcio 7 mg/dL, PTH 4,80 pg/mL: **ipoparatiroidismo autoimmune**.

DIAGNOSI

APS-1/2	APS-1: candidosi, ipoparatiroidismo, Addison (≥ 2 su 3). APS-2: Addison + tireopatia e/o DM1
APS-3	**Tireopatia autoimmune**, senza Addison, + una tra:
3A	Ghiandole endocrine: DM1, insuff. ovarica, **ipoparatiroidismo**
3B	Apparato GI e fegato: gastrite atrofica, anemia perniciosa, **celiachia**
3C, 3D	Cute, muscoli, SNC, sangue; reumatologiche

Adattato da Betterle C et al., 2015

Tiroidite di Hashimoto + **Celiachia** — **Ipoparatiroidismo** = **SPA tipo 3**

TERAPIA CONVENZIONALE 2016–2026

Da 10 anni **calcio + vitamina D attiva** (più tiazidico per l'ipercalciuria), con controllo **inadeguato**:

≈ 7 mg/dL	345 mg/24 h	!
Calcemia media	Calciuria media	Crampi e parestesie persistenti

Terapia in atto (2026)	
Calcitriolo	0,25 µg × 2/die
Calcio citrato	500 mg, 2 stick/die
Colecalciferolo	25.000 UI ogni 15 giorni
Idroclorot. + amiloride	50 mg, 1 cp/die

Veniva data indicazione ad avviare terapia con teriparatide Criteri AIFA di inclusione soddisfatti (forma autoimmune in SPA non controllata), ma la paziente **ha rifiutato il teriparatide** per il rischio di osteosarcoma.

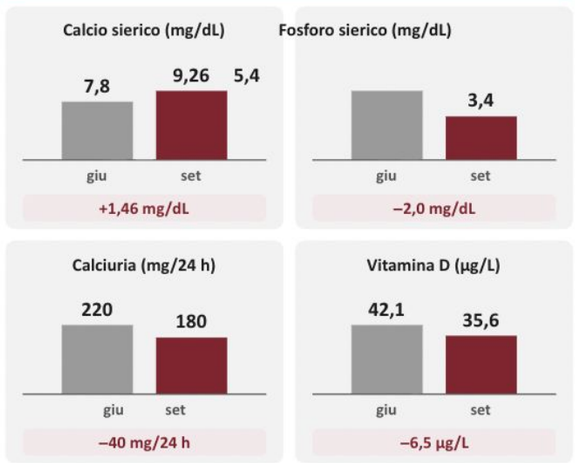
DECORSO CLINICO E RISPOSTA DELLA CALCEMIA

1° CICLO — GIUGNO 2026 (27 feb – 13 mar 2026, Dopo la sospensione)
Avvio **18 µg/die**, poi **21 µg** (6 mar) con stop al calcitriolo. Beneficio clinico (Ca 8,3 → 8,4 mg/dL), ma **multiple reazioni eritemato-pomfoidi** nel sito di iniezione: **terapia sospesa**.

