



38 - VENTAJAS DEL CONTROL BIOQUÍMICO PREQUIRÚRGICO DE LA ACROMEGALIA CON PEGVISOMANT

C. Guillén Morote¹, J. Sottile Barrios², J. Navarro Blanco², F.M. Peiró Marqués³, E. García Garrigós⁴, J. Abarca⁵, J. Francés⁶, M. Rodríguez Bedoya¹, L.M. Valor Segura² y A. Picó Alfonso⁷

¹Sección de Endocrinología y Nutrición, Hospital Dr. Balmis, Alicante. ²Instituto de Investigación Biomédica de Alicante. ³Servicio de Anatomía Patológica, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ⁴Servicio de Radiología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ⁵Servicio de Neurocirugía, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante. ⁶Servicio de Análisis Clínicos, Hospital Universitario Dr. Balmis, Alicante. ⁷Sección de Endocrinología, Hospital General Universitario Dr. Balmis, Alicante, Universidad Miguel Hernández, Elche.

Resumen

Introducción: El 14.º consenso sobre acromegalia subraya la importancia del diagnóstico y tratamiento precoces. Aunque existen estudios sobre análogos de somatostatina de primera generación en el periodo prequirúrgico, no hay evidencia sobre su eficacia ni tampoco datos publicados sobre el uso de pegvisomant (PEG) antes de la cirugía. Por sus características (eficacia independiente del tipo tumoral y rápida normalización bioquímica), PEG podría ser el tratamiento de elección en este contexto.

Objetivos: Evaluar la efectividad de PEG en la reducción de IGF-1 antes de la cirugía y su impacto en la biología tumoral mediante la expresión molecular tumoral de IGF1, IGF1R y GH.

Métodos: Se incluyeron 6 pacientes (5 mujeres, $64,0 \pm 5,9$ años) tratados con PEG (10-20 mg/día) durante 1-12 meses antes de la cirugía (grupo estudio, GE), comparados con 5 pacientes históricos sin tratamiento previo (grupo control, GC, $53,2 \pm 7,9$ años).

Resultados: Al diagnóstico, GH e IGF-1 fueron $7,1 \pm 5,5$ ng/mL y 543 ± 155 ng/mL en GE, y $6,27 \pm 7,6$ ng/mL y 563 ± 1037 ng/mL en GC. El tamaño tumoral $13 \pm 1,87$ mm en GE vs. $8,2 \pm 3,27$ mm en GC. En ambos grupos, el 50% eran tumores invasivos y densamente granulados. El Ki67-LI fue de $1,84 \pm 0,37$ en el GE y de $1,72 \pm 0,66$ en el GC. El tratamiento con PEG redujo las concentraciones de IGF-1 a 381 ng/mL. Molecularmente se observó menor expresión de IGF1 y de IGF1R y mayor expresión molecular de GH en el GE en comparación con el GC. A los 3 meses poscirugía, IGF-1 en GE fue $156 \pm 34,5$ ng/mL (2 pacientes curados, 4 con control bioquímico bajo tratamiento individualizado). En GC, IGF-1 fue $231 \pm 56,2$ ng/mL, con solo un paciente controlado.

Conclusiones: El tratamiento con PEG permite una rápida reducción de las concentraciones de IGF1 antes de la cirugía, reduciendo el riesgo anestésico. PEG puede atravesar la barrera hematoencefálica y actuar sobre la biología tumoral, inhibiendo su crecimiento a merced a la reducción de la IGF-1 intratumoral.