



23 - DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO DE LOS PACIENTES CON ACROMEGALIA EN LA PRÁCTICA CLÍNICA EN ESPAÑA: RESULTADOS PRELIMINARES DEL PROGRAMA ACROPRAXIS

J.J. Díez^a, C. Fajardo^b, N. Valdés^c, C. Álvarez^d, P. de Miguel^e, I. Bernabéu^f, B. Biagetti^g, N. González^h, P. de Pablos-Velascoⁱ y M. Paja^j

^aServicio de Endocrinología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España. ^bServicio de Endocrinología. Hospital Universitario La Ribera. Valencia. España. ^cServicio de Endocrinología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España. ^dServicio de Endocrinología. Hospital Universitario La Paz. Madrid. España. ^eServicio de Endocrinología. Hospital Universitario Clínico San Carlos. Madrid. España. ^fServicio de Endocrinología. Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela. España. ^gServicio de Endocrinología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España. ^hServicio de Endocrinología. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. España. ⁱServicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín. Las Palmas. España. ^jServicio de Endocrinología. Hospital Universitario de Basurto. Bilbao. España.

Resumen

Introducción: El objetivo del programa ACROpraxis es consensuar pautas para el manejo de pacientes con acromegalia según la práctica clínica habitual en España.

Métodos: Cuestionario online elaborado por un comité de expertos, con 45 preguntas sobre el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de la acromegalia.

Resultados: Un panel de 93 endocrinólogos respondió el cuestionario, cuyos resultados se discutieron en 13 reuniones locales. En cuanto al diagnóstico, el cribado de acromegalia se realiza mayoritariamente mediante la determinación de IGF-1 (64%). Si su concentración sérica está alterada, se determina GH tras sobrecarga oral de glucosa (SOG; 85%), descartándose acromegalia con niveles $\geq 0,4$ (53%) o ≥ 1 $\mu\text{g/L}$ (37%). Tras confirmación bioquímica, se realiza RM hipofisaria con gadolinio (96%). La cirugía es el tratamiento de elección en caso de micro o macroadenoma con compresión de vía óptica ($> 96\%$). Los análogos de la somatostatina (ASS) prequirúrgicos se indican de rutina por el 45% de los panelistas. Si persisten restos macroscópicos no compresivos tras cirugía, un 68% opta por ASS, evaluando posible resistencia a los 6-12 meses (78%). La primera GH basal se evalúa pasado un mes y antes de 3 meses tras la cirugía (82%), mientras que el 65% demoran 3 meses su evaluación tras SOG. La concentración de IGF-1 se valora a los 2-4 meses (64%), reevaluándola a los 1-3 meses (43%) o solicitando GH tras SOG (33%) si los valores son elevados. El intervalo mayoritario (67%) para la evaluación radiológica posquirúrgica es de 3-4 meses. Alcanzado el control con ASS, el 45% de los panelistas optan por alargar el intervalo posológico.

Conclusiones: A partir de la práctica clínica descrita el comité propondrá recomendaciones para el manejo de la acromegalia, que deberán validarse por todo el panel en un estudio Delphi online.

Financiación: los autores agradecen a Ipsen Pharma España el apoyo logístico.