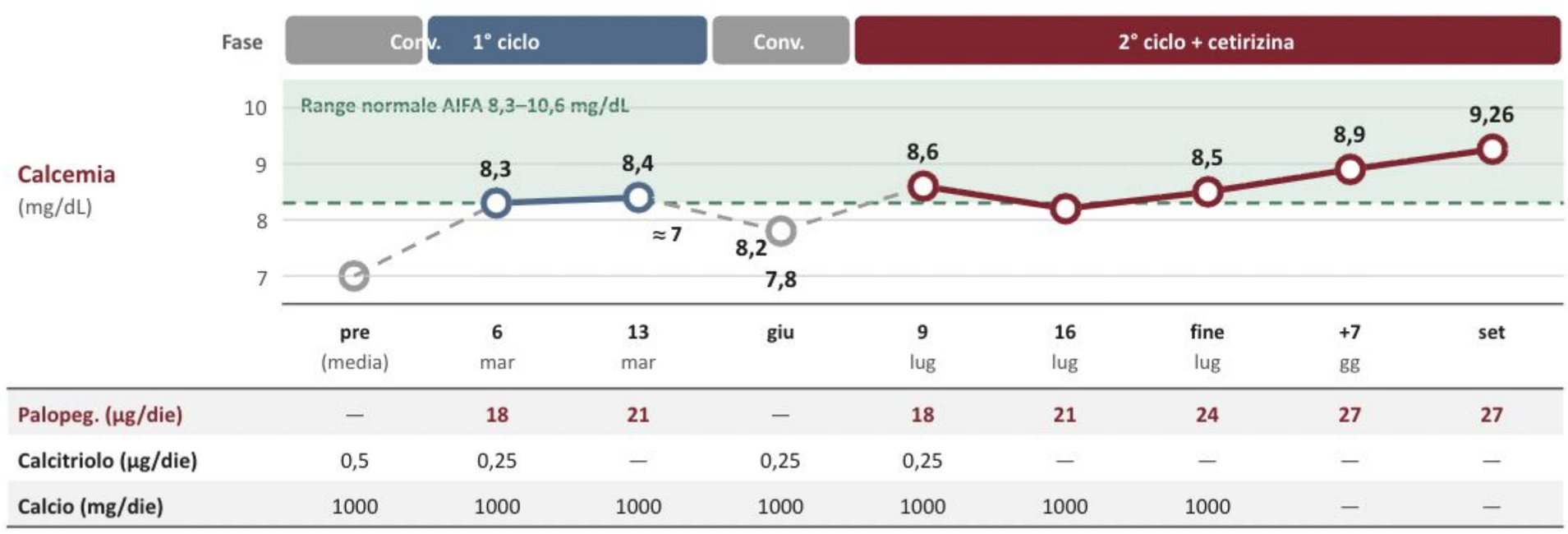
Sintomi di ritorno, Ca 7,8 mg/dL. Allergologia: **patch test** (72 h) e **intradermoreazione negativi** per reazioni IgE-mediate. Nessuna controindicazione: associare **cetirizina** 10 mg.

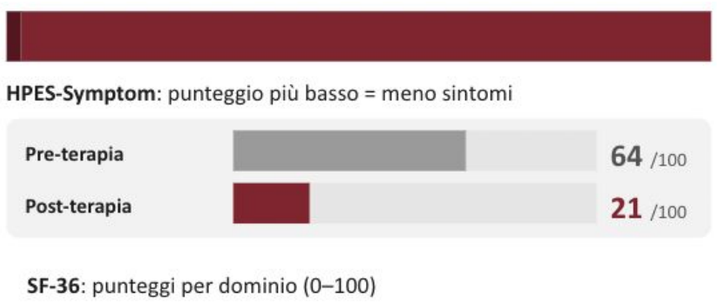
2° CICLO (dal 2 luglio 2026)
Con **cetirizina**: 18 → 21 → 24 → **27 µg/die**, titolazione AIFA. **Nessuna reazione.** Sospesi tutti i supplementi entro fine luglio: **monoterapia**.

RISPOSTA: GIUGNO VS SETTEMBRE



Monoterapia con palopegteriparatide 27 µg/die sc. **Scomparsa di crampi, parestesie e brain fog.**





1. Nella **SPA di tipo 3** l'ipoparatiroidismo può restare non controllato con calcio e vitamina D attiva (Ca ≈ 7 mg/dL, calciuria 345 mg/24 h, sintomi).
2. Il **palopegteriparatide** ha dato normocalcemia (9,26 mg/dL), minore calciuria e fosforemia, e la sospensione di tutta la terapia convenzionale in circa un mese.
3. La reazione cutanea non era allergica (patch test e intradermoreazione negativi): con **cetirizina** nessuna nuova reazione.
4. **Sintomi scomparsi**; HPES-Symptom 64 → 21; tutti i domini SF-36 migliorati.

IN SINTESI

9,26 mg/dL — Calcemia a settembre (giugno: 7,8)	**3,4** mg/dL — Fosforo a settembre (giugno: 5,4)
64 → 21 /100 — HPES-Symptom, pre → post terapia	**27 µg** 1 sc/die — Palopegteriparatide in monoterapia

Messaggio chiave: nell'ipoparatiroidismo non controllato dalla terapia convenzionale, il palopegteriparatide ha permesso, in questo caso, normocalcemia, monoterapia e scomparsa dei sintomi.