



11 - FACTORES DETERMINANTES DE LA RESPUESTA DE GH A LA SOBRECARGA ORAL DE GLUCOSA EN PACIENTES CON ACROMEGALIA

E. Pascual-Corrales¹, A. Vega Beyhart¹, R. Villar Taibo², M.D. Moure Rodríguez³, F. Guerrero Pérez⁴, F. Cordido⁵, L. González Fernández⁶, C. Lozano-Aida⁷, P. Pérez Castro⁸ y M. Araujo-Castro¹

¹Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ²Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de Santiago de Compostela, ³Endocrinología y Nutrición, Hospital de Cruces, Bilbao.

⁴Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ⁵Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario de A Coruña. ⁶Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁷Endocrinología y Nutrición, Hospital Universitario Central de Asturias/Instituto de Investigación Sanitaria del Principado de Asturias (ISPA), Oviedo. ⁸Endocrinología y Nutrición, Complejo Universitario Hospitalario de Vigo.

Resumen

Introducción: El nadir de GH durante la sobrecarga oral de glucosa (SOG) es una herramienta esencial en el diagnóstico de acromegalía. Existe escasa evidencia sobre la necesidad de ajustar los puntos de corte en función de variables biológicas.

Objetivos: Investigar las diferencias en niveles basales de GH y respuesta de GH a SOG en pacientes acromegálicos según edad, sexo, menopausia, IMC, DM2 y tamaño del tumor hipofisario.

Métodos: Estudio nacional multicéntrico retrospectivo en 11 hospitales terciarios. Se analizaron los niveles de GH basal y tras SOG (ng/mL).

Resultados: Se incluyeron 201 pacientes con acromegalía (49 ± 15 años, 117 mujeres (58%) 59 (50%) posmenopáusicas). Al diagnóstico 45 (22%) tenían DM2 y 146 (73%) macroadenoma hipofisario. 67 pacientes (33%) obesidad, 88 (44%) sobre peso y 39 (19%) normopeso. Los niveles de GHbasal en estos 3 grupos fueron 4,5 (1,9-6,7), 7,5 (3,1-12,1) y 8,3 (3,4-17,0), respectivamente ($p = 0,002$). En la SOG, GHnadir fue 2,7 (1,1-5,9), 5,1 (2,4-11,5) y 6,1 (1,5-13) ($p = 0,005$), mientras que la reducción de GH desde basal hasta nadir fue 0,93 (0,49-1,72), 1,58 (0,37-3,42) y 2,40 (0,57-6,30), respectivamente ($p = 0,038$). El IMC se asoció linealmente con la disminución absoluta de GHbasal al nadir ($r = -0,167$, $p = 0,020$) y los niveles de GHnadir ($r = -0,174$, $p = 0,015$). La GHbasal y la GHnadir fueron más elevadas y la reducción de GH durante SOG fue mayor en pacientes con macroadenoma que con microadenoma ($p < 0,001$). En el análisis multivariante el tamaño tumoral fue la única variable independientemente asociada a GH basal ($R^2 = 0,054$, coef. $\beta = 9,0$ [0,79-17,3]) y GHnadir ($R^2 = 0,034$, coef. $\beta = 8,6$ [0,61-16,7]), mientras que no hubo factores independientemente asociados a la reducción de GHbasal-GHnadir.

Conclusiones: El tamaño del adenoma hipofisario es el principal factor asociado a los niveles basales y nadir de GH, mientras que variables como edad, sexo, menopausia, IMC y DM2 tienen menor impacto, no siendo preciso ajustar puntos de corte para el diagnóstico de acromegalía.